

PERFIL DOS ESTUDOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE REALIZADOS EM MARÍLIA/SP NOS ANOS DE 2001 E 2002

Profile of studies of the health education in the city of Marília/sp in the years of 2001 and 2002

**Jáima Pinheiro de Oliveira¹
Tania Moron Saes Braga²
Luciana da Silva Navarro³
Michelly Santos de Andrade⁴**

Resumo

Os avanços na área de educação em saúde têm permitido que muitas ações sejam eficazes no sentido de promover a saúde, prevenir a doença e recuperar o enfermo. Dessa forma, as atividades educativas cada vez mais sistematizadas, vêm demonstrando sua importância principalmente em função do envolvimento da comunidade em tais ações. Este estudo verificou a frequência de trabalhos de educação em saúde realizados por estudantes, técnicos e profissionais de diferentes áreas e níveis de formação na cidade de Marília/SP, nos anos de 2001 e 2002. A presente pesquisa caracteriza-se por uma investigação do tipo documental. O material analisado referiu-se a resumos de trabalhos apresentados em eventos e a análise de dados procurou contemplar a frequência e a caracterização desses estudos. Os resultados indicaram um total de 336 trabalhos apresentados em eventos expressivos nas áreas de Educação e Saúde nesse período. Destes, 156 (46,5%) estavam relacionados com o tema educação em saúde. De modo geral, os trabalhos são desenvolvidos em instituições de saúde, diretamente na comunidade e em instituições educacionais. Os dados são expressivos em relação ao envolvimento de profissionais, técnicos e estudantes quanto às práticas educativas com a comunidade, indicando a preocupação dessas categorias com a promoção da saúde e com a melhora da qualidade de vida da população.

Palavras-chave: promoção da saúde; educação em saúde; atenção à saúde.

1 Mestre em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), campus de São Carlos/SP; Docente do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), campus de Irati/PR.

2 Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP), São Paulo/SP. Professora Assistente Doutora do Departamento de Educação Especial e credenciada junto ao Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Estadual Paulista (UNESP), campus de Marília/SP.

3 Bacharel em Fonoaudiologia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), campus de Marília/SP; Bolsista do Programa de Extensão da Unesp (PROEx - 2001/2002).

4 Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife/PE; Docente do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), campus de Irati/PR.

Abstract

The advances in the health education today, allow that many actions are efficient in the direction to promote, to prevent and to recoup the community health. Of this form, the educative activities, each time more systemize, come mainly demonstrating its importance and the community involvement in such actions. This study it intends to show the profile of these practical carried through by students, technician and professionals – of different subjects and levels of formation – in the city of Marília, in the State São Paulo – Brazil, in the years of 2001 and 2002. The present research was characterized as like as descriptive study with documentary design. Summaries and works presented in events were analyzed according to a frequency and the characterization of these studies. The results had indicated a total of 336 studies presented in events of the Education and Health. Of these, 156 (46,5%) were related with the health education. In general way, the works are developed in health institutions, directly in the community and educational institutions. The data are expressive in relation to the professional involvement, technician and students in practical educative with the community, indicating the concern of these categories with the health promotion and the life quality of the population.

Key words: health promotion; health education; health care.

Introdução

A Educação é um dos principais recursos responsáveis pela participação da comunidade no seu processo de desenvolvimento coletivo e individual⁽¹⁻²⁾. Porém, esse recurso deve ser devidamente mediado para que a comunidade se envolva efetivamente nesse processo. Nesse sentido, as ações educativas em saúde são práticas que possibilitam a promoção da saúde, prevenção da doença e recuperação do enfermo, princípios almejados pelos profissionais da saúde e pela população⁽³⁾.

Segundo Candeias⁽⁴⁾, entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. Essa autora comenta que a educação em saúde não pode ser confundida com a promoção

em saúde, pois a primeira trata-se apenas de um aspecto das atividades técnicas voltadas para a saúde, no sentido de mudar os comportamentos dos indivíduos. Isso significa que a promoção de saúde envolve uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde.

