

A Contemporaneidade da Educação em Saúde

The Contemporaneity of Health Education

Suellem Luzia Costa Borges^a; Eduardo de Castro Ferreira^{*a}

^aUniversidade Anhanguera Uniderp, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Meio Ambiente e Desenvolvimento Regional. MS, Brasil.

*E-mail: eduardodecastroferreira@gmail.com

Resumo

Faz-se necessário refletir as práticas de educação em saúde e o papel do profissional que a executa de forma responsável. São considerados diversas variáveis que influenciam na sistemática do desenvolvimento da mesma, como as metodologias empregadas pelo educador, o conhecimento deste a respeito do seu público alvo e das necessidades que os mesmos possuem, assim como a influência do acesso ao serviço de saúde para a eficácia da educação em saúde. Trata-se de um estudo descritivo, analítico, retrospectivo, caracterizado como revisão sistemática. Desenvolver a educação em saúde com eficácia demanda diversos conhecimentos, além de planejar os propósitos envolvidos. O público alvo, as necessidades reais e os indicadores epidemiológicos e demográficos complementam o hall de variáveis importantes para a concretização do processo. Deve-se, ainda, ponderar as características desta comunidade envolvida, desvendando o conhecimento prévio e de educação básica afim de não subjugar tampouco supervalorizar aquilo que se acredita como verdade. Conclui-se que a noção de territorialidade, didática, compreensão dos princípios da atenção primária e formação de vínculos são essenciais para que a conquista do tema possa acontecer, além do envolvimento do profissional que está à frente desta comunidade.

Palavras-chave: Aprendizagem. Pessoal da Saúde. Saúde da Família.

Abstract

It is necessary to reflect the health education practices and the role of the professional who performs it responsibly. Several variables are considered that influence the educator's systematic development, such as the methodologies employed by the educator, his or her knowledge of his or her target audience and of the needs they have, as well as the influence of health service access on the health education effectiveness. This is a descriptive, analytical, retrospective study characterized as a systematic review. To develop health education effectively requires several types of knowledge, in addition to planning the purposes involved. The target audience, the real needs and the epidemiological and demographic indicators complement the hall of variables that are important for the process implementation. It is also necessary to consider the characteristics of this community involved, revealing the prior knowledge and basic education in order not to underjudge or overvalue what is believed to be true. It is concluded that the notion of territoriality, didactics, understanding of the primary care principles and bonds formation are essential for the conquest of the theme to happen, in addition to the professional involvement who is at the head of this community

Keywords: Learning. Health Personnel. Family Health.

1 Introdução

A relevância deste estudo está em compreender o quão díspare é o acesso ao serviço de saúde no Brasil, a importância da educação em saúde para alcançar lugares e oportunizar indivíduos a respeito da sua situação de saúde, tornando-o multiplicador da verdade no cenário que a sua rotina está estabelecida.

No passado, o sanitarismo visava à educação “higiênicas”, com o intuito de promover ações educativas que levassem a hábitos saudáveis por meio de orientações que tinham como objetivo a prevenção de doenças (FERREIRA *et al.*, 2014).

Esse tipo de educação almejava apenas a transmissão de conhecimentos sobre higiene e cooperação em campanhas profiláticas. Atualmente, ainda há uma herança do modelo cartesiano, o qual influencia o pensamento médico, desenvolvendo um enfoque reducionista e mecanicista que defende a ideia de que educar é para apenas prevenir

(PELICIONI; PELICIONI, 2007).

Diante desse paradigma biomédico, as práticas educativas em saúde tendem a reduzir-se a atividades preventivas, de cunho meramente informativo e coercitivo. Considera-se importante ressaltar que a educação em saúde deve permear os valores, credos e costumes para que o indivíduo se sinta parte deste processo.

No Brasil, o processo de educar enfrenta diversos obstáculos que vão desde o acesso às comunidades mais longínquas até o intelecto que se baseia na aplicação da informação em práticas salutares. Além destes entraves, as crenças, quando não compreendidas como aliadas, tornam-se barreiras para o entendimento eficaz.

A educação em saúde no Brasil, há tempos está nivelada, tornando-se pouco sedutora. Ou as informações são pífias ou técnicas. Neste extremismo, o público fica indefinido e pouco atraído para o processo de aprendizado. Outrossim, os recursos utilizados são escassos e defasados.

