



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UNICAMP
REPOSITÓRIO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E INTELLECTUAL DA UNICAMP

Versão do arquivo anexado / Version of attached file:

Versão do Editor / Published Version

Mais informações no site da editora / Further information on publisher's website:

Sem URL

DOI: 0

Direitos autorais / Publisher's copyright statement:

©2016 by Livronovo. All rights reserved.

DIRETORIA DE TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Cidade Universitária Zeferino Vaz Barão Geraldo

CEP 13083-970 – Campinas SP

Fone: (19) 3521-6493

<http://www.repositorio.unicamp.br>

CAPÍTULO 13 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ASPECTOS RELACIONADOS À GESTÃO PÚBLICA

Jaqueline Vilela Bulgareli

Cirurgiã Dentista; Especialista Saúde da Família – FAMEMA; Mestre MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP; Doutoranda em Saúde coletiva PPG em Odontologia FOP/UNICAMP

Luciane Miranda Guerra

Cirurgiã-dentista; Docente da FOP-UNICAMP; Especialista e Doutora em Saúde Coletiva- FOP/ UNICAMP

Darlene Glória de Ávila Ferreira

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba; Mestre MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Denise Cristina Braulio Simpriano

Cirurgiã-dentista; Mestre MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Fernando Rosário de Sousa

Educador Físico e Historiador; Mestre MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Karina Corrêa

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba; Mestre MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Objetivos do capítulo

Este capítulo tem como objetivos: induzir a reflexão sobre as práticas educativas em saúde, na perspectiva de várias abordagens pedagógicas, motivando o leitor para uma postura crítica, dialógica e problematizadora. Fornece, ainda, subsídios para as práticas educativas à luz da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Conteúdo Programático

- Considerações Iniciais
- Histórico das práticas educativas em saúde no Brasil
- Processo ensino – aprendizagem
- A importância da Interdisciplinaridade para a educação em saúde
- As práticas pedagógicas e a organização do trabalho em saúde
- Educação Permanente em saúde
- Educação em Saúde e Atenção Primária
- Experiências práticas

Leitura Obrigatória

Silva CMC, Mialhe FL, Pelicioni MCF, Pelicioni AF. Educação em Saúde e suas Práticas ao longo da história brasileira. In: Pelicioni MCF, Mialhe FL. Promoção da Saúde. 1ed. Ed Santos: São Paulo, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Portaria Nº 1.996 GM/MS, 2007.

Leitura complementar

Mialhe FL, Guerra LM. Avaliação das práticas de educação em saúde entre acadêmicos de odontologia e profissionais de serviços públicos. In: Associação Brasileira de Odontologia; Pinto T, Groisman S, Moysés SJ (org.) PRO-ODONTO PREVENÇÃO Programa de Atualização em Odontologia Preventiva e Saúde Coletiva: Ciclo 8. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2015. p.55-126.

Atividades

- 1) Em relação às práticas em saúde, realizadas no seu município:
 - Descreva como as mesmas são organizadas
 - Trace as principais concordâncias e divergências entre essas práticas e as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
 - O que você proporia de mudanças em tais práticas, visando maior impacto das mesmas nos seus problemas – alvo?
 - CECCIM, R. B. C.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

“Se a educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda.

Paulo Freire

1. Considerações Gerais

Muito se fala da necessidade de uma prática educativa que envolva uma reorientação do seu foco de mudança dos comportamentos passivos para uma participação mais ativa dos envolvidos nos processos de autogestão em saúde e também no desenvolvimento e efetivação de políticas públicas de saúde.

Para isso, é necessário que as práticas pedagógicas no campo da saúde apresentem uma perspectiva dialógica com vistas a participação social e a busca pelo princípio da integralidade. Sua concretização envolve saberes, práticas, vivências e cuidados em todos os níveis da atenção em saúde, a partir de interações que possuam não um “emissor” e um “receptor”, mas sim sujeitos que, em comunicação, partilham saberes significativos na construção de uma melhor qualidade de vida para todos.

Como será evidenciado no presente capítulo, um dos principais objetivos da educação em saúde com vistas ao empoderamento é o de levar os sujeitos à maior autonomia. Entretanto, como bem aponta Morosini et al. (2008), o campo da educação em saúde apresenta diversos projetos de sociedade e visões de mundo que se refletem nas formas de conceber e organizar os discursos e as práticas educativas em saúde.

Atualmente, considera-se que a educação em saúde deve estar presente em todas as atividades do sistema e ser uma atribuição comum a todos os profissionais de saúde que nele exercem suas atividades, garantindo a articulação entre todos os níveis de gestão, sendo um mecanismo para a formulação da política de saúde de forma compartilhada e presente também nas ações que acontecem na relação direta dos serviços com os usuários, considerando as dimensões sociais, ética, política, cultural e científica. Ela deve favorecer, portanto, a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) como um sistema universal, público, equânime, integral e democrático.

Cabe lembrar que a educação em saúde é, antes de tudo, educação. Assim sendo, enquanto processo dialógico, formativo e transformativo, supõe o contato, a troca de conhecimentos, além do desenvolvimento de competências, hábitos e valores (Silva et al., 2012). Não obstante, esse processo deve ser crítico e transformador, entendendo o indivíduo como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidado de si, de sua família e da coletividade. Portanto, educar em saúde deve pressupor um processo sistemático e contínuo, com participação ativa da população no diagnóstico da realidade, com vistas à emancipação e a autonomia de cada indivíduo, e o melhor exercício de sua cidadania.

Contudo, presenciamos muitas vezes um descompasso entre os avanços teóricos e a prática. Na teoria busca-se uma abordagem mais compreensiva e interpretativa do processo saúde/doença, considerando, além do saber científico, o saber popular, as representações sociais, o senso comum e as interações entre as dimensões política, econômica, social, cultural e subjetiva desse processo. Na prática, entretanto, observa-se que persistem modelos e paradigmas de educação em saúde os quais condicionam, muitas vezes, práticas reducionistas, as quais permanecem pautadas em concepções tradicionais ou ‘bancárias’ da educação, pautadas exclusivamente em conteúdos do saber científico e com vistas à mudanças de comportamentos, porém, indiferentes à realidade dos sujeitos (Alves e Rabelo, 1998; Buss, 2003; Mialhe e Guerra, 2015).