As práticas educativas em saúde estão fortemente vinculadas às concepções de saúde. Ora como algo positivo e multidimensional, ora como ausência de doenças. Esse aspecto foi analisado historicamente por Smeke e Oliveira⁽⁵⁾. Em termos contemporâneos, de acordo com essas autoras é possível fazer a distinção entre dois modelos de práticas educativas emergentes: o *modelo tradicional* e o *modelo dialógico*.

O *modelo tradicional* caracteriza-se principalmente pelas ações desenvolvidas nos setores de atenção primária, visto que

nestes a prevenção é o principal foco. Em muitos casos são vistas com o intuito de transmitir informações “corretas ou adequadas” a uma população tida como “pouco informada”. Isso caracteriza um modelo verticalizado, centrado apenas nos conhecimentos dos profissionais. Por isso, em muitos casos são vistas como práticas educativas paternalistas, contando com uma pequena participação da população⁽⁶⁻⁷⁾.

Alguns fatores contribuem para esse modelo de educação, como é o caso da falta de abordagens interdisciplinares e o ceticismo dos profissionais em trabalhar de forma integrada com a população. Essas práticas de saúde, ainda que se preconize a educação, podem ser exemplificadas com consultas com prescrição de “receitas”, recomendações com condutas apropriadas e desvinculadas do contexto socioeconômico da população, caracterizando o método transmissional de informações, característica das práticas preventivas⁽⁷⁾.

Por outro lado, o *modelo dialógico* é proposto com base nas necessidades da população usuária⁽⁸⁻⁹⁾. Esse modelo pode ser caracterizado como ações que visam à produção social em saúde, por meio da troca de informações e experiências entre equipes profissionais e a comunidade, característica das práticas de promoção da saúde⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Para que seja possível a operacionalização dessas ações, é de fundamental importância que se conheça o público alvo, pois o objetivo não seria simplesmente o de transmitir informações, mas sim transformar os saberes⁽¹²⁾ desse público alvo, tendo como resultados uma mudança de comportamento do mesmo frente às questões de saúde.

Em relação às responsabilidades profissionais voltadas para as práticas

educativas, vários autores⁽¹³⁻¹⁵⁾ concordam que todo profissional de saúde é um educador e portanto, o delineamento de propostas educativas nos setores de saúde deve ser um dos objetivos do trabalho desses profissionais. Essas propostas deverão visar sobretudo, à aproximação entre comunidade e serviço oferecido. Além disso, deverão estar fundamentadas no conhecimento científico e também na rotina do atendimento dos usuários. A partir disso, objetivos como: estabelecer condições à promoção da saúde, proteger e recuperar o indivíduo serão conseqüências desse trabalho.

Nesse sentido, um dos caminhos para a realização desse modelo de educação em saúde, seria o fortalecimento de propostas de cuidado integral ao usuário. Embora o atendimento integral não seja, nem um pouco, coerente com as estruturas de organização ou com os modelos de assistência à saúde dispostos, ele exige *o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional*⁽¹⁵⁾, características fundamentais para o alcance de ações dialógicas de educação em saúde.

Segundo Machado *et al*⁽¹⁵⁾ a importância de se articular as práticas educativas em saúde com a realidade do indivíduo advém da compreensão desse princípio de integralidade. É preciso que a atenção e o cuidado - individual ou em grupo - traduzam o usuário em sujeito histórico, social e político, inserido fundamentalmente em seus ambientes domiciliar e social. Para tanto, os conceitos de educação em saúde e promoção de saúde deverão ser revisados e ampliados.

Em relação aos locais que proporcionam as práticas de educação em saúde,

as Unidades Básicas de Saúde (UBS) representam um espaço importante para promoção das ações educativas, principalmente por causa da proximidade com a população e a ênfase dada nas ações de promoção e prevenção⁽¹⁶⁾. Além disso, há nestes locais programas que possibilitam essas práticas, em função das atividades multiprofissionais desenvolvidas e, principalmente, pelo fato de haver profissionais que têm um vínculo mais próximo com a população usuária. É o caso do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Sendo assim, embora ainda esteja em expansão, principalmente em relação à composição da equipe, o PSF mostra-se como uma das maiores estratégias dessa proximidade entre os profissionais e a população. Com as visitas domiciliares, por exemplo, as possibilidades de atuação direta com a comunidade são ampliadas para todas as áreas de saúde e educação. Por outro lado, é necessário que haja uma preocupação maior em relação à formação dos profissionais que compõem essa equipe, para que os mesmos se voltem para esse modelo, isto é, trabalhando com várias formas de diagnóstico da população, identificando riscos dentro do contexto sociocultural e familiar e, conseqüentemente, favorecendo seu bem estar físico, social e mental⁽¹¹⁾.

