

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E O PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA: IMPLICAÇÕES COM AS REDES SOCIAIS

Maria de Lourdes Budó*
Fernanda Carlise Mattioni**
Fernanda Machado da Silva***
Maria Denise Schimith****

RESUMO

Aborda-se, neste artigo, a educação em saúde voltada ao portador de doença crônica, contextualizando-a com a influência que as estruturas das redes sociais exercem sobre as pessoas. Para tanto, tem-se como objetivo fazer uma reflexão sobre a educação em saúde relacionada com as doenças crônicas e sua implicação com as redes sociais, procurando-se mostrar a importância de uma educação que busque articular o saber popular e o saber científico como saberes complementares. A reflexão aqui construída é produto das discussões acerca da temática realizadas no grupo de pesquisa das autoras entre estudantes da graduação e da pós-graduação. As redes sociais influenciam na construção e percepção do processo saúde-doença. Defende-se que a educação em saúde, como prática social, busque o desenvolvimento da autonomia e da corresponsabilização dos sujeitos e grupos sociais no cuidado com sua saúde. Defende-se também que os profissionais de saúde reconheçam e congreguem os diferentes saberes, possibilitando a efetividade das ações. Considera-se, ainda, a complexidade da promoção de decisões autônomas, pois abarca as relações dos indivíduos com seu meio, isto é, com as redes sociais em que estão inseridos.

Palavras-chave: Educação em saúde. Apoio social. Doença crônica.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas representam, na atualidade, a causa principal de morte, tanto nos países centrais como nos periféricos. A sua expansão reflete os processos de industrialização, urbanismo, desenvolvimento econômico e globalização alimentar, que acarretam alteração das dietas alimentares e aumento de hábitos sedentários, cujo resultado é que a metade das mortes está diretamente associada às doenças cardiovasculares⁽¹⁾.

Ao abordar-se a doença crônica, é imprescindível ao profissional de saúde ter em mente a existência, no seio da comunidade, de um cuidado não profissional, centrado no próprio portador da doença e sua rede de relações. Nessa perspectiva, podem-se visualizar sistemas de cuidados complementares que podem estar mais ou menos aproximados.

A visão científica de saúde e doença não é a

mesma que a popular. As pessoas, no processo de adoecimento, encontram-se imersas em uma rede social que pode proporcionar um cuidado fundamental. Por essa razão, torna-se um dos grandes desafios dos profissionais de saúde, entre eles o enfermeiro, trabalhar com as singularidades e complexidades dos contextos de vida, por meio da educação em saúde.

As críticas ao modelo vigente de educação em saúde têm sido frequentes nos últimos anos, principalmente a partir da década de 1980^(2,3). Ao mesmo tempo, as políticas de saúde e os programas do Sistema Único de Saúde (SUS), referindo-se às doenças crônicas, entre elas a hipertensão arterial sistêmica, esclarecem que “a adoção de hábitos de vida saudáveis é parte fundamental da prevenção e do tratamento”^(4:75), e complementando, entre as atribuições e competências dos profissionais destacam o desenvolvimento de “[...] atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da

*Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem PEN/UFSC. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Email: lourdesdenardin@gmail.com

**Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM - PPGEnf/UFSC. Bolsista CAPES. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Email: fernandasi@yahoo.com.br

***Mestranda em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz. Bolsista Capes. Membro do grupo de pesquisa Cuidado Saúde e Enfermagem - DEpartamento de Enfermagem.CCS/UFSC. E-mail: fcmattioni@yahoo.com.br

****Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFRGS. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. E-mail: ma.denise@yahoo.com.br

comunidade; [...] individuais ou em grupo [...]”^(4:41). Dessa forma, convive-se com um paradoxo, pois ainda estamos diante de projetos educativos “na perspectiva de transmissão de um conhecimento especializado que ‘a gente detém e ensina’ para uma ‘população leiga’, cujo saber-viver é desvalorizado e/ou ignorado nesses processos de transmissão”^(3:1336), caracterizando uma imposição cultural. Esse entendimento fortalece a visão de que o conhecimento popular precisa ser modificado para absorver o saber científico, na lógica de que o adoecimento é responsabilidade dos doentes, ao mesmo tempo em que ocorre a sua culpabilização. Com base nessas considerações, este texto reflexivo tem como objetivo abordar a educação em saúde relacionado-a com as doenças crônicas e sua implicação com as redes sociais, procurando contextualizar a importância de uma educação que busque articular o saber popular e o saber científico como saberes complementares. A reflexão aqui construída é produto das discussões realizadas durante pesquisa acerca da temática entre estudantes da graduação e pós-graduação, no Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem, do qual as autoras fazem parte.

REDES SOCIAIS – ASPECTO CONCEITUAL E ESTRUTURAL

A temática de redes sociais passa, necessariamente, pelo sistema de aspectos significativos do sujeito. Nota-se que as fronteiras desse sistema não se limitam à família nuclear ou à família extensa, mas incluem um conjunto de vínculos interpessoais do sujeito: família, amigos, relações de trabalho e de estudos, inserção comunitária e práticas sociais⁽⁵⁾. Dessa forma, compreende-se a influência das redes sociais na construção e percepção do processo saúde-doença. Como forma de não se perder na imensidão de suas extensões, há necessidade de uma delimitação de fronteiras das redes sociais. Desse modo, a *Microrrede* refere-se ao social e pessoal, e a *Macrorrede* relaciona-se à comunidade, à sociedade, à espécie a que pertencemos e à ecologia. A partir dessas definições, há a constituição de uma *rede de redes*, ou seja, conjuntos de relações sociais que interagem e influenciam outros, formando um grande

complexo⁽⁵⁾.

Nesse sentido, é proposto um modelo de rede social em que o universo relacional do indivíduo é sustentado pelos contextos culturais e subculturais nos quais estamos imersos, influenciados pelo contexto histórico, político, econômico, religioso, ambiental e de existência ou carência de serviços públicos, entre outros. Numa perspectiva mais específica, a rede social pessoal pode ser definida “como a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade. Essa rede corresponde ao nicho interpessoal da pessoa e contribui substancialmente para o seu próprio reconhecimento como indivíduo e para sua autoimagem”^(5:41).

Um *mapa mínimo* da rede social compreende todas as pessoas que interagem com o sujeito. Esse grupo abarca as relações *familiares, de amizade, de trabalho e comunitárias* (de serviço e de credo)⁽⁵⁾. Não obstante, sua rede de suporte mais próxima é a família, instituição para a qual cuidar da saúde de seus membros sempre foi uma prática comum⁽⁶⁾.

A formação de rede social ganha relevância clínica, principalmente diante de certas realidades conjunturais e sociais da atualidade, como: uma percentagem grande de pessoas vive só; existe menos pressão social como estímulo à participação em atividades sociais informais; muitos casais decidem não ter filhos, ou seus filhos adultos moram longe; um número grande de famílias muda com frequência seu local de residência, dificultando o estabelecimento de laços sociais; existe uma diminuição de atividades com a família extensa⁽⁵⁾. Assim, a prática do cuidado à família sofre alterações importantes.

DOENÇA CRÔNICA E REDE SOCIAL

O fenômeno epidemiológico da doença crônica, apontado anteriormente, remete à análise da inserção do indivíduo na rede social, pois esta influencia seu modo de viver a doença. Na língua inglesa existem três formas de caracterizar aquilo que em português se designa doença: *illness, disease e sickness*⁽⁷⁾. *Illness* designa a experiência humana inata de sintomas e sofrimento, traduzida também como

perturbação⁽⁸⁾. É o modo como a pessoa doente e os membros da família ou a rede social mais abrangente percebem, vivem e respondem aos sintomas e incapacidades. É a experiência vivida de monitorar os processos corpóreos - categorizando-os e explicando-os em senso comum - bem como os julgamentos, o início do tratamentos e a decisão de quando procurar cuidado de profissionais ou práticos alternativos. Orientações culturais locais organizam o senso comum sobre como entender e tratar a doença e, nessa perspectiva, a doença é moldada culturalmente. *Disease* é a doença na perspectiva do profissional, no modelo biomédico. *Sickness* é a desordem em seu sentido genérico, que se expressa através da população em relação às forças macrossociais (econômicas, políticas e institucionais)⁽⁷⁾.

