

ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

CARE FOR ORAL HEALTH IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: PERCEPTIONS OF THE PROFESSIONALS ON HEALTH EDUCATION

Janice Dávila Rodrigues Mendes

Cirurgiã-dentista. Mestre em Saúde da Família (UVA/RENASF/FIOCRUZ). Docente da Graduação em Nutrição das Faculdade Inta. Sobral, Ceará, Brasil.

E-mail: janicedavila34@gmail.com

José Jeová Mourão Netto

Enfermeiro. Mestre em Saúde da Família (UVA/RENASF/FIOCRUZ). Hospital Regional Norte. Sobral, Ceará, Brasil.

E-mail: jeovamourao@yahoo.com.br

Elayne Cristina Costa Damasceno

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família (UVA/RENASF/FIOCRUZ). Tutora da Escola de Saúde da Família. Sobral, Ceará, Brasil.

E-mail: elayne_damasceno@hotmail.com

Resumo

Objetivos: o estudo objetivou abstrair as percepções de profissionais atuantes na Atenção à Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família quanto à educação em saúde. **Métodos:** estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com 17 profissionais da equipe de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família. A coleta ocorreu entre novembro de 2014 e janeiro de 2015, sendo utilizada a entrevista semi-estrutura gravada. Para a análise, foi utilizada a técnica da Análise de Discurso. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local. **Resultados:** as falas expressam uma visão incipiente sobre educação em saúde, o que pode estar se traduzindo em práticas pouco contextualizadas com os ideais de uma educação em saúde libertadora, transformadora, emancipadora e cidadã. **Conclusões:** O referencial teórico de Educação em Saúde percebido pela grande maioria dos profissionais relaciona-se com o Modelo Tradicional de Educação em Saúde. A aplicação dos princípios da Educação Popular em Saúde constitui-se em desafio para a equipe de saúde bucal. Tal cenário se mostra preocupante, haja vista a promoção da saúde, subsidiada pela educação em saúde, se configurar em objeto mor da Estratégia Saúde da Família.

Palavras-chave: Saúde Bucal; Estratégia Saúde da Família; Educação em Saúde.

Abstract

Objectives: The study aimed to abstract perceptions of professionals working in Care of Oral Health in the Family Health Strategy as health education. **Methods:** A descriptive exploratory study of qualitative approach, it accomplished with 17 professionals of oral health team of the Family Health Strategy. Data were collected between November 2014 and January 2015, and used the recorded semi-structure interview. For the analysis, the technique of speech analysis was used. The study was approved by the local Ethics Committee in Research. **Results:** the lines express na incipient vision of health education, which may be translated into practical little contextualized with the ideals of a liberating health education, transformative, and emancipatory citizen. **Conclusions:** The theoretical framework of Health Education perceived by most professionals relates to the Traditional Model of Health Education. The application of the principles of Popular Education in Health constitutes a challenge for oral health team. Such a scenario shows worrying, considering health promotion, supported by health education, set yourself up for major object of the Family Health Strategy.

Keywords: Oral health; Family Health Strategy; Health Education.

Introdução

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) o Brasil enfrenta o desafio da mudança em seu modelo de atenção à saúde, esta operacionalizada por meio de novas práticas que concorram para a promoção da saúde, tendo a educação em saúde como estratégia potente para a melhoria na qualidade de vida das pessoas.

Neste contexto, emerge a Estratégia Saúde da Família (ESF) como forma de reorganização da atenção à saúde, buscando operacionalizar os princípios do SUS no âmbito da Atenção Básica.

