

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**O PLANEJAMENTO E GERENCIAMENTO NO PROCESSO DE
TRABALHO NA ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

TEÓFILO OTONI - MINAS GERAIS

2012

SÉRGIO ALVES REZENDE

**O PLANEJAMENTO E GERENCIAMENTO NO PROCESSO DE
TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Atenção
Básica em saúde da Família da Universidade
Federal de Minas Gerais, para obtenção do
Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Dr^a Matilde Meire Miranda
Cadete

TEÓFILO OTONI - MINAS GERAIS

2012

SÉRGIO ALVES REZENDE

**O PLANEJAMENTO E GERENCIAMENTO NO PROCESSO DE
TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Dr^a Matilde Meire Miranda Cadete

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a Matilde Meire Miranda Cadete (orientadora)

Prof^a Eulita Maria Barcelos

Aprovado em Belo Horizonte: 11/11/2012

RESUMO

O Sistema Único de Saúde exige novas habilidades na gestão em saúde coletiva, incluindo efetivar a participação social e a resolutividade da assistência. A Estratégia Saúde da Família representa uma inovação na forma de atuação frente à população, admitindo-se o princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do estado, e o Sistema Único de Saúde como público e universal. Nessa configuração de saúde, o enfermeiro, como gestor, deve ter conhecimentos que o habilite para assumir funções gerenciais. O presente estudo aborda o seguinte problema: até que ponto o planejamento e gerenciamento na estratégia de saúde da família é importante para o sucesso no trabalho? O objetivo é realizar uma revisão da literatura nacional sobre o planejamento e gerenciamento na Estratégia de Saúde da Família. Para alcançar este objetivo a pesquisa bibliográfica se mostrou como caminho adequado e o material foi coletado na base de dados LILACS e SciELO e Programas do Ministério da Saúde. Ficou evidenciado a importância do enfermeiro saber planejar e gerenciar para o alcance do que é preconizado na Estratégia de Saúde da Família. Para tanto, pode – se dizer que existe a necessidade de buscar e desenvolver esses conhecimentos, para incluir na vivência profissional de cada um e melhorar, dessa forma, o processo de trabalho em todo Sistema de Saúde.

Palavras chave: Gerenciamento. Planejamento. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

The Health System requires new skills in management in public health, including effective social participation and outcomes of care. The Family Health Strategy represents an innovation in the form of action towards the population, assuming the constitutional principle of health as a right of all and a duty of the state, and the Health System as a public and universal. In this configuration, health nurses, as manager, must have knowledge that will enable it to take on managerial roles. This study addresses the following problem: to what extent the planning and management strategy in family health is important for success in the workplace? This study aimed, therefore, to review the literature on the planning and management in the Family Health Strategy. To achieve this goal the literature showed how proper path and the material was collected in the database LILACS and SciELO and Programs of the Ministry of Health became evident with the present study the importance of nurses know to plan and manage the range of recommended the Family Health Strategy. To do so, you can - say that there is a need to seek and develop these skills, to include professional experience in each and improve, thus the working process across health system

Keywords: Management. Planning. Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVO.....	10
3 METODOLOGIA	11
4 REFERENCIAL TEÓRICO	12
4.1 Um Breve Histórico sobre a Saúde da Família	12
4.2 Diretrizes Operacionais da Estratégia de Saúde	14
4.3 Definindo Conceitos: Planejamento e Gerenciamento na Saúde	17
4.3.1 Competências Gerenciais.....	18
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

A escolha do tema deste Trabalho de Conclusão de Curso, isto é, o planejamento e gerenciamento de sucesso na estratégia de saúde da família, tem como pretensão uma análise sobre o gerenciamento e planejamento da equipe da Saúde da Família.

Mediante o estudo das disciplinas oferecidas pelo Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), por meio do embasamento teórico e a vivência prática de enfermeiro da Equipe de Saúde da família (ESF), a necessidade de aprofundar conhecimento nessa área tornou-se fundamental. Isso porque, não raras vezes, no exercício profissional cotidiano, dificuldades no desempenho da função de gerente-coordenador para realizar as ações de planejamento se fazem presentes e requer, portanto, uma qualificação profissional.

