
O PAPEL DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE FRENTE ÀS IMPLICAÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA: DO PROFISSIONAL À COMUNIDADE

JESUS, Samuel José Amaral de*

Faculdade Nobre de Feira de Santana – Feira de Santana (BA), Brasil

Recebido em: 18/01/2015; Aceito: 22/04/2015; Publicado: 25/08/2015

RESUMO

A Educação em Saúde é considerada o instrumento mais viável à promoção da integralidade, a começar pela Atenção Básica, que é a base do Sistema Único, no contexto da Estratégia Saúde da Família. Muitos profissionais têm dado pouco valor a esse instrumento e, quando o empregam, apenas transmitem o saber técnico, sem levar em conta os fatores condicionantes e determinantes que ampliam o contexto saúde-doença. Pretende-se propor uma reflexão sobre a importância das práticas educativas, pautadas numa relação direta entre profissional e comunidade, a fim de reorientar o modelo de assistência, valorizando o trabalho em grupo e incentivando a comunicação dialógica. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada por meio do levantamento de textos produzidos principalmente sobre o tema Educação em Saúde e/ou atenção básica. Percebe-se que as ações de Educação em Saúde beneficiam a todos os sujeitos envolvidos nas atividades de acolhimento, promoção, proteção, recuperação, entre outras, como incentivam a cidadania, a autonomia e a responsabilidade social, ao passo que impulsionam a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Princípio da Integralidade; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The Health Education is considered the most viable instrument to promote full, starting with the Primary Care, which is the basis of the System, in the context of the Family Health Strategy. Many professionals have given little value to this instrument and when the employ only transmit technical knowledge, without regard to the conditions and determinants that extend the context health and disease. We intend to propose a reflection on the importance of educational practices, rooted in a direct relationship between professional and community in order to refocus the assistance model, valuing the group at work and encouraging the dialogic communication. This is a bibliographic research, performed by lifting texts produced mainly on the topic health education and / or primary care. It is observed that health education actions benefit all those involved in host activities, promotion, protection, recovery, among others, as encourage citizenship, autonomy and social responsibility, while driving the construction and consolidation Health System.

Keywords: Health Education; Principle of Completeness; Primary Health Care.

*Samuel José Amaral de Jesus; Rua Caminho 36, Conjunto Feira VII, Tomba – Feira de Santana, Bahia; CEP: 44091-606.
E-mail: zana-sam@hotmail.com.

1 INTRODUÇÃO

A Educação em Saúde integra um instrumento promotor da qualidade de vida aos indivíduos, famílias e comunidades, através da articulação de saberes e recursos intrínsecos, atingindo dimensões que ultrapassam o biológico. Encontra-se estreitamente vinculada à promoção da saúde, impulsionando, juntas, a qualidade no cotidiano dos indivíduos¹. Sendo também um dos principais dispositivos para essa promoção na atenção básica à saúde no Brasil².

Os primeiros programas voltados a esse tipo de educação no país surgiram em torno de 1925, cuja intervenção social empregada pelo governo era a abordagem biomédica para a referida finalidade, que enfatizava a doença e não a saúde. Desse modo, a prioridade era os aspectos biológicos como causadores de patologias, determinando o tratamento dessas por meio da visão médica³.

Hoje se sabe da importância que os aspectos ambientais, culturais, políticos, entre outros, exercem sobre os sujeitos¹. A Educação em Saúde vem como uma ferramenta à sua promoção e à garantia dos direitos fundamentais, com intervenções centradas no trabalho coletivo, enxergando as famílias e comunidades como foco central de sua atenção⁴.

Diante dos pressupostos apresentados, esta pesquisa busca explicitar a importância do processo de ensino e aprendizagem diante do contexto saúde-doença, nas relações entre profissionais e comunidade, pautando a sua investigação na Atenção Básica, que é o fundamento para a promoção das ações integrais de Educação em Saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A Educação em Saúde é um espaço de construção e difusão de conhecimentos e práticas para o viver saudável, entre outros atributos⁵. Ela possibilita mudanças de comportamento em relação à saúde, tendo o indivíduo como o seu público-alvo³. A promoção da saúde se vincula a essa instância e, conforme, Sousa et al.¹, articula conhecimentos populares e técnicos, como também mobiliza recursos (comunitários e institucionais, privados e públicos), abrangendo amplos motivos que permitem a superação do conceito biomédico de saúde.

