



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E LICENCIATURA

NIANA ALMEIDA MELLO

O PLANEJAMENTO COMO INSTRUMENTO GERENCIAL NA PRÁTICA DOS
ENFERMEIROS DE UMA CLÍNICA COMUNITÁRIA DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
NITERÓI

NITERÓI

2016

NIANA ALMEIDA MELLO

**O PLANEJAMENTO COMO INSTRUMENTO GERENCIAL NA PRÁTICA DOS
ENFERMEIROS DE UMA CLÍNICA COMUNITÁRIA DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE NITERÓI**



Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Coordenação de Curso de Graduação em
Enfermagem e Licenciatura, como requisito
parcial para obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem e Licenciatura.

Orientadora: Professora Doutora. Maritza Consuelo Ortiz Sanchez

Co-orientador: Professor Doutorando André Luiz de Souza Braga

Niterói, RJ

2016

M 527 Mello, Niana Almeida.

O planejamento como instrumento gerencial na prática dos enfermeiros de uma clínica comunitária da família no município de Niterói / Niana Almeida Mello. – Niterói: [s.n.], 2016.

53 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal Fluminense, 2016.

Orientador: Prof^a. Maritza Consuelo Ortiz Sanchez.

Co-orientador: Prof. André Luiz de Souza Braga.

1. Enfermagem. 2. Planejamento. 3. Tomada de Decisões Gerenciais. I. Título.

CDD 610.73

NIANA ALMEIDA MELLO

O PLANEJAMENTO COMO INSTRUMENTO GERENCIAL NA PRÁTICA DOS
ENFERMEIROS DE UMA CLÍNICA COMUNITÁRIA DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
NITERÓI

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Coordenação de Curso de Graduação em
Enfermagem e Licenciatura, como requisito parcial
para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem
e Licenciatura.

Aprovado em 13 de Dezembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Dra. Maritza Consuelo Ortiz Sanchez

Prof. Doutorando André Luiz de Souza Braga

Prof^ª. Dra. Miriam Marinho Chrizostimo

Prof^ª. Doutoranda Deise Ferreira de Souza

Niterói, RJ

2016

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradecer a Deus, por estar aqui, por me conceder a dádiva que é viver e por ser ele quem me acompanhou e iluminou minha mente e meus caminhos para que eu chegasse até aqui. Ser maior, a quem eu entrego minha vida todos os dias.

Aos meus pais, os responsáveis por me colocarem no Mundo e me criarem e educarem de forma particular, fazendo com que eu tivesse força para enfrentar cada obstáculo. Pela garra e independência da minha mãe e pelo sucesso do meu pai.

Sem nunca esquecer, guardada para sempre na minha memória e no meu coração, fruto de todo amor do Mundo, a quem eu elevo meus pensamentos e saudades, minha luz no céu, minha vózinha!

À toda minha família que se fez presente nessa minha caminhada e que me deram muita força e amor, meus alicerces: Roberta, Cristiane, minha pequena Sophia, Yago, Erick, Erica, Cezar e Latife.

Ao meu companheiro de trajetória, Gabriel, aquele que vem me auxiliando nessa caminhada, quem me ajuda a superar as dificuldades e que me ampara nos momentos mais estressantes dessa jornada. Na alegria e na tristeza, ou em qualquer momento de nossas vidas.

À minha orientadora Maritza e ao meu co-orientador André, pelo suporte, pelas suas correções e incentivos, vocês foram fundamentais.

Aos membros da banca avaliadora, que dispuseram do seu tempo para estarem aqui presentes.

E finalmente aos meus amigos, aqueles que me deram força, foram meus companheiros do início ao fim, me ampararam, riram comigo, participaram de cada momento único e ímpar da minha vida, meus companheiros de vida, os enfermeiros mais competentes que eu já vi nessa vida, donos de uma força interior absurda, minha família da UFF, cada um de vocês tem um espaço enorme no meu coração, amo vocês!

À Nayara, minha amiga de infância, irmã de criação, meu porto seguro, o real significado de amizade além de tudo.

À Marcelle, uma amiga a quem eu fui conquistando e que hoje virou uma parceira pra todas as horas, uma irmã com seu jeito peculiar de ser.

À Maria Clara, a mãe de todos nós, a mais responsável, a mais cuidadosa, a minha enfermeira pediátrica!

À Thamirys, amiga que compartilhou comigo de muitos momentos da minha caminhada, estando junto comigo todos os dias, em todos os momentos e em todas as circunstâncias.

À Beatriz, a mais amorosa, o ser de luz mais lindo que eu já vi, uma amiga que me trouxe paz e me apresentou uma família de luz.