Desta forma, o curso de especialização facilitou a adesão dos profissionais atuantes na ESF, por ser na modalidade à distância, e permitir ao aluno realizar suas atividades no horário que se dispunha. Um outro ponto relevante é a qualidade do curso e o nome da instituição de ensino.

O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994 como uma grandiosa proposta de incremento da descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) e efetivação da Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil. O PSF, em sua criação, teve como objetivo desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do sujeito, de sua família e comunidade, mediante atendimento por equipes de saúde no nível de APS (XIMENES NETO e SAMPAIO, 2007).

De acordo com Antunes e Egry (2001, p.44), a ESF é a “a principal estratégia para solucionar os males da saúde pública seja no universo político-partidário, das corporações profissionais da saúde, no setor de formação em saúde e na própria sociedade”.

Alguns critérios são necessários à Estratégia Saúde da Família:

I - existência de **equipe multiprofissional (equipe saúde da família)** composta por, **no mínimo**, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal;

II - o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III - **cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas**, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2011.s/p- grifo do autor).

Portanto, a prática das Equipes de Saúde da Família, do trabalho em equipe, como resultado da interação entre os diferentes profissionais com a finalidade de solidificar a saúde das famílias brasileiras produziu ações e serviços de saúde da população nos diversos territórios.

É sabido que na atenção primária, os profissionais lidam com uma alta proporção de pacientes já conhecidos pela equipe de saúde e que esta equipe tem grande familiaridade com os pacientes e seus respectivos problemas. Cabe, por conseguinte, acolher os usuários, como sujeitos cidadãos, atendendo suas necessidades, quaisquer que sejam e em qualquer dimensão, isto é, de ordem física, psicológica, social, dentre outras. Com isso, garante-se um dos princípios que as equipes da saúde da família devem respeitar em consonância com os princípios do SUS.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela Portaria GM nº 2488 GM/MS do dia 21 de outubro de 2011, a Atenção Básica objetiva prestar, aos usuários, um atendimento integral com vistas a sua emancipação e compreensão dos determinantes e condicionantes de saúde tanto em nível individual quanto coletivo. Para tal, ela se concretiza por meio de ações de saúde,

que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, bem como ações de diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas. Essas práticas se efetivam por intermédio do trabalho em equipe, cujos profissionais que a integram devem estar capacitados e atentos com as mudanças que advém cotidianamente no seu território de atuação (BRASIL,2011).

“Gerenciar território necessita de profissionais que tenham a sensibilidade de compreender os processos sociais, políticos, culturais, epidemiológicos, ecológicos, enfim os históricos” (XIMENES NETO e SAMPAIO, 2008, p. 37).

O propósito deste trabalho é melhorar a qualidade do gerenciamento da ESF que refletirá também nos usuários do serviço que ganhará com o aperfeiçoamento e a qualificação profissional para o enfrentamento dos problemas encontrados na unidade, contribuindo para uma resolutividade de metas pré-estabelecidas que incidam na melhoria de comunidade.

Pretende-se, ainda, ampliar e melhorar o conhecimento e a capacidade de enfrentamento das dificuldades encontradas pela equipe, angariar novas experiências para um planejamento e um gerenciamento inovador nos serviços da Estratégia de Saúde da Família.

2 OBJETIVO

Realizar uma revisão da literatura nacional sobre o planejamento e gerenciamento no processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

3 METODOLOGIA

Segundo Minayo (2008, p. 22), a metodologia constitui-se o caminho e o instrumental apropriado para se abordar a realidade que inclui concepções teóricas de abordagem: “é o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e que deve levar também em conta o potencial criativo do pesquisador”

Trata-se de um trabalho de pesquisa bibliográfica de artigos nacionais sobre o tema “O planejamento e gerenciamento no processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família”, buscando, posteriormente, adequar ações positivas ao processo de trabalho da ESF Vila Gabriel Passos-MG.

Portanto, o presente estudo é exploratório e de revisão bibliográfica, uma vez que procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos (livros, sites e revistas científicas). Na pesquisa exploratória, não há o interesse de serem extrapolados para outras situações, nem mesmo de descrever de forma incontestada a situação (MINAYO, 2008).

