



**PROCESSO DE TRABALHO E PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE**  
**THE WORK PROCESS AND PLANNING OF HEALTH ACTIONS**  
**PROCESO DE TRABAJO Y PLANIFICACIÓN DE LAS ACCIONES DE SALUD**

*Wilkslam Alves de Araújo<sup>1</sup>, Juliane Carla Medeiros de Sousa<sup>2</sup>, Renata Lívia Silva Fonsêca Moreira de Medeiros<sup>3</sup>, Edineide Nunes da Silva<sup>4</sup>, Izabelle Silva de Araujo<sup>5</sup>, Ferdinando Oliveira Carvalho<sup>6</sup>, Elisangela Vilar de Assis<sup>7</sup>, Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa<sup>8</sup>*

**RESUMO**

**Objetivo:** analisar o processo de trabalho com base no planejamento das ações de saúde e o impacto no âmbito da atenção básica de saúde. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo, exploratório e descritivo com 25 profissionais da Equipe Saúde da Família, a partir de um questionário. Os dados foram organizados no SPSS, versão 21, e analisados por meio de estatística descritiva e inferencial bivariada. **Resultados:** o trabalho em equipe, aliado às ações educativas, com foco na promoção e prevenção da saúde, favorece a integralidade da atenção à saúde em sua dimensão ampliada. As ações de promoção e prevenção desenvolvidas no cenário da atenção básica de saúde ainda são pontuais, dirigidas e assistenciais. **Conclusão:** a integralidade da atenção deve compreender a noção de ampliação do conhecimento com vistas sobre a realidade comunitária, o trabalho em equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar. **Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Processos; Equipe Interdisciplinar de Saúde; Promoção da Saúde; Saúde da Família; Saúde Integral.

**ABSTRACT**

**Objective:** to analyze the work process based on the planning of health actions and the impact in the scope of basic health care. **Method:** this is a quantitative, exploratory and descriptive study with 25 professionals from the Family Health Team, based on a questionnaire. The data was organized in SPSS, version 21, and analyzed using bivariate descriptive and inferential statistics. **Results:** Teamwork, together with educational actions, focusing on health promotion and prevention, favors the integrality of health care in its expanded dimension. The actions of promotion and prevention developed in the scenario of basic health care are still punctual, directed and related to care. **Conclusion:** the integrality of care must comprehend the notion of expansion of knowledge with a view to the community reality, the multiprofessional teamwork, with an interdisciplinary approach. **Descriptors:** Primary Health Care; Process Evaluation; Interdisciplinary Health Team; Health Promotion; Family Health; Comprehensive Health.

**RESUMEN**

**Objetivo:** analizar el proceso de trabajo con base en la planificación de las acciones de salud y el impacto en el ámbito de la atención básica de salud. **Método:** se trata de un estudio cuantitativo, exploratorio y descriptivo con 25 profesionales del Equipo Salud de la Familia, a partir de un cuestionario. Los datos fueron organizados en el SPSS, versión 21, y analizados por medio de estadística descriptiva e inferencial bivalente. **Resultados:** el trabajo en equipo, aliado a las acciones educativas, con foco en la promoción y prevención de la salud, favorece la integralidad de la atención a la salud en su dimensión ampliada. Las acciones de promoción y prevención desarrolladas en el escenario de la atención básica de salud todavía son puntuales, dirigidas y asistenciales. **Conclusión:** la integralidad de la atención debe comprender la noción de ampliación del conocimiento con vistas a la realidad comunitaria, el trabajo en equipo multiprofesional, con enfoque interdisciplinario. **Descritores:** Atención Primaria a la Salud; Evaluación de Procesos; Equipo Interdisciplinario de Salud; Promoción de la salud; Salud de la Familia; Salud Integral.

