

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARIA DE LOURDES FERNANDES BASTOS

**PLANEJAMENTO FAMILIAR: UM OLHAR SOBRE AS AÇÕES EDUCATIVAS
DESENVOLVIDAS POR ENFERMEIROS**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARIA DE LOURDES FERNANDES BASTOS

**PLANEJAMENTO FAMILIAR: UM OLHAR SOBRE AS AÇÕES EDUCATIVAS
DESENVOLVIDAS POR ENFERMEIROS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Saúde Materna, Neonatal e do Lactente - do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof^ª Ma. Murielk Motta Lino

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **PLANEJAMENTO FAMILIAR: UM ENFOQUE NAS AÇÕES DOS ENFERMEIROS PARA PROMOVER EDUCAÇÃO EM SAÚDE** de autoria da aluna **MARIA DE LOURDES FERNANDES BASTOS** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Saúde Materna, Neonatal e do Lactente.

Profa. Ma. Murielk Motta Lino
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	06
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	08
2.1 PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER.....	08
2.2 O PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	10
2.3 A EVOLUÇÃO DOS MODELOS DE ATENÇÃO E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	14
2.4 ABORDAGENS PEDAGÓGICAS.....	17
3 METODOLOGIA.....	20
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	21
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
REFERÊNCIAS.....	25

RESUMO

O Planejamento Familiar constitui a promoção de ações desenvolvidas para assegurarem os direitos reprodutivos a todas as pessoas, quer queiram ter filhos, quer não. Os recursos para auxiliar na concepção e anticoncepção devem ser escolhidos pelos usuários de forma livre e, as informações acerca desse direito devem ser exercidos pelos profissionais de saúde através de uma abordagem que promova ao mesmo tempo a educação em saúde. Com base nestas questões, foi realizada uma revisão de literatura, objetivando-se conhecer quais as abordagens desenvolvidas pelos enfermeiros nas ações de educação em saúde no planejamento familiar. O estudo evidenciou que há uma predominância da utilização da abordagem tradicional e que as principais dificuldades encontradas para a realização das ações de planejamento familiar e das atividades educativas são as restrições de recursos pedagógicos, as limitações de alternativas contraceptivas e a insuficiências dos métodos contraceptivos para atender a demanda.

Palavras-chave: educação em saúde, abordagens pedagógicas, planejamento familiar.

1 INTRODUÇÃO

Os métodos contraceptivos chegaram ao Brasil na década de 60, quando o país se viu praticamente obrigado a concordar com a entrada de órgãos americanos de planejamento familiar, condição para que empréstimos fossem concedidos. Essa atitude contrariou a igreja e a própria filosofia do governo, que acreditava na influência de uma grande população para o crescimento econômico (COELHO et al., 2000).

Segundo Coelho (1996), os Estados Unidos e a Europa sofriam influência da teoria Malthusiana, a qual defendia que o crescimento populacional estava diretamente relacionado com a pobreza, dessa maneira, passaram a controlar as taxas de natalidade dos países de terceiro mundo.

Enquanto Malthus acreditava que a superpopulação era responsável pela miséria dos países subdesenvolvidos e ainda defendia que os pobres eram responsáveis por sua condição social, e que o avanço da economia só seria possível mediante a diminuição do ritmo demográfico, a igreja incentivava a reprodução, determinando que a mulher deveria exercer apenas um papel pro criativo (COSTA, 1999; FERNANDES, 1996 apud ALMEIDA, 2005).

No Brasil, o planejamento familiar só foi incorporando aos serviços públicos de saúde a partir da preconização do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM, que surgiu para romper com o modelo de assistência à mulher centrado apenas nos períodos de pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2004).

De acordo com a PAISM, fica garantido a oferta dos métodos contraceptivos para toda população em idade reprodutiva. Porém, mesmo com a taxa de fecundidade reduzida atualmente, sabemos que ainda não há uma universalização do acesso aos métodos contraceptivos para todas as classes sociais, muitas mulheres e homens dependem exclusivamente do governo para assegurar seus direitos sexuais. Mesmo após a regulamentação da Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996, que estabelece o auxílio à concepção como direito a todos os usuários do SUS esse auxílio ainda é fragilizado, forçando muitas vezes as equipes de saúde privilegiar certos grupos sociais em detrimento de outros devido à insuficiência de contraceptivos para atender a demanda. É neste

sentido que os enfermeiros precisam trabalhar para que a comunidade reconheça seus direitos, visando à luta por uma assistência universal (OSIS, 1998).

A partir de então, a assistência à mulher não deveria se limitar apenas ao ciclo gravídico-puerperal, mas abordar as fases da adolescência à menopausa, incluindo ações voltadas para prevenção do câncer de colo do útero, câncer de mama, tratamento das DST/AIDS, abortamento, saúde do adolescente, climatério, acolhimento à mulher violentada e ações voltadas para anticoncepção (BRASIL, 2001b).

A prática de educação em saúde é também uma das diretrizes propostas pelo PAISM. Essas ações funcionam como uma das bases estratégica e fundamental para que os objetivos do programa sejam alcançados. Devem ser oferecidos às usuárias, em grupo ou individual, de forma a induzir reflexões a respeito dos benefícios provenientes desse novo modelo de assistência (BRASIL, 2001a e FORMIGA FILHO, 1999).

Para o Ministério da Saúde - MS, é importante que em todas as relações entre profissionais e usuários a educação em saúde esteja presente, e para que essas ações sejam viáveis, a equipe de saúde deve utilizar uma metodologia que favoreça a participação da clientela, com uma abordagem pedagógica que seja centrada no indivíduo a fim de permitir o desenvolvimento de uma consciência crítica e reflexiva nos usuários, estimulando a co-participação dos mesmos para o enfrentamento dos principais problemas da comunidade (BRASIL, 2002a).