Entretanto, pelo fato de serem formados segundo o modelo biomédico, muitos profissionais desconsideram que os comportamentos, na verdade, são expressões das percepções, valores, representações simbólicas, relações de poder, crenças e sentimentos dos indivíduos, bem como de suas condições de vida; ou seja, não são modificados, unicamente, a partir de novos conhecimentos (Gazzinelli et al., 2005; Mialhe e Guerra, 2015).

Para compreendermos o universo de significados dos sujeitos relacionados à saúde e doença, e suas dificuldades em mantê-las, necessitamos exercitar a escuta ativa e reconhecer que dos saberes comuns provenientes da experiência com a doença, o que faz de cada indivíduo um caso único e singular, e empregarmos saberes das áreas das ciências sociais tais como a antropologia, a sociologia, a filosofia, a psicologia, a economia, a política (Gazzinelli, 2006).

É nesse contexto mais amplo de saberes e práticas que a educação em saúde apresenta o potencial de criação de propostas pedagógicas que, de fato, promovam e mantenham a saúde, tomando os sujeitos como seres que produzem sentidos e cujas ações são determinadas e condicionadas por fatores socioeconômicos, culturais e psicológicos.

2. Um breve histórico das práticas educativas em saúde no país

A fim de compreendermos por que as práticas educativas nos serviços são majoritariamente biologicistas e verticais (Vasconcelos, 2001), é necessário primeiro vislumbrarmos o processo histórico como elas foram desenvolvidas no Brasil.

Entre o período colonial até o início do século XXI, as práticas educativas em saúde nos serviços foram marcadas por características coercivas e muitas vezes repreensivas, pois se considerava que a ignorância e a falta de informação da população era a causa maior das epidemias e problemas de saúde que assolavam o país.

Após a segunda guerra mundial, ganhou ênfase a mobilização das populações em torno do desenvolvimento comunitário, ideário esse trazido e defendido pela Organização Mundial de Saúde com a finalidade de motivar à participação social para a reivindicação de melhorias e combate à miséria (Oliveira, 2000). Nascia, então, a “Educação para a Saúde” (Rocha, 1997).

Assim, mudava-se o paradigma: de concepção tradicional, com repasse de informações enfatizadas em modelos preconcebidos, para uma educação em saúde pública na qual o indivíduo desenvolve maior autonomia para cuidar de sua saúde, e a mesma passa a ser considerada como resultante de múltiplos fatores, não apenas os comportamentais (Silva et al., 2012).

Nesse contexto, consolidou-se a ideia de educação crítica, reflexiva, problematizadora e construída de forma compartilhada (Pelicioni e Pelicioni, 2007; Pelicioni et al., 2008).

Mas, com o Golpe Militar, em 1964, houve total esvaziamento da participação social e de ações que dessem voz aos sujeitos, além do que, a política de saúde no Brasil firmou-se no modelo *hospitalocêntrico*, com enfoque na assistência médica, tendo a educação em saúde voltada para os interesses da elite. Isso se traduzia em prescrição de normas para os grupos populares (Vasconcelos, 1999). Nessa época, as péssimas condições de saúde da população refletiam as desigualdades sociais vigentes, acumulando doenças infecciosas com as crônico-degenerativas (Oliveira, 2000).

O descontentamento com o modelo econômico e a assistência à saúde no país passou a fazer parte da pauta de preocupações dos profissionais dos serviços e dos intelectuais da área acadêmica. Este fato desencadeou a reflexão de estratégias para a implantação de um sistema de saúde focado nas necessidades da população (Oliveira, 2000).

Nessa mesma época, em 1978, acontecia no Cazaquistão uma importante conferência de saúde reunindo líderes do mundo todo. Era a *Conferência Internacional de Alma Ata*, cujas principais conclusões apontavam os cuidados primários em saúde como o novo caminho às políticas de saúde (Rocha, 1997). Enfatizava-se, nesse contexto, a participação comunitária e o envolvimento dos diferentes setores da sociedade.

Já na década de 1980, a Organização Mundial de Saúde (OMS) ampliou seu conceito de saúde para além do modelo biomédico de atenção, considerando a importância dos aspectos relacionados aos determinantes e condicionantes socioeconômicos, culturais, comportamentais, estilo de vida e fundamentalmente as ações com ênfase na promoção e prevenção, as quais auxiliam no entendimento do processo saúde doença, desencadeando assim a geração de um movimento internacional de atenção integral a saúde denominada de “*Promoção de Saúde*” (Pelicioni, 2005).

O movimento de Promoção da Saúde no Brasil, tem como objetivo melhorar a cidadania e a saúde pública, preparando o indivíduo para assumir maior autonomia no seu cuidado em saúde, fortalecendo a participação popular e a atuação dos profissionais e comunidade na melhoria da qualidade de vida (Pelicioni e Pelicioni, 2007). Todo este processo é mediado pela educação em saúde.

Nesta jornada histórica da saúde pública no Brasil, diversos modelos de educação em saúde foram utilizados, os quais geraram, por conseguinte, concepções variadas de sua prática.

3. Sobre os objetivos dos processos de ensino-aprendizagem

Iniciar um programa de educação em saúde implica necessariamente o desenvolvimento de uma metodologia que alcance os objetivos propostos à luz do caminho mais adequado e fundamentado num processo de ensino-aprendizagem.

A eficácia da aprendizagem de determinada população-alvo depende de um grande número de fatores ligados ao educador, ao educando e ao contexto, os quais os agentes da educação em saúde devem conhecer para ponderar se realmente conseguirão alcançar os objetivos propostos em suas intervenções. No planejamento das atividades, os educadores devem ter claros os objetivos que querem alcançar ao final delas. Há várias taxonomias de objetivos educacionais ou de aprendizagem propostos na literatura, porém, a mais utilizada, baseada em Bloom (1979), que abrange três domínios (Bastable, 2010):

- **Domínio cognitivo ou intelectual** – refere-se aos conhecimentos que serão adquiridos, incluindo a capacidade de memorização, compreensão ou interpretação de dados ou fatos.
- **Domínio psicomotor** – referem-se às capacidades práticas ou destrezas, contempla a imitação, a capacidade de repetição e finalmente o posicionamento perante diferentes situações.
- **Domínio afetivo** – refere-se às atitudes e valores. Compreende a receptividade, a conceitualização e a interiorização de um valor ou atitude específica. Neste caso é necessária a presença de uma motivação.