Muitos países utilizam a educação em saúde como forma de reduzir custos que são agregados ao diagnóstico, pois se o indivíduo reconhece a sintomatologia e compreende a importância do tratamento, as atividades de prevenção e controle podem ser incluídas nas políticas e orçamentos dos países endêmicos, com a disponibilização de informações, educação e comunicação para produzir mudanças de comportamento (WHO, 2010).

Dentro dos Objetivos do Milênio percebe-se a importância atribuída à educação, como base para os desdobramentos de diversos aspectos da saúde e da integridade social do indivíduo. Nos estudos que há relação entre as variáveis de saúde e determinantes sociais, a educação é a mola mestra para a compreensão dos resultados.

Dentre os personagens que participam do processo de educação em saúde, o profissional inserido nesta área deve se destacar, compreendendo o processo e direcionando o entendimento da população.

O objetivo principal deste trabalho é refletir a respeito da educação em saúde e o papel deste profissional executor as práticas responsáveis.

2 Desenvolvimento

2.1 Metodologia

Este estudo se classifica como descritivo, analítico, retrospectivo, caracterizado como revisão sistemática.

Uma revisão sistemática, assim como outros tipos de estudo de revisão, é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada (SAMPAIO; MANCINI, 2007).

Para tal estudo, foi utilizada a pergunta norteadora da pesquisa: os profissionais envolvidos na prática de educação em saúde estão preparados para realizá-la de forma responsável?

Em seguida, houve a busca da evidência com a definição dos descritores em “educação”, “educação na saúde”, “cuidado” e “aprendizado”, e as estratégias de busca fundamentaram-se nas bases de dados Lilacs, Pubmed, Medline, Ministério da Saúde e Scielo.

No estabelecimento dos critérios, considerou-se importante tempo de publicação superior a cinco anos, no entanto estudos pioneiros e ou importantes com tempo anterior foram considerados, população-alvo de estudo podendo ser pesquisa de fonte primária ou secundária, com critério metodológico rígido e científico/reflexivo, idioma inglês, português ou espanhol e com disponibilidade na íntegra.

Ao final, cada artigo e Portaria foi lido e traçado os seguintes tópicos: título, ano de publicação, autor, objetivo central, metodologia utilizada, resultado/desfecho principal.

Os resultados da discussão estão a seguir, de forma contextualizada.

2.2 Discussão

2.2.1 As desigualdades no acesso à saúde

Considerando, essencialmente a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), cujo o objetivo geral é o de promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2018), o que vai ao encontro daquilo que se formaliza em 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde e com a Constituição Federal de 1988 – O direito à saúde.

No entanto, discutir sobre a saúde pública e coletiva no Brasil não é tão simples, pois diversas culturas e divergências na acessibilidade do serviço de saúde inviabilizam uma operacionalização adequada e sistematizada para suprir as necessidades de saúde da população, assim como disponibilizar equipes multiprofissionais que ofereçam estratégias capazes de ir além do jogo de informações.

Estudo mostra que a evolução do Sistema Único de Saúde - SUS tem direta relação com a disponibilidade de profissionais da área da saúde em geral, e mais especificamente em unidades ambulatoriais de Atenção Primária, o que possibilita avaliar o crescimento da oferta desses recursos, assim como demonstrar os efeitos de políticas específicas, como a Política Nacional de Atenção Básica e o Programa Mais Médicos (VIACAVA *et al.*, 2018).

Porém, a característica geográfica do Brasil se interpõe e prevalece diante da disponibilidade e oferta de profissionais capacitados e preparados para lidar com situações de prevenção e de promoção da saúde. Ao analisar o último relatório do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009), no que se refere à disponibilidade da assistência médica sanitária, conclui-se que apenas 4,62% dos médicos e 5,45% dos odontólogos estão na região Norte e 6,06% dos enfermeiros na Centro-oeste, enquanto que 54,24%, 42,50% e 47,71% destes (respectivamente) encontram-se na região sudeste, demonstrando claramente a polarização da assistência de tais profissionais, o que gera maior vulnerabilidade aos indivíduos (IBGE, 2009).