O particular interesse pela temática iniciou-se quando observei a quantidade de mulheres que chegavam para parir em idade abaixo de 15 anos e a total falta de conhecimento quanto aos métodos contraceptivos. A partir dessa experiência me senti estimulada a investigar as abordagens pedagógicas utilizadas pelos enfermeiros para o desenvolvimento de ações educativas no planejamento familiar.

Dessa maneira, a perspectiva desse estudo é de contribuir para o conhecimento acerca das atividades exercidas no planejamento familiar a fim de convergirem suas ações para uma prática

mais comprometida com as reais necessidades da população, sendo imprescindível o emprego de atividades educativas que favoreçam a efetivação da Política de Planejamento Familiar.

A partir dessas reflexões, o objetivo deste trabalho é conhecer quais as abordagens pedagógicas vem sendo desenvolvidas pelos enfermeiros nas ações de educação em saúde no planejamento familiar.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) nasceu de movimentos feministas, cuja classe lutava por uma assistência que não se restringisse ao ciclo gravídico-puerperal. Essas mulheres desejavam uma sociedade não homofóbica, um governo que visasse a equidade entre os gêneros, garantindo cidadania e direitos reprodutivos (COELHO et al., 2000).

Muitos movimentos feministas aconteceram no âmbito internacional, culminando, com a ajuda de outros órgãos internacionais, na Conferência Sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW). Essa convenção ficou marcada pelo compromisso assumido entre os países participantes de promoverem uma assistência à mulher de forma qualificada e acessível, bem como garantir políticas que combatessem as desigualdades sexuais (COELHO, 1996).

A assistência à saúde da mulher passou a ser introduzida às políticas brasileiras nas primeiras décadas do século XX, porém essa assistência limitava-se aos períodos de gestação e parto. As ações de planejamento familiar de caráter público praticamente não existiam (BRASIL, 2005a).

Durante a década de 60, muitos órgãos privados preocupados com o crescimento populacional atuavam no Brasil. Essas entidades tinham interesses absolutamente demográficos, desfocalizando-se dos direitos sexuais e reprodutivos. A pílula e a laqueadura eram os métodos quase exclusivamente usados (BRASIL, 2002b).

Nesse período surgiu a Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BENFAM), que distribuía contraceptivos hormonais às mulheres, porém sem assistência médica (RODRIGUES apud COELHO et al., 2000).

Conforme descreve Coelho et al. (2000) devido à facilidade ao acesso aos métodos contraceptivos sem a orientação de um profissional especializado, as mulheres tornaram-se mais vítimas dos serviços de saúde.

Posteriormente a BENFAM engajou-se na promoção da educação em saúde sexual e reprodutiva, conveniando-se com diversos órgãos governamentais. Atualmente, atua colaborando, de forma complementar as ações de planejamento familiar em diversos municípios brasileiros (BENFAM, 2002).

Em 1984 o Ministério da Saúde implantou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Esse programa foi gerado de forma democrática, contando com a participação de diversos segmentos sociais, com representações de grupos feministas, gestores e pesquisadores (BRASIL, 2005a).

O PAISM constitui-se numa abordagem da saúde da mulher de forma integral e equânime, envolvendo todas as fases de sua vida, incorporando como princípios e diretrizes, a descentralização, hierarquização e regionalização (BRASIL, 2004).

O programa enfatiza o aperfeiçoamento do sistema de saúde, bem como uma nova postura de trabalho a partir de ações educativas, oferecendo informações aos usuários para livre escolha e utilização do método anticoncepcional que possa trazer benefícios, além de incitar reflexões sobre reprodução e sexualidade (BRASIL, 20002b).

A Constituição Federal de 1988 já instituía ao estado a responsabilidade ao planejamento familiar, porém só em 1996, o projeto de Lei nº 9.263 que regulamenta o planejamento familiar no Brasil foi sancionado. A lei estabelece que o auxílio à concepção e contracepção sejam garantidos aos usuários do SUS em suas redes de serviços de saúde (BRASIL, 2002b).

No ano de 1994 foi realizada no Cairo a Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento (CIPD), que foi categórico em declarar os direitos reprodutivos como parte essencial para o desenvolvimento humano. Já em 1995 a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, assumiu papel bastante importante de levar em consideração os direitos reprodutivos em todas as políticas e programas direcionados à população e ao desenvolvimento. Nessa conferência, representantes de vários países, inclusive o Brasil, assumiram esse acordo (BRASIL, 2005a).

Embora o PAISM já fosse uma realidade no Brasil, a assistência anticoncepcional só foi abordada com maior relevância na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001), quando define as ações de planejamento familiar sendo de competência dos municípios, além de determinar entre estas ações, as consultas médica e de enfermagem na assistência contraceptiva, bem como o acesso aos métodos anticoncepcionais e de prevenção às DSTS e AIDS (BRASIL, 2001c).

Em 2004 surge a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher –PNAISM, com os objetivos de qualificar, humanizar, ampliar e estender à assistência às mulheres negras, indígenas, presidiárias, homossexuais, entre outras, bem como, abranger assistência à infertilidade, promover a integração de homens e adolescentes nas ações voltadas para o planejamento familiar, garantir a regularidade de abastecimento de métodos contraceptivos à população em idade reprodutiva, estimular o controle social de forma integrada aos movimentos feministas, contribuir para redução da morbimortalidade das mulheres, principalmente por causas evitáveis (BRASIL, 2004).