No contexto da ESF, muitas são as políticas que se concretizam, dentre elas a Política Nacional de Saúde Bucal, que tem como premissa reorientar a organização da Atenção à Saúde Bucal em todos os níveis de atenção, tendo o cuidado como eixo de reorientação das ações, trazendo consigo a proposta de humanização do processo de produção da saúde.¹

Tal iniciativa visa romper com uma realidade em que durante muitos anos, a atenção odontológica no serviço público brasileiro caracterizou-se pela assistência a grupos populacionais restritos, como os escolares, por meio de programas voltados às doenças cárie e periodontal. Dessa forma, havia, em muitos municípios, um menor acesso da população adulta aos serviços odontológicos devido à priorização da atenção às crianças em idade escolar, de forma que o restante da população era excluída e dependente de serviços meramente curativos e mutiladores, o que resultou numa baixa cobertura de atendimento.²

A Educação em Saúde engloba ações que têm por finalidade a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença, incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, possibilitando ao usuário uma mudança de hábitos,

apoiando-o na conquista de sua autonomia. Assim, relativo á saúde bucal, a atenção envolve ações desenvolvidas no nível individual e/ou coletivo. Os procedimentos coletivos são ações educativo-preventivas realizadas no âmbito das unidades de saúde, nos domicílios, em grupos, escolas, creches, associações, clubes, ou outros espaços sociais, oferecidos de forma contínua ou não, e compreendem: fluoretação das águas, Educação em Saúde, Higiene Bucal supervisionada e Aplicação Tópica de Flúor.¹

As ações de educação em saúde, numa concepção ampliada do cuidado em saúde, requerem a participação do usuário na mobilização, capacitação e desenvolvimento de aprendizagem de habilidades individuais e sociais para lidar com os processos de saúde-doença, estendendo-se à concretização de políticas públicas saudáveis.³

No entanto, as ações de educação em saúde bucal não devem se restringir ao campo oral, uma vez que existem evidencias entre a integração da saúde oral com a saúde geral, buscando relacionar as atividades da odontologia às políticas públicas e aos programas de saúde através de fatores como o consumo do álcool e do tabaco, a dieta e o consumo de açúcar, higiene corporal como um todo, trabalhos de prevenção de acidentes de trânsito, integração com programas HIV/AIDS, trabalhos desenvolvidos contra doenças parasitárias, entre outros.⁴

Uma grande parte de ações anunciadas como de “promoção da saúde”, sobretudo no nível da Atenção Básica, ainda são limitadas a estratégias baseadas em modelos tradicionais de intervenções educativo-preventivas centradas em higiene bucal supervisionada e palestras desenvolvidas prioritariamente em ambientes escolares. Algumas dessas intervenções apresentam problemas em sua operacionalização e na força de evidência científica, caracterizando ações divergentes e inconscientes. As

limitações destas ações se devem ao fato de não produzirem melhorias sustentáveis em médio e longo prazo na saúde bucal de populações, sendo paliativas em sua natureza, ignorando amplamente os fatores estruturais que determinam uma saúde bucal deficiente.⁵

A partir do cenário até aqui desenhado, o estudo objetivou abstrair as percepções de profissionais atuantes na atenção á saúde bucal da ESF quanto a educação em saúde.

Metodologia

Tratou-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa, do tipo estudo de campo, realizada no Município de Sobral/CE, onde atualmente existem 57 equipes da ESF. Estas equipes atuam em 28 Centros de Saúde da Família (16 na sede e 12 nos distritos).

Em relação à odontologia, atualmente existem 39 equipes de Saúde Bucal (ESB), compostas por 39 cirurgiões-dentistas (CDs) e 39 auxiliares de saúde bucal (ASBs) cadastradas nas equipes. Estas equipes não são compostas de técnicas de saúde bucal (TSB).

O estudo ocorreu nos Centros de Saúde da Família que possuem Equipes de Saúde Bucal cadastradas. Os participantes foram os cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal que compunham as ESF no Município. Participaram 9 cirurgiões-dentistas e 8 ASBs.

Os critérios de inclusão dos cirurgiões-dentistas foram: aqueles com mais de um ano na Estratégia Saúde da Família; que atuavam na sede do município ou em um dos três distritos mais próximos geograficamente da sede e com maior número de habitantes.