Observa-se, dessa forma, a necessidade de se avançar nas discussões e nas práticas educativas na área de saúde, o que reflete também na possibilidade de mudança curricular nos cursos mais ligados às necessidades do SUS. Essas mudanças podem se dar por meio do deslocamento do eixo da formação dos

profissionais de saúde, de modo geral – centrado na assistência individual prestada em unidades hospitalares e outros setores públicos – para um outro, no qual a formação esteja em conformidade com o SUS⁽¹⁷⁻¹¹⁻¹⁸⁾. Essa formação diferenciada também contribuiria muito para a rotina de ações educativas em saúde na prática desses profissionais.

Ainda, no que se refere às práticas educativas em saúde, estudos recentes de equipes interdisciplinares em setores de atendimento mostram que as ações educativas devidamente planejadas, podem contribuir para o efetivo envolvimento dos pais em relação aos atendimentos de seus filhos, além de aprimorar os conhecimentos da equipe em função da oportunidade da atuação conjunta⁽¹⁴⁻¹⁹⁾. Esses estudos confirmam a hipótese de que as práticas educativas em saúde capacitam indivíduos ou grupos, fazendo com que os mesmos possam auxiliar na melhoria das condições de saúde da comunidade de maneira geral⁽²⁰⁾. Essa hipótese está presente na definição da promoção da saúde na Carta de Ottawa, isto é, *o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo*⁽¹¹⁾.

Partindo de tais pressupostos e dando continuidade a essas reflexões, o presente estudo objetivou identificar o que se tem produzido sobre o tema educação em saúde, buscando implicações para práticas educativas. De modo específico, a pesquisa caracterizou o perfil de trabalhos divulgados na cidade de Marília/SP, em eventos científicos, nos anos de 2001 e 2002.

Métodos

Caracterização do estudo e material analisado

O presente estudo caracteriza-se por um estudo do tipo descritivo com delineamento documental⁽²¹⁾. O material analisado referiu-se a resumos de trabalhos apresentados em 6 eventos das áreas de Educação e Saúde, realizados na cidade de Marília/SP nos anos de 2001 e 2002.

Tais eventos foram escolhidos por terem sido os de maior expressão em tal período, sendo eles: Congresso de Iniciação Científica de Marília, envolvendo as 4 Instituições de Ensino Superior (IES) da cidade, ou seja, Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília – Unesp; Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA; Universidade de Marília – Unimar e Fundação de Ensino Eurípedes Soares da Rocha – FEESR; III Encontro de Educação do Oeste Paulista, organizado pelos *campi* da Unesp de Assis, Marília e Presidente Prudente, envolvendo pesquisadores e profissionais da área de Educação de toda a região; Jornadas de Fonoaudiologia da Unesp, nas quais participam profissionais e estudantes tanto de Fonoaudiologia, bem como de áreas afins; Seminário Internacional sobre a Criança e o Jovem na América Latina, com publicações de trabalhos de diversas áreas e I Encontro Didático Científico: Saúde, Educação e Comunidade, promovido pelas instituições Unesp e Unimar, apoiado pelas Secretarias Municipais de Educação e Saúde. Este último evento não houve publicação dos trabalhos em anais, mas o acesso aos resumos dos trabalhos

foi autorizado em função de terem sido apresentados no evento.

Critérios para seleção dos trabalhos

Dentre os principais critérios para seleção dos trabalhos a serem analisados estavam: a) pertencer à grande área Ciências da Saúde; b) abordar, ainda que de modo amplo, a temática da Educação em Saúde; c) ter sido realizado em instituições públicas educacionais e/ou de saúde ou ainda, diretamente com a comunidade da cidade de Marília/SP; d) terem sido realizados por profissionais ou estudantes de instituições pertencentes também a essa cidade.