2.2 O PLANEJAMENTO FAMILIAR

A política de Planejamento Familiar vem sendo inserida como parte fundamental na atenção integral à saúde da mulher desde a implantação do PAISM. A partir desse período, os métodos contraceptivos passaram a ser fornecidos aos estados e municípios pelo Ministério da Saúde (MS), mas ainda de forma muito rudimentar descontínua. Em 1997, com a

descentralização de recursos financeiros no âmbito federal para cada esfera do governo, os anticoncepcionais deixaram de ser frutos de aquisição do Ministério da Saúde (MS). O financiamento federal se destinou a compra de medicamentos básicos. Porém, em muitos estados e municípios, os contraceptivos não foram incluídos nessa lista básica. Só apenas em no ano de 2001, o MS retornou com a estratégia de distribuição dos métodos contraceptivos às secretarias de saúde, no entanto para que o município obtivesse os métodos reversíveis ofertados pelo MS seria necessário atender a uma das seguintes condições: contar com uma equipe da Estratégia de Saúde da Família ou possuir aprovado o tremo de adesão ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN); ou ter uma equipe do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) (BRASIL, 2005a).

O Planejamento Familiar constitui um grupo de ações onde são fornecidos meios tanto para viabilizar uma concepção, tanto quanto para preveni-la, assegurando o direito do usuário do SUS em decidir aspectos sobre o desejo ou não de ter filhos, o número de filhos e o tempo certo para que isto ocorra (BRASIL, 2006).

Estas ações são determinadas pela escolha de um método anticoncepcional, que deve ser mediada por um profissional capacitado com a finalidade de promover orientações a cerca da eficácia, reversibilidade, proteção contra as DST's e disponibilidade do contraceptivo na Unidade de Saúde, pressupondo as condições do casal e/ou usuário em arcar com o custo do método quando não houver uma oferta contínua do mesmo no serviço de saúde (BRASIL, 2002a).

Dentre os mis diversos tipos de contraceptivos existentes no mercado, os métodos reversíveis aprovados pelo MS e, os métodos não reversíveis garantidos pelo SUS são os métodos naturais, os mecânicos, os de barreira, químicos, hormonais e os cirúrgicos. Os métodos hormonais naturais são os que impedem a fecundação pela abstinência sexual no período fértil, tais como: o método Ogino- Knaus, também conhecido por método da tabelinha; Billings ou método do muco cervical; temperatura basal corporal; sintotérmico e o LAM (BENFAM, 2002).

O método da tabelinha determina o período fértil a partir do conhecimento que a mulher tem da duração de seus ciclos menstruais. Já no método do muco cervical, a mulher precisa

conhecer as várias fases do muco cervical. A presença da secreção mucosa determina o período fértil. O método da temperatura basal depende da observação da temperatura durante o período de ovulação, quando encontra-se elevada poucos décimos de grau e, o método sintotérmico, que reúne os métodos Ogino-Knaus, Billings e outros sinais e sintomas presentes na fase ovulatória de algumas mulheres, como algias e aumento do volume abdominal e das mamas, alterações humorais e do apetite, e outros sinais e sintomas específicos de cada mulher (BRASIL, 2002b).

Os métodos supracitados são os que apresentam maior taxa de falha, além de não proteger contra as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e contra infecções pelo HIV. Dependem muito da disciplina e requer uma observação bastante prolongada e rigorosa dos ciclos menstruais, por isso, não devem ser recomendados aos adolescentes e aos usuários que não possuem parceiros fixos (BRASIL, 2006).

O método da lactação e amenorréia (LAM) consiste ao período compreendido entre o puerpério até os primeiros seis meses pós- parto. Neste tempo, a lactação é considerada como um método contraceptivo temporário, desde que, a menstruação da mulher não tenha ainda regressado e, que esta permaneça amamentando exclusivamente seu bebê. Este método pode também ser combinado com contraceptivo hormonal, constituído apenas por progestogênio, já que o estrogênio possui efeito redutor da lactação (BRASIL, 2002b).

O dispositivo intra-uterino (DIU) é um método mecânico de alta eficácia que impede a fertilização. O DIU pode ser constituído por cobre ou hormônio. Age impedindo o encontro dos espermatozóides com o óvulo. O DIU revestido por cobre pode durar até dez anos após ser introduzido no útero. Esse método não deve ser orientado aos usuários que não possuem parceiro sexual fixo, pois o dispositivo não protege contra as DSTs. O DIU de cobre pode provocar cólicas e aumentar o fluxo sanguíneo no período menstrual, já que em algumas mulheres, o DIU pode causar maior descamação do endométrio. O método não deve ser utilizado em mulheres que possuem anormalidades anatômicas uterina, em mulheres que apresentam ou apresentaram há pelo menos 3 meses alguma doença sexualmente transmissível ou que possui algum sangramento vaginal não avaliado (BENFAM, 2002).

A camisinha masculina, feminina e o diafragma são métodos contraceptivos considerados de barreiras e, possuem eficácia de 82 a 97%. As camisinhas masculina e feminina são métodos que além de prevenirem a gravidez, minimizam o risco de infecção pelo HIV e por outros vírus, bactérias, fungos e protozoários causadores de doenças sexualmente transmissíveis. Estes métodos requerem apenas o seu uso e conservação corretos, além de serem de baixo custo (BRASIL, 2003).

