

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

WIVERSON COIMBRA SILVEIRA

**HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS:
ELABORAÇÃO DE UMA CARTILHA INFORMATIVA.**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

WIVERSON COIMBRA SILVEIRA

**HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS:
ELABORAÇÃO DE UMA CARTILHA INFORMATIVA.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Patrícia Magnabosco

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS: ELABORAÇÃO DE UMA CARTILHA INFORMATIVA** de autoria do aluno **WIVERSON COIMBRA SILVEIRA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas.

Prof^a. Patrícia Magnabosco
Orientadora da Monografia

Prof^a. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Prof^a. Dr^a. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

DEDICATÓRIA

A Deus, quando algumas vezes, sentindo-me desacreditado e perdido nos meus objetivos e ideais me fez vivenciar a delícia de me escolher e constituir o ser humano que sou.

Ao meu pai Ademir, minha mãe Neuza e meu mano Jacques que sempre elevaram minha autoestima e principalmente por acreditarem e reascenderem em mim, o interesse pela busca do conhecimento.

AGRADECIMENTOS

A Deus o grande arquiteto e conservador do universo: DEUS por permitir fazer parte dessa grande “constelação”.

A equipe da Estratégia de Saúde Ocupacional do Servidor por apoiar a iniciativa da cartilha informativa em educação em saúde, vocês são mil!

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	04
3 MÉTODO.....	06
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	08
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	10
REFERÊNCIAS.....	11

RESUMO

Este trabalho ressalta a importância da tecnologia de informação analisando as múltiplas políticas e propostas de controle das doenças crônicas não transmissíveis, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). O objetivo principal é a elaboração de uma cartilha informativa sobre medidas preventivas e complicações da HAS e do DM. Com a cartilha os servidores da Prefeitura Municipal de Anchieta – ES (PMA) receberão informações adequadas para realizarem a prevenção e o acompanhamento adequado durante o período de tratamento. A cartilha informativa será utilizada e distribuída para os servidores da PMA localizada no Estado do Espírito Santo durante o segundo semestre do ano de 2014 durante as atividades realizadas pela Estratégia de Saúde Ocupacional do Servidor, em especial nas campanhas de rastreamento de HAS e DM. A proposta do número a serem confeccionadas é de 1.000 (mil) cartilhas. Este número foi calculado a partir dos atendimentos e atividades realizadas pelo serviço de Saúde Ocupacional do Servidor da PMA no ano de 2013 e com o quantitativo de profissionais existentes. A educação sempre busca a transformação. Porém, o primeiro passo para provocar a mudança neste processo de formação é compreender que as propostas não podem mais ser construídas isoladamente, e nem de cima para baixo de forma hierárquica e imposta. Por sua vez, adquirir conhecimento favorece o empoderamento, na medida em que possibilita a tomada de decisões conscientes dos servidores envolvidos.

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS e o Diabetes Mellitus – DM são doenças crônicas e não têm cura, mas podem ser controladas com medicamentos e bons hábitos de vida como exercícios físicos, alimentação adequada, sem tabaco e bebida alcoólica. Do contrário, as duas doenças costumam ter consequências graves. A HAS é o principal fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares como o infarto do coração, o derrame cerebral, a insuficiência renal com necessidade de diálise, por isso ela é considerada tão perigosa e tão importante de ser discutida. É preciso também preocupar-se com a obesidade, quase metade dos brasileiros está acima do peso. O mais recente levantamento do Ministério da Saúde mostra que o número de pessoas com excesso de peso aumentou muito nos últimos anos: de 42,7% em 2006 para 48,5% em 2011. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

De acordo com o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2005), cada ano que se passa 200 mil pessoas se tornam maiores de 60 anos à população brasileira, isto gera uma demanda importante para o Sistema Único de Saúde – SUS. Somando-se a isso, o cenário epidemiológico brasileiro mostra uma transição relevante, onde as doenças infecciosas que respondiam por 46% das mortes em 1930, em 2003 foram responsáveis por apenas 5% da mortalidade, dando lugar às doenças cardiovasculares, aos cânceres e aos acidentes e à violência. À frente do grupo das dez principais causas da carga de doença no Brasil já estavam, em 1998, o diabete, a doença isquêmica do coração, a doença cérebro-vascular e o transtorno depressivo recorrente.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, até o ano de 2020, as condições crônicas em saúde serão responsáveis por 60% da carga global de doença nos países em desenvolvimento, este cenário preocupante impõe a necessidade de medidas inovadoras, que mudem a lógica atual de uma rede de serviços voltada ao atendimento do agudo para uma rede de atenção às condições crônicas, (OMS, 2002).

