

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

VALDEIR JUNIO FIALHO

**COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

**TEÓFILO OTONI – MINAS GERAIS
2014**

VALDEIR JUNIO FIALHO

**COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientadora: Profa. Dra. Helena Hemiko Iwamoto

**TEÓFILO OTONI – MINAS GERAIS
2014**

VALDEIR JUNIO FIALHO

**COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Helena Hemiko Iwamoto - Orientadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 4/07/2014

DEDICATÓRIA

Registro meus agradecimentos a todos os que compartilharam o trilhar de mais esse caminho percorrido, contribuindo, direta e indiretamente, para que eu realizasse este trabalho, auxiliando-me e dando-me forças nos momentos em que mais precisei.

Minha gratidão, em primeiro lugar, a Deus, por estar comigo em todos os momentos e iluminando-me, sendo meu refúgio e fortaleza nos momentos mais difíceis.

À minha família, pelo apoio para que eu concretizasse essa pesquisa: minha esposa que esta sempre me apoiando em todos os momentos e minhas filhas.

À Profa. Dra. Helena Hemiko Iwamoto, minha orientadora, que por meio de grande incentivo e orientação que me foram concedidos durante essa jornada. A todos, muito obrigado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus que iluminou a minha vida e de minha família durante esta caminhada.

Agradeço de forma especial a minha esposa, Cristiana que de forma especial esteve sempre ao meu lado me dando força e coragem me apoiando em todos os momentos, quero agradecer também as minhas filhas maravilhosas, Maria Clara e Maria Emilia pela compreensão.

Agradeço também a minha orientadora Profa. Dra. Helena Hemiko Iwamoto, os meus tutores que contribuíram de forma direta para a realização deste sonho.

RESUMO

Este trabalho aborda um tema de importante relevância no cenário da saúde, o Programa Saúde da Família, criado em 1994 com o propósito de reorganizar as práticas da saúde, de maneira a adequá-las às ações e aos serviços da realidade local, objetivando desse modo, mostrar o déficit no qual se encontra atualmente este serviço. Surge deste ponto a problemática do gerenciamento da enfermagem, cujo profissional não possui ações no que diz respeito aos cuidados de higiene e planejamento familiar, ou seja, não há a sistematização das informações que devem ser repassadas à enfermagem, bem como, a ausência do oferecimento de capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde, sendo que a falta de gerenciamento de enfermagem influencia diretamente na qualidade da assistência oferecida à população local. Este trabalho teve como objetivo elaborar um projeto de intervenção para qualificar o gerenciamento do enfermeiro através da identificação das competências gerenciais necessárias ao profissional na gestão da assistência nas Unidades do Programa Saúde da Família. Como metodologia, utilizou-se de três etapas, diagnóstico situacional abrangendo as observações *in loco* e levantamento de dados, revisão bibliográfica e, elaboração do plano de intervenção. A partir das análises realizadas, verificaram-se alguns resultados importantes, como o desenvolvimento de um estudo no que destaque as competências gerenciais necessárias ao profissional de enfermagem e, que contribua na elaboração de um projeto no qual haja a intervenção para qualificação do gerenciamento dos profissionais de enfermagem, através da identificação de suas competências gerenciais. Além da precisão de melhoria no gerenciamento de enfermagem no Programa Saúde da Família, pois é com o uso de tais competências que possivelmente ocorrerá uma diminuição nas taxas de verminoses e de natalidade da população.

Palavras-chave: Enfermagem. Gerenciamento. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

This paper addresses an issue of major importance in the health scenario, the Family Health Program, created in 1994 with the purpose of reorganizing health practices in order to adapt them to actions and services of the local reality, aiming thereby show in which the deficit is currently in this service. This point arises the problem of management of nursing, whose business has no actions with regard to hygiene and family planning, ie, no systematization of information to be transferred to nursing, as well as the absence of bidding training of community health workers, and the lack of nursing management directly influences the quality of care offered to the local population. This study aimed to develop an intervention project to describe the management of nurses by identifying the managerial skills necessary for professional assistance in managing the units of the Family Health Program. The methodology we used three steps, situation analysis covering the in situ observations and data collection, literature review and preparation of intervention plan. From the analyzes, there were some important results such as the development of a study that highlights the managerial skills necessary for professional nursing and to contribute in developing a project in which there is intervention for the management of professional qualification nursing, by identifying their managerial skills. Besides the accuracy improvement in nursing management in the Family Health Program, as it is with the use of such powers which possibly occur a decrease in the rates of birth and vermin population.

Keywords: Nursing. Management. Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVO.....	13
4 METODOLOGIA	14
5 REFERENCIAL TEÓRICO	15
5.1 Planejamento.....	15
5.2 Coordenação	17
5.3 Organização.....	19
5.4 Supervisão.....	20
5.5 Capacitação profissional	22
6 PLANO DE AÇÃO.....	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica, como primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) é definida como um conjunto de ações individuais ou coletivas, tendo como foco a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006). Um dos fundamentos SUS é a saúde como direito de todos, a integralidade da assistência, a universalidade, a equidade, a resolutividade, a intersetorialidade, a humanização do atendimento e a participação social (BRASIL, 2007).

Dentro desta proposta da Atenção Básica surge em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), com o propósito de reorganização das práticas de saúde, de forma a adequar as ações e serviços à realidade da população em cada unidade territorial, definida de acordo com as características sociais, epidemiológicas e sanitárias (BRASIL, 2006). A integralidade, a territorialização e a continuidade das ações em saúde voltadas para a promoção da saúde da família são as bases fundamentais desta estratégia (FIGUEIREDO e TONINI, 2007).