Ao se traçar os objetivos de aprendizagem, é necessária uma análise sistemática e real das necessidades da população-alvo à qual se dirigirá o programa de educação em saúde (Bastable, 2010).

Além disso, uma proposta educativa em saúde poderá conter dois níveis de objetivos: os gerais e os específicos. Um objetivo geral define-se como uma declaração ampla do que se espera da população-alvo ao final do processo educativo, porém sem expressar o que e como se deverá aprender, apenas o resultado final esperado. É estabelecido o comportamento da população-alvo no início do processo educativo e o que se espera alcançar com a implementação do programa em saúde. Já os objetivos específicos devem contemplar quais conhecimentos e atitudes se espera que a população-alvo adquira a cada momento da intervenção ou encontro entre indivíduos e profissionais de saúde, sempre trabalhando a partir das esferas cognitiva, afetiva e psicomotora. (Bastable, 2010).

Em relação ao processo de ensino-aprendizagem em si, para que ele obtenha sucesso, há que se considerar alguns fatores fundamentais para o planejamento de programas de educação em saúde, os quais são apresentados no quadro 1.

Quadro 1: Características que aumentam a efetividade do processo de ensino-aprendizagem.

- Usar métodos que estimulem os vários sentidos.
- Envolver ativamente a pessoa no processo de aprendizagem.
- Estabelecer um ambiente de aprendizagem apropriado e confortável.
- Avaliar a disponibilidade para aprender do educando, que pode ser afetada por fatores físicos e emocionais.
- Tornar a informação relevante, associando as necessidades existentes e os interesses do educando.
- Estruturar o processo de aprendizagem de forma a alcançar um progresso reconhecível pelo indivíduo e fornecer, de forma frequente, um feedback positivo.
- Começar o desenvolvimento do tema ou assunto a partir do que é conhecido e avançar para o que é desconhecido, passando do simples ao complexo.
- Aplicar os conceitos de várias configurações para facilitar a generalização.
- Adequar o ritmo de aprendizagem de acordo com o indivíduo.

Fonte: Endelman e Mandle, 2002.

Phillipe Perrenoud, professor da Faculdade de Ciências da Educação da Universidade de Genebra, sugere que, para que uma prática educativa realmente transformadora ocorra, os educadores dominem dez grandes grupos de competências (Perrenoud, 2000):

- 1) Organizar e dirigir situações de aprendizagem;
- 2) Administrar a progressão das aprendizagens;
- 3) Conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação;
- 4) Envolver os educandos em suas aprendizagens e em seus trabalhos;
- 5) Trabalhar em equipe;
- 6) Participar da administração do ambiente educacional;
- 7) Informar e envolver familiares;
- 8) Utilizar novas tecnologias;
- 9) Enfrentar os deveres e os dilemas éticos da profissão e
- 10) Administrar a própria formação.

4. A importância da Interdisciplinaridade para a educação em saúde

Esse conceito, apesar de nuclear para a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, é, todavia, visto com ressalvas, tanto pelos profissionais quanto pelas entidades organizativas que os representam. O foco central desta desconfiança é o temor pela perda da especificidade de cada profissão (Saupe e Budó, 2006).

A interdisciplinaridade não significa negar as especialidades e especificidades de cada profissão. O seu sentido reside na oposição da concepção de que o conhecimento se processa em campos fechados em si mesmos, como se as teorias pudessem ser construídas em mundos particulares, sem uma posição unificadora que sirva de base para todas as ciências, e isoladas dos processos e contextos histórico-culturais. A interdisciplinaridade tem que respeitar o território de cada campo do conhecimento, bem como distinguir os pontos que os unem e os que os diferenciam. Essa é a condição necessária para detectar as áreas onde se pode estabelecer as conexões possíveis. Cada especialidade precisa ultrapassar sua área de formação e competência, evidenciando seus próprios limites e buscando a contribuição de outras disciplinas. Deste modo, a interdisciplinaridade busca a superação da racionalidade científica positivista, aparece como entendimento de uma nova forma de institucionalizar a produção do conhecimento nos espaços da pesquisa, na articulação de novos paradigmas curriculares e na comunicação do processo de perceber as várias disciplinas (Siqueira e Pereira, 2015).

A habilidade de identificar dificuldades para a prática interdisciplinar é fundamental para a manutenção da estabilidade da equipe. A apropriação, mediante uma reflexão crítica das dificuldades encontradas nos projetos interdisciplinares pode funcionar como ferramenta importante para a superação destas dificuldades, bem como para proporcionar crescimento interno. Não existem fundamentos prescritivos para a prática interdisciplinar; é na vivência, nos acertos e erros e na identificação das dificuldades que se constrói um cotidiano de equipe (Saupe et al., 2005).

Desta maneira, diante destes apontamentos, fica evidente que a interdisciplinaridade tem extrema importância no planejamento e desenvolvimento e consolidação das práticas de educação em saúde

5. Práticas pedagógicas e sua relação com a organização do processo de trabalho em saúde

As práticas de saúde são consideradas práticas educativas, uma vez que se estruturam como um processo de trabalho o qual supõe sempre a transformação de um objeto em um novo objeto seja este material, ideia, uma consciência, mentalidade, ou valor (Brasil, 2007a).