Para a sua prática na atenção primária à saúde, é necessário o reconhecimento da multidimensionalidade da saúde e da necessidade de autonomia do usuário como sujeito da educação².

No que diz respeito às práticas em saúde, Colomé e Oliveira⁵ destacam duas vertentes: o modelo tradicional (preventivo) e o modelo radical. O primeiro observa a saúde como ausência de patologias, com a proposta de estratégias educativas arbitradas por conjecturas biomédicas. As ações são persuasivas, com a proposição de comportamentos tidos como ideais à prevenção ou à minimização de agravos à saúde, destacando também a colocação dos profissionais da área como atores legítimos de tais ações. Por outro lado, o modelo radical se encontra apoiado na promoção da saúde, renovando e transformando as práticas que se centralizam, de forma predominante, na prevenção de doenças. Nesta perspectiva, a ampliação de saberes e práticas à promoção da saúde permitem a atuação de sujeitos que não sejam exclusivamente profissionais da área; as ações desenvolvidas suscitam a autonomia dos indivíduos a começar pelas suas escolhas.

Diante disto, a abordagem radical é considerada a mais coerente para a promoção da saúde, tanto no plano individual quanto no coletivo⁵. Mas, para chegar a tal abordagem foi necessário todo um processo evolutivo que trouxe diversas transformações quanto à forma de interação entre os profissionais de saúde e os seus clientes. Isso ocorreu baseado em uma série de eventos econômicos e políticos. Essa retomada histórica permite compreender não só os avanços, mas também as perspectivas do processo, possibilitando uma reflexão mais acurada acerca dos determinantes sobre as práticas e políticas em saúde, que vão além deste conceito em suas áreas¹.

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

O primeiro projeto de medicina social, que se baseou na higiene pública e na medicalização urbana, foi empregado no início do século XIX, período no qual houve a transferência da corte portuguesa ao território brasileiro (1808). Havia muitos casos de doenças como tuberculose, cólera, beribéri e lepra; e as ações eram relacionadas a pequenos movimentos em portos, casas e ruas, de controle sanitário para combater as patologias. Com a corte portuguesa, foram criadas ações reguladoras, sendo que a medicina social foi implantada em 1829³.

Em meados de 1860, em que o Brasil tornou-se o maior produtor de café a nível mundial, as ações de saúde eram voltadas para a economia¹. De 1890 a 1920, época de instituição da República e crescimento industrial com destaque ao setor têxtil, a classe trabalhadora veio a reivindicar melhores condições quanto à saúde³.

A caminho da modernização, na década de 1950, a migração populacional proporcionava o crescimento urbano, substituindo a agroexportação

por indústria de bases, observando o homem como um ser produtivo que precisava manter-se saudável para a execução do seu trabalho na produção industrial. Dessa forma, as ações de saúde eram realizadas por meio da imposição, validando o querer da elite¹.

A população não compreendia a razão das intervenções sanitárias e reagia com resistência por meio de movimentos, a exemplo da Revolta da Vacina, que foi um marco à história brasileira, ocorrida no começo do século XX. Sem a devida orientação, espaço reflexivo, como também a possibilidade de decisão, as pessoas recusaram a aplicação de vacinas, visto que também se sentiam manipuladas. Ressaltando que o país atravessava uma epidemia grave de varíola e, para vacinar os habitantes, o Estado formulou lei e usou da força militar como imposição. Tal projeto foi proposto por Oswaldo Cruz, que estava à frente da Repartição Federal de Saúde Pública. Esse acontecimento permitiu redefinir o papel exercido pela Educação em Saúde^{1,3}.

No entanto, Berbel e Rigolin³ (p. 30) destacam que as práticas que Oswaldo Cruz instituiu contribuíram significativamente à saúde pública, exemplos: “a instituição do registro demográfico, que tinha por objetivo conhecer e mapear a população e os riscos endêmicos; a introdução do laboratório para diagnóstico etiológico e a fabricação de produtos profiláticos para uso da população”.

Os anos 1970 foram marcados por movimentos que visavam a reorientação das práticas, por conta das péssimas condições de vida a que a população era submetida, visto que a mortalidade infantil e as endemias eram expressivas. Mudanças iam delineando o fazer educação nesse contexto¹.