No presente estudo, destacam-se os significados de *illness* (perspectiva do portador) e *disease* (perspectiva do profissional), pois na doença crônica é fundamental a comunicação entre profissionais e portadores. A interpretação dos significados da doença (*illness*) por parte dos profissionais pode contribuir para a prestação de de um cuidado mais efetivo. Neste sentido, o trabalho do profissional inclui a solicitação do histórico da doença (*illness*) na perspectiva do portador, sua família e rede social, incluindo as alternativas de cuidado utilizadas⁽⁷⁾. Dessa forma, a perspectiva do portador sobre a doença, no geral, faz parte de um modelo explicativo mais amplo.

Alguns estudos^(9,10) apontam evidências de que uma rede social estável, sensível, protege o indivíduo de doenças. Já doenças com curso prolongado dificultam o acesso do sujeito à sua rede social. Essa relação constitui o *círculo virtuoso*: a rede social protege a saúde da pessoa e a saúde da pessoa mantém a rede social. Já o *círculo vicioso* ocorre quando a doença crônica afeta negativamente a rede social da pessoa (com maior intensidade a rede que ultrapassa a família nuclear), que por sua vez, fica abalada e provoca impacto negativo sobre a saúde do sujeito e do grupo íntimo. As relações sociais contribuem para dar sentido à vida de seus membros. Esse sentido transforma-se em fator que estimula as práticas de cuidado em saúde e, em última instância, estimula a continuar vivendo. Tal sistema pode ser abalado no curso de uma

doença crônica à medida que o sujeito perde condições que o identificam no grupo, surgindo o sentimento de incapacidade e inutilidade⁽⁵⁾.

Em situação de doença crônica, na qual o sujeito e a família estão envolvidos no processo de cuidado, o apoio social faz-se necessário. Este se caracteriza como sendo “qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecido por grupos e/ou pessoas que conhecem que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos”^(10:10). Compreende um processo recíproco, que gera efeitos positivos tanto para quem recebe como para quem oferece o apoio. Assim, entende-se que as pessoas precisam umas das outras.

A primeira instância na rede de cuidados em situação de doença crônica geralmente compreende também a família. Esse cuidado é definido a partir do mundo de significados de cada família e aprendido, construído e desenvolvido ao longo da trajetória de seu processo de viver. Isso lhe dá um caráter de especificidade, particularmente porque pode ser modificado segundo as vivências e interpretações de seus membros. Além disso, é fortalecido pela rede de suporte social, constituída por parentes, amigos e vizinhos, seja em situações de crise seja de cotidiano^(6,11,12).

No exercício profissional e em pesquisas em comunidades rurais vivenciam-se situações em que a utilização da rede social de cuidado e de apoio tem sido uma prática evidente e eficaz para a vida das pessoas. Isso ocorre, além do cuidado em situações de doença na família, no compartilhar de atividades no cotidiano da comunidade. A rede social dá segurança, porque as pessoas sabem que podem contar com este apoio manifestado pela presença e solidariedade. E isto é feito com naturalidade, num sistema de troca⁽¹²⁾. No cuidado ao portador de doenças crônicas existem muitos caminhos para a consolidação de redes formais e informais, processo que deve tangenciar as variáveis pessoais e do contexto cultural, social, político e geográfico⁽⁵⁾.

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UM CONTEXTO DE REDE SOCIAL

As doenças crônicas estão intimamente relacionadas aos cuidados desenvolvidos por

diferentes grupos sociais. O fato de serem doenças de longa duração e por vezes permanentes implica o desenvolvimento de cuidados em saúde por grupos que abarcam conhecimentos distintos, a partir de sua construção sociocultural. Ou seja, as redes de apoio que se formam em uma situação de doença crônica congregam diferentes saberes, que se encontram e por vezes se chocam na dinâmica da rede.