O diafragma é um método exclusivo feminino. Possui a forma de um anel, porém revestido em seu centro por uma fina capa de látex ou por silicone. É necessário que o diafragma cubra toda a parte do colo uterino, para isto, há a necessidade de uma orientação especializada para que seja determinado o tamanho adequado do diafragma. O método deve ser introduzido no colo uterino antes das relações sexuais e só poderá ser retirado entre 6 a 8 horas após. Pode ser associado a outros métodos químicos, como espermicidas, neste caso, elevando sua eficácia na proteção contra gravidez. O diafragma não previne a transmissão do HIV e de infecções sexuais. Não se deve recomendar o seu uso às mulheres que possuem prolapso de bexiga, útero em posição anormal e em mulheres que possuem infecções sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2003).

Os anticoncepcionais hormonais são métodos constituídos por hormônios sintéticos semelhantes aos produzidos pelo organismo feminino. Possuem eficácia de 97 a 99,9%, por isso, são um dos principais métodos escolhidos quando se há apenas a preocupação em prevenir uma gestação, já que não agem contra o HIV e as DSTs. Os métodos hormonais impedem a fertilização porque inibem a ovulação, além de aumentar a espessura do muco cervical, não facilitando a locomoção dos espermatozoides até o interior do útero (BRASIL, 2002b).

Há uma grande variedade de contraceptivos hormonais, desde os injetáveis até os implantes subdérmicos. Dentre eles, as pílulas também possuem as suas variedades. De acordo com a dose e posologia podem ser classificadas por monofásicas, bifásicas ou trifásicas. Existem ainda as combinadas (associação de progestogênio com estrogênio) e as de progestogênio isolado. Os anticoncepcionais orais proporcionam outras vantagens além da proteção reversível contra a gravidez, tais como: diminuição do fluxo menstrual, redução de cólicas durante este

período e diminui as incidências de câncer ovariano. Também é usado como terapia no tratamento e controle da endometriose. Porém, assim como vantagens, os anticoncepcionais hormonais orais podem se tornarem um fator de risco para as mulheres com doenças cardiovasculares, especialmente se essa mulher apresenta obesidade e/ou fuma. O método não pode ser indicado também para mulheres com câncer de mama e mulheres que estejam amamentando. A enfermeira ou outro profissional de saúde capacitado deve estar atento para estas condições, devendo avaliar sempre o risco e benefício. As pílulas de progestogênio isolado (minipílula) são recomendados principalmente para mulheres que estão amamentando (BENFAM, 2002).

Os anticoncepcionais injetáveis são uma alternativa para quem não pode usar os orais ou para quem deseja usufruir da comodidade em relação a posologia, já que a administração deste pode ocorrer a cada mês ou até cada três meses, no caso dos injetáveis trimestrais. Assim como os anticoncepcionais orais, os injetáveis também podem ser combinados ou apresentar o progestogênio isolado, bem como, possuem suas vantagens e contra-indicações, exigindo do profissional de saúde o conhecimento para recomendá-lo ou não (BRASIL, 2002b).

Os anticoncepcionais hormonais também podem se apresentarem de forma subdérmica ou transdérmico. O subdérmico consiste na implantação de um silicone que contém interiormente derivados de progestégenos. Esse silicone pode ser na forma de um bastonete ou em cápsula. Ambos liberam o hormônio contido em seu interior. Deve ser aplicado por um profissional capacitado e treinado, pois trata-se de uma pequena cirurgia. Já o transdérmico, requer apenas a orientação de um profissional, pois apresenta-se na forma de um adesivo de fácil aplicação. Contém hormônios combinado que serão absorvidos pela pele (BRASIL, 2006).

As pílulas anticoncepcionais de emergência, também conhecidas como pílulas do dia seguinte, são métodos hormonais usados para impedir uma gestação quando se há a possibilidade de ocorrer uma gravidez após uma relação sexual em que não houve o uso de preservativos ou que tenha ocorrido algum acidente com o método usado. Este tipo de contraceptivo só poderá ser utilizado até as 72 horas após a relação e, não se deve usar a contracepção de emergência como

rotina, pois além de diminuir sua eficácia, estudos apontam o risco aumentado para a ocorrência de AVC, bem como outras implicações para a saúde (BENFAM, 2002).

As cirurgias de esterilização também são métodos contraceptivos aprovados pelo Ministério da Saúde. Embora a laqueadura e a vasectomia, cirurgias de esterilização feminina e masculina respectivamente, sejam métodos em que alguns casos haja a possibilidade de falha e até de reversibilidade, são consideradas como anticoncepção cirúrgica definitiva. Segundo a lei 2.693/96, apenas homens e mulheres com idade superior a 25 anos ou que tenham dois ou mais filhos vivos podem se submeterem a cirurgia, desde que seja acompanhado por uma equipe multidisciplinar e, só após o prazo mínimo de sessenta dias seja realizado o procedimento (RIVOIRE, et al., 2003).

2.3 A EVOLUÇÃO DOS MODELOS DE ATENÇÃO E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A trajetória das ações e serviços de saúde no Brasil foi envolvida pelos diversos processos históricos que marcaram as transformações socioeconômicas e culturais do país, passando desde o modelo ostentado pelas Santas Casas de Misericórdia até o modelo vigente hoje.

A partir de mil e quinhentos até o primeiro reinado, o Brasil passou a sofrer com as doenças trazidas pelos colonizadores e pelos escravos. Os homens brancos trouxeram germes de doenças até então desconhecidas pelos nativos, em especial, a varíola, responsável por dizimar tribos indígenas durante as epidemias. Nesta época, a medicina empírica era a forma de tratamento das doenças. Com o avançar da colonização, estabelecimentos hospitalares foram criados com donativos ofertados por senhores donos de terras. Após a expulsão dos jesuítas, esses estabelecimentos passaram a se chamar de Santas Casas de Misericórdia, mas continuavam a sobreviver de caridades. Estas instituições funcionavam praticamente como depósitos de doentes, pois serviam de forma precária, tendo que amontoar pacientes num mesmo leito (BERTOLLI FILHO, 2004).