Há que se considerar, entretanto, que os objetivos da ação educativa são critérios de suma importância na escolha da abordagem pedagógica adequada. Há casos em que se requer a transmissão de informação e outros em que certo automatismo deve ser fixado pelo aprendiz para a execução de sequências rígidas de operações. Ou seja, no processo de ensino-aprendizagem é fundamental que se enfatize o objetivo da ação educativa, que é desenvolver a personalidade integral do aprendiz, sua capacidade de pensar e raciocinar, seus valores e hábitos de responsabilidade e cooperação (Bordenave, 1994)

Desse modo, resumidamente, pode-se elencar dois tipos de abordagem mais utilizadas em saúde, conforme o contexto, o objetivo e a necessidade de cada caso: as abordagens tradicionais, representadas pela transmissão do conhecimento e pelo condicionamento do aprendiz, e as abordagens que têm o aprendiz como foco, que podem ser humanistas, socioculturais (Machado e Wanderley, 2015).

Pedagogia da transmissão

Conhecida como “pedagogia da transmissão”, já que valoriza o conteúdo educativo, ou seja, os conhecimentos e valores transmitidos por alguém que sabe o assunto para outro alguém que não sabe. Neste sentido, o profissional é o detector do “saber” único e individualizado e, portanto, torna-se o responsável pelo processo de ensino aprendizagem. Existe uma expectativa de mudança de atitude e comportamento do outro frente ao que lhe foi ensinado. Fica evidente, nesta prática educativa, a passividade e a falta de atitude reflexiva do outro (ou seja, do receptor de informações) em função da não “problematização” da sua realidade levando, desta forma, a um distanciamento entre teoria e prática (Bordenave, 1994).

Pedagogia do Condicionamento

Concepção pedagógica, também chamada “engenharia do comportamento”. Está relacionada ao behaviorismo (Watson, Skinner) e a reflexologia (Pavlov). Aplica-se à um modelo de conduta, baseado na emissão de estímulo e recompensa capaz de “modelar” o comportamento do outro mediante as respostas esperadas pelo profissional. Está associado à tríade “estímulo-resposta-reforço”, onde o sujeito termina por ser condicionado a emitir respostas desejadas sem necessidade de um reforço contínuo (Bordenave, 1994).

Dica!!

Para saber mais sobre esta abordagem assistam ao filme:

Pink Floyd. The Wall. Publicado em 2012 mar 22. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=vrC8i7qyZ2w>

Humanista:

Na abordagem Humanista o sujeito é considerado o “arquiteto de si mesmo”, atuando de forma ativa na construção do seu conhecimento. Sendo assim, o profissional exerce o papel de facilitador da aprendizagem propiciando condições favoráveis para a autodescoberta do outro e suas potencialidades. Esse modelo didático possibilita que o sujeito aprenda por meio da ressignificação de suas experiências pessoais (Oliveira e Leite, 2011).

Dica!!

Para saber mais sobre esta abordagem assistam ao filme:
Sociedade dos poetas mortos

Sociocultural:

Essa abordagem baseia-se, principalmente, no trabalho de Paulo Freire (figura 1), o qual adota, na atividade educacional, uma metodologia ativa e dialógica (Cunha e Pezzato, 2012). A ação educativa leva em consideração o contexto político, econômico, social e cultural do indivíduo (Vasconcelos et al., 2009; Oliveira e Leite, 2011), o que permite ampliar o “olhar” de mundo e sociedade, compreendendo desta forma o problema do sujeito. Por isso, esta abordagem é denominada por Bordenave como “pedagogia da problematização” ou “educação libertadora” (Bordenave, 1994).

O Arco de Charles Maguerez, é uma das estratégias de ensino-aprendizagem para o desenvolvimento da Problematização. Consta de cinco etapas que acontecem a partir da realidade social: a observação da realidade, os pontos-chaves, a teorização, as hipóteses de solução e aplicação à realidade, que estão descritas a seguir (figura 2). Neste sentido, o profissional ou o professor é entendido como facilitador do processo educativo criando, assim, condições para que se desenvolva uma consciência crítica e reflexiva em torno das questões relacionadas com a prática de vida deste indivíduo.

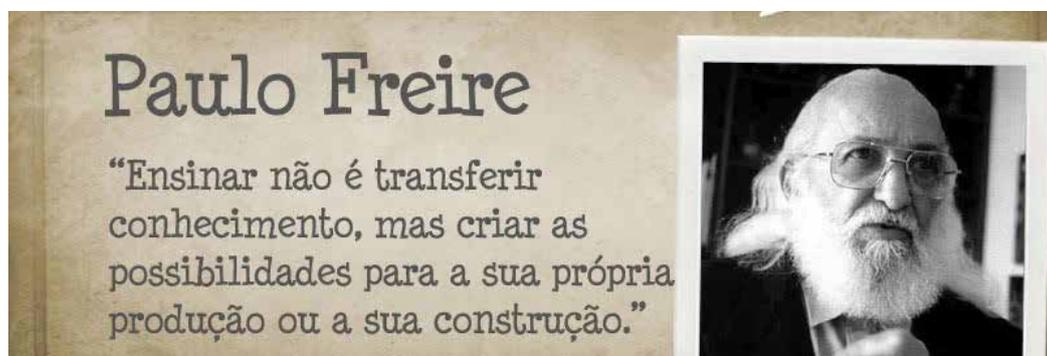


Figura 1: Paulo Freire
Fonte: Teixeira, 2013.

Proposta de Maguerez Método do arco



Fonte: <http://tccrosangelamenta.pbworks.com/pa>

Figura 2: Proposta que Maguerez denominou Método do Arco

Fonte: Mello, 2007.

Assim, independentemente da metodologia educacional a ser empregada, o mais importante é considerar os profissionais de saúde e a comunidade como participantes ativos do processo de aprendizagem, inclusive em relação aos objetivos desses processos. Esses atores devem estar presentes em todos os momentos do planejamento, do desenvolvimento e da avaliação do projeto político, técnico-assistencial e pedagógico da equipe (Vasconcelos et al., 2009).

Atualmente, no contexto dos serviços de saúde pública, a educação em saúde possui várias dimensões, dentre as quais destacam-se: a dimensão da educação popular em saúde, que reconhece que os saberes são construídos diferentemente, e, por meio da interação entre sujeitos, sendo que tais saberes tornam-se comuns ao serem compartilhados, e a dimensão norteadora dos processos educativos contínuos dos trabalhadores nos diferentes arranjos assistenciais do SUS, representada pelas diversas formas de Educação Permanente em Saúde (EPS) (Miranda et al., 2008).