Vale ressaltar que a vulnerabilidade, entendida como precariedade no acesso à renda, além de atrelada também às fragilidades de vínculos afetivo-relacionais e desigualdade de acesso a bens e serviços públicos, somada aos determinantes de saúde (principalmente ambientais, econômicos e sociais) no país, o que implica em compreender que conceito de saúde difere entre os indivíduos e aquilo que ele vivencia em seu cenário cotidiano (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007; CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017; CARMO; GUIZARD, 2018).

Portanto, discorrer sobre a saúde vai além de um conceito único, mas sim de análises ao entorno de quem o quer considerar. Se considerarmos os aspectos epidemiológicos, as discrepâncias aumentam significativamente, porém concentram-se e coincidem com aqueles estados que dispõem de menor número de profissionais essenciais nas atividades de prevenção, a exemplo dos acima relatados. Conforme dados expressos pelo DATASUS, em 2017, a dengue prevaleceu na região Nordeste e Centro-oeste, enquanto que a esquistossomose no Sudeste e Nordeste (destacando alta incidência em Minas Gerais e Bahia); já em 2018, significativamente as leishmanioses visceral e tegumentar americana estiveram altamente presente nas regiões Nordeste e Norte, assim como a cólera (apenas na região Nordeste) (DATASUS, 2020). Este panorama de doenças transmissíveis preveníveis expressa a disparidade na geografia do país, a importância do ambiente inserido, assim como acessibilidade aos serviços de saúde.

O saneamento básico é uma constante discussão a respeito dos reflexos à saúde. A Agência do Senado, em 2019, divulga que 35 milhões de brasileiros ainda não têm água tratada, 48% da população do Brasil não possui coleta de esgoto e, entre os internados em 2017 por diarreia aguda ou doenças relacionadas ao esgotamento sanitário, 50% eram crianças entre 0 e 5 anos de idade; em relação às regiões atendidas com esgotamento sanitário, a Norte se destaca com apenas 10,24%, seguida da Nordeste 26,87%, Sul 43,93%, Centro-oeste 53,88% e Sudeste com 78,54% (AGÊNCIA DO SENADO, 2020).

No tocante às condições de saúde, a diminuição no percentual de pessoas de 18 a 59 anos, com avaliação positiva do estado de saúde, especialmente na classe de menor escolaridade e nas regiões Norte e Nordeste, é, aparentemente, contraditória ao investimento realizado em atenção básica, pelo SUS, nesse período. Contudo, pode-se supor que esse resultado seja devido a um maior conhecimento do estado de saúde proporcionado pelos programas de atenção básica e até mesmo pelo maior grau de acesso à informação sobre saúde (VIACAVA *et al.*, 2019).

Schmidt *et al.* (2011) e Malta *et al.* (2013) descrevem os determinantes sociais como educação, ocupação, renda, gênero e etnia estão associados à prevalência de doenças crônicas não transmissíveis -DCNT e seus fatores de risco, agravando a carga da doença em populações vulneráveis. Em estudo com a população adulta brasileira a respeito da análise das desigualdades e a prevalência autorreferida de DCNT e limitações funcionais causadas por estas, concluíram que indivíduos com baixa escolaridade (analfabetos e ensino fundamental incompleto), que não possuem plano de saúde privado e que vivem nas regiões sudeste, sul e centro-oeste do Brasil, sofrem mais, o que indica discrepância dessas doenças entre as mais vulneráveis populações. Nesse sentido, é importante medir tais diferenças para apoiar políticas públicas que buscam reduzir as desigualdades em saúde.

As condições de saúde da população têm passado por transformações no período recente, em decorrência do envelhecimento da estrutura etária, do aumento da morbidade e da mortalidade por causas externas e da emergência/reemergência de doenças infecciosas e parasitárias. O SUS, ao longo de sua história, teve que se adaptar às demandas pela atenção à saúde decorrentes dessas transformações. Constitui-se um desafio lidar com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis e os cuidados continuados que muitas vezes elas implicam, ao mesmo tempo em que a violência urbana e no trânsito crescem e doenças como dengue e zika, entre outras infecto-contagiosas, impactam os serviços de saúde de maneira significativa (VIACAVA *et al.*, 2018).

2.2.2 A Educação

Entre as teorias da educação, dois grandes grupos seguem desde a década de 70: aqueles que a entendiam como instrumento de equalização social e o outro que a via como discriminação social. Na primeira, a educação supera a marginalização, enquanto a segunda é o maior fator da divisão entre grupos, reproduzindo a marginalidade cultural.