O PSF segundo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 2003) deve possuir uma equipe composta minimamente por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. É possível perceber desta forma que o profissional de enfermagem é um dos principais personagens no funcionamento do PSF, sendo suas ações relevantes para a qualidade dos serviços prestados pela Atenção Básica.

Como enfermeiro, fui integrado pelo Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) ao Programa Saúde da Família de Candeias uma das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Satubinha - Minas Gerais. Trata-se de uma UBS rural, com uma população estimada em 3.938 usuários, com oito microáreas e dois pontos de apoio Joviano e Quaresma. Abrange 35 comunidades que representam 34% de cobertura total do município.

A estrutura física da UBS conta com uma sala de enfermagem, um consultório médico, um consultório odontológico, uma farmácia básica, banheiro e recepção com assento de madeira e sem televisão. A equipe de saúde desta unidade é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem e oito agentes comunitários de saúde.

A população adscrita vive em condições precárias sobrevivendo com uma renda mensal de R\$ 201,00 (duzentos e um reais). Neste território não há saneamento básico, a área é endêmica de verminose, leishmaniose tegumentar e alta prevalência de esquistossomose. As residências apresentam estruturas precárias.

Há uma grande distância geográfica entre uma comunidade e outra, o grau de escolaridade dos habitantes é muito baixo, falta informações sobre os cuidados básicos de higiene, as famílias são numerosas, a taxa de natalidade é alta e os habitantes não possuem noções sobre planejamento familiar.

Na equipe de saúde percebe-se a falta de comunicação entre os profissionais, pois muitas vezes, as informações que deveriam ser repassadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são levadas até a unidade pelos próprios moradores. É comum presenciar a reclamação dos ACS sobre a falta de capacitação que deveria ser ofertada a eles.

Dentro deste contexto o déficit no gerenciamento da enfermagem surge como o principal problema, já que não há ações que enfoquem o oferecimento das informações que a população adscrita necessita nos cuidados com a higiene, saneamento básico e ao planejamento familiar. Não há uma sistematização de informações que devam ser repassadas a enfermagem pelos ACS e falta o oferecimento de capacitação aos ACS que segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 2003) é uma função atribuída à enfermagem.

2 JUSTIFICATIVA

Em observações realizadas no PSF de Candeias do município de Setubinha - Minas Gerais, foi constatado que há um déficit no gerenciamento de enfermagem desta unidade. Este déficit tem sido evidenciado em várias situações como, por exemplo, a equipe do PSF não possui um diagnóstico situacional atualizado sobre a realidade do território abrangente, os ACS fazem inferências a respeito de cursos de capacitação que poderiam ser ofertados pela enfermagem, falta comunicação entre os profissionais da equipe, já que muitas vezes as próprias famílias é quem procuram a unidade de saúde para relatar casos que os ACS deveriam ter repassado para a enfermagem, falta planejamento nas ações da equipe, pois, os ACS realizam visitas domiciliares sem objetivos traçados.

O déficit no gerenciamento de enfermagem influencia diretamente na qualidade de vida da população local, de acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde de Setubinha de 2010, que 40% da população do território da UBS de Candeias apresenta altas taxas de verminoses que poderiam ter uma redução significativa, com ações da equipe de saúde voltadas para a conscientização da higiene e saneamento básico.

De acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (BRASIL, 2012) o número total de hipertensos no município de Setubinha é de 841 indivíduos sendo que desse número cerca de 160 indivíduos estão no território da UBS Candeias apesar dessa alta prevalência a equipe do PSF não desenvolve atividades que promovam a melhoria na qualidade de vida desses indivíduos.

A taxa de natalidade também é considerável, só no ano de 2012 foram 30 nascidos vivos (BRASIL, 2013), este aumento da população mostra claramente a necessidade de ações voltadas para o planejamento familiar.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL,1997) cabe ao enfermeiro desenvolver no seu processo de trabalho ações em dois campos essenciais: na unidade de saúde, junto à equipe de profissionais, e na comunidade, apoiando e

supervisionando o trabalho dos ACS, bem como assistindo às pessoas que necessitam de atenção de enfermagem.

Desta forma, desenvolver um estudo sobre as competências gerenciais necessárias para o profissional da enfermagem na administração da unidade do Programa Saúde da Família é relevante quando se busca a qualidade nos serviços prestados pela Atenção Básica. As atribuições básicas dos enfermeiros instrutores/supervisores citadas pelo Conselho Nacional de Secretário de Saúde (BRASIL, 2003) foram às bases que nortearam este estudo.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção para qualificar o enfermeiro no gerenciamento da assistência através da identificação das competências gerenciais necessárias ao mesmo na gestão da assistência na Unidade do Programa Saúde da Família.

4 METODOLOGIA

Para a realização desse trabalho, foram realizadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de intervenção.

O diagnóstico situacional foi realizado no período de 1 de junho de 2012 a 3 de março de 2013 por meio do levantamento de dados junto à equipe de saúde da família e Secretaria Municipal de Saúde. Também foram analisados dados do Sistema de Informação da Atenção Básica.

A partir dessa etapa e às considerações feitas pelos ACS o déficit no gerenciamento da enfermagem foi definido como problema principal.