A criação do Sistema Único de Saúde - SUS possibilitou a organização de uma maior atenção para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT. A atenção à saúde voltada para as necessidades dos usuários com DCNT ocorria de forma fragmentada e descontinuada, tanto no que diz respeito aos aspectos clínicos quanto às ações de promoção da saúde e redução de fatores de risco (MEIRELLES, 2013).

Uma perspectiva de mudança neste cenário emerge em 2006, quando a Portaria MS/GM n. 399 institui as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde. A partir do Pacto, as três esferas de gestão do sistema sanitário explicitam suas responsabilidades e estabelecem um compromisso de articulação solidária e cooperativa para trabalhar em torno de prioridades da situação de saúde da população brasileira. Essas prioridades revelam alguns dos desafios demográficos, epidemiológicos e de gestão sanitária existentes no Brasil. Dentre as prioridades destacamos as ações dirigidas às DCNT (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde acertou ao valorizar ações populacionais de Promoção da Saúde, que, com frequência, extrapolam o setor saúde. Essas ações apontam, pelo menos, duas grandes vantagens: podem reduzir a incidência das DCNT e há evidências contundentes de que tais ações sejam altamente custo-efetivo (MEIRELLES, 2013).

É importante ressaltar a existência de múltiplas políticas e propostas de controle das doenças crônicas não transmissíveis, como: a Política Nacional de Promoção da Saúde; o Pacto pela Vida citado anteriormente e o Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não transmissíveis - DCNT. Destacam-se, ainda, o Programa Academia da Saúde e o Programa Saúde na Escola (PSE), que objetivam prevenir as DCNT e promover a saúde da população. Ao considerar que é possível programar ações preventivas para a maioria das DCNT, a atenção em saúde deve destacar ações nesta direção. Para tal é necessário conhecer os fatores de risco relacionados às DCNT, definidos como características ou atributos cuja presença aumenta a possibilidade de apresentar uma condição crônica. Em consonância temos que considerar o estilo de vida e o comportamento de indivíduo, tomado como elementos determinantes para o aparecimento de doenças, uma vez que eles podem prevenir, iniciar ou agravar os problemas e as complicações relacionadas às doenças crônicas (MEIRELLES, 2013).

A ideia da elaboração da cartilha informativa surgiu quando a equipe interdisciplinar passou a realizar ações isoladas nas secretarias da Prefeitura Municipal de Anchieta – PMA com aferição da Pressão Arterial – PA e da glicose durante o ano de 2013. Esta ação, denominada de Campanha de Rastreamento de Hipertensão e Diabetes, se repetiu por várias vezes sendo a última realizada na semana do servidor com intuito de rastrear os servidores que apresentassem níveis considerados de risco.

Com o acolhimento do servidor que se colocava a disposição em nosso atendimento, o mesmo recebia os informes de funcionamento da Estratégia de Saúde Ocupacional e as devidas orientações por meio de um diálogo com os profissionais de saúde: enfermeiro do trabalho, psicólogo e assistente social. Após as orientações era verificado a pressão arterial e a glicose do servidor seguido de novas orientações de acordo com os resultados dos exames. Já na Estratégia de Saúde Ocupacional fora realizado uma análise dos resultados de exames e feito o agendamento para realização da anamnese ocupacional no setor e devidos encaminhamentos quando necessários.

O objetivo geral do trabalho é elaborar uma cartilha informativa sobre medidas preventivas e complicações das doenças crônicas (Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS e Diabetes Mellitus – DM). Especificamente verificou a necessidade de fomentar os meios de prevenção existentes no município; orientar a importância do tratamento medicamentoso e acompanhamento do profissional adequado; realizar orientação nutricional para HAS e DM bem como a diminuição do sobrepeso/obesidade e controle do peso; orientar a atividade física regular acompanhada; incentivar a diminuição da ingestão de álcool e tabagismo e/ou cessação dos mesmos; fomentar o controle do estresse psicossocial e situações de estresse ocupacional; informar sobre a anamnese ocupacional realizada pelos profissionais da Estratégia de Saúde Ocupacional do Servidor e divulgar as ações realizadas pela equipe profissional da Estratégia de Saúde Ocupacional do Servidor.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A educação em saúde, até a década de 1970, era restrita as demandas higiênicas e sanitárias, possuía caráter individualista, autoritário e assistencialista, e estava diretamente ligada aos interesses de um grupo político e econômico (elite) que estabelecia normas e condutas. A situação gerou insatisfação e descontentamento por parte da população, levando à formação, no final da década de 1950 e início da década de 1960, de alguns movimentos sociais de populares e intelectuais. (OLIVEIRA e WENDHAUSEN, 2014).