Com a proclamação da república instalou-se uma nova organização política, a chamada oligarquia, que era representado na figura do coronel. Nesta época a economia baseava-se praticamente na monocultura do café, que impulsionava o comércio exterior. No entanto, doenças se alastravam pelo Rio de Janeiro e, como medida de emergência nasceu o modelo conhecido por sanitarismo campanhista. Em consequência da queda no setor da economia devido ao quadro sanitário do Rio de Janeiro, Oswaldo Cruz empenhou-se na grande missão de erradicar a febre amarela. Mas apesar do êxito da campanha, não conseguiu o apoio da população devido ao abuso de poder cometido pelos homens recrutados para atuarem nesta erradicação. Porém, a insatisfação da massa popular foi mesmo quando Oswaldo Cruz instituiu a vacina contra varíola de forma obrigatória. As manifestações não foram contidas e o movimento recebeu o nome de revolta da vacina (POLIGNANO, s/d).

O processo de industrialização advindo da economia cafeeira possibilitou a entrada de imigrantes no país. Os europeus, que já traziam a experiência de conquista por direitos trabalhistas organizaram juntamente com os operários brasileiros duas grandes guerras. Esses movimentos resultaram na aprovação da lei Eloi Chaves. A lei concedia alguns benefícios à classe trabalhadora, entre eles, assistência à saúde mediante a contribuição de empregados e empregadores. Nasce assim, o modelo médico assistencial privatista (OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1986 apud CARVALHO et al., 2001).

As Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) eram organizadas por empresas. Quem não contribuía com alguma caixa restava-lhe os hospitais filantrópicos para assistir-lhe nas doenças. Na década de 30, as CAP's e foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), passando a serem organizadas por categorias profissionais. Mas, como forma de unificar os direitos concedidos pelos IAP's através de benefícios, houve a unificação dos IAP's em Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Posteriormente, com o milagre econômico na década de 70 e o crescente aumento de contribuintes e beneficiários da previdência ocorreu um reforço do hospitalocentrismo e medicalização da saúde. O INPS tornou-se um sistema muito complexo do ponto de vista administrativo e foi substituído pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Ainda na década de 70 nasceu o

movimento da reforma sanitária, que por insatisfação da assistência à saúde oferecida pelo governo, lutavam por uma abordagem à saúde de forma democrática, integral e igualitária (BERTOLLI FILHO, 2004).

Já na década de 80 houve a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), sendo considerada um grande avanço no que diz respeito a discussões sobre saúde, pois foi a primeira conferência aberta à sociedade. Foi da 8ª CNS que saiu a proposta de saúde democrática e universal, conhecido como projeto de Reforma Sanitária Brasileira. Esse projeto foi encaminhado à Assembleia Nacional, onde após intenso debate político foi promulgada a constituição de 1980, que cria o SUS ao definir que “a saúde é direito de todos e dever do estado” (POLIGNANO, s/d).

Da efetiva implantação do SUS até os dias de hoje, outras transformações aconteceram. Para fortalecer o modelo vigente de vigilância à saúde ou modelo pluralista, nasce a política de Atenção Básica, com a finalidade de promover a saúde da comunidade.

A Atenção Básica age através de práticas sanitárias que firmam a educação em saúde e o controle social de forma democrática sob a gerência de uma equipe multiprofissional, tendo como objetivo principal reorientar o sistema de saúde, substituindo o modelo centrado na doença e no indivíduo. Essa estratégia foi idealizada para aproximar os serviços de saúde da população, humanizando as práticas de saúde através do estabelecimento de relações interpessoais entre os profissionais e os usuários (BRASIL, 1997).

Em consonância com o SUS, a equipe de saúde da Atenção Básica deve atender a comunidade de forma integral, contínua e resolutiva, devendo identificar as situações que impõem riscos à saúde da população adscrita e abordar os aspectos de educação sanitária (BRASIL, 2001a). A Atenção Básica prevê o desenvolvimento de ações educativas como responsabilidade de toda equipe de saúde, seja na própria unidade, na visita domiciliar ou em espaços informais (BRASIL, 1997).

Segundo Vasconcelos (1997) a educação em saúde muitas vezes é compreendida como uma forma de fazer as pessoas mudarem atitudes que possam causar riscos à saúde. Porém, a

educação em saúde vai muito além disso. Educar para saúde é ajudar o indivíduo reconhecer seus problemas, buscando a origem destes para chegar a soluções capazes de resolvê-los.

A educação em saúde visa estimular a autonomia dos indivíduos para adoção do autocuidado, contribuindo para a participação da comunidade, juntamente com profissionais e gestores, na luta por uma assistência conforme suas necessidades, incentivando o controle social sobre as políticas e os serviços voltados para saúde (BRASIL, 2005-b).

Segundo Alves (2005) a educação em saúde é um meio pelo qual o saber científico atinge a população em geral. Essa prática deve ser mediada pelos profissionais de saúde, uma vez que o conhecimento é uma importante arma para adoção de hábitos saudáveis.

2.4 ABORDAGENS PEDAGÓGICAS

Segundo Bordenave (1983, p. 1) todos os procedimentos educativos, bem como suas referentes metodologias são alicerçados por uma pedagogia, isto é, uma “concepção de como se consegue que as pessoas aprendam alguma coisa e, a partir daí, modifiquem seu comportamento”.

Podemos encontrar na literatura diversos autores que apontam inúmeras propostas pedagógicas, porém, para discussão, optamos pelas teorias não críticas, segundo classificação de SAVIANI (2006), por serem as mais usadas nos cursos de enfermagem (VIEIRA; SILVA, 2004).