No desenvolvimento deste estudo foram utilizadas as bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e o *Scientific electronic library on line* (SciELO). Além dos artigos selecionados também foram utilizados módulos do CEABSF e Programas do Ministério da Saúde.

A consulta foi realizada no período de março a julho de 2012 e as informações relevantes foram articuladas e analisadas. Os descritores utilizados para a pesquisa foram: gerenciamento; planejamento; programa saúde da família.

Foram encontrados 13 artigos que após análise apenas cinco artigos atenderam ao objetivo deste estudo.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Um breve histórico sobre a saúde da família

A implantação do SUS tem-se constituído um grande desafio para gestores, profissionais de saúde e a sociedade como um todo. O caminho percorrido ao longo da sua primeira década de funcionamento apresenta experiências bastante variadas e ricas nos diferentes aspectos e cenários de construção deste projeto.

Dentre os diversos aspectos, destacam-se aqueles relacionados ao controle social, por este se constituir em espaço privilegiado, principalmente, no que se refere ao exercício da democracia e cidadania, ultrapassando os limites do setor saúde. Isto posto, com vistas à adequação e entendimento dos problemas a serem enfrentados e seu equacionamento, a descentralização do processo de decisão e a municipalização têm possibilitado essa prática (BRASIL, 2000).

No que diz respeito aos aspectos técnicos, político e ideológico que envolvem a saúde, torna-se imperativo buscar um novo modelo assistencial que dê sentido prático e respostas às necessidades bastante concretas da população (BRASIL, 2011).

Sabe-se que “o Programa Saúde da Família (PSF), institucionalizado em 1994 pelo Ministério da Saúde do Brasil, foi criado com o intuito de reverter o modelo assistencial vigente, que era hegemônico, centrado em ações de cura e no ato médico” (XIMENES NETO E SAMPAIO, 2008, p.37).

Daí a importância que a ESF tem na mudança do modelo assistencial com o fim da melhoria da qualidade de vida. De acordo com Rosa e Labate (2005, p.13)

[...] a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico social, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas.

Nessa mesma linha de pensar, Ximenes Neto e Sampaio (2007, p. 688) assim se expressam:

A universalização da atenção à saúde, garantida pelo SUS e, conseqüentemente, pela ESF, vem proporcionando que milhões de brasileiros indígenas, pardos, pretos, miseráveis ou ricos, afortunados ou não, tenham acessibilidade e acesso a ações e serviços saúde. A ESF é o modelo de atenção à saúde que vem permitindo a maior inclusão social, política e econômica a uma política sanitária.

Na visão de Piancastelli, Faria e Silveira (2000), o processo de construção do SUS e o desenvolvimento da ESF se fundamentam em discussões acerca do papel e do perfil que os gerentes de serviços de saúde devem ter, suas respectivas necessidades de qualificações, as ações que ficam sob suas responsabilidades e como esses gerentes devem atuar frente às adversidades dos serviços.

Em suma, a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde dessas comunidades (BRASIL, 2000, p.38).

4. 2 Diretrizes operacionais da estratégia de saúde

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997), o modelo de Saúde da Família deve ser implantado nas unidades básicas a partir de diretrizes que serão operacionalizadas de acordo com as realidades regionais, municipais e locais.

Assim, a unidade de Saúde da Família deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, que significa a área sob sua responsabilidade. Uma unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculadas. Recomenda-se que, no âmbito de abrangência da unidade básica, uma equipe seja responsável por uma área onde residam de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes. Este critério deve ser flexibilizado em razão da diversidade sociopolítica e econômica das regiões, levando-se em conta fatores como densidade populacional e acessibilidade aos serviços, além de outros considerados como de relevância local (BRASIL, 1997, p.11).

No que diz respeito às visitas domiciliares, Albuquerque e Bosi (2009) dizem tratar-se de uma ação importante no sentido de promover a reorientação do modelo de atenção na medida em que inverte a lógica dos serviços de saúde que até então apresentavam postura passiva ao esperar que os usuários procurassem de maneira voluntária pela via da demanda espontânea às unidades de saúde. Em geral, são realizadas pelos Agentes Comunitários de saúde (ACS) e, de forma planejada, pelos demais profissionais da equipe de Saúde da Família.