<sup>1</sup>Mestre, Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Petrolina (PE), Brasil. E-mail: [wilksam@hotmail.com](mailto:wilksam@hotmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-3323-4650>; <sup>2</sup>Mestra, Faculdade Santa Maria/FSM. Cajazeiras (PB), Brasil. E-mail: [julianecarlam@gmail.com](mailto:julianecarlam@gmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-1454-424X>; <sup>3</sup>Mestra, Faculdade Santa Maria/FSM. Cajazeiras (PB), Brasil. E-mail: [renataliviamoreira@hotmail.com](mailto:renataliviamoreira@hotmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9913-4863>; <sup>4</sup>Mestra, Universidade Federal de Campina Grande/UFCG. Cajazeiras (PB), Brasil. E-mail: [edineidens@hotmail.com](mailto:edineidens@hotmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-8756-9360>; <sup>5</sup>Mestranda, Universidade Federal do Vale do São Francisco/UNIVASF. Petrolina (PE), Brasil. E-mail: [izabebelle@hotmail.com](mailto:izabebelle@hotmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-7588-286X>; <sup>6</sup>Doutor, Universidade Federal do Vale do São Francisco/UNIVASF. Petrolina (PE), Brasil. E-mail: [ferdinando.carvalho@univasf.edu.br](mailto:ferdinando.carvalho@univasf.edu.br) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0306-5910>; <sup>7</sup>Doutora, Faculdade Santa Maria/FSM. Cajazeiras (PB), Brasil. E-mail: [ely.vilar@hotmail.com](mailto:ely.vilar@hotmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-8223-1878>; <sup>8</sup>Doutora, Faculdade de Medicina do ABC/FMABC. Cajazeiras (PB), Brasil. E-mail: [ankilmar@hotmail.com](mailto:ankilmar@hotmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-4751-2404>

## INTRODUÇÃO

Caracteriza-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) como um importante instrumento da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS) impulsionado pelo processo de descentralização e apoiado por programas inovadores de reestruturação do sistema de saúde e do modelo assistencial. Dessa forma, busca oferecer acesso universal a serviços de saúde com nível de cuidado abrangente, bem como implementar ações de promoção e prevenção direcionadas para a comunidade.<sup>1-2</sup>

Organiza-se o recurso humano que atua na ESF a partir do trabalho em equipe multiprofissional, considerado fator essencial para o funcionamento adequado do processo organizacional nas unidades de saúde. As equipes são compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e, desde 2004, começou a incluir equipes de saúde bucal. As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias adscritas em território delimitado e desenvolvem ações de atenção integral ao indivíduo e sua coletividade.<sup>3</sup>

Sabe-se que as atividades práticas de estímulo à prevenção e ao autocuidado, desenvolvidas junto à comunidade, possibilitam a sensibilização da população como parte integrante do processo saúde-doença fortalecendo a autonomia e instigando a reflexão crítica mediante temas relevantes sobre as mudanças socioambientais necessárias e considerando o contexto de vida local. Todavia, a capacidade administrativa em nível municipal ainda é deficiente, assim como a regulamentação nacional, e ressalta o fato de que estratégias como a de saúde da família são processos em construção.<sup>4</sup>

Observa-se, nesse contexto, a importância da educação em saúde como instrumento para o cuidado da saúde da comunidade como, também, a necessidade de ultrapassar barreiras e a existência de conflitos organizacionais. Sobretudo, a participação ativa da população deve ser sempre estimulada responsabilizando-a para o cuidado da saúde.<sup>5</sup> Desse modo, destaca-se a necessidade de análise entre o processo de trabalho da equipe multidisciplinar e o planejamento das ações de educação em saúde na ESF.

Espera-se que esta pesquisa contribua para o norteamento de trabalhadores e gestores quanto ao planejamento e ao desenvolvimento das ações de educação em saúde que satisfaçam os anseios do serviço, dos

profissionais e, principalmente, dos usuários do SUS, assim como estimule a construção de novos estudos.

## OBJETIVO

- Analisar o processo de trabalho com base no planejamento das ações de saúde e o impacto no âmbito da atenção básica de saúde.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório e descritivo com profissionais da equipe saúde da família do município de Cajazeiras/PB, Brasil.

Informa-se que a população deste estudo foi composta pelo número de profissionais de nível superior, ativos, cadastrados na equipe multidisciplinar de saúde da família do município de Cajazeiras/PB, sendo que, até o ano de 2016, eram cadastradas 24 equipes distribuídas em 24 unidades.

Selecionaram-se, para a delimitação da amostra, os profissionais que se enquadraram aos critérios deste estudo: (1) ser profissional cadastrado na equipe de saúde da família; (2) atuar como dentista, enfermeiro ou médico na ESF devidamente registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) do município de Cajazeiras/PB; (3) fazer parte da equipe multidisciplinar de Unidade Mista (que atenda tanto a população da zona urbana, quanto da zona rural em mesmo estabelecimento). Em contrapartida, adotaram-se os seguintes critérios de exclusão: (1) não estar presente no momento da coleta; (2) tempo de trabalho na atenção básica inferior a seis meses de atuação.