Também tomamos por opção as pedagogias da transmissão e problematização, conforme Bordenave (1983) por se tratar de abordagens utilizadas pelo Ministério da Saúde no aperfeiçoamento dos profissionais de enfermagem de nível médio. Para Saviani (2006, p. 3) existe uma dicotomia entre as teorias de educação; as que se apresentam como um “instrumento de equalização social” e as teorias que se apresentam como um “instrumento de discriminação social”.

As teorias crítico-reprodutivas entendem a educação como um instrumento que intensifica cada vez mais as divisões sociais, corroborando a “marginalização”, não acreditam na escola apenas como objeto de um processo educativo filosófico. O desenvolvimento teórico dos

conteúdos deve-se está condicionado a seus determinantes e, conseqüentemente as exigências sociais determinantes. Nesta perspectiva, o papel do professor não se resume apenas a uma transmissão de conhecimentos, mas a uma transmissão contextualizada histórica e socialmente, aproximando a prática de ensino com a realidade. As teorias não críticas apostam na educação como um fator fundamental na produção de uma sociedade homogênea, capaz de fortificar os elos sociais (SAVIANI, 2006, p. 5).

Conforme classificação de Saviani (2006) as teorias não críticas envolvem as pedagogias tradicional, nova e tecnicista. Na pedagogia tradicional o professor é o centro do saber, sua função é apenas transmitir seus conhecimentos aos alunos, cabendo a estes apreender as informações. Esta vertente concebe o homem como mutável, sendo a educação, a responsável por moldar o aluno, transformando sua essência enquanto ser humano. (SAVIANI, 2006). Segundo Snyders (apud MIZUKAMI, 1986) a abordagem tradicional é entendida como uma educação autêntica, que coloca o aluno frente aos grandes feitos dos homens, guiando-o a todas as áreas do conhecimento.

Para pedagogia nova, o aluno é o sujeito determinante no processo de aprendizagem, é dele que deve partir a iniciativa. Nesta pedagogia, a liberdade do aluno é bastante valorizada. A práxis da escola nova não são os conteúdos disciplinares, mas o processo de aprendizagem de acordo com o interesse individual de cada educando, estimulando cada vez mais suas habilidades pessoais. O professor tem apenas o papel de incitar esse interesse (SAVIANI, 2006).

Na pedagogia tecnicista, aluno e professor assumem um caráter secundário. O sistema produtivo é o elemento fundamental. A pedagogia tecnicista entende a marginalidade como falta de eficiência, infrutuosidade. Logo, a responsabilidade da escola passa a ser o desenvolvimento de sujeitos competentes, para ampliar a operosidade social, ou seja, o aluno deve “aprender a fazer”, sem que haja preocupação com as transformações sociais (SAVIANI, 2006, p. 14). Para Libâneo (1995), na prática, as pedagogias tradicional e tecnicista, sempre buscaram legitimar a ordem econômica vigente (capitalista), sem se preocuparem com as mudanças sociais.

Segundo Bordenave (1983) existem duas pedagogias que se contrapõem: as pedagogias da transmissão e a da problematização. A pedagogia da transmissão acredita que a transferência de informações é a questão mais importante no processo de ensino-aprendizagem. A função do aluno é de assimilar o conhecimento que lhe é transmitido. Dessa maneira, potencializando uma atitude passiva, incapaz de adotar uma postura crítica, distanciando as relações entre teoria e prática (BORDENAVE, 1983).

Para Freire (1979) a educação vista por transmissão de conhecimentos é denominada de educação bancária, em que o professor é protagonista da ação, enquanto transfere conteúdos memorizados ao aluno e, este é visto apenas como um receptor, devendo decorar as informações repassadas. Desta forma, tanto professor, como aluno são arquivadores de informações, sem se preocuparem com uma nova formação ou inovação do saber. Na medida em que, educador e educando são considerados respectivamente melhores quanto mais transmitirem conhecimentos e quanto mais se permitirem serem depósitos da narração desses conhecimentos. Freire ainda combate a educação bancária, propondo a pedagogia problematizadora como ponto de renovação da educação, como manifestação de uma consciência crítica. Para o autor citado, a educação problematizadora apropria o aluno como sujeito transformador de sua história a partir da real consciência de sua situação e suas necessidades, permitindo que o desejo de ultrapassar os limites saia do plano teórico e seja transformado em ação.

Gadotti (1985) afirma que não se pode ter perspectivas numa educação cujo processo não tenha nascido das necessidades da sociedade. A atuação verdadeira de um processo pedagógico viabiliza instrumento teóricos e práticos coerentes com a ação exigida para uma transformação social. Para Bordenave (1983) na pedagogia da problematização, o mais importante é estimular habilidades de observar a realidade e identificar as soluções capazes de resolver problemas. Dessa maneira, a pedagogia da problematização preocupa-se em formar sujeitos de transformação. Essa pedagogia apóia-se em diálogos constantes entre professores e alunos.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental, caracterizado por uma revisão de literatura. Os dados pesquisados foram os manuais técnicos do Ministério da Saúde, mais precisamente os documentos que tratam de Saúde Reprodutiva, Planejamento Familiar, Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos e congêneres, bem como alguns estudos encontrados no Google Acadêmico® utilizando-se os termos “pedagogia”, “método pedagógico”, “planejamento familiar”, “enfermeiro” e “ação educativa”, combinados aleatoriamente. O período de pesquisa foi entre fevereiro e março de 2014.