As visitas domiciliares propiciam importante aproximação com as famílias, seus membros e suas condições básicas de vida. Permitem, também, à equipe o conhecimento das condições ambientais, dos riscos e dos danos – morbidade referida – aos quais as pessoas estão expostas. Constituem, portanto, uma forma importante de levar e buscar informações para o diagnóstico de saúde da comunidade e para o planejamento e implementação de ações equipes de saúde da família. Por fim, a visita domiciliar constitui-se em uma estratégia fundamental para o acompanhamento de muitos casos que requeiram ações de manutenção domiciliar ou mesmo cuidados específicos e permitem a instituição do vínculo entre a equipe e os usuários.

Quanto ao cadastramento das famílias, as equipes de saúde deverão realizá-lo por meio de visitas aos domicílios, identificando os familiares, em área adscrita. Nessas visitas de cadastramento, o profissional deve se atentar para: condições de moradia no que diz respeito ao saneamento e condições ambientais bem como à morbidade referida. Essas visitas ensejam o início da criação do vínculo da unidade de saúde/ equipe com a comunidade. Esta deverá ser informada dos serviços disponíveis e dos locais que prioritariamente deverão ser a sua referência (BRASIL, 1998).

O cadastramento possibilitará que, além das demandas específicas do setor saúde, sejam identificados outros determinantes para o desencadeamento de ações das demais áreas da gestão municipal, visando contribuir para uma melhor qualidade de vida da população (BRASIL, 1998, p.12).

Destaca-se, ainda, que o cadastro deve ser atualizado periodicamente em função das transformações do quadro demográfico e epidemiológico que se processam no território e também pela necessidade de se terem informações atualizadas para embasar o processo de planejamento e gestão sob responsabilidade das equipes de saúde (BRASIL, 1998).

Outra diretriz de grande importância para o SUS é o trabalho em equipe. A Estratégia Saúde da Família pressupõe o trabalho em equipe como uma forma de consolidar a proposta de mudança do modelo. Trabalhar em equipe não é uma tarefa fácil. Exige humildade para ouvir, conhecer e compreender o trabalho de cada um e a proposta do trabalho conjunto. Requer, de cada trabalhador, o desejo de mudar e o despojamento para modificar hábitos e costumes já arraigados. E exige, dos gestores, a capacidade de enfrentar as hierarquias e os vícios para conduzir as mudanças necessárias ao novo processo de trabalho (BRASIL, 2000).

No trabalho em equipe, todos os profissionais passam a ter responsabilidade sobre os problemas trazidos pelos usuários, tanto no seu planejamento como na organização da atenção. Assim, todos se implicam com a condução das ações, do diagnóstico até a resolução dos problemas, por meio do estabelecimento dos fluxos por onde passarão os usuários. Os diferentes profissionais se organizam para receber, ouvir, resolver e encaminhar os usuários, permitindo mais eficiência, eficácia e resolubilidade aos serviços das unidades de Saúde da Família (BRASIL, 2000).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a chamada “equipe mínima” é composta de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Outros profissionais poderão ser incorporados de acordo com a demanda e a disponibilidade dos serviços de saúde em nível local. Essas equipes são responsáveis pela população a elas adscritas e preferencialmente, deverão residir no município onde atuam e com dedicação mínima de 40 horas semanais.

No que tange às atribuições das equipes, elas devem resultar de um processo permanente de planejamento e avaliação, com base em informações sobre o território, em indicadores de saúde locais, em protocolos e na própria dinâmica interna de trabalho. As equipes devem estar preparadas para:

1. Conhecer a realidade das famílias sob sua responsabilidade, com ênfase para as características sociais, demográficas e epidemiológicas;
2. Identificar as situações de risco e vulnerabilidade às quais a população está exposta;
3. Identificar os problemas de saúde prevalentes;
4. Elaborar, junto à população, um plano de atuação capaz de enfrentar os determinantes do processo de saúde/doença;
5. Promover a assistência, de forma contínua e racionalizada às demandas espontânea e organizada;
6. Resolver, por meio de critérios científicos e com equidade, no limite das possibilidades do sistema, as situações de referência e contrarreferência detectadas;
7. Desenvolver metodologias pedagógicas que permeiam a introdução do autocuidado junto aos usuários;
8. Promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados (BRASIL, 1997, p.13-14).