Nesse sentido, a necessidade de fomento às políticas de desenvolvimento para os seus trabalhadores é um dos grandes desafios do SUS hoje. E, para isso, o que se propõe é um processo permanente de aprendizado pelo trabalho, construindo e reconstruindo novos valores, ideais e lutas para mudanças nas práticas, na gestão e na participação social (Montenegro, 2010).

A estratégia norteadora da EPS é a aprendizagem significativa e problematizadora. As construções são coletivas e a relação sempre dialógica e horizontal. Cada um dos atores envolvidos – trabalhadores, usuários e gestores – deve compartilhar, ensinar e aprender, construir e desconstruir concepções, ideias e conceitos sobre a saúde e sua produção e sobre seus papéis (Machado e Wanderley, 2015).

“...Pressupõe o desenvolvimento de práticas educativas que foquem a resolução de problemas concretos, em um processo de discussão em equipe, ou de autoavaliação, na perspectiva de buscar alternativas de transformação do processo de trabalho para o alcance de resultados mais efetivos e eficazes”

(Ceccim e Feuerwerker, 2004).

Nessa perspectiva, em 2004 o Governo Federal institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2004), a qual foi revista e atualizada em 2007 pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria 1.996/GM/MS, a qual avança para o direcionamento apresentado pelo Pacto pela Saúde, em 2006. Nela se expressa o foco na descentralização de suas ações; o fortalecimento das instâncias gestoras, da gestão participativa, das necessidades locais e regionais e do maior envolvimento dos governos estaduais na sua gestão e efetivação (Brasil, 2007b).

Dentre os grandes desafios dessa Política destacam-se:

- A ruptura do paradigma curativista e biologicista, próprio da formação das diferentes categorias profissionais e a superação da visão de que ao técnico de saúde cabe o saber absoluto sobre os processos de adoecimento da população. Essa visão desconsidera a contribuição do sujeito na produção do cuidado (Brasil, 2005a).
- A responsabilização dos gestores do SUS pelas ações de EPS de modo que todos os integrantes das Equipes de Saúde da Família, nos seus campos de saberes e a partir das necessidades do serviço, comprometam-se em realizar e participar das ações de EPS de forma colaborativa e contextualizadora, não se limitando a ações verticalizadas e programáticas focadas na doença (Brasil, 2002).

A referida Política, conforme salienta o Ministério da Saúde:

“Busca também a formação de um profissional crítico, capaz de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social para prestar atenção ética, humana e de qualidade. O objetivo não é apenas formar bons técnicos, mas bons profissionais, capazes de serem criativos no pensar, no sentir, no querer e no atuar (Brasil, 2005b).

A estratégia é a da aprendizagem significativa, ou seja, a aprendizagem que faz sentido para o indivíduo. Ela faz a interlocução com os problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas possuem. Para que a aprendizagem se torne significativa, a construção do conhecimento passa pela problematização. “Problematizar significa refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos, ideias, compreendendo os processos e propondo soluções” (Brasil, 2005b).

É necessário, contudo, fazer uma distinção importante entre a Educação Permanente e outra estratégia, muito utilizada entre os trabalhadores da saúde, que é a Educação Continuada.

A Educação Continuada obedece uma lógica prescritiva, em que geralmente se transmite o que é considerado “a melhor prática”, sem abordar as capacidades, os limites e as possibilidades locais, o objetivo é o acúmulo do saber (Vasconcelos et al., 2009), conforme apresentado no quadro 2.

Quadro 2: Diferenças entre a Educação Permanente e Educação continuada.

Educação continuada	Educação Permanente
Relacionado ao tema específico e pré-determinado	Relacionado a um ou mais assuntos de escolha da equipe
Não há possibilidade de discussão ou contextualização	Propicia discussão e reflexão com a equipe
Conhecimento por transmissão	Conhecimento que de individual passa a ser coletivo
Metodologia de ensino pouco efetiva na transformação de processos de trabalho.	Metodologia que propicia a transformação do processo de trabalho para o alcance de resultados mais efetivos e eficazes
Saber tácito (apenas voltado para nós) e pouco factível	Democratização e socialização do saber
Acesso ao conhecimento pelo conhecimento.	Conhecimento agrega e orienta para a realidade das equipes
Pode não permitir a articulação da temática com a prática do serviço	Possibilita a avaliação e auto avaliação do processo de trabalho da equipe

Fonte: Machado e Wanderley, 2015.

Fica clara a importância da EPS nos diversos contextos e cenários da atenção à saúde. Contudo, seu papel é ainda mais enfatizado no contexto da Atenção Primária à Saúde, já que se trata da porta de entrada preferencial do Sistema e nível ordenador do cuidado no SUS.

PARA LER E ESTUDAR:

Para saber mais leia a Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/legislacao/0137/PortariaGM_2004_0198.pdf.

E a Portaria nº 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html

Recomendações de como melhorar os processos de EP:

“Os Pólos de Educação Permanente são instâncias de articulação interinstitucional para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras. É o lócus para a identificação das necessidades e para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva de ampliação da qualidade” (Lopes et al., 2007).

Definindo os objetivos da EP (Brasil, 2000):

1. Melhorar a qualidade dos serviços, mediante um processo educativo permanente e comprometido com a prática do trabalho (Brasil, 2000):
2. Aumentar a resolutividade das ações frente aos problemas prevalentes;
3. Fortalecer o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família;
4. Fortalecer o compromisso com a saúde da população por parte dos membros da equipe.

O desenho de um projeto de educação permanente para as equipes de Saúde da Família deve incluir, de maneira simplificada (Brasil, 2000):

1. Levantamento das necessidades da comunidade e dos profissionais;
2. Elaboração dos objetivos de aprendizagem;
3. Seleção de conteúdos ou temas;
4. Definição dos métodos e técnicas de ensino-aprendizagem;
5. Organização sequencial do currículo/grade programática;
6. Definição das atividades;
7. Execução do programa com contínua avaliação do processo e dos resultados

Segundo o documento da Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012), participar de atividades de educação permanente é uma das atribuições e que deve ser fomentada por todos os membros das equipes da atenção básica:

[...] é central que cada equipe, cada unidade de saúde e cada município demandem, proponham e desenvolvam ações de educação permanente tentando combinar necessidades e possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais de uma política proposta para todas as equipes e para todo o município. É importante sintonizar e mediar as ofertas de educação permanente pré-formatadas (cursos, por exemplo) com o momento e contexto das equipes, para que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade (Brasil, 2012, p. 39).