O pensar em saúde e em educação em saúde embarcou nos debates nacionais e internacionais, como nas conferências de Alma-Ata (1978) e de Ottawa (1986), esses debates enfatizavam a assistência primária e a promoção da saúde. Após o início da Reforma Sanitária em 1980, as práticas educativas passaram a priorizar o processo dialógico com a população para resolverem seus problemas. Com isso a educação em saúde adquire novos aspectos, e a população e os profissionais da área da saúde passam a compartilhar saberes, buscando, conjuntamente, a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Como resultado, a educação em saúde passa a ser um instrumento para promover a saúde de um modo participativo, dialógico e emancipatório, valorizando-se a autonomia da população e sua corresponsabilidade no processo saúde–doença (OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014).

Quando falamos de educação não podemos esquecer-nos do grande pensador Paulo Reglus Neves Freire, Paulo Freire como ficou conhecido, que deixou um legado de ideias e conceitos para a educação, para a cultura e para a cidadania que estão dentre os mais usados do nosso tempo, não por mero modismo, mas porque a sensibilidade e genialidade de Freire contra a exclusão das maiorias se constituem em conceitos fundamentais nestas questões. Sua prática didática fundamentava-se na crença de que o educando assimilaria o objeto de estudo fazendo uso de uma prática dialética com a realidade, em contraposição à por ele denominada educação bancária, tecnicista e alienante: o educando criaria sua própria educação, fazendo ele próprio o caminho, e não seguindo um já previamente construído; libertando-se de chavões alienantes, o educando seguiria e criaria o rumo do seu aprendizado. Neste contexto Freire deixa um legado, a autonomia (KOZELSKI, 2010).

Autonomia significa: um processo gradual de amadurecimento, que ocorre durante todo o desenvolvimento humano, proporcionando ao indivíduo a capacidade de discernir e, ao mesmo

tempo, de arcar com as consequências de cada decisão, assumindo, portanto suas responsabilidades (VASCONCELLOS; BRITO, 2006).

A autonomia assemelha-se do pensamento de Freire e parece envolver a capacidade de distanciar-se do contexto de normas e regras que determinam as ações de indivíduos e grupos sociais, e examina-las a luz das diferentes possibilidades visualizando-as em uma totalidade social mais ampla e compreendendo o seu próprio papel na rede das relações sociais. Desse modo, compreende-se que, autonomia é o agir responsável para a formação cultural da sociedade. Sendo assim, conceitos substanciais como responsabilidade, justiça e liberdade tornam-se focos de discussão para a base desta autonomia. É de direito de todo ser humano ser respeitado em sua própria autonomia, ou seja, lhe será necessário ser favorecido para que possa desenvolver-se, respeitando-o no seu próprio processo e liberdade (BAQUERO e GONÇALVES, 2006).

Na educação em saúde, espera-se a mudança dos hábitos do servidor através da autonomia do educador e do próprio educando.

3 MÉTODO

A cartilha informativa será utilizada e distribuída para os servidores da Prefeitura Municipal de Anchieta – PMA localizada no Estado do Espírito Santo durante o segundo semestre do ano de 2014 durante as atividades realizadas pela Estratégia de Saúde Ocupacional do Servidor, em especial nas campanhas de rastreamento de HAS e DM.

A proposta do número a serem confeccionadas é de 1.000 (mil) cartilhas. Este número foi calculado a partir dos atendimentos e atividades realizadas pelo serviço de Saúde Ocupacional do Servidor da PMA no ano de 2013 e com o quantitativo de profissionais existentes na PMA.

A Estratégia de Saúde Ocupacional do Servidor da Prefeitura Municipal de Anchieta (ES) durante o ano de 2013 realizou diversas campanhas de rastreamento de Diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica, com identificação de vários servidores com a pressão e a glicose elevada, em especial a campanha realizada no mês de outubro onde é comemorado o dia do servidor público. A equipe desenvolveu uma atividade intitulada “Semana do Servidor” (do dia 21/10/2013 a 25/10/2013) realizando 548 atendimentos dos quais 67 apresentaram resultados alterados.

A campanha de rastreamento de HAS e DM foi realizada nos seguintes setores: Gerência de Cultura, Gerência de Esportes, Gerência de Segurança Pública, Secretaria de Administração e Recursos Humanos, Secretaria de Assistência Social, Secretaria de Educação, Secretaria de Meio Ambiente, Secretaria de Turismo, Secretaria de Agricultura e Pesca, Secretaria de Infraestrutura e Secretaria de Saúde.