Os critérios de inclusão para os auxiliares de saúde bucal foram: aqueles

com mais de um ano na Estratégia Saúde da Família no município; que atuavam na sede ou em um dos três distritos que se localizassem mais próximos da sede e com maior número de habitantes; um representante de cada UBS; terem concluído ou estarem cursando no mínimo um curso de ASB; estarem trabalhando com o cirurgião dentista que tivesse participado desta pesquisa.

Resolveu-se abordar os profissionais que atuavam na sede do município e em três distritos mais próximos geograficamente da sede, que contivessem um número elevado de habitantes, fornecendo, dessa forma, uma boa representatividade.

A técnica de coleta envolveu a entrevista semiestruturada, ocorrida durante os meses de novembro de 2013 a janeiro de 2014. Para a análise das informações, foi utilizada a técnica da Análise de Discurso, que compreende a realização de uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais diferentes campos: religioso, filosófico, jurídico e sócio-político. Ela visa a compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido.⁶

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução nº 466/12, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Local, com o número do CAAE: 22237213.4.0000.5053.

Resultados

A partir dos relatos dos profissionais, foi possível perceber que a concepção de Educação em Saúde predominante na grande maioria dos discursos refere-se ao Modelo Tradicional de Educação em Saúde, ou Educação Bancária.

Educação em Saúde pra mim é tentar passar um pouco sobre, um pouco né, para as pessoas sobre como ela pode se prevenir, em relação à saúde, passar um pouco do básico, de como ela, no caso da odontologia né, passar um pouco do que eu sei pra aquelas pessoas pra que ela possa se prevenir [...] (CD 4).

Para mim Educação é tentar conscientizar a pessoa, se a pessoa está consciente é bem mais fácil o tratamento [...] por mim eu escovava os dentes de todo mundo, tipo, conscientizava e abria a cabecinha de todo mundo e colocava [...] (CD 5).

Eu penso é, em orientações né, e medidas que ensinem e eduquem né, as pessoas a cuidar melhor da sua saúde né, desde ter uma melhor alimentação, melhorar a higiene, enfim [...] (CD 8).

É passar um pouco o que a gente sabe pra alguém que não conhece [...] então eu tô promovendo saúde né, acho assim que é uma maneira de educar o paciente pra sua saúde bucal [...] (ASB 4).

Contudo, embora a grande maioria dos profissionais entrevistados tenham demonstrado esta concepção de saúde baseada no modelo tradicional de educação, alguns participantes manifestaram um entendimento de educação em saúde de uma forma mais ampliada, com uma certa aproximação com o modelo dialógico, da educação popular, como pode-se perceber nos seguintes depoimentos:

A minha percepção sobre educação em saúde não é apenas assim fazer esse repasse de informação, e sim ter o cuidado de trocar ideias, trocar informações entre nós e a comunidade (CD1).

Eu acho que é o momento de você tá dividindo alguma coisa com alguém, que no nosso trabalho

seria com a nossa comunidade, seria com os nossos escolares, seria com os nossos grupos, então, assim, você tá compartilhando o que você tem com outras pessoas, e também, não serve só pra você tá passando para a pessoa, porque a partir daquele momento é que você também ganha conhecimento [...] (CD 7).

Percebe-se nos discursos que a realização das atividades de Educação em Saúde é uma tarefa desafiadora no processo de trabalho das equipes, como se pode verificar através da fala:

Eu sou altamente a favor da educação em saúde, eu gosto do que eu faço, eu tô desestimulada, eu assumo, mas eu amo o que, eu amo a minha profissão e amo também saúde pública, embora seja um ramo muito difícil, que você tem que amar cinco vezes mais pra conseguir trabalhar (CD 5).