Envolveram-se, dessa forma, sete ESF na amostra deste estudo, que constituiu o quantitativo de 25 profissionais de saúde: sete dentistas, nove enfermeiros e nove médicos que responderam a um questionário autoaplicável, no período de junho e julho de 2016. Antes da aplicação do instrumento, os profissionais foram informados sobre os objetivos do estudo sendo apresentado, para eles, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os sujeitos foram identificados com pseudônimos correspondentes a nomes de flores nativas da caatinga - um bioma que se concentra na região Nordeste do Brasil.

Utilizou-se, para este estudo, o formulário semiestruturado, com perguntas de múltipla escolha e discursivas divididas em dois segmentos, adaptado de um estudo:<sup>6</sup> (1) quanto à caracterização social e demográfica

Araújo WA de, Sousa JCM de, Medeiros RLSFM de et al.

Processo de trabalho e planejamento...

dos entrevistados e (2) questões diretamente relacionadas ao objeto central de estudo.

Analisaram-se os dados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 21). Utilizaram-se estatísticas descritivas de frequência relativa e absoluta e, como técnica inferencial, a correlação não paramétrica de Spearman, com aceite de significância estatística menor ou igual a 5%,  $p < 0,05$ , sendo considerada.

Aprovou-se o estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, Cajazeiras/PB, conforme a Resolução 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, que determina as normas e diretrizes para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos (CAAE: 56536516.7.0000.5180).

## RESULTADOS

Aponta-se que os participantes selecionados para compor a amostra deste estudo foram profissionais de nível superior da equipe multidisciplinar da ESF (dentista, enfermeiro e médico), de nove equipes de saúde da família, que exercem função em Unidades Mistas, somando-se um total de 25 participantes. No entanto, no período da pesquisa de campo, por ausência de cinco profissionais médicos, a amostra foi fechada em 20 participantes.

Observou-se a prevalência do sexo feminino (70%). Com relação à idade dos profissionais, os dados revelaram a faixa etária entre 24 e 54 anos, com média de 24 a 34 anos de idade (65%). Quanto à variável estado civil, demonstra-se a predominância de solteiros, num total de 55% dos profissionais, em relação a 40% dos casados. Houve a predominância de enfermeiros na amostra do estudo (45%), seguidos do cirurgião dentista (35%). Em relação ao tempo de formado, 16 participantes (80%) concluíram a graduação há menos de 13 anos.

Entendeu-se a percepção do conceito de promoção de saúde como o desenvolvimento de ações educativas a fim de promover a saúde junto à comunidade (89,5%), como evidenciado a seguir.

*É a articulação de meios e ações para evitar que as pessoas se exponham a fatores condicionantes e determinantes de doenças promovendo a qualidade de vida [...]. (Bromélia do sertão)*

*É promover saúde orientando a comunidade das mais diversas formas (roda de conversas, diálogos), em todos os aspectos da vida e, conseqüentemente, prevenindo agravos. Não podemos nos deter a assistir somente a*

*peessoa doente. É preciso envolver os múltiplos fatores do processo saúde-doença (lazer, casa, família...). (Catingueira)*

*A promoção da saúde no planejamento do trabalho em equipe é de extrema relevância porque somos a via de acesso mais fácil para a comunidade. Somos portadores do cuidado, das prevenções, das conscientizações [...]. (Jurema)*

Considerou-se que as intervenções sobre os determinantes sociais da saúde possibilitam promover a saúde, a equidade em saúde e superar as iniquidades atuando nos condicionantes e determinantes sociais que a geraram por meio de ações de saúde efetivas (89,5%). Inferiu-se, então, pelos dados primários produzidos a partir das entrevistas, que a concepção da saúde ampliada relacionada com os determinantes sociais da saúde é muito bem entendida pela equipe.

*É todo o contexto ligado ao estilo de vida, saúde, educação, moradia, trabalho, cultura, são as condições que levam o indivíduo a se sentir bem. Com baixo risco de vulnerabilidade. (Papoilas)*

*Os determinantes sociais influenciam diretamente no trabalho da ESF, que deve reduzir as iniquidades a direitos básicos (saúde, lazer, educação) dos indivíduos e coletividade oferecendo serviços que garantam a promoção, prevenção e assistência em saúde considerando a sua singularidade humana. (Violeta-da-caatinga)*

Apresentam-se os resultados evidenciados na tabela 1. Os respondentes consideram que a Educação Permanente em saúde oportuniza o aperfeiçoamento/atualização profissional a fim de garantir a qualidade de assistência para a população (60%).

Tabela 1. Descrição do processo de trabalho. Cajazeiras (PB), Brasil, 2016.