Foram percorridas as seguintes etapas metodológicas: leitura e seleção dos textos dos textos, onde foram identificados os temas relacionados aos objetivos do estudo. Posteriormente, foi feito um agrupamento dos textos, permitindo a organização de blocos de significados que orientam a análise.

4 RESULTADO E ANÁLISE

O material pesquisado permitiu uma visão ampla sobre as ações educativas desenvolvidas pelos enfermeiros no tocante ao planejamento familiar.

Examinando a literatura sobre a temática abordada, encontramos o estudo de Araújo (2004), que investigou como as ações de educação em saúde no planejamento familiar vêm sendo desenvolvidas pelos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família do município de Campina Grande-PB. Os resultados mostraram que a falta de capacitação técnico-político-pedagógica dos profissionais e dos gestores para o planejamento familiar; a limitação e/ou ausência de material pedagógico como suporte para as ações educativas; a limitação dos métodos contraceptivos disponibilizados para seus usuários e o espaço físico inadequado para realização das ações de planejamento familiar são os principais entraves para o desenvolvimento de atividades educativas. Ainda foi constatado que, a prevalência da utilização da pedagogia de transmissão aliada a esses entraves, vem comprometendo a efetivação do planejamento familiar das Unidades de Saúde da Família do município de Campina Grande-PB, que foram inseridas na pesquisa.

Vieira e Silva (2004) realizaram um estudo quanti-qualitativo numa Unidade de Saúde da Família a fim de averiguar a atuação pedagógica dos enfermeiros em alguns serviços oferecidos pela unidade, incluindo o Planejamento Familiar. Os resultados mostraram que as abordagens utilizadas pelos enfermeiros foram as pedagogias tradicional e problematizadora.

Outros documentos revelaram que a maioria dos profissionais ainda recorrem a tendências pedagógicas que não valorizam a realidade, o dia-a-dia dos indivíduos. Levar em consideração o cotidiano dos usuários é decisivo para que sejam desenvolvidas ações que respondam na superação de problemas vivenciados pela comunidade. Assim, as práticas educativas devem ser “reflexo da sociedade e nela se refletem, espelhando a complexidade da dinâmica social e da interação humana” (ROSENDO, 1999 apud ARAÚJO, 2004).

Com base nos manuais do Ministério da Saúde (1997, 2001a, 2002b, 2005b) é sabido que as populações residentes nas comunidades são os principais atores reveladores de seus problemas coletivos e pessoais, devendo eles, nortear os profissionais de saúde para elegerem em conjunto as questões prioritárias para o desenvolvimento de ações mais adequadas. Bordenave e Pereira (1999) são categóricos ao afirmar que não há como separar a transformação individual da transformação social, pela qual se deve valorizar e executar situações grupais.

Outros textos revelam uma falta de preocupação em promover uma consciência reflexiva nos usuários, o que facilitaria o processo de aprendizagem dos mesmos (VASCONCELOS, 1997; VIEIRA, SILVA, 2004). Para Freire (1982) toda ação educativa precisa ser precedida por uma reflexão e por uma análise do meio em que esse indivíduo vive. É necessário que o educador tenha a frente os objetivos que deseja alcançar, e desta forma, formular meios que possam orientar a aprendizagem e avaliar se seu objetivo foi alcançado (BORDENAVE, PEREIRA, 1999, P.84).

Outros estudos trazem que muitos enfermeiros não recorrem exclusivamente a Abordagem Tradicional. É perceptível que ele também é adepto da metodologia problematizadora. Isso ficou evidenciado através do desenvolvimento de atividades grupais, onde os usuários não limitam-se apenas a ouvir, mas são estimulados a revelarem seus principais problemas e limitações (ALVES, 2005; OSIS, 1998). Segundo Bordenave (1983) a abordagem problematizadora busca desenvolver nos indivíduos o aumento de sua capacidade para reconhecimento da realidade, e assim, buscar soluções concretas para desafiarem seus problemas.

Outro ponto bastante relevante nos estudos pesquisados é importância de estar munido de materiais pedagógicos quando o enfermeiro exercer um processo educativo. A disponibilidade desses meios facilita as práticas educativas. Se apropriando dessa concepção, achou-se essencial conhecer os recursos didáticos utilizados pelos enfermeiros para incrementarem as atividades educativas no planejamento familiar, bem como, os métodos contraceptivos existentes nas Unidades de Saúde, já que segundo orientação do PAISM, os usuários devem ser informados a respeito de todas as formas de contraceptivos para que possam escolher o método ao qual mais se adequarem (ROSENDO, 1999 apud ARAÚJO, 2004).

Ficou evidenciado nos estudos encontrados, a carência de meios contraceptivos e de recursos didáticos para a realização de ações no planejamento familiar. O álbum seriado tem se mostrado como principal e até único recurso utilizado em algumas Unidades de Saúde. A camisinha e o anticoncepcional oral também são praticamente as únicas alternativas encontradas (OSIS, 1998). É necessário que haja uma diversidade de material pedagógico, bem como uma ampliação das alternativas de contracepção, garantindo uma escolha livre do método contraceptivo pelos usuários. Essa etapa traz à discussão o entendimento dos enfermeiros sobre educação em saúde, visto que o PAISM assegura o desenvolvimento de práticas educativas como forma efetiva de inserção da integralidade na assistência à mulher (BRASIL, 2004).

A educação em saúde visa construir “conhecimentos necessários” para que os usuários possam ter um “maior controle sobre sua saúde” (BRASIL, 1997). Com base nessa afirmação do Ministério da Saúde, percebe-se que ainda há um entendimento primitivo por parte dos enfermeiros em relação ao tema. Muitos ainda confundem educação em saúde como uma forma de assistir o indivíduo apenas em sua função biológica, limitando a educação em saúde como ausência de doença. Educar para saúde inclui práticas que buscam considerar as particularidades de cada indivíduo, desempenhando ações que provoquem reflexões críticas nos usuários, promovendo o desenvolvimento de sua autonomia.