6. Educação em Saúde na Atenção Básica

Dentro da abordagem da Promoção da Saúde, como norteadora da Saúde Pública, sendo um “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (Conferência..., 1986), a educação em saúde ganha destaque, apresentando-se como um dos seus eixos de sustentação.

O tema “educação” ganha cada vez mais importância nas discussões e reflexões dos profissionais de saúde pública, como uma das diretrizes para a concretização e reestruturação do SUS, permeando todos os níveis de assistência à saúde. Contudo, é na Atenção Básica que vem encontrando pleno espaço para o seu desenvolvimento.

Nos últimos anos, todas as esferas de governo esboçaram iniciativas a fim de criar mecanismos que assegurassem na realidade as conquistas sociais que foram estabelecidas no plano legal. Assim, após al-

gumas propostas de mudanças nos processos organizativos dos serviços de saúde, foi idealizado na década de 90 o Programa Saúde da Família (PSF), com o propósito de mudança do modelo de atenção à saúde, que passa a ter as famílias como núcleo do cuidado, sendo estas abordadas e compreendidas a partir do meio onde vivem.

Nesse cenário, dentro das ações do PSF emergem as ações educativas como ferramenta essencial para incentivar a autoestima e o autocuidado dos membros da família, promovendo espaços de reflexão. Esse processo pressupõe abertura, disponibilidade para ouvir o outro, horizontalidade na relação interpessoal e na ação educativa em si (Nora et al., 2009).

Deste modo, as ações no cotidiano do PSF, sejam nos espaços convencionais, como os grupos educativos, ou nos espaços informais, como na visita domiciliar, expressam a assimilação pela equipe do princípio da integralidade (Costa, 2009), já que, educar para a saúde requer que se ultrapasse a assistência curativa, dando prioridade a ações preventivas e promocionais.

Neste espaço de relações, pode-se considerar todos os trabalhadores da saúde como educadores e, ao mesmo tempo, juntamente à população atendida, sujeitos do processo de produção dos cuidados em saúde. Assim, quem educa é dialeticamente educado. Isto porque, qualquer pessoa, inclusive esses profissionais, está sempre reatualizando hábitos, concepções que foram construídas de acordo com o contexto histórico e cultural e reelaborando suas representações sobre saúde e doença. Assim, não existe um saber verdadeiro, todo saber é relativo, negado, superado ou complementado por outros saberes.

Logo, a práxis da Atenção Básica tem como componente essencial do trabalho dos profissionais o diálogo, sendo que, o reconhecimento sobre como estabelecê-lo, em que moldes e em que padrões, cabe à educação em saúde. Trata-se de um diálogo em que ambos, tanto o profissional da saúde como aquele sujeito que busca cuidado, elaboram conhecimentos e, nesse sentido, ocupam uma mesma posição (Gazzinelli, 2006).

Dessa maneira, se não há o envolvimento da comunidade na contextualização do processo de aprendizagem e o compartilhamento dos desdobramentos, essas ações de saúde ficam restritas a programas com conteúdos sem sentido imediato para a população, sendo localizados, pontuais e campanhistas. Atualmente, a educação em saúde depara-se com o desafio de não reproduzir a redução operada pelo higienismo, que responsabilizava o indivíduo pela reversão da sua dinâmica de adoecimento, dando a ele o papel de culpado, desconsiderando a dimensão social do processo saúde/doença.

Apesar disto, ainda faltam investimentos na Atenção Básica para que as ações educativas sejam colocadas em prática ou, quando desenvolvidas, muitas vezes são banalizadas, desconsiderando os referenciais teóricos e metodológicos que embasam o processo de ensino e aprendizagem. Assim sendo, grande parte das ações de educação em saúde são desenvolvidas de modo intuitivo, fundamentadas no bom senso ou na imitação de modelos, sem a criação de espaços para o exercício de uma análise crítica pelos sujeitos envolvidos (Conversani, 2004).

Essa dificuldade para mudança de paradigmas se pauta na permanência, ainda, do modelo hegemônico na prática profissional que, verticalmente, preconiza a adoção de novos comportamentos, como o de parar de fumar, vacinar-se, ter melhor higiene, entre outros, e de estratégias geralmente ditas coletivas, como a comunicação de massa. Nessa concepção, as soluções provenientes do exterior muitas vezes são incorporadas pelos sujeitos, que passam a defender os interesses dominantes, como mais medicalização, convênios de saúde, construindo-se uma nova subordinação (Gazzinelli e Penna, 2006).

Por outro lado, o sucesso do profissional da Atenção Básica de saúde ocorre quando o sujeito que procurou sua atenção e cuidados, adquire autonomia e emancipação, tornando-se independente do serviço de saúde. Todavia, trata-se de uma postura do profissional de saúde difícil de ser adotada, por necessitar de certo despojamento e de uma grande capacidade de conduzir o sujeito que recebe os cuidados ao reconhecimento de sua competência para mudar um estado específico de coisas relativas ao processo saúde-doença, e dar prosseguimento à sua vida, restituindo a ela o equilíbrio vital (Gazzinelli, 2006).

7. Experiências exitosas

Em vista da relevância do tema Educação em Saúde na Saúde Coletiva, considera-se importante divulgar algumas experiências municipais, que tiveram sucesso.

Todas as situações que serão abordadas aconteceram no serviço público de saúde do município de Piracicaba, interior de São Paulo. A cidade conta com, aproximadamente, 365 mil habitantes e sua rede de Atenção Básica à saúde é composta por 45 Unidades de Saúde da Família, 16 Unidades Básicas de Saúde e 06 NASF, além de outros serviços.