4.3 Definindo conceitos: planejamento e gerenciamento na saúde

Campos, Faria e Santos (2010) afirmam que “planejar é “simplesmente” pensar antes e durante a ação”.

Segundo Matus (1993, *apud* CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010, p. 20), “O planejamento é um cálculo que precede e preside a ação.”

Há muita diferença entre um cálculo pobre, imediatista, que não projeta o futuro, feito intuitivamente, não sistematizado, com visão parcial da realidade e aquele que considera o futuro de modo consistente, partindo de uma visão do presente, que trabalha com um cálculo sistematizado, apoiado por teorias e métodos e tem uma visão mais global, analisando a situação de modo articulado (MATUS,1993, *apud* CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010, p. 20).

Nesta perspectiva, o profissional, ao buscar realizar seus projetos ou compromissos de trabalho precisa traçar como proposta um planejamento para alcançar suas metas, cujas ações são importantes para sistematizar as ações da equipe.

Conforme determinam as diretrizes do Ministério da Saúde:

Os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para eles. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas, sim, com a resolução do problema de saúde (BRASIL 2001, p.37)

No entanto, existem diferentes maneiras de planejar, ou seja, existem distintos modelos ou métodos de planejamento, o normativo e o estratégico. O planejamento normativo surgiu na América Latina, na década de 1960 – a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Centro de Estudos do Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela (CENDES) elaboram um método de planejamento para a saúde, que ficou conhecido como método CENDES/OPAS. O planejamento estratégico surgiu na década de 1970, na América Latina e é uma metodologia que procura simplificar, facilitar e agilizar a operacionalização de um processo de planejamento estratégico (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010)

Benito *et al.* (2005, p. 638) conceituam gerência como “ uma das atividades que faz parte da rotina do enfermeiro. Neste sentido, a importância da gerência refere-se à ação que torna viável e factível o melhor uso dos recursos para atingir os objetivos planejados.”

Dizem, ainda, que a enfermagem gerencia e controla os recursos materiais e que a gerência é uma função de direção e de administração, tanto na busca de prover quanto de captar insumos de uma instituição (BENITO *et al.*, 2005).

Referenciando mais uma vez os dizeres de Benito *et al.* (2005, p. 638), tem-se que :

Para uma nova concepção de gerência é preciso aceitar que a função administrativa se constitui em um elemento essencial para o alcance dos objetivos. Entende-se a função administrativa como um conjunto de

medidas que visam à maximização dos recursos alocados e pela identificação e apropriação

4.3.1 Competências gerenciais

As mudanças céleres no mundo atual estabelecem novas posturas tanto das quanto das organizações. Nesse contexto, novas tendências para a gestão tomam conta de mercado e os profissionais se veem como aprender e como corresponder a essas demandas.

Para Resende (2000 *apud* BENITO et al. 2005, p. 636), “ As competências gerenciais englobam nove subcompetências que devem fundamentar a prática do gerente técnicas que são as rumo ao aprimoramento das mesmas e ao autodesenvolvimento.”

Dentre as competências mencionadas, encontram-se as competências **técnicas** relativas ao desempenho econômico; as **intelectuais** relacionadas à produção do conhecimento; as **cognitivas** concernentes à capacidade intelectual com domínio cognitivo; as **relacionais** relativas às habilidades práticas de relação e interação; as **sociais/políticas** que envolvem relações e participações em sociedade; as **didático-pedagógicas** voltados para a educação e ensino; as **metodológicas** referentes à **aplicação de técnicas e meios de organização de atividades de trabalhos**; as de **lideranças** que unem habilidades pessoais e conhecimento de técnicas de influenciar e conduzir pessoas; as **empresariais/organizacionais** dizem respeito às formas de organização e gestão empresarial (RESENDE, 2000 *apud* BENITO et al., 2005).

Conforme mencionam Benito et al. (2005), o enfermeiro, como gestor, deve desempenhar atividades de supervisão, treinamento e controle da equipe e atividades consideradas de cunho gerencial. Entretanto, não pode prescindir de buscar gerar conhecimentos, com a intenção de introduzir inovações à equipe.