Diversas discussões sobre a promoção da saúde brasileira ganharam força com a década de

1980, na qual foram realizadas conferências internacionais sobre promoção da saúde, que possibilitaram definir os princípios do campo: participação social, intersetorialidade, sustentabilidade e multicausalidade do processo saúde-doença. No entanto são recentes as transformações nessa diretiva².

Na década anterior, houve o envolvimento dos usuários como participantes nos processos educativos, sendo que foi na década de 1990 que a subjetividade e os aspectos psicossociais ganharam espaço². Ressaltando que nesse período já havia sido criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que ocorreu em 1988, pela Constituição Brasileira, com o objetivo de garantir o acesso gratuito, integral e universal a toda a população da nação⁶.

Carvalho⁷ explica que o Sistema Público de Saúde veio da luta do Movimento da Reforma Sanitária, que duraram várias décadas. A sua instituição foi pela Constituição Federal, sendo que a consolidação foi pelas Leis 8.080 e 8.142. Esse autor também afirma que “o SUS tem que se dedicar às ações de assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde” (p. 11). Apresenta as funções de regulação, controle, fiscalização e execução; as diretrizes e princípios fundamentais que incluem: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização, entre outros.

O Programa Saúde da Família é um projeto criado pelo Ministério da Saúde no ano de 1994, a fim de reorganizar a prática de atenção à saúde, reorientando o modelo de assistência e efetivando equipes multiprofissionais nas unidades básicas de saúde para acompanhar um quantitativo de famílias em certa localidade. Prioriza as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. O atendimento é prestado por diversos profissionais, como: médico, técnico de Enfermagem, enfermeiro, agente

sanitário, e outros. Ótimos resultados vêm sendo alcançados pelo Ministério da Saúde. Atualmente, esse projeto é definido como Estratégia Saúde da Família⁸.

Conforme explicam Sousa et al.¹, o conceito de saúde se ampliou além do conceito de ausência de doenças, o processo saúde-doença ganhou outra dimensão, destacando múltiplos fatores que interferem nesse aspecto. Também outros setores passam a ser considerados como responsáveis pela saúde, a exemplo da política e da economia.

2.2 PROJETOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Por conta das mudanças que vêm ocorrendo no campo saúde, com necessidade de revisão quanto aos seus discursos, e da apresentação de novas propostas de educação nas unidades básicas de saúde (UBS), o nível básico de atenção (a atenção primária) vem sendo reorganizado, nos moldes da Estratégia Saúde da Família, ampliando não só o acesso, mas também a qualificação e reorientação das práticas de saúde, apesar de que boa parte das ações se encontra pautada no modelo tradicional (imposição de conhecimentos) com intervenções verticalizadas².

Ferraz et al.⁹ apresentam algumas ferramentas de gestão (políticas públicas) que auxiliam na proposição de soluções aos problemas de saúde do dia a dia da ABS, como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que busca uma reflexão crítica sobre as práticas de saúde na sua realidade, e a Política Nacional de Humanização (PNH), esta que tem a sua condução expressa pela gestão compartilhada entre gestores, usuários e trabalhadores, aliando clínica e política para a efetividade da humanização.

Também destacam ações estruturantes interministeriais, lançadas pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em parceria com a Secretaria de Educação Superior (SESu) do Ministério da Educação e Cultura (MEC), como: o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), destinado a reorientar a formação dos profissionais para atender às necessidades da comunidade, em uma abordagem integral ajustada à realidade, melhorar a qualidade da assistência por meio da cooperação entre gestores do SUS e as instituições de graduação, e inclui o atendimento às demandas relacionadas à Educação Permanente em Saúde, segundo os aspectos teórico-metodológicos da PNEPS; e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), considerando um instrumento de qualificação na ABS, que integra ensino e serviço no âmbito da ESF e inicia os estudantes de graduação nesse trabalho, conforme as necessidades do SUS⁹.

Torna-se imprescindível compreender a situação de saúde do usuário e suas implicações. A capacitação não é o único fator importante, mas a comunicação dialógica, pois esta é a responsável pela transmissão de informações e pelo esclarecimento de dúvidas que os indivíduos possam apresentar nas unidades de atendimento. É preciso ouvir, pensar e compreender para então responder de forma adequada às indagações de cada usuário e realizar as tarefas que forem elencadas, inclusive as mais complexas, superando assim as situações adversas, as intervenções verticalizadas e a não preocupação com a autonomia dos sujeitos envolvidos².