A educação em saúde desenvolvida com diferentes grupos sociais merece atenção especial nas políticas públicas de saúde, começando com a compreensão do significado de doença, determinado pela dinâmica social das comunidades. Assim, a noção de doença (*illness*) é estabelecida por meio das vivências e experiências pessoais de cada indivíduo, tendo estreita relação com suas crenças, ideias, valores, pensamentos e sentimentos e a dinâmica social em que está inserido. Nessa perspectiva, pode-se dizer que a educação em saúde objetiva a preparação dos indivíduos e grupos sociais para escolherem seus caminhos e lutarem por uma vida com mais saúde⁽¹³⁾. O apoio social, neste sentido, seria uma forma mais duradoura de lidar com a questão da saúde. Busca compreender quais problemas de saúde têm solução no âmbito da própria comunidade e ainda possibilita a socialização da concepção de autonomia e controle sobre as escolhas individuais e coletivas⁽¹⁰⁾.

Considerando-se a ação educativa um processo político destinado a promover a transformação e emancipação dos sujeitos e grupos envolvidos, a educação em saúde, mais do que difundir informações, busca uma reflexão dos envolvidos sobre as dinâmicas sociais em que estão inseridos, de modo a passarem a perceber a saúde não mais como uma prerrogativa, e sim, como direito social⁽¹⁴⁾. Parte-se, então, do pressuposto de que a educação em saúde deve ser repensada como processo capaz de desenvolver nas pessoas e grupos sociais a consciência crítica em relação às causas dos seus problemas e, ao mesmo tempo, criar um dinamismo para agir com o objetivo de mudanças⁽¹³⁾. Essa condição exige um processo continuado e ativo, baseado no diálogo entre os diferentes saberes que compreende a escuta e o estabelecimento de vínculo. Acredita-se que a ação dialógica, compartilhada em tal contexto, incide numa conscientização coletiva sobre as

condições de vida e na compreensão do potencial do indivíduo e do grupo para a promoção da mudança.

A educação em saúde é, por conseguinte, uma prática social e um processo que contribui para a formação e o desenvolvimento da consciência crítica das pessoas e grupos sociais a respeito dos seus problemas de saúde, aumentando-lhes a capacidade de análise e intervenção, ou seja, de conhecer os problemas e agir sobre eles⁽¹⁴⁾. Destarte, ela estimula a busca de soluções e a organização para a ação coletiva e conseqüente formação de redes sociais. Nessa perspectiva, rejeita a concepção estática de educação entendida apenas como transferência de conhecimentos, habilidades e destrezas e centra-se na participação e no diálogo. Assim a prática educativa deixa de ser um processo de persuasão e de transferência de informações e se torna um processo “de reflexão crítica e interação dialógica entre sujeitos sociais”^(3:1341). Nesta lógica, supõe-se que indivíduos conscientes sejam capazes de se responsabilizar pela sua própria saúde, não apenas no sentido da sua capacidade para tomada de decisões responsáveis quanto à saúde pessoal, mas também em relação à sua capacidade para articular intervenções com a rede social que resultem na sustentação da sua saúde⁽³⁾.

Esta capacidade de articulação com a rede social, precisa levar em consideração que uma comunidade saudável pode proporcionar “apoio, cuidado e um sentimento de pertencimento de seus membros”^(15:72). Dessa forma, somando-se a necessidades de indivíduos conscientes, torna-se indispensável ainda a integração de consciência coletiva para efetivação de redes sociais saudáveis.

Assim, a educação em saúde deve ser desenvolvida mediante a trocas de experiências entre os usuários, a comunidade e os profissionais, de forma horizontal, tendo como ponto de partida o saber popular e como base o “pressuposto da complementaridade entre o saber popular e profissional”^(16:178). Como resultado dessa ação educativa participativa, que foge do padrão tradicional “em que um é sujeito no processo e outro é o objeto sobre o qual há uma intervenção [...]”⁽¹⁷⁾, temos a autonomia das pessoas para ‘viver a sua vida’.