Variáveis	N	%
<b>Com que frequência os agentes comunitários de saúde (ACS) realizam o levantamento das necessidades da população na área</b>		
Sempre	2	10,0
Quase sempre	8	40,0
Regularmente	9	45,0
Às vezes	1	5,0
<b>Como analisam a estrutura física disponível para a sua atuação</b>		
Bom	10	50,0
Regular	10	50,0
<b>Como analisam os recursos materiais disponíveis para a sua atuação</b>		
Excelente	2	10,0
Bom	8	40,0
Regular	9	45,0
Deficitário	1	5,0
<b>Em relação às condições de uso desses recursos materiais, como as qualificam</b>		
Bom	10	50,0
Regular	8	40,0
Deficitário	2	10,0
<b>Qual o seu nível de satisfação em relação à sua atividade profissional na AB</b>		
Satisfeito	18	90,0
Razoável	2	10,0
<b>Na sua forma de pensar, qual a relevância da Educação Permanente em saúde no contexto da promoção da saúde para o trabalho em equipe</b>		
Orienta os profissionais quanto a metodologias teóricas e práticas	2	10,0
Estratégia indispensável para o processo de trabalho	2	10,0
Facilita a interação profissional e o compartilhamento de saberes	4	20,0
Oportuniza o aperfeiçoamento profissional a fim de garantir a qualidade de assistência para a população	12	60,0

Afirma-se, além disso, que os agentes de saúde realizam, regularmente, o levantamento das necessidades da população na área (45%). Metade da amostra qualificou como boa a estrutura física e as condições de uso desses recursos materiais, assim como os materiais disponíveis para a sua atuação.

Considera-se o trabalho em equipe uma atividade complexa, que apresenta variáveis de comportamentos, opiniões/percepções, diferenças de personalidade, interesses conflitantes e impressões individuais e coletivas. Nesse sentido, foram levantadas facilidades e dificuldades no processo de trabalho - a articulação de saberes e práticas (65%) e as relações interpessoais fragilizadas (55%), conforme a sequência.

*Articulação de saberes e práticas multiprofissionais e alteridade facilitam muito ao trabalho entre a equipe. (Sena)*

*Uma dificuldade é as poucas relações interpessoais, frágeis, entre os profissionais da ESF. (Muçambê)*

*A falta de suporte e acompanhamento das relações entre os profissionais, por parte da gestão, dificulta o trabalho da equipe. (Laelia purpurata)*

Acrescenta-se, em relação à descrição das atividades em educação em saúde, que os profissionais relataram que desenvolvem atividades de educação em saúde periodicamente (65%) e muitos expuseram que não têm colegiado gestor no local em seu território de atuação (75%), conforme a tabela 2.

Tabela 2. Descrição das atividades em educação em saúde. Cajazeiras (PB), Brasil, 2016.

Variáveis	N	%
<b>Qual é a frequência de realização de atividades de Educação em Saúde com os usuários</b>		
Sempre	1	5,0
Periodicamente	13	65,0
Em épocas de campanhas	4	20,0
Poucas vezes	2	10,0
<b>Na sua unidade, existe colegiado gestor local</b>		
Sim	4	20,0
Não	15	75,0
Desconheço	1	5,0

Verificou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a frequência da realização de atividades de

Educação em Saúde e quem acompanha as constantes atualizações dos manuais e regulamentos da Atenção Básica ( $r = 0,46$ ).

Constatou-se, também, correlação positiva e estatisticamente significativa entre a análise positiva dos recursos materiais disponíveis para a sua atuação e as condições positivas para o uso dos recursos materiais, assim como

a frequência que os agentes comunitários de saúde (ACS) realizam o levantamento das necessidades da população na área, ambas as correlações estatisticamente significativas.

Tabela 3. Correlações entre as atividades de educação em saúde e o contexto e a condição de trabalho. Cajazeiras (PB), Brasil, 2016.

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7
1 - Qual é a frequência de realização de atividades de Educação em Saúde com usuários							
2 - Análise positivada de recursos materiais disponíveis para sua atuação	0,22						
3 - Condições positivas para o uso dos recursos materiais	-0,05	0,48*					
4 - Com que frequência os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) realizam o levantamento das necessidades da população na área	0,40	0,57**	0,14				
5 - Acompanha as constantes atualizações, manuais e regulamentos da Atenção Básica	0,46*	0,38	0,08	0,34			
6 - Tempo de atuação na Atenção Básica	-0,31	0,01	-0,13	-0,38	0,01		
7 - Tempo de trabalho na instituição	-0,01	-0,12	-0,08	-0,41	0,09	0,78**	
8 - Tempo de trabalho na equipe	-0,07	-0,16	-0,11	-0,30	0,01	0,72**	0,96**

1 - A frequência de realização de atividades de Educação em Saúde com usuários

2 - Avaliação dos recursos materiais disponíveis para a sua atuação

3 - Qualificação em relação às condições de uso desses recursos materiais

4 - A frequência com que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) realizam o levantamento das necessidades da população na área

5 - Acompanha as constantes atualizações, manuais e regulamentos da Atenção Básica

6 - Tempo de Atuação na Atenção Básica

7 - Tempo de trabalho na instituição

\*\*  $p \leq 0,01$ ; \*  $p \leq 0,05$ .