Ao Eduardo Fernandes, o mais corajoso, aquele que tira a garra de dentro de si e vai. Você vai muito longe!

Ao Rodrigo, o amigo mais difícil que eu pude ter, mas que se mostrou presente em todos os momentos.

Ao Eduardo Baptista, ao amigo mais louco e parceiro que alguém pode ter.

À Andressa, minha amiga e mãe da nossa amada Luisa, que me acompanha desde o ensino fundamental.

À Brizabella, aquela que apesar do tempo nunca deixou de se mostrar presente.

A todos vocês e a todos que participaram dessa minha caminhada, estando comigo em todos os momentos, sejam eles quais fossem, vocês fazem parte de algo muito maior, vocês fazem parte da minha família, da minha vida e todos vocês são responsáveis pela pessoa que me tornei hoje. À vocês o meu muito obrigada, e que continuem sempre ao meu lado, seja ela qual caminhada for. Amo vocês!

RESUMO

O objeto de estudo da pesquisa é o planejamento como instrumento gerencial na prática dos enfermeiros de uma clínica comunitária da família no município de Niterói. O mesmo tem como objetivo: mostrar os fatores que facilitam e ou interferem na operacionalização do planejamento na prática dos enfermeiros de uma Clínica Comunitária da Família; objetivos específicos: descrever o planejamento enquanto instrumento gerencial aplicado em uma Clínica Comunitária da Família e analisar as dificuldades/facilidades na implementação do planejamento para a realização das atividades em uma Clínica Comunitária da Família. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, exploratório e descritivo. Os resultados apontam para o perfil dos enfermeiros da Clínica Comunitária da Família da Ilha da Conceição (CCFIC), o entendimento sobre planejamento pelos enfermeiros da CCFIC, o planejamento enquanto instrumento gerencial aplicado na CCFIC; as dificuldades e facilidades apresentadas na implementação do planejamento no CCFIC. Conclusões: As enfermeiras entendem o planejamento como uma ferramenta importante em seus dias de trabalho, fundamental no ato de organizar o trabalho a ser realizado por elas, tanto na parte gerencial, quanto na assistência. Quanto a forma de implementar o planejamento, elas fazem uso de ações, como: visitas domiciliares, escalas, entre outros. Entre as dificuldades relatadas: falta de tempo e as facilidades: interações positivas com sua equipe. Ressalta-se a contínua necessidade de acompanhar o campo de conhecimento e investigação sobre o planejamento como instrumento administrativo utilizado no processo de trabalho do enfermeiro.

Palavras-chave: Enfermagem; Planejamento; Tomada de decisões gerenciais.

ABSTRACT

The object of study of the research is the planning as a managerial tool in the practice of the nurses of a community clinic of the family in the city of Niterói. The same has the general objective: To show the factors that facilitate and / or interfere in the operationalization of the planning in the practice of the nurses of a Community Family Clinic; Specific objectives: Analyze planning as a management tool applied in a Family Community Clinic and Identify the difficulties / facilities in the implementation of planning for the activities in a Community Family Clinic. It is a study with a qualitative, exploratory and descriptive approach. The results point to the profile of nurses at the Community Clinic of the Family of Conceição (CCFIC), the understanding about planning by the nurses of the CCFIC, the planning as a management tool applied in the CCFIC; The difficulties and facilities presented in the implementation of the planning in the CCFIC. Conclusions: Nurses understand planning as an important tool in their work days, fundamental in organizing the work to be performed by them, both in the managerial part and in the care. As for how to implement the planning, they make use of actions, such as: home visits, scales, among others. Among the difficulties reported: lack of time and facilities: positive interactions with his team. The need to follow the field of knowledge and research on planning as an administrative tool used in the nurses' work process is emphasized.

Key words: Nurse; Planning; Management Decision.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
1.1 QUESTÃO NORTEADORA.....	10
1.2 JUSTIFICATIVA.....	10
1.3 CONTRIBUIÇÕES.....	11
1.4 OBJETIVOS.....	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1 A CONCEPÇÃO DO PLANEJAMENTO.....	12
2.2 PLANEJAMENTO EM SAÚDE.....	14
2.3 PLANEJAMENTO SUS/ATENÇÃO BÁSICA.....	17
2.4 PLANEJAMENTO EM ENFERMAGEM.....	20
3 METODOLOGIA.....	22
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	26
4.1 PERFIS DOS ENFERMEIROS DA CLÍNICA COMUNITÁRIA DA FAMÍLIA DA ILHA DA CONCEIÇÃO.....	26
4.2. O ENTENDIMENTO SOBRE PLANEJAMENTO PELOS ENFERMEIROS DA CCFIC.....	28
4.3. O PLANEJAMENTO ENQUANTO INSTRUMENTO GERENCIAL APLICADO NA CCFIC.....	30
4.4 DIFICULDADES E FACILIDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DO PLANEJAMENTO NA CCFIC.....	38
5 CONCLUSÃO.....	42
6 OBRAS CITADAS.....	44
7 ANEXOS.....	53