Para aprofundar o estudo, a metodologia escolhida foi a revisão bibliográfica sobre o tema com utilização de informações de livros, textos-módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família e as bases de dados eletrônicos do *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e do Ministério da Saúde (MS), utilizando os seguintes descritores:

Enfermagem.

Gerenciamento.

Estratégia Saúde da Família.

Foram selecionados os estudos atualizados no idioma português, dando preferência para aqueles publicados nos últimos dez anos. Na análise foram identificados artigos, teses, monografias, periódicos, manuais do Ministério da Saúde, entre outros.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

Dentro da composição da equipe do PSF a enfermagem tem papel fundamental, já que, segundo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 2003) espera-se que este profissional realize ações que envolvam as capacidades de planejamento, coordenação, organização, supervisão e capacitação de profissionais.

A atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente também são as competências e habilidades gerais que os profissionais da saúde devem possuir como perfil profissional para atuar no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1997).

O planejamento, a coordenação, a organização, a supervisão e a capacitação de profissionais são de em suma importância para o enfermeiro que deseja desenvolver um trabalho de qualidade dentro do PSF, pois com essas competências ele organizará o trabalho da equipe, planejará as ações e levará a equipe a está sempre buscando novos conhecimentos e aperfeiçoando a atenção dirigida à comunidade adscrita.

Para compreender melhor as competências gerenciais do profissional da enfermagem na atuação no PSF citada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 2003), as mesmas serão descritas a seguir, partindo de estudos que abordam essas competências como base para um profissional que exerce função de gerenciamento.

5.1 Planejamento

Planejamento segundo Campos; Faria e Santos (2010) é algo inerente ao ser humano, sendo uma ação realizada para alcançar um objetivo que na maioria das vezes é feito de forma intuitiva ou pouco sistematizada.

Contudo os mesmo autores ressaltam que quando os objetivos são complexos e feitos coletivamente, são imprescindíveis que haja um método de planejamento que proporcione a compreensão e compartilhamento de uma mesma “linguagem” no

intuito de contribuir para o diálogo e a efetiva participação de todos aqueles envolvidos na formulação e operacionalização de um plano.

Desta forma podemos nos ater a dois métodos ou modelos de planejamento: o normativo e o estratégico situacional.

O planejamento normativo segundo Giovanella (1990) apud Campos; Faria e Santos (2010) é uma norma que tem como objetivo otimizar os ganhos econômicos obtidos com a saúde e diminuir os custos da atenção a saúde (modelo custo/benefício), tendo como ponto de partida a realização de um diagnóstico que define as ações e recursos necessários ao alcance da eficiência nas ações de saúde.

Já o planejamento estratégico situacional citado por Matus (1993) apud Campos; Faria e Santos (2010) está relacionado a capacidade de governar, ou seja, um método de planejamento deve ser capaz de contribuir para aumentar a capacidade de governo e a governabilidade.

Este modelo está alicerçado no que o autor define como Triângulo de Governo, tendo como seus vértices: o projeto de governo (plano de uma equipe para alcançar seus objetivos) a governabilidade (são as variáveis ou recursos que a equipe dispõe ou não e que são fundamentais para implementação do plano) e a capacidade de governo (conhecimentos adquiridos pela equipe necessários para a implementação do plano).

Complementando as noções de planejamento Testa (1995) apud Vieira (2009) ressalta que o planejamento está dividido em duas partes: o diagnóstico de saúde e as propostas programático-estratégicas. O diagnóstico em saúde analisa a realidade da saúde da população por meio de três aspectos:

O administrativo com o qual há enumeração e quantificação da população, doenças, mortes, recursos disponíveis e atividades realizadas em saúde.

O estratégico analisa as relações de poder levando em conta as desigualdades na situação de saúde e na atenção à saúde entre grupos sociais, oriundas das

diferentes classes sociais, também analisa a distribuição de poder nos serviços de saúde (poder técnico, administrativo e político).

O ideológico é a análise da ideologia dos grupos sociais.

Já as propostas programático-estratégicas são as ações de saúde elaboradas a partir da síntese diagnóstica que tem como objetivo promover mudanças na saúde. Podemos perceber desta forma que o gerenciamento da enfermagem precisa partir de um diagnóstico que represente a realidade de uma população, no sentido de orientar as ações e recursos necessários para a eficácia dos serviços prestados pelo Programa Saúde da Família. Esta mesma equipe de saúde precisa elaborar em conjunto o projeto de governo, analisar a governabilidade e usar as capacidades de governo dos integrantes para executar as ações definidas pela equipe.

5.2 Coordenação

Dentre as competências da enfermagem nas unidades do Programa Saúde da Família a coordenação se faz presente de forma enfática, já que, de acordo com o Conselho Nacional de Secretário de Saúde (BRASIL, 2003) cabe ao profissional da enfermagem a coordenação: do trabalho dos ACS, do cadastramento das famílias, da identificação das microáreas de risco, da programação das visitas domiciliares realizadas pelos ACS, da atualização das fichas de cadastramento das famílias e da vigilância de crianças menores de um ano consideradas em situação de risco.

Ao coordenar o trabalho dos ACS espera-se que o profissional da enfermagem seja capaz de realizar juntamente com esses trabalhadores um diagnóstico preciso da área de abrangência sendo analisados os aspectos sócio econômicos, culturais e religiosos bem como as condições de saneamento básico e mapeamento das micro-áreas de risco (BRASIL, 2003).