## DISCUSSÃO

Observou-se a prevalência do sexo feminino (70%), com idades entre 24 a 34 anos (65%), de solteiros (as) (55%), com a predominância de enfermeiros. Além disso, a maioria relatou ter entre dois e 13 anos de experiência na ESF com especialização em Saúde da Família/Saúde Coletiva. A concepção de promoção da saúde ampliada, relacionada com os determinantes sociais e educação permanente, é bem compreendida pela equipe.

Considera-se a promoção da saúde uma estratégia mediadora entre pessoas e ambiente fortalecendo a participação dos atores sociais e coletividade na modificação dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença por uma concepção complexa e ampliada buscando desenvolver capacidades para a saúde.<sup>8-9</sup>

Destaca-se que, para alguns autores<sup>10</sup> a educação em saúde possibilita a transformação da realidade mediante a sensibilização crítica dos indivíduos, pois oportuniza a construção compartilhada do conhecimento integrando o saber científico-

popular e de formas de cuidado diferenciadas que favoreçam a aprendizagem significativa “como um processo de compreensão, reflexão e atribuição de significados do sujeito em interação com o meio social, ao construir a cultura e por ela ser constituído”.<sup>11</sup>

Acredita-se que as práticas educativas devem ser desenvolvidas por meio da reflexão que parte da realidade do sujeito, que propõe a emancipação e a autonomia do mesmo por uma pedagogia libertadora. Nesse sentido, é considerada uma importante metodologia para trabalhar a promoção da saúde.<sup>12</sup>

Conceitua-se que a promoção da saúde foi considerada ferramenta importante para o trabalho em equipe por todos os profissionais entrevistados, sendo uma estratégia mediadora entre pessoas e ambiente que visa a aumentar a participação dos sujeitos e da coletividade no seu autocuidado e é muito importante para o trabalho em equipe na ESF. A equipe da ESF assume a responsabilidade da prestação de ações educativas norteadas pelos princípios da promoção à saúde em que a ação multiprofissional é fator integrante para a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida da população.<sup>6</sup>

Pauta-se a abordagem do processo saúde-doença, atualmente, em um conceito ampliado de saúde, que se apropria da necessidade de superar o modelo biomédico considerando-o insuficiente para garantir o pleno potencial de saúde da população. Há, então, um momento de reordenação e reorientação das práticas visando a ampliar a compreensão do processo saúde-doença englobando a inserção e a valorização de diferentes saberes, profissionais e setores sociais.<sup>13-4</sup>

Aprofundou-se, nessa perspectiva, o reconhecimento do indivíduo enquanto ser social, que transforma e é transformado, por meio das relações e interações, tornando-o participante do cuidado em seu contexto coletivo e redirecionando o cuidar em saúde e de Enfermagem enquanto ciência do cuidado. Assim, a intersetorialidade surge como uma importante estratégia para a sistematização da promoção da saúde, considerada estruturante para o alcance dos objetivos em saúde em um movimento de corresponsabilização entre as organizações públicas e parceiros com a construção de uma rede de relações efetivas.<sup>15</sup>

Constatou-se, também, que os agentes comunitários de saúde (ACS) realizam o levantamento das necessidades da população na área com pouca assiduidade (45%). O levantamento de necessidades é a base fundamental para a identificação da situação atual da saúde de uma população produzindo dados básicos para posterior análise e planejamento do desenvolvimento das ações, de programas de educação em saúde e controle das doenças constituindo-se, dessa forma, como um instrumento de vigilância epidemiológica utilizado nas ações de saúde.

Detalha-se que duas variáveis em relação à estrutura física da ESF se igualaram como primeira opção de respostas dos entrevistados (Tabela 1) caracterizando-se como bom (50%) e regular (50%). Já quanto às condições de uso dos recursos materiais, as qualificam como apropriadas para a atuação profissional. Entretanto, identifica-se distinção desse resultado quando comparado a um estudo<sup>16</sup> similar, que aponta existirem fragilidades e dificuldades para o desempenho das atividades no âmbito da atenção básica como: escassez de infraestrutura, de materiais e equipamentos para a realização do trabalho, especialmente de medicamentos, materiais para curativos e de limpeza como, também, ausência de transporte para as visitas domiciliares, o que inviabiliza a adequada realização das atividades diárias, principalmente na zona rural.