1. INTRODUÇÃO

A aproximação com a temática desenvolvida neste trabalho de conclusão de curso (TCC) teve como ponto inicial a observação de algumas dificuldades que os enfermeiros têm para desenvolver uma gestão de forma efetiva. Cabe ressaltar que durante minha trajetória como acadêmica de enfermagem, tive a oportunidade de participar de maneira ativa na gerência de enfermagem, tanto no ambiente hospitalar quanto na rede básica de saúde, duas realidades diferentes, visto que as unidades divergiam em praticamente todos os aspectos. Na unidade básica era mais fácil a visualização da participação ou não do enfermeiro para uma gestão eficaz, onde era possível observar a implementação de alguns instrumentos gerenciais, entretanto no hospital está visualização tornou-se mais difícil.

O interesse pela temática devém desde o início de minha graduação, visto que tanto na assistência quanto na gerência, se complementam e são essenciais uma a outra para brindar um cuidado de qualidade para a clientela; para que isto possa acontecer se faz necessária a utilização de diversos instrumentos gerenciais dentre eles o planejamento.

Outra motivação devém de minha participação no Projeto de Iniciação Científica orientada pela professora Doutora Maritza Ortiz Sanchez, cujo título é “Instrumentos do processo de trabalho gerencial na assistência de enfermagem: Um estudo comparado em duas policlínicas comunitárias do município de Niterói”, pesquisa que me possibilitou um contato maior com a gerência do cuidado, através das diversas leituras feitas sobre a temática.

O planejamento é um processo contínuo, que tem como objetivo que os gestores de uma organização na sua relação com os clientes e cidadãos desenvolvam uma postura ativa perante situações em que suas habilidades sejam necessárias. Devido à realidade não ser dinâmica, não há como os gestores adotarem uma postura definitiva, tendo que considerar as incertezas e sempre deixar margens para os imprevistos. (ALMEIDA et al, 2001).

Para Tancredi; Barrios e Ferreira (1998) o planejamento se pensado como um instrumento do processo de trabalho gerencial pode ter como definição a arte de realizar escolhas e de elaborar planos adequados que favoreçam a mudança de forma positiva. Sendo assim, o planejamento é entendido como um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos que criam um meio de interação com a realidade, capacidade de programar as estratégias e ações que sejam necessárias para alcançar os objetivos e metas já preestabelecidos.

No que diz respeito ao planejamento em saúde, é entendida como uma questão referente ao método de organização humana que pode ser definida como técnica para

conseguir intervir e avaliar os sistemas de saúde, realizar a prática social para modificar os sujeitos e coletivos, o método de ação governamental para a tomada de decisões e o meio de ação comunicativa para ser adotado em ambientes complexos. (MEHRY, 1995; ONOCKO CAMPOS, 2000; VILASBÔAS, 2006; JESUS et.al, 2011).

No Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), estão definidos os determinados elementos e características de sua operacionalização, tendo como objetivo dotar os gestores – de forma oportuna, e segundo as especificidades de cada esfera de direção –, do planejamento de que cada um necessita para que haja a oferta de ações e serviços capazes de promover, proteger e recuperar a saúde da população. (BRASIL, 2009).

A Enfermagem como parte integrante do sistema de saúde; especificamente os enfermeiros para realizarem a assistência, a gerencia, a investigação e o ensino, necessitam tomar conhecimento da função e importância do planejamento, quando bem aplicado, o mesmo é o ponto de partida para o desenvolvimento eficaz de suas ações. Ao utilizar dos conhecimentos administrativos na sua prática diária o enfermeiro realiza a gerência da unidade e a gerência do cuidado, que envolvem o planejamento da assistência, o provimento de recursos físicos, humanos, materiais e financeiros, bem como a tomada de decisão, a supervisão e a liderança da equipe de enfermagem (SPERANDIO, 2005).

Para alcançar com sucesso o desenvolvimento dessas atividades o enfermeiro deve conhecer a realidade na qual irá atuar formular ações concretas para modificar ou manter a realidade encontrada, executar as ações propostas, avaliar e reajustar suas ações caso necessário, ou seja, ele deve planejar (PAIM, 1986).