Para auxiliar na elaboração do diagnóstico da comunidade o profissional da enfermagem pode utilizar o guia O Trabalho do ACS (BRASIL, 2009) nesta

publicação fica explícito o que é o diagnóstico, como ele deve ser elaborado e a relevância que ele tem como leitura real da comunidade local.

Ao coordenar a programação das visitas domiciliares dos ACS, o profissional da enfermagem deve esclarecer aos agentes que a visita domiciliar é a parte mais importante do trabalho do agente, pois é neste momento que as famílias estabelecem um vínculo com os profissionais de saúde.

Também são nas visitas domiciliares que os ACS podem orientar, monitorar, esclarecer e ouvir os integrantes do domicílio (BRASIL, 2009).

O profissional da enfermagem explicitará aos ACS que as visitas domiciliares devem possuir um planejamento que envolva o roteiro, o tempo de duração, a determinação do objetivo e a avaliação dessas visitas. A avaliação das visitas domiciliares tem como objetivo verificar se as informações necessárias foram dadas e colhidas de forma adequada, ajudando os ACS a planejar suas próximas ações e a levantar possíveis questões que serão levadas para a equipe.

Outro aspecto importante do trabalho da enfermagem no PSF é a coordenação das fichas que os ACS preenchem com as informações sobre as comunidades levantando dados que deverão ser informados no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB).

Estas fichas são importantes porque além de alimentar os dados do SIAB elas ajudam na organização do trabalho dos ACS.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) existem quatro tipos de fichas: a ficha A (referente ao cadastramento das famílias), a ficha B (acompanhamento de gestantes), a ficha C (Cartão da criança) e a ficha D (registro das atividades diárias do ACS).

Cabe ao profissional da enfermagem ressaltar aos ACS a função e a importância dessas fichas, o Guia Prático do ACS publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) ajudará a esclarecer aos ACS como deve ser preenchida cada ficha.

5.3 Organização

A organização da assistência a saúde no tocante a enfermagem, está atualmente ligada a Sistematização da Assistência de Enfermagem (NASCIMENTO *et al.*, 2008).

Parte-se do princípio que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) contribui para organizar o trabalho tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem e, dessa forma, dando visibilidade à contribuição da enfermagem no âmbito da atenção à saúde, em qualquer ambiente onde a prática profissional ocorra, sejam em instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, ou em serviços ambulatoriais, escolas, associações comunitárias, domicílios, entre outros (MALUCELLI *et al.*, 2010)

A SAE enquanto processo organizacional é capaz de oferecer subsídio para o desenvolvimento de metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidados. Este novo paradigma traz como contribuição novos referenciais capazes de ampliar o campo de visão para além das fórmulas prescritivas e normativas e, sobretudo, para além dos modelos formalmente instituídos como norteadores de uma assistência centrada no ser humano (NASCIMENTO *et al.*, 2008).

Para estes autores a implementação de um modelo e/ou uma fórmula predeterminada de assistência, não é garantia de maior qualidade na assistência em saúde. É preciso, também que se estabeleçam novas e sempre mais complexas relações e interações profissionais para compreender o ser humano de forma ampla e integral.

Para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 2003) cabe aos enfermeiros organizar o processo de trabalho da Unidade Básica de Saúde a partir da análise das informações geradas pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Segundo Chiesa (2003) apud Benito *et al.*, (2005) a organização do trabalho em saúde está voltada à proteção da saúde e ao controle do processo saúde-doença na coletividade.

Neste contexto cabe ao enfermeiro conhecer o perfil epidemiológico da área adscrita, para que ele seja capaz juntamente com a equipe de saúde organizar ações educativas com grupos da comunidade e organizar as visitas domiciliares de forma a sanar os problemas epidemiológicos.

Dentro desta perspectiva o enfermeiro ao organizar o processo de trabalho precisa ter em mente que ele é o profissional articulador e integrador dos diferentes saberes, cabendo a este profissional realizar a comunicação multiprofissional entre os elementos da equipe e a comunidade abrangente.

5.4 Supervisão

No início de sua criação, a supervisão era tida como um instrumento administrativo utilizado para controlar, fiscalizar e punir os trabalhadores caso não desempenhassem corretamente as tarefas pré-determinadas pelos dirigentes das organizações (CORREIA e SERVO, 2013).

Segundo esses autores, este modelo de supervisão entrou em decadência após a Revolução Industrial, sendo substituída por um modelo cooperativo no qual os problemas detectados no cotidiano dos serviços fossem resolvidos de forma conjunta através de ações de orientação e capacitação dos trabalhadores para que desempenhassem suas tarefas da melhor forma possível e continuassem a aumentar a produtividade das organizações.

De acordo com Campos e Garcia (2007), o termo supervisão pode ser definido como uma atividade realizada por profissionais especializados que prestam suporte ou apoio gerencial e técnico, objetivando a melhoria do desempenho das atividades de um determinado programa.

Já Ferreira (1999) citado por Santiago e Cunha (2011) afirmam que supervisão é ação ou efeito de supervisionar (dirigir, orientar ou inspecionar em plano superior), sendo uma função do supervisor.

É possível ainda, definir a supervisão como sendo um processo educativo e contínuo, que tem como função motivar e orientar os supervisionados na execução de atividades, usando para isso normas que mantêm elevada a qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 1981 apud CUNHA, 1991).

Assim a supervisão nesses cenários decorre especialmente de sua capacidade de influenciar, nos rumos do trabalho e na tomada de decisões.