Nota-se que o nível de satisfação dos profissionais da ESF é bastante significativo (90%). A boa estrutura física influencia positivamente as práticas do profissional de saúde favorecendo a sua realização com a qualidade requerida. Além disso, a existência de uma estrutura apropriada promove condições mais humanizadas de trabalho para a equipe propiciando a ampliação das possibilidades de atuação da equipe multidisciplinar.<sup>17-8</sup>

Alerta-se que, além disso, as articulações dos conhecimentos e práticas multiprofissionais e a alteridade entre profissionais como, também, profissionais-usuários são indicadores relevantes para a transformação das práticas em todos os cenários de atenção à saúde e de gestão setorial, haja vista que o convívio profissional fragilizado é considerado como condição estressora dentro do processo de trabalho em equipe.

Compreende-se que as relações interpessoais devem caminhar por um viés de valorização de maneira positiva, pois ambientes de trabalho que promovem o contato entre as pessoas são mais benéficos e estimuladores tendo em vista que o comprometimento de uma característica essencial do processo de trabalho é a formação de vínculos, o desenvolvimento de habilidades e de relevância na construção de competências para a promoção da saúde.

Admite-se que as competências são combinações sinérgicas de atitudes, habilidades e conhecimentos que dão subsídios para a resolução de problemas. Desenvolver competências consiste em conferir, ao profissional, diversos recursos cognitivos relacionados ao saber-fazer, saber ser, saber agir. Em relação à promoção da saúde, especificamente, competência é definida como a relação harmoniosa de conhecimentos, habilidades e atitudes que possibilita que um indivíduo desempenhe tarefas de acordo com um padrão.<sup>19</sup>

Relaciona-se a relevância da utilização de competências para a promoção da saúde à potencialidade destas servirem de referência para: estabelecer padrões profissionais; identificar a necessidade de treinamento; nortear a formação acadêmica; elaborar diretrizes de acreditação; orientar a elaboração de instrumentos de avaliação; aumentar o conhecimento e habilidades requeridas pelos promotores de saúde no planejamento, na implementação e na avaliação de programas, bem como avaliar a qualidade do trabalho.<sup>20</sup>

Auxilia-se, nesse contexto, por meio da educação permanente, o processo de ações continuadas de trabalho-aprendizagem que ocorre em um espaço de trabalho-produção-educação em saúde, que parte de uma situação existente, proporcionando a articulação da perspectiva, conhecimento e atitude a fim de estimular a criatividade nas mudanças do processo de trabalho por meio da ação compartilhada e não individualista entre os vários atores envolvidos com ênfase para a educação em saúde.<sup>21</sup>

Focam-se, em sua maioria, as atividades realizadas com a comunidade, pelos profissionais da equipe multiprofissional (dentista, enfermeiro, médico), nos grupos de patologias específicas (público-alvo: pessoa idosa) e nos grupos do ciclo vital (público-alvo: mulheres), como se pode identificar por meio dos relatos, sendo os seguintes temas mais trabalhados: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, gestação, câncer de colo de útero, tabagismo, obesidade, saúde sexual e reprodutiva.

Orienta-se, entretanto, que as ações educativas devem contemplar atividades de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida (criança, adolescente, mulher, adulto e idoso). Na educação em saúde, os profissionais devem utilizar sistematicamente conhecimentos, habilidades de ensino, metodologias ativas/participativas privilegiando o diálogo, os saberes formal e informal atuando como facilitadores, estimulando o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando à melhoria das condições de saúde das pessoas e grupos e não somente a criação de grupos de patologias específicas.<sup>9</sup>

Caracteriza-se, assim, a educação em saúde como um importante instrumento para o trabalho com a comunidade, por meio de iniciativas que visam a uma política voltada para a promoção da saúde, com estímulo à autonomia das pessoas, ao *empowerment* comunitário garantindo o acesso à informação em saúde, ao desenvolvimento de habilidades e tomadas de decisão nos seus contextos social, político e cultural.

Consideram-se a participação e o controle social, elementos fundamentais nas ações educativas. Como controle social, entende-se a capacidade e a possibilidade que a sociedade organizada tem de intervir efetivamente na definição e implementação do modelo de gestão do SUS e do modelo de atenção em saúde para a execução de políticas públicas.<sup>22</sup>

Torna-se essencial a participação social para o desenvolvimento e a organização

locais. A pesquisa identificou relatos positivos e negativos com relação à utilização do instrumento colegiado gestor. Observou-se que participantes deste estudo, envolvidos no controle social, tinham argumento significativo sobre o colegiado gestor local.