Os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, quanto dos recursos físicos e materiais da informação, da mesma forma que devem

estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde” (FLEURY; FLEURY, 2001, p. 189)

Falando, em específico das competências do enfermeiro, ele deve ter habilidades gerais de profissionais de saúde; atenção á saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente, e essas competências se classificam também como funções gerenciais para analisar o trabalho do enfermeiro (BERNDT, 2003).

Para Peres e Ciampone (2006, p 493-494),

[...] a atenção à saúde não se constitui diretamente como objeto de trabalho desenvolvido pela gerencia, mas pode ser entendida como finalidade indireta do trabalho gerencial em saúde. Para que a atenção à saúde seja alcançada, o profissional que exerce a gerencia faz uso de instrumentos do trabalho administrativo como o planejamento, a organização, a coordenação e o controle.

Essas mesmas autoras atestam, também que trabalho de enfermagem como instrumento do processo do trabalho em saúde englobam o cuidar/assistir, administrar/gerenciar, pesquisar e ensinar. Destacam que o cuidar e o gerenciar são os processos mais confirmados e visíveis no trabalho do enfermeiro.

A tomada de decisões requer conhecimento da instituição e sua missão, avaliar as reais necessidades dos usuários e realizar o trabalho pautado em um planejamento que contempla o detalhamento de informações tais como: ideias e formas de operacionalizá-las ; recursos viáveis; definição dos envolvidos e dos passos a serem seguidos; criação de cronogramas de trabalho e envolvimento dos diversos níveis hierárquico(MARX, MORITA, 2000).

Liderança é tida como uma das principais competências no processo de trabalho. Precisa ser adquirida e desenvolvida, e requer do profissional compromisso, responsabilidade, empatia, tomada de decisões efetivas e comunicação. Portanto, ela é o processo pelo qual um grupo é induzido a dedicar-se aos objetivos defendidos pelo líder ou compartilhado pelo líder e seus seguidores. Liderança e administração se sobrepõem, já que alguns aspectos de liderança poderiam ser descritas como gerenciamento (GARDNER, 1990).

Nesse sentido, o profissional que assume o cargo de liderança ou gerência precisa estar sempre em capacitação. Deve buscar a educação cotidianamente. Ressalta-se que a educação permanente é uma das modalidades de educação no trabalho. Caracteriza-se por possuir um público-alvo multiprofissional; ser voltada para uma prática institucionalizada; priorizar os problemas e ser contínua. Busca sempre se pautar em metodologia centrada na resolução de problemas e no alcance de mudanças (MANCIA, CABRAL, KOERICH, 2004).

A Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde (BRASIL, 2004).

Para Levy (2000, p. 81)

[...] a educação em saúde deve oferecer condições para que as pessoas desenvolvam o senso de responsabilidade, tanto por sua própria saúde, como pela saúde da comunidade, merecendo consideração como um dos mais importantes elos entre as perspectivas dos indivíduos, os projetos governamentais e as práticas de saúde.

A esse respeito é importante deixar claro que cabe à instituição de saúde o compromisso, juntamente com o profissional, de propiciar atualização contínua aos seus funcionários com vistas à inovação e atualização do trabalho.

Outra habilidade requerida para o enfermeiro é a comunicação. Comunicar-se é trocar informações, é falar horizontalmente com o outro buscando compreender suas ideias e desejos. A comunicação se processa entre os pares e entre profissionais e usuários tanto no espaço interno quanto externo da instituição. Para se tornar efetiva, o profissional de saúde precisa saber comunicar-se e gerenciar a comunicação. Eles devem ser acessíveis e devem manter a confiabilidade das informações a eles confiadas na interação com outros profissionais de saúde e o público, em geral (QUINN *et al.*, 2003). A competência comunicativa é fundamental para que o enfermeiro aproprie-se e mantenha relações profissionais e pessoais mais significativas e com compreensão das diferenças existentes entre usuários e entre profissionais.