Organização de dados

Para obtenção do perfil geral dos trabalhos, foi utilizado um protocolo previamente elaborado no qual havia campos contemplando: título do trabalho; tipo de trabalho (pesquisa; extensão e relato de experiência); local de realização; população alvo; assunto pesquisado e profissões envolvidas.

Análise de dados

Os dados registrados em protocolo foram analisados de modo a obter: número de trabalhos identificados por três categorias (C), sendo C1 para pesquisas, C2 para extensão e C3 para relatos de experiência. Foram considerados trabalhos de pesquisa aqueles que em alguma parte do resumo aparecia tal identificação de modo textual ou cuja meta era a produção de novos conhecimentos. Os trabalhos de extensão foram selecionados a partir do caráter

principal dessa modalidade, ou seja, aqueles cuja ênfase era a aplicação dos novos conhecimentos produzidos na universidade, no meio comunitário. E por fim, os relatos de experiência foram caracterizados por ações heterogêneas voltadas para a comunidade, cujo perfil não se enquadrava nas duas modalidades anteriores. Sobre essa classificação, quando o trabalho não permitia sua clareza, este era enquadrado na terceira categoria.

Na análise foram ainda considerados os locais de realização dos trabalhos, divididos em instituições de saúde, instituições educacionais e diretamente com a comunidade; público alvo, composto por cinco categorias (A – infantil; B – adolescente e jovem; C – adulto; D – idoso; E – mesclado) e subtemas abordados dentro dessas grandes categorias. Os resultados obtidos foram dispostos em gráficos e quadros para que posteriormente pudessem ser discutidos de acordo com a literatura.

Resultados e discussão

a) Freqüência de estudos com o tema Educação em Saúde por categoria

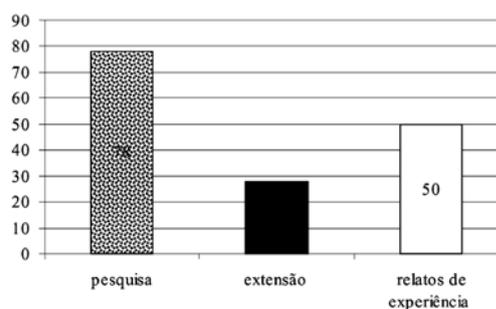
Nos 6 eventos selecionados, foi possível obter um total de 336 trabalhos na área de Ciências da Saúde. Desse total, 156 (46,5%) envolviam a temática Educação em Saúde.

No Gráfico 1, observa-se que o número de pesquisas⁽⁷⁸⁾ é o mais freqüente (50%) em relação às categorias de relatos de experiência 50 (32%) e extensão 28 (18%), provavelmente em função da caracterização dos eventos, ou seja, em sua grande maioria eventos científicos. Por outro lado, tem-se um número

significativo⁽⁵⁰⁾ de trabalhos na categoria de relatos de experiência.

Esses dados podem indicar uma tendência em relação ao ensino e extensão de trabalhos na área de Educação em Saúde, isto é, ainda que sejam realizados em parceria com profissionais da área acadêmica, podem estar menos vinculados aos projetos de pesquisa e mais próximos do público alvo.

Gráfico 1 – Distribuição dos trabalhos por categorias (pesquisa, extensão e relatos de experiência)



Ainda, sobre esse aspecto, é preciso destacar elementos importantes da relação entre esse perfil e o município, de modo geral. Os eventos selecionados para o presente estudo, sem dúvida, foram de grande expressão nos anos de 2001 e 2002 na cidade, e o número de trabalhos na área de Ciências da Saúde pode indicar, ainda que indiretamente, o perfil dos profissionais do local, sejam de já graduados ou ainda em formação. Nesse sentido, cita-se aqui o exemplo do curso de medicina da Faculdade de Medicina de Marília/SP (FAMEMA), que nesse período estava em seu auge de implantação do método de aprendizagem por problemas⁽²²⁾ e, sem dúvida, em função desse modelo

de aprendizagem pode ter contribuído com muitas experiências relacionadas à educação em saúde⁽²³⁾.