A educação em saúde é também considerada como uma união de iniciativas que promovem o envolvimento da sociedade no debate entre profissionais de saúde e gestores a fim de promoverem ações horizontais que garantam a integralidade da assistência. A equipe de Saúde da Família deve atuar além do desenvolvimento técnico, deve capacitar a comunidade para o controle social.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as necessidades de ações de educação em saúde na atenção básica para superar os desafios das desigualdades, o cenário evidenciado pelo presente estudo mostrou que no atual contexto de políticas de planejamento familiar, ainda há uma necessidade de profissionais reflexivos, que proporcionem condições para que a comunidade consiga tomar suas decisões, superando situações que se apresentam cotidianamente.

Os enfermeiros parecem ainda adotar práticas pedagógicas que reproduzem as relações dominantes da sociedade, provavelmente fruto da formação profissional com enfoque na concepção de saúde tradicional, que não valoriza de forma devida a educação em saúde, mas valoriza, sobretudo, a formação técnica, biomédica.

Com relação às ações de educação em saúde no planejamento familiar foi possível constatar que apesar da boa vontade dos profissionais e o reconhecimento da importância dessas ações como peça chave nas ações de planejamento, observou-se a precariedade de recursos didáticos e a falta de uma capacitação pedagógica por parte dos participantes para o desenvolvimento dessas ações. Não será possível atingir uma prática reflexiva se os profissionais persistirem na utilização da abordagem tradicional, que valoriza ações desarticuladas de um contexto social.

Também foi possível constatar a restrição de métodos contraceptivos existente nas Unidades de Saúde da Família, evidenciando que a comunidade não faz uma escolha livre de métodos contraceptivos.

Nesse sentido, esperamos que as reflexões aqui realizadas possam contribuir como mais um indicador prioridades que devem ser estabelecidos no amplo universo da educação em saúde, de modo a efetivá-la com qualidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. B. **Desafios Vivenciados por Mulheres em Busca de Recanalização Tubária**. 2005. 87f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

ARAÚJO, F. M. **Ações de Educação em Saúde no Planejamento Familiar nas Unidades de Saúde da Família do Município de Campina Grande-PB**. 2004. 79f. Monografia (Especialização) – Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>. Acesso em: 02 março 2014.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Rev. Inteface- Comunic.**v. 9, n. 16, fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/>. Acesso em: 02 março 2014.

BERTOLLI FILHO, C. **História da Saúde no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos Sexuais, Reprodutivos e Métodos Anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005-a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005-b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação 2004-2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento Familiar: manual para o gestor**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002-a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência em Planejamento Familiar: manual técnico**. Brasília, 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002-b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília, Ministério da Saúde: 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Mulher no Curso da Vida**. Manual de Enfermagem. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. São Paulo: IDS, 2001b.

BRASIL, **Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

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

BORDENAVE, J. E. D. **Alguns Fatores Pedagógicos**. Brasília, DF, 1983. Texto traduzido e adaptado do artigo “La Transferência de Tecnologia Apropriada al Pequeno Agricultor” (BORDENAVE, J. E. D. Revista Interamericana de Educação de Adultos, v. 3, n. 1-2) por Maria Thereza Grandi. OPAS, Brasília, 1983, para a Capacitação Pedagógica do Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio em Saúde (Projeto Largo Escola) Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio. Acesso em: 22 março 2014.

BORDENAVE, J. E. D.; PERIRA, A. M. **Estratégias de Ensino Aprendizagem**. 20. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

CARVALHO, B. G. et al. Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Uel, 2001.

COELHO, E. A. C. et al. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, mar. 2000.

COELHO, E. A. C. **Política de Planejamento Familiar em João Pessoa-PB: análise das contradições existentes entre o discurso oficial e a prática**. 1996. 242f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

FORMIGA FILHO, J.F. N. Políticas de saúde reprodutiva do Brasil: uma análise do PAISM. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1999.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. 5. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1982. (Coleção Educação e Comunicação, vol. 1).

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

GADOTTI, M. **Educação e Poder: introdução à pedagogia do conflito**. 6. ed. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1985.

LIBÂNEO, J. C. **Democratização da Escola Pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos**. 13. ed. São Paulo: Loyola, 1995.

MIZUKAMI, M. G. N. **Ensino: abordagens do processo**. São Paulo: EPU, 1986.

OSIS, M. J. M. D. **PAISM: um marco na saúde reprodutiva do Brasil**. Campinas, SP, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?>. Acesso em: 30 março 2014.

POLIGNANO, M. V. **História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão**. s/d. Disponível em: http://www.medicina.ufmg.internatorural.mimeo.23p_pdf. Acesso em: 02 março 2014.

RIVOIRE, H. C. et al. **Revisão da Esterilização Cirúrgica e a Lei nº 9.263/96**. Rio Grande, 2003. Disponível em: < www.ebiomedbrazil.com.> Acesso em: 02 março 2014.

SAVIANI, D. **Escola e Democracia**. 38. ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2006.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL - BENFAM. **Normas Técnicas em Anticoncepção**. Rio de Janeiro: [BENFAM], 2002.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular nos Serviços de Saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

VIEIRA, C. M.; SILVA, M. I. T. S. Atuação Pedagógica do Enfermeiro em uma Unidade de Saúde. **Rev. Temas em Saúde**. João Pessoa, Ano 4. n. 2, set. 2004.