Saviani (2007) discorre que a partir do final do século XIX, a *pedagogia nova* surge em meio a um novo formato de se pensar e interpretar a educação. Desta forma o marginalizado não era o ignorante, mas sim o rejeitado. É certo que neste momento o foco eram aqueles que se diferiam por “anormalidade biológicas”, mas surge aqui o entendimento das diferenças e da singularidade de cada indivíduo. Compreende-se, portanto, que a educação cumpre seu papel quando a sociedade cujo seus membros não se importam com as diferenças, mas aceitam-se e respeitam-se na sua individualidade específica.

Foi a partir deste evento que o educador passa a agir como estimulador e orientador da aprendizagem, onde a iniciativa principal cabe aos próprios educandos.

O conceito de que educar e instruir é fazer com que o educando (aprendiz) compartilhe uma cultura, aceite uma padronização dos seus saberes, de suas formas de pensar, de sentir e de se comunicar empobrece progressivamente a diversidade e os modos de vida e de pensamento, sob uma ótica codificada da cultura de massa (PERRENOUD, 2001).

A educação é um processo natural, estando presente em todos os espaços, seja para aprender, para ensinar ou para aprender-ensinar (PIMENTA; ANASTASIOU, 2017).

Neste campo da educação, os saberes tomam forma e se multiplicam. O saber científico é dotado de métodos, normativas e regras; enquanto que o erudito é o conhecimento transformado, produzido por meio das teorias.

Para Libâneo (1998) existem diversas situações que o pedagógico se manifesta na sociedade, como as mídias, materiais informativos e jogos, pois atuam na modificação dos estados mentais e afetivos dos indivíduos, assim como no modo de pensar, disseminando saberes e modos de agir e de sentir.

Este mesmo autor descreve ainda que é por meio da didática que se pode aprender a encontrar novas respostas e ampliar a compreensão a respeito dos pontos políticos-pedagógicos.

A tarefa da educação é inserir as crianças, jovens e adultos no avanço civilizatório e humano, para que usufruam das problemáticas cotidianas por meio do conhecimento, da reflexão, análise, compreensão, contextualização e desenvolvimento de atitudes e habilidades.

É na educação em saúde que o saber erudito ganha forma, com o objetivo de amplificar o conhecimento por meio de produção, validação e participação ativa e conhecedora de quem receberá tal produto e a diminuição da “zona de sombra” a respeito de determinado assunto, tornando instrumentalizado o que antes era baseado na experiência pessoal ou coletiva (PERRENOUD, 2001). Em humanos, a aprendizagem inclui procedimentos, e os diferentes tipos de aprendizagem estão relacionados aos tipos de memórias.

Squire (2009) e Barrett *et al.* (2010) trazem que existem principalmente dois sistemas de memória: a declarativa ou explícita (armazenada no lobo temporal medial e no hipocampo - episódica, referente a percepção, sensações e sequência de fatos, também pode ser a memória de lembranças; ou como semântica, com organização e hierarquização de informações, mais relacionada ao conhecimento formal); e a memória não-declarativa ou implícita (armazenada no cerebelo, striatum e amígdalas – e se divide em relacionada ao reconhecimento de palavras, a procedimentos motores, aos condicionamentos e em habituação e sensibilização e depende de várias vias reflexas).

A formação da memória de longo prazo está intimamente ligada à aprendizagem. E, neste contexto, a plasticidade é fundamental (RAMOS, 2014). Estudos ao longo de vários anos demonstram que o desempenho da memória mostrou-se melhor quando os estímulos visuais e auditivos concomitantes eram semanticamente congruentes. Esses resultados sugerem que experiências multissensoriais resultam em melhora da memória cognitiva (HEIKKILÄ *et al.*, 2015).

Neste segmento da educação, a informação deve se encorpar e tornar-se conhecimento, para que o educando seja capaz de analisar, organizar, estabelecer metas, ou seja, alguém que reflita sobre o seu fazer e decida com propriedade a necessidade das mudanças atitudinais.

2.2.3 Educação em saúde *versus* educação popular

O Ministério da Saúde entende educação em saúde como um “processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde; é um conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades, o que potencializa o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde para que esses

respondam às necessidades da população” (BRASIL, 2013).