Peres e Ciampone (2006) ressaltam os principais tipos de comunicação mais conhecidos e estudados. Com isso, o processo de comunicação das informações, organizado em sistemas informatizados e com funções diversas, garante que diversas pessoas recebam informações com mais facilidades para quem as envia, uma vez que o princípio utilizado para o envio delas é o da inclusão de nomes em listas. Essas inclusões transformam as listas em verdadeiras redes sociais de informação. Nessa situação, os sistemas de informações potencializam o pensar, facilitam o fazer e motivam o comunicar-se na Enfermagem. Apreende-se, portanto, que esses sistemas podem gerar a troca de dados importantes entre os diferentes setores da instituição facilitando atender as necessidades da enfermagem.

Dentre os conhecimentos identificados como essenciais para o desenvolvimento da competência comunicacional destacam-se o conhecimento do próprio estilo de interação, a administração de conflitos, a negociação, a escrita ativa, as normas e os padrões de comunicação organizacional, o sistema de informações, o trabalho em equipe bem como a metodologia da assistência e o poder e cultura organizacional (QUINN *et al.*, 2003).

Braga (2004) afirma que no início da enfermagem moderna já se percebia a prática da administração por parte do corpo da enfermagem, onde as pessoas com nível social elevado e capacitação diferenciada ficavam por conta da supervisão e ensino e os outros prestavam cuidados diretos aos doentes.

Braga (2004), em seu artigo, prossegue ressaltando que a administração se firmou na necessidade e responsabilidade de organizar os nosocômios, o que permite inferir que, na prática, o saber administrativo precisaria de novos profissionais. Dessa forma, com a formação das primeiras alunas da Escola Nightingale, buscou-se suprir a demanda de enfermeiras diplomadas para fundarem novas escolas, ao serem capacitadas para o cargo de superintendente. A formação diferenciada as disciplinava para ocuparem a chefia de enfermarias e a superintendência de hospitais, conforme dizeres a seguir:

[...] o gerenciamento na área da enfermagem é historicamente incorporado como função do enfermeiro. Portanto, sempre houve no processo de formação desses profissionais um preparo “mínimo” para

assumir esse papel. Para o desenvolvimento da competência administração e gerenciamento são considerados indispensáveis o conjunto de conhecimentos identificados para planejar, tomar decisões, interagir, gestão de pessoal. Assim nas DCNs, com ênfase nas funções administrativas, destacam-se o planejamento, organização, coordenação, direção e controle dos serviços de saúde, além dos conhecimentos específicos da área social/ econômica que permitem ao gerente acionar dados e informações do contexto macro e micro organizacional, e analisá-los de modo a subsidiar a gestão de recursos humanos, recursos materiais, físicos e financeiros (PERES E CIAMPONE, 2006, p.498).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escrita das considerações finais significa, basicamente, o regresso crítico a todo o processo da pesquisa desde seu início. O pesquisador retorna em cada elemento do processo da pesquisa – desde o problema e/ou questões iniciais, os objetivos e as hipóteses, quando for o caso, até as limitações e potencialidades da metodologia utilizada e das análises e discussões de resultados realizadas – para elaborar uma reflexão crítica sobre todo esse processo, registrando os resultados dessas reflexões (SCHECHTMAN, 2009).

Com a elaboração deste estudo, evidenciou-se a importância da gerência e do planejamento para uma melhor assistência de enfermagem, visto que apresentada as competências gerais da administração da enfermagem surgem os desafios para serem enfrentados até sua efetivação, não podendo deixar de ressaltar que a comunicação deve ser, entre outras habilidades, um instrumento poderoso no processo de trabalho pois é por meio dela que se chegará ao sucesso.

Por meio da coleta de dados bibliográficos tanto em base de dados e programas do Ministério da Saúde como em livros, percebeu-se ser imprescindível a formação e/ou especialização em áreas de gerenciamento com a finalidade de efetuar tarefas que demandam prática e senso crítico reflexivo para lidar com o serviço de saúde, onde todo o sistema é um tanto complexo. Para tanto, os empregadores deveriam investir nos profissionais, inclusive o SUS, pois suas diretrizes demandam profissionais competentes e habilidosos, com capacitação permanente. Registra-se, contudo, que nem sempre as instituições oferecem capacitações, exceto em alguns cenários.