Identifica-se que a reorientação do modelo assistencial, no qual se insere a ESF, seja uma estratégia formalmente concreta, no campo das práticas, que permanece em construção e, em vista disso, coexistem fundamentos de ambos os modelos de atenção à saúde e faz-se necessária a sistematização de mecanismos que visem ao desenvolvimento de metodologias para a efetivação da promoção da saúde de forma a superar as ações orientadas ainda pelo enfoque biológico.<sup>8</sup>

Adverte-se que as ações de cunho preventivista prevalecem na incorporação de práticas educativas, mas, apesar de relevantes, não avançam para uma concepção positiva de saúde. Essa situação é referida tanto em relação aos espaços de formação, quanto aos espaços de atuação profissional favorecendo a presença de modelos tradicionais de atenção.<sup>23</sup>

Propõe-se, dessa forma, que a equipe multiprofissional precisa conhecer as limitações no que diz respeito à prática educativa no âmbito da atenção básica de saúde e, por meio delas, buscar alternativas para superá-las. Salienta-se que, na educação em saúde, ainda prevalecem as práticas educativas hegemônicas e a sua postura não tem estimulado a participação e a autonomia das famílias no tocante à assistência e ao serviço.

Salienta-se ainda que é importante buscar atualizações constantes em saúde objetivando a prática da estratégia da promoção da saúde no trabalho da ESF face à perspectiva das diferentes dimensões do cuidar, pois abordar o tema da promoção da saúde implica pensar em saúde no seu sentido amplo, nos determinantes sociais da saúde, no desenvolvimento de competências e habilidades e no empoderamento social.

Deve-se priorizar, nas articulações dos membros das equipes multidisciplinares no âmbito da atenção básica, o desenvolvimento das atividades educativas com ênfase no fato de que essas práticas precisam avançar na sistematização de suas ações envolvendo a interdisciplinaridade e ser norteadas pelos indicadores de saúde. A gestão, por sua vez, deve contribuir para a construção de espaço e ambientes que possibilitem o desempenho efetivo da atividade de cuidado integral.

Podem-se compreender, portanto, as ações educativas como estratégia de intervenções de caráter inovador das práticas em saúde, uma concepção ampliada de planejamento, execução, avaliação e controle.<sup>7</sup> Assim, vão além da resolução de necessidades individualizadas e, por meio de uma abordagem dialógica, buscam a integração, o território, a equidade, a cidadania e os direitos sociais.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que as atividades educativas, apesar de não ocorrerem de maneira efetiva, foram identificadas como importante instrumento no processo de trabalho da equipe integrada com foco na prática da promoção da saúde que impacta significativamente o processo saúde-doença da população.

Entende-se que as ações de promoção e prevenção da saúde, realizadas no cenário da atenção básica de saúde, ainda são pontuais, dirigidas e assistenciais, sem planejamento interdisciplinar e, diante disso, não se configuram como um trabalho coletivo. A integralidade da atenção deve compreender a noção de ampliação do conhecimento com vistas sobre a realidade comunitária, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar e a ação intersetorial.

Contribui-se, por meio deste estudo, para o norteamento de ações educativas no processo de trabalho das equipes de saúde da família. Assim, as proposições produzidas poderão subsidiar estratégias para a reorientação de suas práticas de trabalho.