Mediante os dados obtidos foi realizada uma reunião com a coordenação e a equipe da saúde ocupacional do servidor a fim de fazer a proposta da cartilha, para que fosse usada nas próximas campanhas de 2014, o mesmo teve a autorização e apoio dos membros da equipe.

A cartilha irá funcionar como uma ferramenta de tecnologia em saúde (material educativo) facilitando a disseminação da informação relacionada à HAS e o DM. Ela será distribuída nas campanhas a serem realizadas pela Estratégia de Saúde Ocupacional do Servidor e irá conter uma tabela para anotação dos valores da pressão arterial e glicose.

Será criada uma cartilha que abordará assuntos relacionados à Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS e Diabetes Mellitus – DM como a prevenção e lugares do município que fornecem atendimentos a este tipo de patologia. No caso específico fomentaremos a Estratégia de Saúde Ocupacional do Servidor, onde os servidores possuem um atendimento diferencial que abrange três aspectos principais: saúde ocupacional, segurança ocupacional e qualidade de vida ocupacional.

Para a concretização e implementação da proposta (resultado) apresentada por este trabalho, algumas etapas serão efetuadas, dentre os quais:

- Apresentação deste trabalho e oficialização da proposta à coordenação da Estratégia de Saúde Ocupacional do Servidor;
- Oficializar à Secretaria de Administração e Recursos Humanos, caso aprovado pela coordenação da Estratégia de Saúde Ocupacional do Servidor;
- Solicitar ao Sr. Prefeito a liberação para realização e aplicação da cartilha;
- Solicitar ao setor de compras a empresa que irá confeccionar a cartilha e acompanhar o processo de criação do mesmo;
- Aplicar a cartilha com as devidas orientações.

A cartilha será impressa e aplicada com parceria da Estratégia de Saúde Ocupacional do Servidor e custeada pela Secretaria de Administração e recurso humanos, ela irá funcionar como uma ferramenta de tecnologia em saúde (material educativo) facilitando a disseminação da informação relacionada à HAS e o DM. Ela será distribuída nas campanhas a serem realizadas pela Estratégia de Saúde Ocupacional do Servidor e irá conter uma tabela para anotação da pressão arterial e glicose.

4 RESULTADO E ANÁLISE

Durante todo o processo de pesquisa observou-se que as tecnologias facilitam os métodos gerenciais e as ações práticas em enfermagem e em saúde, sendo assim essas tecnologias são utilizadas em benefício do cuidado (BAGGIO; ERDMANN; DAL SASSO, 2010).

O emprego do recurso tecnológico na enfermagem consiste em usar alternativas criativas com o objetivo de superar as dificuldades e garantir a qualidade do cuidado. As tecnologias do cuidado em saúde dizem respeito a tudo o que é utilizado como instrumento para levar cuidado a outras pessoas e, dessa forma, o próprio profissional pode ser considerado tecnologia em suas interações. O conjunto de conhecimentos que o profissional detém, a maneira como ele interage com o usuário, bem como as estratégias utilizadas na operacionalização do cuidado constituem-se tecnologias do cuidado em saúde (KOERICH et al.,2006).

De acordo com MEIRELLES (2013) a enfermagem deu um grande passo quando, reconheceu que o modelo assistencial centrado no profissional, individualizado e em tempo presencial, não responde à atual oferta de cuidado de forma eficaz e eficiente, tem envidado esforços na capacitação de recursos humanos para utilização, com propriedade, de tecnologias de cuidado em saúde e no desenvolvimento de estudos que aprimorem essas ferramentas.

Com isso podemos considerar a apropriação das tecnologias no campo da saúde, não se esquecendo de mencionar o uso de *sites* como meio de propagação de informações em saúde. Além de trazerem informações relacionadas à doença, como o manejo e tratamento, eles também divulgam ações de prevenção e promoção da saúde. Pensando neste processo de mudanças tecnológicas e na qualidade da assistência prestada, precisamos nos apropriar de todas as opções tecnológicas disponíveis. É preciso transpor as barreiras, principalmente a resistência ao novo e apropriar-se das novas ferramentas de informação e comunicação na atenção em DCNT. Além disso, é necessária a capacitação de recursos humanos, permitindo assim a utilização, com propriedade, das tecnologias de cuidado em saúde, bem como o desenvolvimento de estudos visando aprimorar essas ferramentas.