É preciso destacar também que o número significativo de relatos de experiência, em sua maioria, refere-se aos trabalhos de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de estudantes em períodos iniciais de formação que podem refletir um aumento no interesse pelas práticas de saúde pautadas no conceito da promoção.

c) Instituições ou locais nos quais foram realizados os trabalhos

Os dados do Gráfico 2 merecem um importante destaque referente à relação entre o tipo de categoria de trabalho e o local no qual foram realizados. As pesquisas, pelo que é indicado no Gráfico 2, foram realizadas em sua maioria 36 (46%) nas instituições educacionais, enquanto 22 (28%) foram em instituições de saúde e 20 (26%) diretamente com a comunidade.

Esses dados indicam um avanço em relação à aproximação de pesquisadores em saúde e a comunidade, pois em muitos casos a pesquisa é tida como “fechada na universidade”. Pode ser também um

indício de mudança em relação às próprias concepções de educação em saúde, já que a sua maior parte não está sendo realizada nas instituições de saúde e, portanto, podem não se tratar de modelos tradicionais de educação em saúde com simples transmissões de informações⁽⁶⁻⁷⁾.

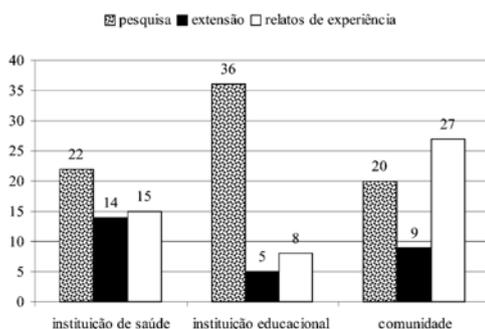
Sobre os trabalhos de extensão, a metade⁽¹⁴⁾ deles foi feita em instituições de saúde, enquanto 9 foram realizados diretamente com a comunidade e 5, em instituições educacionais. Esses dados indicam que o propósito principal dessa categoria está sendo cumprido, isto é, o envolvimento dessas práticas diretamente com a comunidade.

Quanto aos relatos de experiência, estes estão mais vinculados à própria comunidade⁽²⁷⁾, embora grande parte⁽¹⁵⁾ tenha sido desenvolvida nas instituições de saúde. Em relação aos trabalhos em instituições educacionais, estes aparecem num total de 8 ações. Alguns destes trabalhos são provenientes da união entre agente comunitário, profissionais da instituição, estagiários e supervisores, indicando o fortalecimento do vínculo entre esses profissionais. Isso pode ser um indício de que um dos principais objetivos da criação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), sem dúvida, está sendo atingido, que é o de aproximação entre profissionais e comunidade⁽¹¹⁾.

d) População alvo dos trabalhos

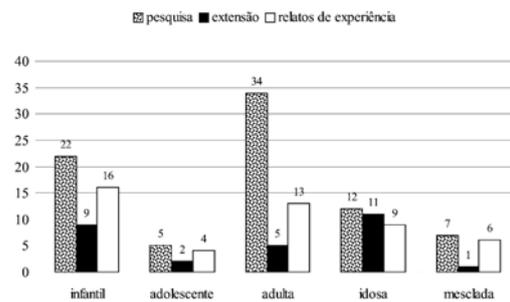
No Gráfico 3, são destacados importantes dados no que se refere à população alvo dos trabalhos realizados. A diversidade do mesmo indica que a preocupação dos profissionais de saúde em relação às ações educativas volta-se para todas as faixas etárias. Alguns

Gráfico 2 – Locais nos quais foram realizados os trabalhos



autores referem sobre a importância de se planejar as atividades educativas de modo específico, isto é, voltadas para um determinado público, o qual deve ser caracterizado previamente⁽⁹⁻¹⁴⁾.

Gráfico 3 – Principais categorias de população alvo, por classificações etárias encontradas nos trabalhos realizados



De acordo com o Gráfico 3, a população alvo mais freqüente 52 (33%) nos trabalhos foi a adulta. Em seguida, a infantil, com 47 (30%) trabalhos, a população idosa com 32 (20%) das ações e, a mesclada aparece em 14 (10%) de trabalhos. Por fim, tem-se a população adolescente, alvo de 11 (7%) trabalhos.