## REFERÊNCIAS

- Almeida PF, Giovanella L, Romero RV, Amarante P. Atenção Primária Integral à Saúde em perspectiva: experiências latinoamericanas. *Saúde Debate*. 2012 July/Sept;36(94):321-6. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000300002>
- David GC, Shimizu HE, Silva EN. Primary Health care in Brazilian municipalities: efficiency and disparities. *Saúde Debate*. 2015 Dec; 39(Spe):232-45. Doi: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005512>
- Carneiro Junior N, Jesus, CH, Crevelim, MA. The Family Health Strategy focused on access equity and targeted at the homeless population living in large urban centers. *Saúde Soc*. 2010; 19(3): 709-16. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300021>
- Coriolano-Marinus MWL, Queiroga, BAM, Ruiz-Moreno L, Lima, LS. Communication in health practices: integrative literature review. *Saúde Soc*. 2014 Oct/Dec; 23(4):1356-69. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000400019>
- Oliveira SF, Oliveira MW. Evaluating the training workshops for a group of community health workers *Rev APS [Internet]*. 2013 [cited 2016 Mar 12]; 15(4):421-34. Available from: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/articloe/view/1699/688>
- Silva DAJ, Tavares MDL. Intersectoral action: potentialities and difficulties of working in teams under the project Family Health Strategy in the city of Rio de Janeiro. *Saúde Debate*. 2016 Oct/Dec; 40(111): 193-205. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611115>.
- Kemppainen V, Tossavainen K, Turunen H. Nurses roles in health promotion practice: an integrative review. *Health Promot Int*. 2013 Dec; 28(4):490-501. Doi: <https://doi.org/10.1093/heapro/das034>
- Janini JP, Bessler D, Vargas AB. Health education and health promotion: impact on quality of life of elderly. *Saúde Debate*. 2015 Apr/June; 39(105): 480-90. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002015>
- Andrade ACV, Schwalm MT, Ceretta LB, Dagostin VS, Soratto, MT. Planning of Educational Actions by the Multidisciplinary Team of the Family Health Strategy. *Mundo Saúde*. 2013; 37(4):439-49. Doi: <https://doi.org/10.15343/0104-7809.2013374377384>
- Sousa ATO, Formiga NS, Oliveira SHS, Costa MML, Soares MJGO. Using the theory of meaningful learning in nursing education. *Rev Bras Enferm*. 2015 July/De; 68(4): 713-22. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680420i>
- Salci MA, Maceno P, Rozza SG, Silva DMGV, Boehs AE, Heidemann ITSB. Health education and its theoretical perspectives: a few reflections. *Texto contexto-enferm*. 2013 Jan/Mar; 22(1): 224-30. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100027>
- Backes DS, Backes MS, Erdmann AL, Büscher A. The role of the nurse in the Brazilian Unified Health System: from community health to the family health strategy. *Ciênc Saúde coletiva*. 2012; 17(1): 223-30. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000100024>

Araújo WA de, Sousa JCM de, Medeiros RLSFM de et al.

Processo de trabalho e planejamento...

13. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, ZEE J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res*. 2010; 10:65. Doi:

<https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-65>

14. Silva ALQC, Araújo LS, Silva ZSSB, Mercês PL. Práticas educativas mais utilizadas pelos enfermeiros na atenção básica: uma revisão bibliográfica. *Rev Cient ITPAC [Internet]*. 2013 Oct [cited 2016 Sept 20]; 6(4): 1-5. Available from:

<https://www.itpac.br/arquivos/Revista/64/6.pdf>

15. Marqui ABT, Jahn AC, Resta DG, Colomé ICS, Rosa ND, Zanon T. Characterization of family health teams and their work process. *Rev esc enferm USP*. 2010; 44(4):956-61. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400014>

16. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Organizational processes in the Family Health Strategy: an analysis conducted by nurses. *Acta Paul Enferm*. 2016 May/June; 29(3): 274-81. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600039>

17. Pedrosa ICF, Corrêa ACP, Mandú ENT. Perceptions of nurses about the influence of the infrastructure in their practices. *Ciênc Cuid Saúde*. 2011 Jan/Mar; 10(1): 58-65. Doi:

<http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v10i1.13288>

18. Aguiar MIF, Lima HP, Braga VAB, Aquino PS, Pinheiro AKB, Ximenes LB. Nurse competencies for health promotion in the mental health context. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25 (Spe2):157-63. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000900025>

19. Pinheiro DGM, Scabar TG, Maeda ST, Fracolli LA, Pelicioni MCF, Chiesa AM. Competencies em promoção da saúde: desafios da formação. *Saúde Soc*. 2015 Jan/Mar; 24(1): 180-8. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100014>

20. Celedônio MR, Bessa-Jorge MS, Santos DCM, Freitas CHA, Aquino FOTP. Policies of continuous education and health training: a documentary analysis *Rev RENE*. 2012; 13(5):1100-10. Doi:

<http://www.redalyc.org/html/3240/324027984015/>

21. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc*. 2009; 18(Suppl 2):11-23. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000600003>

22. Silva ACMA, Villar MAM, Cardoso MHCA, Wuillaume SM. The family health program: motivation, training and work according to physicians acting at three districts of the city of Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brazil. *Saúde Soc*. 2010 Jan/Mar; 19(1):159-69. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000100013>

Submissão: 02/07/2018

Aceito: 06/08/2018

Publicado: 01/10/2018

#### Correspondência

Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa  
Rodovia BR 230, Km 504, s/n - Zona Rural  
CEP: 58900-000 – Cajazeiras (PB), Brasil