Quando questionados sobre o planejamento das atividades de educação em saúde, em relação às atividades desenvolvidas para escolares, geralmente o planejamento ocorre semestralmente, sendo realizados ajustes necessários mensalmente, relativos à operacionalização destas atividades, tendo início juntamente com as atividades do Programa Saúde na Escola (PSE). Através das seguintes falas pode-se observar como se dá este planejamento:

Os escolares a gente planeja sempre no início do semestre, pra fazer as orientações, entrega de escovas e pastas e depois de acordo com os programas, por exemplo, o PSE [...] a gente planeja de acordo com isso, aí[...] a gente vai pelo menos no início de cada semestre pra fazer essas orientações. É semestral, e depois de acordo com

o PSE [...] (CD 1).

O planejamento das escolas geralmente é mensal, quando começa o ano a gente faz um planejamento assim, vamos fechar de tá fazendo os procedimentos na escola tal época, aí quando chega o início do mês que a gente fez aquele planejamento, a gente fecha os dias [...], então a gente deixou pra fechar mais por mês, porque se tiver alguma coisa pra modificar fica mais difícil da gente ter que tá remarcando (CD 7).

A realização das atividades se encontram, muitas vezes, atreladas aos programas do ministério da saúde, desta forma considerando pouco as necessidades locais e engessando as ações de educação em saúde desenvolvidas na comunidade.

Discussão

A partir dos relatos, infere-se que a concepção de Educação em Saúde predominante na grande maioria dos discursos, refere-se ao Modelo Tradicional de Educação em Saúde, ou Educação Bancária, onde o profissional transmite o conteúdo na forma de verdade a ser absorvida. O usuário/paciente recebe passivamente os conhecimentos, tornando-se depósito de informações fornecidas pelo profissional, inúmeras recomendações e informações sobre comportamentos “certos” ou “errados” e instruções de higiene oral.

As ações de educação em saúde parecem focadas somente na instrução de higiene oral, partindo-se do pressuposto que os usuários precisam ser ensinados, que não têm conhecimento ou que este é errado, como se a Equipe de Saúde Bucal (ESB) fosse detentora de todo o conhecimento, sendo frágil a construção da autonomia dos sujeitos.

Este “repasso de informações” sinaliza que os profissionais de saúde bucal, como educadores, têm colaborado mais para o fortalecimento da educação bancária que da educação transformadora. Tal visão também é observada na prática de outros profissionais da saúde⁷.

Estudos com enfermeiros, ao analisarem as práticas de educação em saúde realizadas, concluíram que a concepção delas sobre este tema fundamenta-se nos conceitos tradicionais de educação e saúde.⁸

Em um estudo com cirurgiões-dentistas da rede de atenção básica, observou-se que o modelo de educação conservadora caracterizava a pedagogia utilizada nas ações de educação em saúde no atendimento ambulatorial odontológico.⁹

Portanto, percebe-se que a concepção de uma educação doutrinadora, realizada por meio de transmissão de informações, objetivando que o indivíduo alcance saúde depois de ser educado, ainda está fortemente presente na mentalidade dos profissionais da saúde.

Talvez esta percepção dos profissionais sobre educação em saúde ocorra devido ao modelo tradicional dos cursos de graduação, cuja transferência do conhecimento se faz de modo fragmentado, com ênfase no racionalismo técnico, centrada no professor, com modelos de ensino/avaliação que privilegiam a memorização e reprodução de conhecimento e alunos tendendo a uma atitude passiva de absorção, portanto, acríticos.⁷

De fato, em um estudo, cujo objetivo era avaliar as representações em educação em saúde de graduandos de odontologia, observou-se que a concepção de educação em saúde dos acadêmicos estava fortemente ligada ao ensinamento positivista, prevenção de doenças, pautado em orientações e informações transmitidas à comunidade pelos profissionais.¹⁰

Neste contexto, a visão bancária de ensino dificulta um “pensar autêntico”,

indicando que educar não significa adestrar, mas desenvolver capacidade de aprender como um sujeito crítico, epistemologicamente curioso, que constrói o conhecimento ou participa de sua construção e exige apreensão da realidade, não para adaptação, mas para a transformação, para a intervenção e recriação desta.¹¹