1.1 QUESTÃO NOTERADORA

- 1.- Como o planejamento é implementado numa Clínica Comunitária?
- 2.- Quais as dificuldades/facilidades na implementação do planejamento para a realização das atividades na Clínica Comunitária?

1.2 JUSTIFICATIVA

O presente estudo se justifica em função da contínua necessidade de acompanhamento no campo de conhecimento e investigação sobre o planejamento como instrumento administrativo utilizado no processo de trabalho do enfermeiro; com o objetivo do aprimoramento da prática deste profissional na melhoria do desempenho da função gerencial através do conhecimento teórico e o aplicando na prática o qual venha possibilitar uma relação efetiva entre o processo de gerenciamento em enfermagem e o processo

assistencial individual e por proporcionar reflexão quanto à necessidade contínua de atualização de informações/conhecimentos, no ensino de enfermagem e sobre o exercício profissional visto que grande maioria dos enfermeiros considera esta prática desnecessária na rotina.

O planejamento é o contrário de improvisação, ou seja, uma ação planejada não é uma ação improvisada, se bem elaborado ele é a chave de uma administração eficiente e eficaz (KWASNICKA, 1991, FERREIRA, 1983).

Outro fato que devemos considerar é que um planejamento tem sempre como objetivo propor mudanças, mas seu sucesso depende do reconhecimento do quanto essas mudanças são necessárias, entretanto mudar não é fácil, e para muitos gera ansiedade e resistência, afetando o relacionamento entre os grupos e os líderes dos grupos (KWASNICKA, 1991).

Lembrando sempre que difícil não é planejar, difícil é conhecer o que se planeja (FERREIRA, 1983, ROCHA, 1998)

1.3 CONTRIBUIÇÕES

Este estudo tem como objetivo contribuir para o desenvolvimento de mais pesquisas na área de gerencia para enfermeiros e levar o conhecimento sobre o planejamento na enfermagem e sua influência na assistência. É esperado, também, que ocorra um aumento do interesse pela temática em alunos da graduação e enfermeiros para que a pesquisa se torne eficiente e atinja seus objetivos.

1.4 OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Analisar os fatores que facilitam e ou interferem na operacionalização do planejamento na prática dos enfermeiros de uma Clínica Comunitária da Família

Objetivos específicos:

- 1) Descrever o planejamento enquanto instrumento gerencial aplicado em uma Clínica Comunitária da Família;
- 2) Discutir as dificuldades/facilidades na implementação do planejamento para a realização das atividades em uma Clínica Comunitária da Família.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A CONCEPÇÃO DO PLANEJAMENTO

Planejar é uma capacidade perceptível no ser humano, desde a mais remota antiguidade existem indícios de que o homem primitivo planejava, pois, arqueólogos, já identificaram desenhos que indicam que quando as tarefas eram complexas ou exigiam a participação de várias pessoas, os homens elaboravam desenhos com os passos a serem seguidos, indicando um planejamento de suas ações (FERREIRA, 1983).

O planejamento é um processo, ou seja, uma sucessão de etapas que se desencadeiam numa sequencia lógica, obedecendo a normas, métodos e técnicas específicas tendo como função alcançar seus objetivos em prazos e etapas anteriormente definidas. Através do planejamento podemos prever necessidades específicas, ou seja, deve-se ter em mente o que é necessário para ser realizado em uma realidade concreta, para que intercorrências não os peguem desprevenidos.

Além disso, o planejamento é um processo de racionalização de meios e recursos humanos e materiais. Racionalizar é usar a razão na previsão das condições e meios necessários para se executar ações de maneira eficaz, é atuar de forma consciente e embasada teoricamente, tendo a capacidade de tomar decisões sobre o que deve ser utilizado e quem desenvolverá o plano, tendo em vista que os melhores e mais eficazes meios e recursos deverão ser selecionados a partir dos objetivos. O planejamento deve sofrer avaliações criteriosas e científicas para que seja desenvolvido de maneira correta, para que não haja falhas na sua elaboração e estruturação. Planejar, portanto, é pensar sobre aquilo que existe sobre o que se quer alcançar, com que meio se pretende agir e como avaliar o que se pretende atingir (MENEGOLLA e SANT'ANNA, 1997).