Estes dados indicam uma preocupação maior dos profissionais em relação às populações adulta, infantil e idosa, talvez pela questão de novos modelos de assistência à saúde, vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS): saúde da criança, da mulher e do idoso e, principalmente pela recente implantação destes modelos no município no período estudado. De 2001 a 2002, o município de Marília, na tentativa de viabilizar o SUS, passava por um contexto de transformações técnico-políticas que procuraram viabilizar o modelo tecnoassistencial de Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Nesse modelo

de assistência, os programas estão mais voltados para as populações adulta e idosa⁽²⁴⁾.

No caso dos SILOS, seu conceito considera como aspectos fundamentais a reorganização administrativa, a participação social, com enfoque num modelo de atenção que procure desenvolver a capacidade de análise da situação de saúde da comunidade, com vistas à promoção de estratégias de assistência integral à população. A oferta de uma assistência integral requer ações educativas dialógicas, e isso pode ser um indicativo de espaço para a realização dessas práticas pelos profissionais da saúde⁽²³⁾.

O baixo número de trabalhos com adolescentes corrobora dados da literatura que indicam que nessa fase há poucos programas de assistência à saúde, em função de indicativos, nem sempre comprovados, de que a saúde física dessa população é favorável⁽¹⁸⁾.

e) Outras características dos trabalhos

No Quadro 1, nota-se dentre os principais assuntos abordados nos trabalhos uma preocupação em relação à Família e Escola⁽⁴⁶⁾ e Exames clínicos/Avaliações⁽²⁶⁾. Chama a atenção também o número expressivo⁽¹⁶⁾ de trabalhos realizados, em sua maioria por profissionais da saúde, sobre o tema inclusão. Embora se trate de uma especificidade voltada para profissionais da área de Educação Especial, o mesmo aparece nos trabalhos de profissões como a Medicina, Enfermagem e até mesmo nos trabalhos dos Agentes Comunitários de Saúde. Isso indica que dentro de questões específicas da Educação, como um todo, há também a preocupação com a Educação em Saúde.

Sobre a alta freqüência de trabalhos

Quadro 1 – Distribuição de trabalhos por assunto abordado, população alvo, profissões envolvidas, local e ano de realização

| Assuntos abordados | População alvo | Profissões envolvidas | Local (is) de realização | Ano de realização | Total |
|--------------------------------------|--|---|--|-------------------|------------|
| Família; Escola | Infantil; adulta; | Pedagogia; Fonoaudiologia; | Escolas; Clínica-Escola; | 2001 e 2002 | 46 |
| Exames clínicos/ Avaliações | Infantil; adulta; idosa; | Medicina; Enfermagem; Fonoaudiologia; Odontologia; Psicologia; TO; Nutrição; Aux. Enfermagem; | Clínica-Escola; Instituição de Longa Permanência (ILP); Comunidade; | 2001 | 26 |
| Promoção da saúde | Infantil; adolescente; adulta; mesclada; | Enfermagem; Fonoaudiologia; Psicologia; Pedagogia; Medicina; ACS; | UBS; Comunidade; Ambulatórios; | 2002 | 22 |
| Inclusão | Infantil; adolescente; | Pedagogia; Enfermagem; Fonoaudiologia; Medicina; ACS; | Escolas; Comunidade; | 2001 | 16 |
| Saúde do escolar | Infantil; adolescente | Fonoaudiologia; Pedagogia; | Escolas; Clínica-Escola; UBS; | 2001 | 14 |
| Aconselhamentos | Idosa; infantil; mesclada; | Fonoaudiologia; Psicologia; Odontologia; Enfermagem; ACS; | Comunidade; UBS; | 2001 | 12 |
| Perfil profissional | Adulta | Enfermagem; Fonoaudiologia; | Escolas; UBS; | 2001 | 11 |
| Práticas recreativas e educativas | Infantil; adolescente; | Pedagogia; ACS; | Comunidade; UBS; Clínica-Escola; | 2001 | 6 |
| Conceito de saúde | Adulta | Enfermagem; Medicina; | Escolas; UBS; | 2001 | 5 |
| Formação do educador em saúde | Adulta | Fonoaudiologia; Fisioterapia; Pedagogia; | Escolas; Hospital; | 2001 | 4 |
| Total | - | - | - | - | 156 |

envolvendo as instituições família e escola, esta pode ser um indício de uma preocupação em atingir, possivelmente a população infantil, pois essas sem dúvida alguma, são as instituições mais importantes envolvidas no processo de desenvolvimento infantil⁽²⁴⁾. Além

disso, por meio dessas duas instituições, inúmeros resultados satisfatórios em relação aos trabalhos educativos em saúde infantil podem ser alcançados.