Atualmente percebe-se uma interação do supervisor com o supervisionado, o que se traduz pela resolução de problemas em conjunto, de forma cooperativa e planejada.

Dentre os propósitos da supervisão, está o de manter a educação permanente dos trabalhadores de saúde, através de uma constante avaliação do serviço realizado por estes, com o objetivo de identificar as necessidades de orientação e treinamento, no intuito de prevenir situações problemáticas (CORREIA e SERVO, 2006).

Peters, citado por Correia e Servo (2006) afirmam que para um supervisor manter sua posição na instituição deve compreender a natureza do seu serviço, bem como realizar uma auto-avaliação e apreender como extrair o máximo das pessoas.

Portanto, a supervisão torna-se pertinente na medida em que auxilia as pessoas a alcançar metas ou padrões de atendimento, os quais, elas mesmas conceberam, tendo como parâmetro as políticas institucionais e adaptando-se as realidades locais (CORREIA e SERVO, 2006).

No tocante a enfermagem a supervisão consolidou-se desde a institucionalização da profissão ocorrida na Inglaterra no século XIX com as contribuições de Florence Nightingale através da divisão social e técnica do trabalho entre enfermeiras que chefiavam e as trabalhadoras de enfermagem que cuidavam diretamente dos

pacientes, sendo a supervisão uma atribuição exclusiva das enfermeiras-chefes. (CORREIA e SERVO, 2013).

Ainda em concordância com as autoras citadas acima, até os dias atuais, o reflexo desta fragmentação pode ser visualizado na divisão do processo de trabalho em enfermagem existente entre as categorias profissionais (enfermeiro, auxiliar, técnico e atendente de enfermagem) na qual existe a separação entre planejar e executar. Segundo o COREM/MG (2013) a Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986, “é função privativa do enfermeiro o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem”.

Assim, percebe-se que a enfermagem possui sua função gerencial e conseqüentemente supervisora legalizada, podendo exercê-la com respaldo, sendo a mesma empregada como direito e dever no exercício do cumprimento profissional.

Contudo percebe-se também que a supervisão muitas vezes é aplicada de maneira empírica, assistemática, generalizada e, por muitas vezes, protelada em razão de outras atividades que sobrecarregam o profissional enfermeiro.

De acordo com Correia e Servo (2013), no contexto do programa saúde da família a supervisão é uma estratégia para a democratização das ações de saúde já que visa à transformação do modelo assistencial hegemônico através de uma assistência integral equânime e resolutiva aos usuários.

Desta forma, a supervisão de enfermagem se configura num valioso instrumento para se obter um controle da excelência da assistência prestada, quando a enfermagem se colocar como um elemento pertencente ao grupo e não superior a este, posicionando-se a favor dos interesses coletivos.

5.5 Capacitação profissional no contexto da educação permanente

Na atualidade têm ocorrido muitos debates enfocando o trabalho multidisciplinar e a educação permanente no ambiente de trabalho, tendo como objetivo proporcionar

aos profissionais reflexões sobre sua prática diária dentro do contexto em que está inserido.

A educação permanente na área da saúde vem contribuir para que os profissionais da atenção básica em um processo permanente construam novos saberes por meio da troca de experiência entre todos os indivíduos envolvidos na saúde.

Neste contexto, a educação permanente é uma ferramenta de transformação dos serviços, já que trabalha com todos os indivíduos envolvidos com a saúde, oferecendo subsídios para que consigam resolver seus problemas e estabeleçam estratégias que amenizem as necessidades de cada comunidade (SILVA; VASCONCELOS e FILHO, 2010).

Sendo assim a equipe de Saúde da Família precisa pautar em conjunto suas metas de trabalho a partir de conversas e observação ativa realizadas com a população de seu território, pois é por meio dessas conversas e observações que os profissionais conhecerão os usuários, compreenderão o meio sócio-econômico e cultural da comunidade e quais serão os líderes sociais que poderão contribuir para o alcance das metas e solução dos problemas.

Segundo Campos (2006) citado por Grillo (2012) é nas rodas de discussão que devem surgir os principais problemas a serem enfrentados, alguns serão ofertados pela equipe e outros demandados pelos usuários.

Sendo assim, é por meio da relação cotidiana estabelecida entre os profissionais e os diferentes atores sociais que devem ser sistematizados os processos educativos que promovam reflexões sobre a teoria e a prática (MERHY, 2004 apud GRILLO, 2012).

Em concordância com o pensamento de Vasconcelos, Grillo e Soares (2009) a reflexão sobre o trabalho desempenhado por uma equipe é fundamental para que haja um norteamento das ações que foram e serão desenvolvidas, é na reflexão que se identificam os problemas, as ações que precisam ser reformuladas, os objetivos

que foram alcançados e as novas metas a serem atingidas.

Neste processo de reflexão a educação permanente pode proporcionar ao profissional da enfermagem um repensar sobre seu trabalho cotidiano, pois segundo Ricaldoni e Sena (2004) a educação permanente tem como desafio desenvolver nos profissionais a consciência da responsabilidade que cada um tem com o seu processo permanente de capacitação. Revendo os métodos utilizados nos serviços de saúde para que todos tenham na educação permanente um processo sistematizado e participativo, sendo o espaço de trabalho o local de pensar e realizar ações de transformação social.

É por meio da educação permanente que o profissional da enfermagem também encontrará novas práticas pedagógicas para conseguir envolver sua equipe de trabalho e a comunidade em ações conjuntas que promovam a melhoria da saúde no território, valendo-se para isso possivelmente do movimento de educação popular, que segundo Alves (2005) é uma metodologia que valoriza as trocas interpessoais, as iniciativas da população e usuários.