Educar não significa simplesmente transferir conhecimentos, mas consiste no processo educativo que considera as representações da sociedade e do homem que quer se formar. A educação baseada na reflexão, no diálogo e na troca de experiências entre educador/educando e profissional/cliente possibilita que ambos aprendam juntos, por meio de processo emancipatório.¹²

No modelo dialógico de educação, a solução de problemas implica na participação ativa e no diálogo constante entre educandos e educadores. A aprendizagem deve ser idealizada como resposta natural do educando ao desafio de uma situação-problema. O educador já não é mais o que apenas educa e repassa instruções, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa.

O modelo dialógico de Educação em Saúde tem sido associado a mudanças duradouras de comportamentos, já que é responsável pela construção de novos sentidos individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado apresentando como vantagens a construção coletiva do conhecimento, proporcionando aos indivíduos uma visão crítica-reflexiva da sua realidade, corresponsabilizando-o e capacitando-o para a tomada de decisões relativas à sua saúde. No entanto, a falta de conhecimento e capacitação dos profissionais para a aplicação deste modelo durante as atividades de Educação em Saúde ainda marca o campo da saúde.¹³

Muitos profissionais sentem

dificuldade em realizar atividades de educação em saúde por não se identificarem com a proposta da ESF, de trabalhos com grupos e fora do ambiente do consultório odontológico. A formação universitária voltada aos modelos biologicista e tecnicista é ainda superior para eles.

Assim, em um estudo realizado com cirurgiões-dentistas que trabalhavam na ESF, os autores verificaram que boa parte dos cirurgiões-dentistas entrevistados atestou não realizar atividades de educação em saúde pelo simples fato de não saberem como realizá-las. Ou seja, devido ao fato de sua formação acadêmica ter sido majoritariamente voltada à clínica, faltava-lhes preparo e confiança para desenvolverem aquelas atividades na atenção básica.¹⁴

A aplicação dos princípios da Educação Popular em Saúde, nas práticas educativas na ESF, pode constituir um grande desafio, já que muitos profissionais de saúde podem não ter conhecimento sobre esse modelo, e outros podem não terem sido capacitados para aplicá-los a sua prática.

Dentro desta perspectiva de superação da formação acadêmica descontextualizada com os princípios e diretrizes do SUS, para o trabalho na ESF, é importante considerar que o real papel da Universidade seria o de identificar corretamente os problemas de saúde de cada município ou região e sugerir como poderia resolvê-los, devendo o ensino e a pesquisa serem direcionados para ações de impacto social que possibilitassem melhores condições de vida para a população.¹⁵

Neste sentido, torna-se importante enfatizar que essas reflexões não devem ficar restritas ao âmbito acadêmico. Os profissionais de saúde devem ser continuamente preparados para a superação de suas limitações e para aperfeiçoamento técnico, a partir da educação permanente.

O enfoque da Educação Permanente representa uma importante mudança na concepção e das práticas de qualificação

dos trabalhadores. Supõe inverter a lógica do processo, modificando substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer, e colocando os usuários como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores.¹⁶

Quanto as atividades educativas, nota-se que são executadas de acordo com o planejamento de cada equipe, não existindo uma sistematização para todo o município, de modo que cada equipe realiza da maneira que considera mais adequada, estando condicionadas às metas do PSE, ocorrendo com maior intensidade durante os meses de realização deste programa. Portanto, estes dados indicam que as ações educativas, que têm como público-alvo os escolares, são fortemente orientadas por um programa do Ministério da Saúde/Educação predefinido.