Conforme descrito há um número significativo de trabalhos voltados para exames clínicos⁽²⁶⁾, envolvendo várias

profissões da saúde. Sabe-se que esses trabalhos, em sua grande maioria, estão voltados para um *modelo tradicional* de educação em saúde que hoje não deve ser almejado. Mesmo que haja avaliações ou orientações específicas em qualquer área, elas devem se tratar de um produto de uma ação maior envolvendo uma caracterização e uma aproximação prévia entre estes profissionais e o público alvo⁽⁹⁻¹⁴⁾.

Ainda sobre isso, esses trabalhos indicam um direcionamento das ações para temas referentes às áreas de atuação, e por conseqüência, um distanciamento do trabalho multiprofissional. Segundo Souza⁽²⁰⁾, essa pode ser uma barreira na realização de ações educativas dentro dos setores de saúde, pois a valorização da especialidade mostra a falta de abordagens interdisciplinares entre os profissionais. Nesse sentido, reafirma-se a importância do fortalecimento de propostas de cuidado integral ao usuário, em função principalmente do trabalho multiprofissional e do contínuo aprendizado de cada profissional envolvido nessas práticas⁽¹⁵⁾.

Por outro lado, sabe-se que as orientações específicas são possíveis em trabalhos de caráter interdisciplinar⁽¹⁴⁻⁹⁾, sem esse caráter transmissional de informações, desde que estas tenham surgido dentro das próprias ações educativas, isto é, a partir das necessidades do usuário.

Nos dois trabalhos supracitados, as autoras desenvolveram um programa educativo voltado para pais acerca de aspectos do desenvolvimento infantil, em setores de atendimento. Para tanto, participaram profissionais de diferentes áreas do conhecimento (Psicologia, Fono-

audiologia, Pedagogia e Fisioterapia) e o planejamento começou a partir da seleção e caracterização do público alvo. Foram realizados vários encontros abordando temas básicos e outros assuntos, de acordo com a demanda que emergia a cada encontro. A caracterização do público e a troca durante esses encontros indicaram importantes contribuições referentes à formação continuada dos profissionais e uma proximidade maior com as necessidades do público alvo.

Destaca-se, também, os dados referentes aos trabalhos voltados para a promoção de saúde⁽²²⁾, formação do educador em saúde⁽⁴⁾ e conceito de saúde⁽⁵⁾. Embora em números menos expressivos, indicam uma preocupação maior dos profissionais relacionadas à formação e às concepções de saúde, que são norteadoras da maior parte dos trabalhos em promoção de saúde⁽⁵⁾.

Considerações finais

De modo geral, a frequência de trabalhos relacionados à Educação em Saúde realizados em Marília/SP nos anos de 2001 e 2002 foi expressiva, pois essas ações referiram-se a praticamente metade dos trabalhos dentro da área de saúde.

O trabalho permitiu concluir também que o perfil dessas ações educativas na área de saúde no município de Marília/SP caracteriza-se por ações preventivas ou de promoção da saúde, pois ainda há um grande número de exames clínicos de áreas específicas, concebidos com trabalhos de educação sem saúde. Por outro lado, é possível observar uma tendência de um modelo dialógico de educação em saúde, muito provavelmente

em função do contexto de mudanças político-administrativas em vigor ou adotadas no SUS local. Prova disso, é o alto índice de trabalhos realizados diretamente com a comunidade. Isso indica uma aproximação maior entre as instituições e a comunidade.

E por fim, em função da frequência de estudos com intervenções específicas, o estudo permitiu concluir também que alguns profissionais ainda consideram como práticas educativas apenas aquelas ações relacionadas às orientações diretas e

específicas da área de atuação, o que acaba por retroceder um pouco em relação às concepções das ações educativas em saúde.