Em contrapartida, a conseqüência dialética de se admitir a autonomia como meta é aceitar, como

resultado final aceitável de um processo educacional, que os grupos sociais envolvidos respondem de maneiras distintas às propostas de mudança individuais e coletivas⁽²⁾. Sob essa lógica, cumpre considerar que as escolhas não ocorrem ao acaso, mas são tomadas com referência ao contexto social em que são determinadas, e que o ambiente impõe limites às nossas escolhas diárias. Destarte, a promoção de decisões autônomas é ainda mais complexa, por abarcar as relações dos indivíduos com seu meio e, ainda, com as redes sociais em que estão inseridos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das discussões acerca do processo educativo, o qual deve ser pautado na complexidade da compreensão de saúde, ainda há críticas sobre como a ação educativa acontece no campo prático da saúde coletiva e da enfermagem. Neste contexto, a ação educativa continua sendo vista, por grande parte dos profissionais de saúde, de uma forma individualista. Objetiva-se avançar para uma “nova abordagem”, predominantemente, como uma questão de responsabilidade pessoal e uma recomendação do “bom” exercício da autonomia individual. Sendo assim, para os “educadores em saúde que atuam na transição proposta, tem sido difícil lidar com os conflitos gerados na intersecção entre novas teorias e antigas práticas”^(2;427). A resolução desse impasse talvez esteja numa verdadeira mudança de paradigmas, e não numa simples mudança de terminologia.

A educação em saúde, como prática social do enfermeiro, traz uma preocupação com o desenvolvimento da autonomia e responsabilização dos sujeitos e grupos sociais

no cuidado com sua saúde. Visa à construção de um saber compartilhado sobre o processo saúde-doença-cuidado que possibilite a construção e o fortalecimento da cumplicidades na busca de proteção⁽³⁾ a estes indivíduos e lhes assegure o direito de decidir quais estratégias são mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde. Ressalta-se, nessa reflexão, que as ações do enfermeiro devem considerar que as pessoas e grupos sociais não são apenas consumidores das ações em saúde: muito mais do que isso, são atores e coprodutores do processo educativo. Assumem ao mesmo tempo os papéis de objetos de trabalho dos agentes educativos e sujeitos de sua própria educação⁽¹⁸⁾. Com a participação das redes sociais e das redes de apoio formais e informais, é possível possibilitar sustentabilidade e efetividade às ações em saúde.

Diante do apresentado, entende-se a importância do papel do enfermeiro integrado à equipe interdisciplinar no controle da doença crônica, principalmente com relação à educação, ao encorajamento e ao acompanhamento do indivíduo e de grupos sociais, a fim de promover melhorias na sua qualidade de vida. Não obstante, para que isso ocorra realmente, é indispensável que o processo educativo seja arquitetado por um profissional crítico, sensível e comprometido com as necessidades reais da população, para assim responder às exigências surgidas no contexto de sucessivas mudanças sociais⁽¹³⁾. Destarte, o desafio que hoje se estabelece para a prática de uma educação em saúde mais dialógica é que os profissionais da saúde estejam aptos a compreender que a composição das redes sociais de cuidado é permeada por diferentes saberes, os quais precisam ser congregados para que suas ações possam ser mais efetivas.

HEALTH EDUCATION TOWARDS THE CHRONIC DISEASE BEARER: IMPLICATIONS WITH THE SOCIAL NETWORK

ABSTRACT

In this article, the health education towards the chronic disease bearer is approached, contextualizing with the influence that the social network structure exert upon people. For that, it has as its objective to make a reflection about the education in health related with the chronic diseases and its implication with the social networks, aiming at contextualizing the importance of an education which tries to articulate popular knowledge and scientific knowledge, as well as complement knowledge. The reflection built here is the product of discussions carried out during research about the theme, among undergraduate and graduate students, in the research group of the authors. The social networks influence the health-disease process of construction and perception. It is defended that the education in health, as a social practice, aims at the autonomy development and the co-responsibility of the subjects and social groups in the care of their health. Also, that the health professionals recognize and congregate the different knowledge, making possible the effectiveness of the actions. It is still considered the complexity of the autonomous decision promotion, for it comprehends the individual relations with their

environment, that is, with the social networks in which they are inserted.