Esta educação popular que ocorrerá por meio do diálogo proporcionará a compreensão do saber popular, reconhecendo o usuário como sujeito capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade, colaborando com as estratégias de luta e enfrentamento dos problemas (ALVES, 2005).

Neste contexto o profissional da enfermagem possui um papel fundamental no PSF, sobretudo por que é o responsável pela capacitação dos profissionais de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde, visto que estes personagens por fazerem parte da comunidade, são os “olhos e os ouvidos” do outros componentes da equipe.

Desta forma é de extrema importância que o enfermeiro juntamente com os outros componentes da equipe realize atividades que promovam a educação permanente tanto da equipe quanto da população adscrita.

De acordo com todo o conteúdo exposto pela revisão bibliográfica e no intuito de amenizar o déficit no gerenciamento de enfermagem no PSF de Candeias, foi elaborado um plano de ação para o enfrentamento dos problemas.

6 PLANO DE AÇÃO

O plano de ação define as ações a serem tomadas após coleta e análise de dados. É uma ferramenta que permite gerenciar estratégias para a redução ou solução de determinado problema (CORRÊA, VASCONCELOS e SOUZA, 2013).

Como primeiro passo foi identificado os nós críticos, ou seja, foram levantados os principais problemas a partir de um diagnóstico situacional da área de abrangência do PSF de Candeias, sendo o déficit no gerenciamento da enfermagem o problema priorizado como mencionado no Quadro 1.

Quadro 1 - Identificação dos nós críticos relacionados ao problema

Problema	Nós críticos
Déficit no gerenciamento da enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> → Déficit na comunicação entre os profissionais. → Ausência de planejamento das ações. → Déficit na organização das informações colhidas pelos ACS. → Supervisão ineficiente do trabalho. → Inexistência de educação continuada da equipe do PSF. → Inexistência de ações de educação em saúde na comunidade.

O Desenho das operações para os nós críticos do problema foi o próximo passo, descrevendo as operações de enfrentamento das causas selecionadas, identificando os produtos e resultados para cada operação definida e identificando os recursos necessários para a concretização das operações Quadro 2.

Quadro 2 – Desenho de operações para os nós críticos relacionados ao problema.

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Déficit na comunicação entre os profissionais.	Despertar os profissionais, para o trabalho em equipe.	Profissional sensibilizado para a importância de trabalhar em equipe.	Reunião semanal com rodas de conversa.	Sala de reunião.
Ausência de planejamento das ações.	Planejar com responsabilidade. Mobilizar a equipe para o planejamento.	Equipe responsável e comprometida com o trabalho.	Reuniões mensais para planejamento.	Dados colhidos pelos ACS.
Déficit na organização das informações colhidas pelos ACS e organização do trabalho	Criar um sistema de armazenamento e organização dos dados colhidos pelos ACS.	Dados organizados e repasse de informações a todos os integrantes da equipe.	Repasse semanal dos dados colhidos pelos ACS a equipe da ESF.	Bancos de armazenamento dos dados colhidos pelos ACS, armários para o armazenamento desses dados.
Supervisão ineficiente do trabalho	Acompanhar com responsabilidade e apoiar a equipe no desenvolvimento das atribuições de cada profissional. E estimular a participação de	Equipe com trabalho organizado e consciente das atribuições individuais.	Reunião semanal com os ACS.	Sala de reunião.

	todos os envolvidos			
Inexistência de educação continuada da equipe do PSF.	Sensibilizar os profissionais, para as atribuições dos ACS.	Profissionais capacitados.	Estudos dos Cadernos de Atenção Básica e guia prático do ACS realizados com os ACS.	Cadernos de Atenção Básica e Guia prático do ACS.
Inexistência de ações de educação em saúde na comunidade.	Despertar a comunidade para a educação em saúde.	Comunidade informada, consciente e participativa.	Rodas de conversa e palestras sobre os diversos temas relacionados à educação em saúde na comunidade.	Local de fácil acesso aos moradores, folhetos e cartazes.

O terceiro passo foi a identificação dos recursos críticos. Nesta etapa foram identificados os recursos necessários para se atingir os resultados esperados. Esses recursos são classificados como “recursos críticos”, ou seja, os recursos indispensáveis para a viabilidade de um plano de ação. Quadro 3.

Quadro 3 - Identificação dos recursos críticos para intervenção.

Operação/ Projeto	Recursos críticos
Despertar os profissionais, para o trabalho em equipe.	Organizacional: programar as reuniões e definir as pautas.
Planejar com responsabilidade/ Mobilizar a equipe para o planejamento.	Organizacional: programar o roteiro de visitas e as atividades a serem desenvolvidas por cada profissional

Treinar os ACS para coletar os dados das visitas domiciliares de forma sistematizada e repassar para a equipe.	Organizacional: capacitar os ACS. Político: viabilizar o material usado como arquivo de dados.
Acompanhar com responsabilidade e apoiar a equipe no desenvolvimento das atribuições de cada profissional. E estimular a participação de todos os envolvidos	Organizacional: programar as reuniões, analisar os dados colhidos pelos ACS. Político: providenciar o transporte para o atendimento domiciliar dos pacientes acamados.
Sensibilizar os profissionais, para as atribuições dos ACS.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias pedagógicas e de comunicação. Político: conseguir a reprodução dos materiais necessários.
Despertar a comunidade para a educação em saúde.	Organizacional: definir o local apropriado para atender a comunidade. Político: conseguir a reprodução dos materiais necessários. Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias pedagógicas e de comunicação.