Nesta concepção, cotidianamente na ESF são realizadas campanhas educativas, seguindo a programação do Ministério da Saúde. Como exemplo, podemos citar a campanha para detectar casos de tuberculose, de hanseníase, a programação do aleitamento materno, as campanhas de coleta do exame preventivo do câncer, enfim, práticas executadas pelos trabalhadores, de acordo com a determinação da Secretaria de Saúde, em que o profissional altera seu processo de trabalho habitual para cumprir as exigências.¹⁷

Desta forma, as atividades de educação em saúde são realizadas basicamente no cumprimento de protocolos e metas do Ministério da Saúde, e não como práticas rotineiras, que deveriam estar inseridas no processo de trabalho das ESB cotidianamente.

Neste contexto, são grandes as dificuldades da equipe de saúde da família para efetuarem práticas cotidianas de promoção que agreguem ações educativas;

assim, são realizados basicamente trabalhos em grupos com gestantes, hipertensos ou diabéticos, as atividades de educação em saúde são dirigidas de acordo com o programa ou a epidemia do momento¹⁸.

Considerações Finais

O referencial teórico de Educação em Saúde percebido pela grande maioria dos profissionais relaciona-se com o Modelo Tradicional de Educação em Saúde, baseado na transmissão vertical de informações

e na superposição de saberes, visando, principalmente, mudanças individuais de comportamento, e suas práticas guiam-se metodologicamente por este modelo.

Observou-se também que a aplicação dos princípios da Educação Popular em Saúde pode constituir-se em desafio para a ESB, visto que muitos profissionais podem não possuir conhecimento sobre esse modelo.

Tal cenário se mostra preocupante, haja vista a promoção da saúde, subsidiada pela educação em saúde, se configurar em objeto mor da ESF.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Anjos FS, e cols. Equipes de Saúde Bucal no Brasil: Avanços e Desafios. Cienc Cuid Saúde. 2011 jul./set; 10(3): 601-607.
3. Machado MFAS, Vieira NFC. Educação em Saúde: O olhar da Equipe de Saúde da Família e a participação do usuário. Rev Latino-Am Enfermagem. 2009; 17(2): 174-179.
4. Kwan S, Petersen PE. Evaluation of community-based oral health promotion and oral disease prevention - WHO recommendations for improved evidence in public health practice. Community Dental Health. 2004; 21: 319-329.
5. Kusma SZ, Moysés, ST, Moysés, s. J. Promoção da Saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na Atenção Primária em saúde. Cad Saúde Pública. 2012; 28: S9-S19.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento- Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec; 1999. 6ed.
7. Backes VMS, e cols. Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. Rev Bras Enferm. 2008 nov-dez; 61(6): 858-865.
8. Pereira APCM, Servo MLS. A Enfermeira e a Educação em Saúde: Estudo de uma Realidade Local. Rev Baiana de Saúde Pública. 2006 jan./junho; 30(1): 7-18.
9. Santos MEM. Odontólogos e suas noções sobre educação em saúde bucal [Dissertação]. Instituto Fernandes Figueira: Fiocruz; 2005.

- ¹⁰. Mialhe FL, Silva CMC. A educação em saúde e suas representações entre alunos de um curso de odontologia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(Supl. 1): 1555-1561.
- ¹¹. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 1987. 17ed.
- ¹². Vila ACD, Vila VSC. Tendências da Produção do Conhecimento na Educação em Saúde no Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007 nov./dez; 15(6).
- ¹³. Figueiredo MFS, Rodrigues-Neto JF, Leite, MTS. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2010 jan./fev; 63(1): 117-121.
- ¹⁴. Araújo YP, Dimenstein, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(1): 219-227.
- ¹⁵. Garbin CAS, e cols. O papel das universidades na formação de profissionais na área de saúde. *Revista da Abeno*. 2006; 6(1): 6-10.
- ¹⁶. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- ¹⁷. Figueira MCS, Leite TMC, Silva EM. Educação em saúde no trabalho de enfermeiras em Santarém do Pará, Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(3): 414-419.
- ¹⁸. Cervera DPP, Parreira BDM, Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16 (Supl. 1): 1547-1554.