Key words: Health education. Social support. Chronic disease.

EDUCACIÓN EN SALUD Y EL PORTADOR DE ENFERMEDAD CRÓNICA: IMPLICACIONES CON LAS REDES SOCIALES

RESUMEN

Se aborda, en este artículo, la educación en salud dirigida al portador de enfermedad crónica, contextualizándola con la influencia que las estructuras de las redes sociales ejercen sobre las personas. Para tanto, se tiene como objetivo hacer una reflexión sobre la educación en salud relacionada con las enfermedades crónicas y su implicación con las redes sociales, buscándose mostrar la importancia de una educación que busque articular el saber popular y el saber científico como saberes complementares. La reflexión aquí construida es producto de las discusiones acerca de la temática realizada en el grupo de investigación de las autoras entre estudiantes de la graduación y del posgrado. Las redes sociales influyen en la construcción y percepción del proceso salud-enfermedad. Se defiende que la educación en salud, como práctica social, busque el desarrollo de la autonomía y de la corresponsabilización de los sujetos y grupos sociales en el cuidado con su salud. Se defiende también que los profesionales de salud reconozcan y congreguen los diferentes saberes, posibilitando la efectividad de las acciones. Se considera, aun, la complejidad de la promoción de decisiones autónomas, pues abarca las relaciones de los individuos con su medio, quiere decir, con las redes sociales en que están insertados.

Palabras clave: Educación en salud. Apoyo social. Enfermedad crónica.

REFERÊNCIAS

1. WHO. Home page [acesso 2008 ago. 17]. Disponível em: http://www.who.int/topics/chronic_disease/en/
2. Oliveira DLLC. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005; 13(3):423-31.
3. Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. Você aprende. A gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006; 22(6):1335-42.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica. *Cadernos de atenção básica nº 15*. Brasília (DF); 2006.
5. Sluzki CE. A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
6. Marcon SS, Radovanovic CAT, Waidman MAP, Oliveira MLF, Sales CA. Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. *Texto contexto-enferm*. 2005; 14(esp.):116-24.
7. Kleinman A. *The illness narratives*. Suffering, healing and human condition. USA: Basic Books; 1988.
8. Helman CG. Cultura, saúde e doença. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2003.
9. Nardi EFR. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. *Rev Gaúcha Enferm*. 2008; 29(1):47-53.
10. Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad. Saúde Pública*. 1999; 15(Sup.2):7-14.
11. Elsen I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS, organizadoras. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. 2ª ed. Maringá: Eduem; 2004. p.19-28.
12. Budó MLD, Saube R. Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de enfermagem. *Texto contexto-enferm*. 2005; 14(2):177-85.
13. Souza AC, Colomé ICS, Costa LED, Oliveira DLLC. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Rev. Gaúcha de Enferm*. 2005; 26(2):147-53.
14. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo (SP): Hucitec; 2003.
15. Meirelles BHS, Erdmann, AL. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. *Cienc Cuid Saúde*. 2006; 5(1):67-74.
16. Denardin-Budó, ML, Mattioni FC, Machado TS, Ressel LB, Lopes LFD. Qualidade de vida e promoção da saúde na perspectiva dos usuários da estratégia de saúde da família. *Online Brazilian Journal of Nursing*, [Internet] 2008. [acesso 2008 ago 15]; 7:1. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1104/291>.
17. Franco TB; Merhy EE. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. In: Merhy EE. *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 55-124.
18. 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.

Endereço para correspondência: Avenida Roraima, 1000, Cidade Universitária, Bairro Camobi, CEP: 97.105-900, Santa Maria, Rio Grande do Sul.

Recebido em: 30/09/2007

Aprovado em: 30/03/2008