Como exemplo prático, Santos et al.¹⁰ expõem o Projeto de Extensão Saúde em Movimento, realizado nos anos de 2010 a 2012, no município de Betim-MG, em três Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), com enfoque

nos usuários que se encontram em condições crônicas de adoecimento, na busca por favorecer a promoção da saúde nos mesmos. Dois grupos foram organizados em cada unidade a fim de realizarem atividades físicas (um grupo para hipertensos e diabéticos, e outro para pessoas com disfunções crônicas na coluna vertebral), atividades lúdicas e dinâmicas, como também rodas de Educação em Saúde, nas quais foram abordados vários temas, como alimentação saudável, autoestima, hipertensão arterial, osteoartrose e outros, conforme as dúvidas e pedidos dos usuários. Os questionários foram aplicados de forma anônima, comprovando resultados positivos e temas de fácil compreensão, estimulando a participação ativa de todos os envolvidos no projeto.

Abreu et al.¹¹ apresentaram um relato de experiência que foi vivenciada com 20 pré-escolares, com idades entre 3 e 5 anos, no ano de 2010, em uma creche localizada na cidade de João Pessoa-PB, na área de cobertura da USF Nova Esperança, bairro Mangabeira. Primeiro a equipe observou a necessidade do local para realizar o planejamento de sua atividade, estabelecendo assim o conteúdo “Alimentação Saudável”. A mesma foi realizada com roda de conversa temática, música, confecção em cartolina (materiais ilustrativos – confecção mútua), entre outras, possibilitando a integração das crianças com estudantes do PET-Saúde, e também do professor de Educação Física da unidade. Entre as informações, destacou-se a ênfase ao consumo de frutas durante os lanches. A proposta seguiu a linha da educação continuada, pois possibilitou a aquisição de saberes, relacionados ao cotidiano das crianças, que pudessem ser transmitido às famílias, tornando desses pré-escolares atuantes no seu meio social, na promoção para a saúde.

3 METODOLOGIA

O trabalho se baseou em uma pesquisa do tipo revisão bibliográfica, para a qual foram selecionadas produções, entre 2010 e 2014, sendo que uma fonte bibliográfica foi datada como de 2015 do Ministério da Saúde – Portal da Saúde (portalsaude.saude.gov.br).

O levantamento bibliográfico é elaborado a partir de material já publicado e o assunto abordado com base nesse tipo de pesquisa deve ser organizado de forma lógica para a redação do texto, que é a etapa final. Esse texto precisa ser de fácil entendimento, com afirmações sustentadas por citações, observando as normas para apresentação de trabalho acadêmico e, inclusive, os fundamentos da comunicação e expressão do português¹².

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Educação em Saúde é fundamental para a prevenção de doenças e a promoção da saúde dos indivíduos e da coletividade, devendo ser realizada pelos profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família, de modo a promover a autonomia de todos os envolvidos, baseando-se não só no conhecimento científico, mas também no conhecimento popular¹².

O apanhado histórico permitiu observar o quanto as medidas de saúde no Brasil eram autoritárias, desrespeitando o querer da população, trazendo até uma imunização forçada sem as devidas orientações, que deveriam ter sido efetuadas mesmo diante de um cenário de epidemias. Contudo, essa visão foi mudada e hoje se conhece a importância da transmissão do saber em saúde e da compreensão dos agravos que giram em torno do processo saúde-doença, sob um olhar mais coletivo.

Abreu et al.¹¹ destacam em suas pesquisas a Educação Promotora de Saúde (EPS), que considera os contextos social, político e cultural e também o senso comum, voltando-se à realidade do sujeito para que se realize, com uma proposta baseada no pensamento crítico, mostrado como imprescindível à mudança de práticas.

Observando o contexto geral do processo de educação, podem ser destacados Oliveira e Santos¹³, que afirmam: “Educar é uma exaustiva tarefa social, emancipatória, capaz de reorientar a humanidade” (p. 834). A educação é um dever empregado em vários contextos a fim de orientar o homem no novo sentido que se quer apresentar, possibilitando a sua autonomia e emancipação frente a uma série de questões elucidadas. Educar para a saúde adentra este contexto ao fornecer subsídios e informações imprescindíveis à manutenção da saúde do ser humano, como também de sua promoção, ao passo que orienta quanto à prevenção de doenças e à recuperação de indivíduos acometidos por agravos à saúde. Este ato é aplicado por profissionais capacitados em distintas formações, porém que sabem atuar nesse contexto de forma unânime, transferindo o saber de forma clara e comunicando-se com os usuários, sempre respeitando a autonomia, a tomada de decisões.