Outro desafio está na mudança das abordagens pedagógicas ainda predominantes no ensino da enfermagem em que prevalece a transmissão de conhecimentos que desconsidera metodologias ativas de ensino. O ensino por competências pode ajudar a transformar o ensino de administração em enfermagem onde a dissociação teoria-prática é evidenciada quando o egresso

da formação tradicional se depara com o mundo do trabalho. Em outras palavras, a educação permanente deveria ser implementada em todos os lugares de trabalho, onde um grupo de pessoas se reuniria para trocar conhecimentos e práticas, entre si, ação considerada de extrema importância e intimamente ligada ao processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. B.B.; BOSI, M. L. M.; Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 25, n.5, p :1103-1112, mai, 2009

ANTUNES, M.J.M.; EGRY, E.Y. O Programa Saúde da Família e a reconstrução da atenção básica no SUS: a contribuição da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 54, n.1, p: 98-107, 2001

BENITO, G. A. V.; BECKER, L. C.; DUARTE, J.; LEITE, D. S. Conhecimento gerencial requerido do enfermeiro no Programa Saúde da Família. **Rev Bras Enferm** .v. 58, n.6, p :635-40, 2005

BERNDT, F.P.G. **Competências gerenciais do enfermeiro** [dissertação], Florianópolis (SC): UFSC/programa de Pós-Graduação em Administração: 2003.

BRAGA, E.M. **Competência em comunicação: uma ponte entre aprendizado e ensino na enfermagem** [tese]. São Paulo (SP): Esc. Enferm. USP; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Secretaria Executiva – Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. 4. Ed. Brasília: Ed.Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília : CONASS, 2011.

BRASIL. Portaria nº 2488, de 21 de Outubro de 2001. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 24 de Outubro de 2011. Disponível em <<http://www.in.gov.br/autenticidade.html>>Acesso em: 20 de abr.2012.

CAMPOS, F. C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde** - 2 ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

FLEURY, M.T.L.; FLEURY, A. **Desenvolver competências e gerir conhecimentos em diferentes arranjos empresariais: o caso da indústria brasileira de plástico**. In: Fleury MTL, Oliveira Jr MM, organizadores. *Gestão estratégica do conhecimento: integrando aprendizagem, conhecimento e competências*. São Paulo (SP): Atlas; 2001. p.189-211.

GARDNER, J.W. **Liderança**. Rio de Janeiro (RJ): Record, 1990.

LEVY, S. **Programa Educação em Saúde**. Outubro 2000. P. 81-87 Ministério da Saúde Disponível em <http://www.saúde.gov.br/programas/pes/pes/index.htm>

MANCIA, J.R.; CABRAL, L.C.; KOERICH, M.S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Rev. Bras, Enferm.** v. 57, n.5, p: 606-10, set - out; 2004

MARX, L.C.; MORITA, L.C. **Competências gerenciais na enfermagem** : a prática do sistema Primary Nursing como parâmetro qualitativo na assistência. São Paulo (SP): BH comunicação; 2000.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec- ABRASCO, 2008

PERES, A.M.; CIAMPONE, M.H.T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.** v.15, n.3, p: 492-9, 2006.

PIANCASTELLI, C. H.; FARIA, H.P.; SILVEIRA, M.R. O trabalho em equipe. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Organização do cuidado a partir de problemas**; uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: OPAS, 2000

RESENDE, E. O livro das competências. *Desenvolvimento das competências: a melhor autoajuda para pessoas organizações e sociedade*. Rio de Janeiro(RJ): Qualitymark; 2000.

ROSA, W. A. G. R.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência **Rev Latino-am Enfermagem.** v.13, n.6, p:1027-34, 2005

SCHECHTMAN, Sheila. **Mediação Pedagógica em Ambientes Virtuais de Aprendizagem a partir da Complexidade e do Pensamento Ecossistêmico**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Educação da Universidade Católica de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação. Brasília/DF. 2009. Disponível em: http://www.btdt.ucb.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo1075

QUINN, R. E. *et al.* **Competências Gerenciais**: princípios e aplicações. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

XIMENES NETO, F.R.G.;SAMPAIO, J.C. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 61, n.1, p : 36-45,jan./fev.2008.

XIMENES NETO, F.R.G.;SAMPAIO, J.C Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. **Rev Bras Enferm**. v. 60, n.6, p : 687-95. 2007