A análise de viabilidade do plano foi outro ponto abordado. Neste momento foram identificados os atores que controlam os recursos e seus possíveis posicionamentos em relação ao problema. Levando em consideração as motivações dos atores (Quadro 4).

Quadro 4 - Análise da viabilidade do plano de intervenção.

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Despertar os profissionais, para o trabalho em equipe.	Organizacional: programar as reuniões e definir as pautas.	Enfermeiro e Médico.	Favorável	Rodas de conversa e reuniões semanais
Planejar com responsabilidade/ Mobilizar a equipe para o planejamento.	Organizacional: programar o roteiro de visitas e as atividades a serem desenvolvidas por cada profissional	Enfermeiro da equipe e Médico.	Favorável	Reuniões semanais
Treinar os ACS para coletar os dados das visitas domiciliares de forma sistematizada e repassar para a equipe.	Organizacional: alimentar o sistema de armazenamento de dados. Político: viabilizar o material usado como arquivo de dados.	Enfermeiro, Médico, e coordenação da Atenção Básica.	Favorável Favorável	Cursos de capacitação. Material necessário para a coleta de dados dos ACS.
Acompanhar com responsabilidade	Organizacional: programar as	Enfermeiro, Médico,	Favorável	Reuniões semanais.

e apoiar a equipe no desenvolvimento das atribuições de cada profissional. E estimular a participação de todos os envolvidos	reuniões, analisar os dados colhidos pelos ACS. Político: providenciar o transporte para o atendimento domiciliar dos pacientes acamados.	Coordenação da Atenção Básica e Secretário Municipal de Saúde.	Indiferente	Transporte do profissional de enfermagem e do médico para as visitas domiciliares.
Sensibilizar os profissionais, para as atribuições dos ACS.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias pedagógicas e de comunicação. Político: conseguir a reprodução dos materiais necessários.	Enfermeiro coordenador da equipe, Coordenação da Atenção Básica e Secretaria Municipal de Saúde.	Favorável Indiferente	Cursos de capacitação dos ACS. Reprodução dos Guias do ACS.
Despertar a comunidade para a educação em saúde.	Organizacional: definir o local apropriado para atender a comunidade. Político: conseguir a reprodução dos materiais	Enfermeiro Secretaria Municipal de Saúde	Favorável Indiferente	Palestras e rodas de conversa com a comunidade local. Reprodução de folders e cartazes

	necessários. Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias pedagógicas e de comunicação.	Enfermeiro e Médico.	Favorável	usados nas rodas de conversa e nas palestras.
--	--	-------------------------	-----------	--

Segundo Campos, Faria e Santos (2010) a motivação de um ator pode ser classificada em: **motivação favorável** (ator que controla o recurso crítico coloca-o a disposição), **motivação indiferente** (ator que controla o recurso crítico ainda não está garantindo), **motivação contrária** (oposição ativa da utilização do recurso ou do plano).

O Quinto e último passo foi a gestão do plano de intervenção na qual são indicados o desenvolvimento e a estrutura do plano de ação. Para que seja possível acompanhar e coordenar as operações executadas (Quadro 5).

Quadro 5 - Planilha de acompanhamento do projeto.

Operação: Despertar os profissionais para o trabalho em equipe. Coordenação da Atenção Básica - Avaliação após três meses do início do projeto.		
Produto	Responsável	Prazo
Avaliação do nível de informação de cada profissional sobre a importância do trabalho	Coordenador da Atenção Básica.	2 meses

em equipe.		
<p>Operação: Planejar com responsabilidade/ Mobilizar a equipe para o planejamento. Coordenação da Atenção Básica, Enfermeiro e Médico - Avaliação após três meses do início do projeto</p>		
Produto	Responsável	Prazo
Planejamento junto aos ACS o roteiro de visitas e das atividades a serem desenvolvidas por cada profissional	Enfermeiro e Médico da equipe.	2 meses
<p>Operação: Treinar os ACS para coletar os dados das visitas domiciliares de forma sistematizada e repassarem para a equipe. Enfermeiro da equipe - Avaliação após três meses do início do projeto.</p>		
Produto	Responsável	Prazo
Cursos de capacitação dos ACS para a coleta dos dados de forma sistematizada das visitas domiciliares.	Enfermeiro da equipe.	1 mês
Viabilizar as fichas das visitas domiciliares para os agentes.	Coordenação da Atenção Básica.	15 dias
<p>Operação: Acompanhar com responsabilidade e apoiar a equipe no desenvolvimento das atribuições de cada profissional. E estimular a participação de todos os envolvidos. Coordenação da Atenção Básica - Avaliação após quatro meses do início do projeto.</p>		
Produto	Responsável	Prazo
Análise dos dados colhidos pelos ACS e repasse dessas	Enfermeiro Coordenador da equipe.	1 mês

informações a toda equipe do PSF. Político: providenciar o transporte para o atendimento domiciliar dos pacientes acamados.		
Transporte para o atendimento domiciliar dos pacientes acamados.	Secretaria Municipal de Saúde.	1 mês
Operação: Sensibilizar os profissionais para as atribuições dos ACS. Coordenador da equipe - Avaliação após quatro meses do início do projeto.		
Produto	Responsável	Prazo
Estudo dos Guias do ACS	Coordenador da equipe	3 meses
Reprodução dos Guias do ACS	Coordenação da Atenção Básica e Secretaria Municipal de Saúde.	20 dias
Operação: Despertar a comunidade para a educação em saúde. Enfermeiro Coordenador da equipe o médico os Auxiliares Técnicos e os ACS - Avaliação após seis meses do início do projeto		
Produto	Responsável	Prazo
Debates com a comunidade sobre os temas relacionados à saúde da comunidade.	Enfermeiro da equipe o Médico os Auxiliares Técnicos e os ACS.	6 meses
Reprodução dos materiais usados nos debates das rodas de conversa.	Coordenação da Atenção Básica e a Secretaria Municipal de Saúde.	2 meses