O trabalho educativo tem sido amplamente realizado em consonância às campanhas públicas apresentadas principalmente pelas secretarias de saúde do país. Como explicam Berbel e Rigolin³, as campanhas de saúde no Brasil têm obtido resultados significativos por conta da sua abordagem ligada à promoção da saúde. No entanto, os mesmos destacam a importância da execução de avaliações periódicas a fim de investigar o crescimento dessas campanhas e a sua qualidade nos serviços oferecidos à população-alvo.

Isso porque cada ação precisa ser averiguada quanto ao seu efeito e manutenção, ou seja, se atingiu os objetivos propostos com competência, articulando os recursos e saberes necessários, beneficiando assim aos usuários por meio de serviços devidamente empregados.

O importante é que os profissionais da atualidade têm se dado conta da necessidade de ampliar as ações, conforme Carneiro et al.², para além das tarefas que envolvem a criação de grupos e execução de palestras, e têm sido sensíveis e criativos nessa precisão. Desse modo, as práticas precisam ser voltadas à autonomia dos sujeitos, ressaltando que a atenção primária é lócus das ações intersetoriais, da participação da sociedade, e também de empoderamento tanto individual quanto coletivo.

É de grande importância “compreender a atenção básica como área que requer formação específica e capacitação da equipe de saúde para desempenhar suas funções na produção do cuidado em saúde”, como explicam Assis et al.¹³. É preciso compreender e intervir de forma significativa nos problemas de saúde, contribuir à colaboração de um novo modelo de assistência que supere o modelo tradicional biologicista, sendo mais humanizado e compromissado com as necessidades e a promoção da saúde à comunidade.

Não se pode esquecer que o SUS tem alcançado avanços significativos e tem servido de modelo para diversas nações. Em baixa, média e alta complexidade tem buscado oferecer o melhor dos serviços aos usuários, com cuidados de saúde tanto individuais como coletivos, conforme Carvalho⁷, que também afirma: “o sistema público de saúde brasileiro mais faz do que deixa de fazer” (p. 25). Contudo, ainda há muito a ser conquistado para a unânime consolidação desse sistema, o que pode se dá pelo tratamento focado nas camadas mais pobres da população, a partir da atenção

primária à saúde, que é a primeira e base dos níveis de complexidade do Sistema Único.

Rodrigues e Santos¹⁴ (p. 322) expõem que “O ideário do SUS (Sistema Único de Saúde) é a construção de um sistema de saúde universal, igualitário e integral”.

Entretanto, não é isso o que se tem observado plenamente no cenário brasileiro. Apesar do progresso observado nos últimos anos, ainda as disparidades socioeconômicas têm sido imensas entre as camadas populares; muitos detêm o poder enquanto outros vivem praticamente a mercê do conceito de cidadania, não tendo, muitas vezes, os seus direitos priorizados. São filas imensas de atendimentos, falta de materiais, de profissionais, etc. Há casos que não há unidades de saúde locais, e a população precisa se deslocar à unidade mais próxima em busca de um atendimento, sem saber ao certo se realmente serão atendidos, por conta da demanda que vem sendo cada vez maior.

A educação sem saúde pode colaborar diretamente neste processo, não só com o preparo dos profissionais, mas com o investimento em informações, direcionando a população em busca de melhores condições de vida, com a devida assistência, conhecendo as suas necessidades, atuando na prevenção de patologias, atendendo às reivindicações do povo, observando os fatores interferentes no processo saúde-doença de cada comunidade (condições de moradia, saneamento básico, asfaltamento e limpeza pública, postos de saúde, vigilância à saúde, entre outros).

Também apontando esses e quaisquer demais agravos à saúde dos indivíduos, e buscando combatê-los, mediante preparo e envio de profissionais responsáveis, como também a exigência de execução do papel das estruturas governamentais, para que o direito à saúde e à qualidade de vida se cumpra de fato, asseguradamente, e que os ideais de criação do SUS

sejam alcançados quase que em sua totalidade. Unindo saber, realidade, respeito, ação e concretude.