Experiência 1 – Grupo de alfabetização na Unidade de Saúde da Família

A Unidade de Saúde da Família (USF) Monte Alegre situa-se num bairro considerado histórico devido às suas origens, contando com alta porcentagem de idosos, os quais nasceram e permaneceram no local, onde a maior parte trabalhou na lavoura em usina de cana-de-açúcar. Nesse contexto, uma parcela expressiva desses idosos é analfabeta, uma vez que os mesmos trabalhavam durante a infância para complementar a renda familiar, não tendo condições de frequentar a escola. Dentre esses indivíduos, algumas senhoras participavam do grupo de Liang Gong (ginástica chinesa) da USF. Após a realização de cada sessão, a equipe solicitava a todos os participantes que assinassem o livro de presença. Por meio dessa prática rotineira, a equipe observou algumas pessoas não sabiam sequer escrever o próprio nome e demonstravam sentimento de inferioridade perante o grupo. Assim, os profissionais, juntamente com o grupo, constataram a necessidade de uma intervenção da equipe. Assim, a equipe entrou em contato com a Secretaria Municipal de Educação, solicitando materiais educativos para o início do grupo de alfabetização, já firmado com a população alvo. Os encontros foram iniciados pela enfermeira da equipe, auxiliada por uma agente comunitária de saúde (ACS). Atualmente, o grupo mantém cinco mulheres, as quais já dominam a leitura e escrita básica. O relato das mesmas durante os encontros evidenciou a melhora da autoestima, além de maior autonomia e participação nas atividades da comunidade.

Experiência 2 – Educação em diabetes

Durante a realização do grupo de hipertensos e diabéticos realizado pelo PSF Parque São Jorge, o tema “aplicação de insulina” foi conduzido por três farmacêuticas convidadas pela equipe. Assim, no decorrer do encontro, várias questões foram levantadas pelos diabéticos, e notou-se a necessidade de abordar a importância do uso correto da insulina e suas possíveis implicações no controle da glicemia. Ao dialogar sobre o assunto, muitos se manifestaram e fizeram colocações sobre suas práticas diárias de aplicação. Entre os participantes, destacou-se uma idosa, a qual mostrou o braço repleto de hematomas e lipodistrofia, além da queixa de dor, decorrentes da aplicação da insulina. A mesma referiu que não conseguia controlar a glicemia, apesar de seguir corretamente o tratamento. Foi possível, também, notar que a dose de insulina aspirada pela paciente não correspondia à dose prescrita, pois a mesma não entendia como medir o volume na seringa. Assim, a reunião foi conduzida a partir dessa problemática levantada. Após as orientações, realizou-se uma oficina com a apresentação de vídeos sobre aplicação de insulina, fotos, demonstração em bonecos e manuseio, individual e em grupo, de seringas, insulinas e agulhas. Além disso, foram abordados também os “mitos” sobre a insulina, desmistificando seu uso, mas sem desconsiderar os saberes populares.

Experiência 3 – Atividades contra a dengue

As intervenções relacionadas à informação e à conscientização sobre o problema da dengue nos bairros Jardim Vitória e Santo Antônio foram planejadas e realizadas pela Equipe de Saúde da Família do Jardim Vitória no ano de 2011, após avaliação do Índice de Breteau. O índice mostrou que, mesmo após todas as intervenções realizadas em 2010, ainda havia riscos importantes relacionados à incidência da doença para a comunidade. Vale lembrar que este índice é referente não somente à área de abrangência desta USF, onde as atividades foram realizadas, mas também a regiões adjacentes, onde outras USF atuam. A parceria com a Escola André Franco Montoro foi de grande importância, devido à possibilidade de atuação do PSF em outro espaço, dentro da própria comunidade, que não somente a Unidade de Saúde, levando conhecimento e consciência em saúde e, assim, colaborando para a promoção de saúde na comunidade. Foram realizadas orientações em todas as salas de aula da escola, pelos agentes de saúde que forneceram informações para as crianças sobre a Dengue. Estes agentes de saúde explicaram e demonstraram o que eram os criadouros da dengue e quais as ações necessárias para eliminá-los, quais eram os sinais e os sintomas da dengue e como identificá-los, como agir em caso de suspeita de dengue e a importância da atuação de cada aluno, em suas próprias residências, como um “agente de saúde mirim”. Esta atuação consistia em identificar e eliminar possíveis focos da doença, além de conscientizar suas famílias também. Para isso, foi proposta a elaboração de um questionário relacionado a estas informações composto de questões para avaliação da residência, principalmente o quintal, levantamento de criadouros, ações relacionadas à intervenção contra a doença e outras que, quando aplicado pelos alunos em suas casas ou na comunidade o tornariam agentes ativos no combate à dengue. Além disso, foi realizado um teatro intitulado “Dengue no país da fantasia”, apresentado pelos funcionários do PSF em dois períodos: manhã e tarde. Houve grande participação dos alunos, que interagiram com os personagens e mostraram-se atentos aos perigos da doença e às intervenções frente aos criadouros. Após toda esta sensibilização, foi distribuído o questionário para todas as crianças e foi apresentada a todas as salas a proposta do concurso de paródias sobre a dengue, do qual todos participariam e, ao final de todas as atividades programadas, houve um evento de premiação da melhor paródia apresentada. O questionário foi recolhido após uma semana de entrega, os dados foram contabilizados pela unidade e foi realizada uma apresentação para os pais das crianças envolvidas nas atividades em reunião de pais na escola.

8. Considerações finais

A educação em saúde é permeada por várias concepções que se enfrentam, ainda hoje, nas práticas dos diversos trabalhadores da saúde que realizam o SUS. Em certa medida, cumpre reforçar que não são somente perspectivas ou correntes educacionais ou sanitárias que se defrontam, mas formas de conceber os homens, a relação entre estes, as formas de organizar a sociedade e partilhar os bens por ela produzidos.

É necessário que a prática da educação em saúde avance, tanto quanto sua teoria, na busca por um modelo organizado e sistemático, o qual vise a participação ativa da comunidade em um processo crítico e reflexivo que garanta a autonomia dos sujeitos e a promoção da saúde.