No entanto, esta prática se mostra como autoritária, prescritiva, limitada às mudanças de comportamento, a qual busca os aspectos biológicos do processo de saúde-doença, negligenciando os demais. Nesse modelo, a condição humana é reduzida à patologia, condicionando o indivíduo a um sistema baseado em recompensas, cujas práticas podem se misturar às práticas dialógicas (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2014).

Alves (2005) contextualiza que esta prática é um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde.

A educação em saúde é uma prática centrada na sociedade, contribui para a formação e desenvolvimento da visão crítica das pessoas a respeito de sua saúde, instigando a busca de soluções e a organização para a ação coletiva. Compartilhar saberes com a finalidade de prevenir, promover e recuperar a saúde por meio de ações educativas possibilita ao indivíduo um saber coletivo que reflete em sua autonomia e na emancipação para o cuidar de si, da família e do meio social (FIGUEIRA; LEITE; SILVA, 2012).

Mattos, 2003, compreende que até então, os serviços de saúde foram marcados pela “centralização de sua formulação, pela verticalização de sua implementação e por um caráter autoritário”, o que não necessariamente vai ao encontro real da população assistida.

Com o objetivo central de reduzir as iniquidades em saúde por meio da inclusão social e de colocar as práticas populares em saúde em um plano mais amplo, de forma democrática e com participação social, em 2013, instituiu-se a Política Nacional de Educação Popular, no SUS.

É neste cenário que o diálogo, por meio de práticas político-pedagógicas valorosas, ganha força para compreender as reais necessidades de determinada população, compreendendo seus valores e culturas, fortalecendo o compromisso com a universalidade, a equidade e a integralidade.

Assim, é importante também que os profissionais estejam preparados para avaliarem-se e construir propostas que se adequem a sua área adscrita, compreendendo o princípio da territorialidade, compreendendo que a educação em saúde é uma face do cuidado, tendo uma característica empoderadora, com a necessidade de que essas atividades sejam realizadas em um ambiente de compartilhamento de saberes, focado nas vivências e interesses da comunidade e, ainda, apostando em metodologias ativas (BARRETO *et al.*, 2019).

Viegas e Penna (2013) consideram as possibilidades inerentes à Atenção Primária a respeito da educação em saúde, considerando proximidade com a formação do vínculo, além de ênfase nas ações preventivas e promocionais. Para tanto, a organização de trabalho, proposta pela ESF (Estratégia de

Saúde da Família), aponta para a necessidade de um trabalho em equipe, pois o favorecimento à interdisciplinaridade interfere positivamente na resolubilidade dos problemas de saúde existentes na comunidade assistida.

Os autores supracitados abarcam, portanto, que quando essas práticas de educação em saúde são desenvolvidas pela equipe multiprofissional, acabam por incluir uma maior diversidade de saberes, contribuindo para a criatividade e a maior adesão dos usuários, porém o cidadão participa da vida social em proporção ao volume e à qualidade dos conhecimentos e das informações que possui, da possibilidade de acesso às fontes destes e como aproveitá-las. Ou seja, de sua possibilidade de intervir como produtor de saber e participante das decisões.

Coeelho e Jorge (2009) destacam a importância dos materiais educativos, como constituintes de tecnologias de cuidados simples e permanentes, uma vez que podem ser consultadas sempre que necessário, porém precisam ser recheadas de informações sólidas e coerentes.

Ao desenvolver um material de apoio para as práticas educativas, deve-se observar os quatro pilares a seguir: o primeiro pilar é o estabelecimento do conteúdo a ser trabalhado, o qual deve ocorrer através da escuta ativa; o segundo é estabelecer o cenário de execução das estratégias, sendo que o melhor é aquele que se adequa à temática, anseios dos sujeitos, e que vai propiciar maior entendimento teórico e prático; o terceiro é a busca de parcerias, ou seja, a eficácia de uma estratégia para educação em saúde depende da interação e do intercâmbio de saberes com a comunidade local de forma horizontal seja pela educação formal ou não; o quarto, que pode ser considerado decisivo nesses tipos de estratégias, é a busca de um referencial teórico para conduzir o trabalho tanto dos educadores, quanto dos educandos, isso guia teoricamente e metodologicamente uma estratégia, gerando um melhor nível de profundidade, qualidade e confiabilidade nos resultados (VIVAS; GUEVARA, 2003; VIEIRA; MATSUKURA, 2017).