5 CONCLUSÃO

A Educação em Saúde é a forma mais eficaz para a implantação de novas práticas por parte dos profissionais e serviços de saúde, nas atividades de promoção, recuperação, proteção, acolhimento, e outras; como também incentiva a cidadania, a autonomia e a responsabilidade social, especialmente na Atenção Primária. Por outro lado, é necessária a capacitação quanto a essa estratégia, para que cada profissional valorize um ao outro, mas principalmente saiba o que, como, quando e onde transmitir as informações à população, levando em conta as suas necessidades de saúde e os fatores a ela correlacionados, o que se dá pela Educação Permanente em Saúde, a fim de trazer mudanças que beneficiem aos sujeitos envolvidos.

Levando em conta que a construção do conhecimento possui um caráter coletivo, é certo que a educação é um instrumento eficaz para a reorganização do modelo de assistência à saúde e que deve ser assumida como uma estratégia cotidiana, através do trabalho multiprofissional e intersetorial, estando cada vez mais próxima da integralidade e da humanização nos serviços, de modo a consolidar o Sistema Único de Saúde.

Espera-se que este estudo possa contribuir à valorização e efetivação das ações de Educação em Saúde, sob o modelo dialógico, nas práticas executadas pelos profissionais de saúde que atuam na atenção primária, especialmente no contexto da Estratégia Saúde da Família, como também ao conhecimento e estudos sobre o tema.

REFERÊNCIAS

1. SOUSA, L.B.; TORRES, C.A.; PINHEIRO, P.N.C.; PINHEIRO, A.K.B. Práticas de Educação em Saúde no Brasil: a atuação da Enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 55-60, 2010.
2. CARNEIRO, A.C.L.L.; SOUZA, V.; GODINHO, L.K.; FARIA, I.C.M.; SILVA, K.L.; GAZZINELLI, M.F. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 02, p. 115-120, 2012.
3. BERBEL, D.B.; RIGOLIN, C.C.D. Educação e promoção da saúde no Brasil através de campanhas públicas. **Revista Brasileira de Ciência, Tecnologia e Sociedade**, v. 2, n. 1, p. 25-38, jan./jun. 2011.
4. OLIVEIRA, R.L.; SANTOS, M.E.A. Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: conhecimentos e práticas do enfermeiro. **Revista Enfermagem Integrada** – Ipatinga: Unileste-MG, v. 4, n. 2, nov./dez. 2011.
5. COLOMÉ, J.S.; OLIVEIRA, D.L.L.C. Educação em Saúde: por quem e para quem? A visão de estudantes de Graduação em Enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 177-184, jan.-mar. 2012.
6. BRASIL. Ministério da Saúde – Portal da Saúde. **Entenda o SUS**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>>. Acesso em: 17 jan. 2015.
7. CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Revista Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.
8. COSTA, F.B.; TRINDADE, M.A.N.; PEREIRA, M.L.T. A inserção do biomédico no Programa de Saúde da Família. **Revista Eletrônica Novo Enfoque**, v. 11, n. 11, p. 27-33, 2010.
9. FERRAZ, F.; VENDRUSCOLO, C.; KLEBA, M.E.; PRADO, M.L.; REIBNITZ, K.S. Ações estruturantes interministeriais para reorientação da Atenção Básica em Saúde: convergência entre educação e humanização. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 03, p. 482-493, 2012.
10. SANTOS, A.G.; PENA, A.C.; FRANCO, B.M.M.; SOUZA, M.M.; DINIZ, G.C.L.M.; VIANA, S.O. Rodas de Educação em Saúde em serviços de Atenção Primária. **Vivências**, v. 09, n. 17, p. 101-105, out. 2013.

11. ABREU, J.V.; GUEDINE, C.R.C.; MOREIRA, P.V.L.; LINS, T.S. Educação em Saúde: relato de experiência com pré-escolares. **Nutrire**: Revista da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição = Journal of the Brazilian Society for Food and Nutrition, São Paulo, SP, v. 38, n. 1, p. 38-45, abr. 2013.

12. PRODANOV, C.C.; FREITAS, E.C. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

13. ASSIS, M.M.A. et al. (Orgs.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários** [online]. Salvador: EDUFBA, 2010, 180 p.

14. RODRIGUES, D.; SANTOS, V.E. A Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica das publicações científicas no Brasil. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 28, n. 4, p. 321-324, 2010.