É relevante que para o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2011), são tecnologias em saúde: os medicamentos; produtos e procedimentos por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde devam ser prestados à população, tais como vacinas; produtos para diagnóstico de uso *in*

vitro; equipamentos; procedimentos técnicos; sistemas organizacionais; informacionais; educacionais e de suporte; bem como os programas e protocolos assistenciais. Podemos citar neste caso os programas de educação planejados para ampliar o conhecimento da criança e do adolescente sobre nutrição e saúde, bem como para influenciar de modo positivo a dieta e a atividade física, surgindo como proposta no manejo da obesidade infantil e conseqüentemente a HAS e o DM. No entanto, a aquisição de conhecimento nem sempre remete às mudanças de comportamento, pois para tanto são necessárias condições essenciais que independem da vontade das pessoas. Nesse contexto, destacam-se os fatores econômicos, sociais, culturais e motivacionais dos indivíduos e da comunidade e a implementação de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde.

Dentre as políticas públicas para o controle da doença hipertensiva, a educação em saúde tem sido apontada como uma das formas para estimular a adesão ao tratamento. Para que o processo educativo seja eficaz, é necessário conhecer a atitude do indivíduo a respeito da doença da qual é portador. Muitas vezes, os costumes sobre as práticas de saúde, os valores e as percepções do paciente em relação à doença e ao tratamento são diferentes daqueles pensados pelos profissionais da saúde, já que são dois grupos socioculturais, linguísticos e psicológicos distintos. Torna-se, então, necessário conhecer e considerar as práticas populares de saúde para uma maior efetividade do atendimento (BRASIL, 2011).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integração do serviço de saúde com os servidores envolvidos é relevante para que os atores diversificados se encontrem para refletir sobre suas práticas e se fortalecer. Sendo, fortalecidos, podem perpetrar uma educação em saúde (ferramenta tecnológica), com vínculos entre os trabalhadores de diversos setores e secretarias, que podem participar do sistema, bem como das decisões referentes à sua vida.

A educação sempre busca a transformação. Porém, o primeiro passo para provocar a mudança neste processo de formação é compreender que as propostas não podem mais ser construídas isoladamente, e nem de cima para baixo de forma hierárquica e imposta. Por sua vez, adquirir conhecimento favorece o empoderamento, na medida em que possibilita a tomada de decisões conscientes dos servidores envolvidos.

Compreende-se que para ser um educador em saúde, não é preciso especializar-se em educação, mas, contudo é necessário compreender-se como sujeito/trabalhador ativo deste processo real e causador das mudanças necessárias, rompendo com a herança de uma prática muitas vezes subordinada aos interesses das instituições ou, até mesmo, a outras práticas profissionais (OLIVEIRA e WENDHAUSEN, 2014).

Com a elaboração da cartilha informativa e sua aplicação como ferramenta de informação o processo de educação em saúde se tornará dinâmico, isso possibilita que o servidor tenha informações pertinentes aos cuidados necessários para garantir a proteção da saúde.

REFERÊNCIAS

BAQUERO, Rute & Angelo, GONÇALVES, Maria Augusta Salin. **Algumas características do processo de cognição em adultos analfabetos**. Revista Estudos Leopoldenses, v. 30, n. 135, set/out. 1994.

BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L.; DAL SASSO, G. T. M. **Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea**. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 378-85, abr./jun. 2010.

BRASIL. Ministério de Estado de Saúde. PORTARIA Nº 399/GM DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto** <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>> Acesso em 10/11/2013

KOZELSKI, Adriana Cristina; PITON, Ivania Marini. **O legado de Paulo Freire: conceitos presentes na prática pedagógica dos docentes de educação de jovens e adultos – programa Paraná alfabetizado**. 2010

KOERICH, M. S et al. **Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas**. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v. 15, n. esp., p. 178-85, 2006.

MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein, et all. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Políticas de Saúde na Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein, et al. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Tecnologia do Cuidado em Saúde**. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação de tecnologias em saúde: seleção de estudos apoiados pelo Decit**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

OLIVEIRA, Silvia Regina Gomes de; e WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira. **(Re) significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da estratégia saúde da família**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 12 n. 1, p. 129-147, jan./abr. 2014

RAMOS, Flavia Regina Souza; PADILHA, Maria Itayra; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Metodologia do trabalho científico**. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO. Biblioteca Central. **Guia para normalização de referências: NBR 6023:2002**. 2. ed. Vitória, 2001.

VASCONCELOS, M. L.; BRITO M. C. **Conceitos de Educação em Paulo Freire**: Petrópolis: Vozes, 2006.