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado ressalta que há uma necessidade de melhoria no gerenciamento de enfermagem no PSF de Candeias do município de Satubinha - Minas Gerais.

Por meio deste estudo fica evidenciado que o gerenciamento da enfermagem deve ser embasado nas competências gerenciais citadas pelo Conass (2013), pois é com o uso de tais competências que possivelmente ocorrerá uma diminuição das taxas de verminoses e de natalidade da população adscrita, haverá uma melhoria significativa da comunicação entre os profissionais da equipe, além de propiciar aos ACS o embasamento teórico e a melhoria na qualidade dos serviços prestados por eles.

As competências gerenciais devem ser usadas como as bases que norteiam o trabalho do profissional de enfermagem, para que sua função tenha sentido e seja realizada com qualidade, sendo a equipe e a toda comunidade beneficiada pela sua supervisão e coordenação.

Desta forma a intervenção no gerenciamento de enfermagem no Programa Saúde da Família de Candeias do município de Setubinha Minas Gerais, trará a comunidade adscrita uma melhoria na qualidade dos serviços de saúde, além de proporcionar a equipe de profissionais um direcionamento de suas atividades, bem como uma melhoria nas relações de trabalho entre todos os envolvidos.

REFERÊNCIAS

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integridade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.39-52, 2005.

BENITO, Gladys Amélia Vélez. et al. Conhecimento gerencial requerido do enfermeiro no Programa Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2005. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a02v58n6.pdf. Acesso em: 08/03/2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf. Acesso em: 13/05/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Atenção Básica 2010**. Minas Gerais: SIAB, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde. Série F. Comunicação e Educação em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf. Acesso em: 20/05/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 20/06/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. et al. **(Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_v4_4ed.pdf. Acesso em: 12/05/2013.

CAMPOS, C. E. A.; GARCIA, J. Contribuições para a supervisão dos programas sociais com foco na família. **Rev. Katál**. Florianópolis. 2007. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rk/v10n1/v10n1a11. Acesso em: 03/03/2014.

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

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. **Legislação e normas**. V. 13, n. 1. Belo Horizonte. Coren- MG, 2013. Disponível em: http://www.corenmg.gov.br/anexos/legislacao_normas_pb.pdf. Acesso em: 05/04/2014.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. I. **Iniciação a Metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte. Nescon/UFMG, 2013.

CORREIA, V.S.; SERVO, M. L. S. Supervisão da enfermeira em Unidades Básicas de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a10v59n4.pdf>. Acesso em: 20/02/2014.

CORREIA, V. S.; SERVO, M. L. S. Processo de supervisão social em enfermagem: possibilidade de transformação do modelo assistencial. **Rev. Saúde. Com**. 2013. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v9/v9n3a07.pdf>. Acesso em: 20/02/2014.

CUNHA, K. C. Supervisão em enfermagem. In: KURCGANT, Paulina *et al.* **Administração em enfermagem**. São Paulo, SP: Editora pedagógica e universitária Ltda. 1991. p. 117-132.

FIGUEIREDO, N. M. A.; TONINI, T. **SUS e PSF para enfermagem. Práticas para o cuidado em saúde coletiva**. São Caetano do Sul, São Paulo: Yends, 2007. Disponível em: http://estacioenfermagem.weebly.com/uploads/6/0/3/9/6039251/livro_sus_e_psf_para_enfermagem.pdf. Acesso em: 12/05/2013.

GRILO, M. J. C. **Educação permanente em saúde: um instrumento para a reorganização da atenção em saúde**. Belo Horizonte, 2012. 8p.

MALUCELLI, A. *et al.* Sistema de informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. 2010. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/20.pdf. Acesso em: 15/03/2014.

NASCIMENTO, K. C. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2008. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em 12/10/2013.

RICALDONI, C.A.C.; SENA, R.R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2006.

SANTIAGO, A. R. J. V.; CUNHA, J. X. P. Supervisão de enfermagem: instrumento para a promoção da qualidade na assistência. **Revista Saúde e Pesquisa**. 2011. Disponível em: <http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/viewFile/1964/1395>. Acesso em: 24/02/2014.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Coordenação de Epidemiologia 2010**. Setubinha, MG, 2010.

SILVA, M. T; VASCONCELOS, G. B; FILHO, S. A. M. “**Educação Permanente em Saúde: Fatores que Limitam a Participação dos Trabalhadores**”. 2010. Dissertação (Especialização em Gestão Hospitalar para o Sistema Único de Saúde) _ Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, 2010.

VASCONCELOS, M; GRILLO, M. J. C; SOARES, S. M. **Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG- Nescon UFMG, 2009.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v14s1/a30v14s1.pdf>. Acesso em: 13/05/2013.