Estudo de Silva, Lima e Osório (2016) mostrou o impacto positivo de estratégias educativas participativas, como a utilização de materiais educativos durante visitas domiciliares, no enfrentamento de importantes questões de saúde, gerando desfechos favoráveis, sugerindo que isso deve ser incorporado ao processo de trabalho dos serviços de saúde.

Por estas práticas surgem resultados favoráveis às intervenções educativas no empoderamento da família para a melhoria do cuidado e potencialização do desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde (SANTANA *et al.*, 2010).

As práticas de educação em saúde contemporâneas são dialógicas, abordam temas que estão relacionados com o cotidiano das pessoas, como lazer, alimentação saudável, conhecimento popular (MENDONÇA *et al.*, 2017).

Considerações de Lima *et al.* (2019) e Oliveira *et al.* (2020) concluem que as ferramentas utilizadas para a educação em

saúde ainda são subutilizadas pelos profissionais, e sugerem a necessidade de capacitar a equipe a fim de aprimorar a prática profissional e otimizar a assistência às pessoas e que o processo eficaz da educação em saúde estimula o autocontrole e o comportamento de saúde em pacientes com insuficiência crônica.

3 Conclusão

Conclui-se, portanto, que diante das disparidades na atenção à saúde do Brasil, para executar a educação neste cenário, é necessário conhecer o processo histórico e as práticas metodológicas vigentes. A concretização da educação em saúde extrapola o *apenas conhecer a comunidade*. Noção de territorialidade, didática, compreensão dos princípios da atenção primária e formação de vínculos são essenciais para que a conquista do tema possa acontecer. Porém, para que o processo de educação na saúde não seja um momento de somente lançar a informação, o educador é aquele que precisa saber as necessidades do seu público, dominar a arte de ensinar, traçando metas e objetivos a serem alcançados, com propósitos coerentes e crescentes dentro da sistematização estabelecida. Cabe a este profissional, compreender a melhor técnica a ser utilizada para o público determinado, assim como avaliar o que foi realizado.

É importante, também, que todos os profissionais da equipe estejam abarcados de que a educação em saúde é uma estratégia simples, porém com diversos desdobramentos positivos para a prevenção da doença e promoção da saúde. Evidencia-se a necessidade de profissionais conscientes de sua importância social e política, sendo imprescindível visualizarem-se como educadores em saúde, mediadores na compreensão dos indivíduos como seres que têm o poder de modificar sua realidade.

Referências

- AGÊNCIA DO SENADO. Matérias. Comissões. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/09/25/brasil-tem-48-da-populacao-sem-coleta-de-esgoto-diz-instituto-trata-brasil>> Acesso em: 20 mar. 2020.
- ALMEIDA, E.R.; MOUTINHO, C.B.; LEITE, M.T.S. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. *Rev. Saúde Debate*, v.38 n.101, p.328-337, 2014. doi: 10.5935/0103-1104.20140030
- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Rev. Interface*, v.9, n.16, p39-52, 2005
- BARRETO, A.C.O. et al. Percepção da equipe multiprofissional da Atenção Primária sobre educação em saúde. *Rev. Bras. Enferm.*, v.72 n.1. p.266-273, 2019. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0702>
- BARRETT, K. *et al.* Ganong's review of medical Physiology. New York: McGraw Hill Lange, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria N° 2.761, de 19 de novembro de 2013*. Brasília: MS, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em

Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: MS, 2018.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. v.17n.1.p77-93, 2017. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.

CARMO, M.E.; GUIZARDI, F.L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad. Saúde Pública*, v.34,n.3, p1-14, 2018. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00101417>

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Rev. Saúde Soc.*, v.26, n.3, p.676-689, 2017. doi 10.1590/S0104-12902017170304

COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*, v.14, n.1, p.1523-1531, 2009. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800026>.

DATASUS – Departamento de Informática do SUS. *Informações em Saúde – Epidemiológicas e Morbidade*. Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=29892200&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinanet/cnv/lta>> Acesso em: 22 mar. 2020.

FERREIRA, V.F. *et al.* Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. *Rev. Trab. Educ. Saúde*, v.12, n.2, p.363-378, 2014.