Sugere-se que essa análise seja mantida e ampliada para outros locais, a fim de que as discussões acerca da evolução tanto das práticas, quanto das concepções de educação em saúde avancem, contribuindo para o perfil de profissionais de saúde, almejado em confronto com os modelos atuais de assistência à saúde.

Referências

1. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas, Campinas: Departamento de medicina preventiva e social da FCM/Unicamp; 2000.
2. Mendes D, Vianna RD. Educação em Saúde – Tendência atual, In: Vieira RM, Vieira MM, Ávila CRB, Pereira LD – Organizadores. Fonoaudiologia e Saúde Pública, editora Pró-fono, Carapicuíba (SP); 2000.
3. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM – Organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências. 3ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
4. Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Rev Saude Publica [periódico on-line] 1997; 31: (2) [citado 2007-10-14] 209-13. Disponível em: www.scielo.br.
5. Smeke ELM, Oliveira NLS. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: Vasconcelos EM - Organizador. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC; 2001.
6. Sampaio FT. Passado terminal, cinco séculos de tentativas não foram suficientes para aproximar a saúde pública brasileira das salas de aula. Educação 2000; 9: 62-3.
7. Fourez G. Scientific and technological literacy as a social practice, Soc Stud Sci, 1997; 27: 903-22.
8. Ayres JRMC. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Cienc Saude Colet 2001; 6 (1): 63-72.

9. Goldbaum M. Epidemiologia e serviços de saúde, *Cad Saude Publica* 1996; 12: (2) 95-8.
10. Cosac. Coordenadoria de Saúde da comunidade, Programa de Saúde da Família. Brasília: COSAC, Secretaria de Assistência à saúde, Ministério da Saúde; 1997.
11. Brasil. Ministério da Educação e da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde – Saúde e Educação lançam programa para mudar o currículo de medicina, Brasília: a Secretaria, SSP; março de 2002.
12. Alves VS. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation, *Interface - Comunic Saude Educ* set.2004/fev. 2005; 9 (16) 39-52.
13. Leonello VM, L'abbate S. Educação em Saúde na Escola: uma abordagem do currículo e da percepção dos alunos de Pedagogia. *Rev Interface*, 2006; 10: 149-66.
14. Oliveira JP, Braga TMS. Participação de familiares em práticas educativas de equipes multidisciplinares, *Rev Extensão Pesq Educ Saude*, Marília, SP, 2004; 2: 95-103.
15. Machado MFS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Cienc Saude Colet*, 2007; 12 (2): 335-42.
16. Vasconcelos. EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: HUCITEC; 1999.
17. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saude Publica*, [periódico on-line], 2004; 20:(5), citado em agosto de 2006, Disponível em: www.scielo.br.
18. Pires ACT. Psicologia e rede básica de saúde: tendências curriculares e características de atuação profissional, [dissertação de mestrado], Marília/SP, Faculdade de Filosofia e Ciências/UNESP, 2006.
19. Oliveira JP, Formiga CKMR, Santiago AM. Proposta interdisciplinar de estimulação do desenvolvimento infantil voltada para famílias de crianças atendidas em um setor neuropediátrico, In: Giacheti, CM, Ferrari, C – Organizadores. *Coletânea de Comunicações Científicas – VIII Jornada de Fonoaudiologia da Unesp de Marília/SP*, 238-247; 2002.
20. Moura ERF, Souza RA. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do PSF? *Cad Saude Publica* 2002 nov/dez; 18 (6): 1809:11
21. Gil, AC. GIL, A. C. Métodos e Técnicas e pesquisa social. Editora Atlas S/A, São Paulo, 5ª edição;1999.
22. Batista, N, Batista, SH, Goldenberg, P. Problem-solving approach in the training of healthcare professionals. *Rev Saude Publica* [Periódico online] 2005; 39 (2): 231-7. Disponível em: www.scielo.br.

23. Mesquita SRAM, Anselmi ML, Santos CB. Programa interdisciplinar de internação domiciliar de Marília-SP: custos de recursos materiais consumidos. *Rev. Lat Am. Enfermagem* [Periódico online] 2005; (13): (4): 555-61
24. Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. *Desenvolvimento Humano*. 8.^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