9. Referências

- Alves PC, Rabelo MC. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. In: Alves PC, Rabelo MC, organizadores. *Antropologia da saúde: traçando identidades e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1998. p. 107-21.
- Bastable S. *O enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- Bloom BS. *Taxonomía de los objetivos de la educación la clasificación de las metas educativas*. Alcoy: Marfil; 1979.
- Bordenave JED. Alguns fatores pedagógicos [Apostila]. In: *Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor – área da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 1994. p. 19-26.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *CADERNOS da atenção básica – programa saúde da família: educação permanente*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. 44p.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Guia prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2004; 141(32). Seção 1.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base – documento I*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de educação popular e saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007a. 160p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresina D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p.15-38.
- Ceccim RBC, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004; 14(1): 41-65.
- Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1ª. *Carta de Ottawa para promoção da saúde*; 1986 nov 21; Ottawa, Canadá [acesso 2015 jul 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- Conversani DTN. Uma reflexão crítica sobre a educação em saúde. *BIS Bol Inst Saúde*. 2004; (34): 4-5.

- Costa SMF. O trabalho com grupos no Programa Saúde da Família na percepção dos pacientes participantes: criando redes de ajuda e construindo cidadania [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina; 2009.
- Cunha RCOB, Pezzato ML. Práticas educativas e produção de sentido. In: Pelicioni MCF, Mialhe FL, organizadores. Educação e promoção da saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos; 2012. cap.12, p. 265-86.
- Endelman C, Mandle CL, editors. Health promotion – throughout the lifespan. 5. ed. Saint Louis: Mosby; 2002.
- Gazzinelli MF. Processo saúde-doença: a leitura de Gadamer. In: Gazzinelli MF, Reis DC, Marques RC, organizadores. Educação em saúde: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: UFMG; 2006. p.35-41.
- Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiência da doença. Cad Saúde Pública. 2005; 21(1): 200-6.
- Gazzinelli MF, Penna C. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. In: Gazzinelli MF, Reis DC, Marques RC, organizadores. Educação em saúde: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: UFMG; 2006. p.25-33.
- Lopes SRS, Piovesan ETA, Melo LO, Pereira MF. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. Com Ciên Saúde. 2007; 18(2): 147-55.
- Machado AGM, Wanderley LCS. Educação em saúde [acesso 2015 set 15]. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade09/unidade09.pdf.
- Mello RM. Projeto de aprendizagem: a construção de conhecimentos pelas tecnologias da informação e comunicação [trabalho de conclusão de curso – especialização]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
- Mialhe FL, Guerra LM. Avaliação das práticas de educação em saúde entre acadêmicos de odontologia e profissionais de serviços públicos. In: Pinto T, Groisman S, Moysés SJ, organizadores. PRO-ODONTO prevenção: programa de atualização em odontologia preventiva e saúde coletiva: ciclo 8. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2015. p.55-126.
- Miranda GR, Oliveira GGL, Gonçalves MC. Educação permanente em saúde: dispositivo para a qualificação da Estratégia Saúde da Família [trabalho de conclusão de curso – especialização]. Belém: Universidade Federal do Pará; 2008.
- Montenegro LC. A formação profissional do enfermeiro: avanços e desafios para a sua atuação na atenção primária à saúde [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2010. 98p.
- Morosini MV, Fonseca AF, Pereira IB. Educação em saúde. In: Lima JCF, Pereira IB, organizadores. Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p.155-62.
- Nora CRD, Mânica F, Germani ARM. Sala de espera uma ferramenta para efetivar a educação em saúde. Rev Saúde Pesq. 2009; 2(3): 397-402.
- Oliveira LMP, Leite MTM. Concepções pedagógicas: módulo pedagógico. São Paulo: UNIFESP; 2011 [acesso 2015 set 15]. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_pedagogico/Unidade_1.pdf
- Oliveira RM. A produção do conhecimento em escala local: repensando a relação entre a investigação científica e a experiência dos grupos populares [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.
- Pelicioni MCF. Promoção da saúde e meio ambiente: uma trajetória técnico política. In: Philippi Jr A, Pelicioni MCF, editores. Educação ambiental e sustentabilidade. São Paulo: Manole; 2005. p.413-20.
- Pelicioni MCF, Pelicioni AF. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. Mundo Saúde. 2007; 31(3): 320-8.
- Pelicioni MCF, Pelicioni AF, Toledo RF. A educação e a comunicação para a promoção da saúde. In: Rocha AA, Cesar CLG, editores. Saúde pública: bases conceituais. São Paulo: Atheneu; 2008. p.165-78.
- Perrenoud P. Dez Competências para Ensinar. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

- Rocha DG. Análise do comportamento educativo nos programas preventivos em saúde bucal no Brasil, 1980-1994 [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
- Saupe R, Budó MLD. Pedagogia interdisciplinar: Educare (Educação e Cuidado) como objeto fronteiro em saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(2): 326-33.
- Saupe R, Cutolo LRA, Wendhausen ALP, Benito GAV. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface Comun Saúde Educ.* 2005; 9(18): 521-36.
- Silva CMC, Mialhe FL, Pelicioni MCF, Pelicioni AF. Educação em saúde e suas práticas ao longo da história brasileira. In: Pelicioni MCF, Mialhe FL, organizadores. *Educação e promoção da saúde: teoria e prática.* São Paulo: Santos; 2012. cap.1, p.3-22.
- Siqueira HSG, Pereira MA. A interdisciplinaridade como superação da fragmentação [acesso 2015 set 19]. Disponível em: <http://www.angelfire.com/sk/holgonsi/interdiscip3.html>
- Teixeira L. Pedagogos capacidade de plantar sementes que um dia irão florescer. Publicado em 2013 maio 20 [acesso 2015 set 15]. Disponível em: <http://180graus.com/sao-felix-do-piaui/pedagogos-capacidade-de-plantar-sementes-que-um-dia-irao-florescer>
- Vasconcelos EM. Educação popular e atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.
- Vasconcelos EM. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: Vasconcelos EM, organizador. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular nos serviços de saúde.* São Paulo: Hucitec; 2001. p.73-100.
- Vasconcelos M, Grillo MJC, Soares SM. Práticas pedagógicas em atenção básica a saúde. *Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade.* Belo Horizonte: UFMG; 2009. 73p.