FIGUEIRA, M.C.S.; LEITE, T.M.C.; SILVA, E.M. Educação em saúde no trabalho de enfermeiras em Santarém do Pará, Brasil. *Rev. Bras. Enferm.*, n.65, v.3, p.414-419, 2012

HEIKKILÄ, J. *et al.* Audiovisual semantic congruency during encoding enhances memory performance. *J. Exp. Psychol.*, v.62, n.2, p.123-130, 2015. doi: <https://doi.org/10.1027/1618-3169/a000279>

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de Assistência Médico Sanitária – AMS*. São Paulo: IBGE, 2009.

LIBÂNIO, J.C. *Adeus professor, adeus professora?* Novas exigências educacionais e profissão docente. São Paulo: Cortez, 1998.

LIMA, G.C.B.B. *et al.* Educação em saúde e dispositivos metodológicos aplicados na assistência ao Diabetes Mellitus. *Rev. Saúde Debate*, v.43, n.12, p.150-158, 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912011>

MALTA, D.C. *et al.* Social inequalities in the prevalence of self-reported chronic non-communicable diseases in Brazil: national health survey 2013. *Int. J. Equity Health*, v.15, n.153, 2016. doi: 10.1186/s12939-016-0427-4.

MATTOS, R.A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2003. p.47-62

MENDONÇA, F.T.N.F. *et al.* Health education with older adults: action research with primary care professionals. *Rev. Bras. Enferm.*, v.70, n.4, p.792-799, 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0349>.

OLIVEIRA, A.P.D. *et al.* Educação em saúde: efetividade das intervenções em pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev. Bras. Enferm.*, v.73, p.1-8, 2020. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0782>

PELICIONI, M.C.F.; PELICIONI, A.F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. *Rev. Mundo Saúde*. v.3, n.3, p.320-328, 2007.

PERRENOUD, P. *Ensinar: agir na urgência, decidir na incerteza*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

PIMENTA, S.G.; ANASTASIOU, L.G.C. *Docência no Ensino Superior*. São Paulo: Cortez, 2017.

PORTO, M.F.S. *et al.* Comunidades ampliadas de pesquisa ação como dispositivos para uma promoção emancipatória da saúde: bases conceituais e metodológicas. *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*, v.21, n.6, p.1747-1756, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.25802015>.

RAMOS, A.S.F. Brain-Based Learning is confirmed by recent data in Neuroscience. *Rev. Psicopedag.* v.31, n.96, p.263-274, 2014.

SAMPAIO, R.F.; MANCINI, M.C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev. Bras. Fisioter.*, v.11n.1.p83-89, 2007.

SANTANA, M.C.C.P. *et al.* Aleitamento materno em prematuros: atuação fonoaudiológica baseada nos pressupostos da educação para promoção da saúde. *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*, v.15, n.2, p.411-417, 2010. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000200017>

SAVIANI, D. *Escola e democracia: teorias da educação: polêmicas do nosso tempo*. São Paulo: Autores Associados, 2007.

SCHMIDT, M.I. *et al.* Chronic noncommunicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *J. Lancet*, v.377, n.9781, p.1949-1961, 2011.

SILVA, E.P.; LIMA, R.T.; OSÓRIO, M.M. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*, v.21, n.9, p.2935-2948, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.01602015>.

SQUIRE, L.R. Memory and brain systems: 1969-2009. *J. Neurosci.*, v.29, n.41, p.12711-12716, 2009.

VIACAVA, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*, v.23, n.6, p.1751-1762, 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>.

VIACAVA, F. *et al.* Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*, v.24, n.7, p.2745-2760, 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018247.15812017>

VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C.M.M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. *Rev. Esc. Anna Nery*, v.17, n.1, p.33-141, 2013.

VIEIRA, P.M.; MATSUKURA, T.S. Modelos de educação sexual na escola: concepções e práticas de professores do ensino fundamental da rede pública. *Rev. Bras. Educ.*, v.22, n.69, p.453-474, 2017. doi: <https://doi.org/10.1590/s1413-24782017226923>

VIVAS, E.; GUEVARA, S. Un juego como estrategia educativa para el control de *Aedes aegypti* en escolares venezolanos. *Rev. Panam. Salud Publica*, v.14, n.6, p.394-401, 2003.

WHO – World Health Organization. *First WHO report on neglected tropical diseases: working to overcome the global impact of neglected tropical diseases*. Genebra: WHO, 2010.