Para que o planejamento seja eficiente, eficaz e efetivo ele deve seguir os seguintes princípios básicos: Que o planejamento seja bem elaborado em função dos objetivos que se almeja alcançar, assim eles devem ser definidos de forma clara e objetiva, pois a finalidade do planejamento é determinar de que forma os objetivos podem ser alcançados; Uma vez que o planejamento seja referente ao futuro, ele deve ser flexível, para se adaptar as situações que podem e geralmente sofrem alterações, ou seja, nem sempre podem ser previstas; O planejamento será muito mais efetivo e eficaz na medida em que contemple no processo de elaboração, execução e avaliação todas as áreas, setores e pessoas envolvidas; Deve haver

sincronia e articulação entre os vários aspectos e pessoas que estejam envolvidas no planejamento de uma forma que consigam trabalhar de forma interdependentemente mas modo integrado; O planejamento deve ser constantemente revisto para que permaneça atual e válido (CIAMPONE, 2010).

De acordo com Kron; gray, 1989; Ciampone, 1991; Chiavenato, 1993; Fonseca, 2000; Ciampone, 2010. O planejamento pode ser descrito através de fases ou etapas:

Etapa 1: Conhecimento do sistema ou da realidade, que consiste na elaboração de um diagnóstico situacional.

Etapa 2: Definição de objetivos, onde é necessário estabelecer aquilo que se quer alcançar (o objetivo),mas que não deve ser confundido com o método de trabalho, com o como se pode alcançar, com a ação para se alcançar aquilo que se deseja.

Etapa 3: Estabelecimento de prioridades, onde é necessário tomar decisões sobre a ordem em que as ações devem ser tomadas, definir uma seqüência de prioridades, escolhendo-se quais os meios que serão utilizados para alcançar os fins.

Etapa 4: Seleção de meios e recursos: onde é importante que se descreva quais os recursos possíveis, viáveis e disponíveis, sejam eles humanos, materiais e físicos, para que estratégias sejam definidas na otimização desses recursos, no sentido de se alcançar os objetivos propostos.

Etapa 5: Estabelecimento do plano operacional, que consiste em se definir, através de uma seqüência lógica de eventos como os objetivos serão traçados.

Etapa 6: Desenvolvimento, esta etapa consiste em se colocar em prática, executar, aquilo que se planejou, evolve a ação e a coordenação.

Etapa 7 – Onde o aperfeiçoamento é colocado em prática, que é necessário avaliar e replanejar.

Outra característica muito importante a ser considerada é que um planejamento frequentemente propõe mudanças, e seu sucesso depende do reconhecimento de que essas mudanças são necessárias, porém propor tais mudanças e mudar é complicado, e muitas vezes podem acabar gerando ansiedade e resistência, o que pode vir a afetar o relacionamento entre os grupos e os líderes dos grupos (KWASNICKA, 1991). Tendo sempre em mente que difícil não é planejar, difícil é conhecer o que se planeja (FERREIRA, 1983; ROCHA, 1998).

2.2 PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Durante muito tempo, as pessoas entendiam que saúde era sinônimo de ausência de doenças físicas e mentais. Nesse sentido, os serviços de saúde privilegiaram na sua organização a atenção médica curativa. Atualmente, a Organização Mundial de Saúde deixou estabelecida que saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença. Essa definição nos mostra que o conceito que a saúde não é algo tão fácil de ser compreendido, e a reflexão mais aprofundada sobre seu significado nos leva a pensar a necessidade e importância de ações intersetoriais e interdisciplinares no sentido de criar condições de vida saudáveis. (TANCREDI, 1998).

A carta de intenções da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, denominada Carta de Ottawa define a saúde como sendo o processo de capacitação da comunidade que visa atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, além de uma maior participação durante esse processo. Sendo assim, a promoção à saúde não é responsabilidade apenas do setor da saúde, e vai além de apenas adotar um estilo de vida saudável, visa a direção de um bem-estar global. (BRASIL 1986).

Quando falamos no setor de saúde, o planejamento é o instrumento que melhor pode otimizar o desempenho, a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde. (TANCREDI, 1998).

O planejamento e o gerenciamento de um sistema de saúde dependem de um conjunto de informações que venham a orientar o planejador quanto às necessidades de saúde da sua população e a como definir a ordem de prioridade dessas necessidades, também como da oferta de serviços existentes e qual sua capacidade de atendê-las. Essas informações devem conter as diferentes características que tenham como evidência as condições de vida dessa determinada população, sejam culturais, sociais, econômicas e epidemiológicas, e que são responsáveis pelas suas demandas de saúde. Para que essa análise seja confiável, é necessária a presença de dados bastante específicos em relação aos diversos grupos populacionais que se pretende atingir. Essa tem sido uma tarefa complexa, pois os dados, geralmente, estão disponíveis apenas nos municípios num grau de desagregação que não é o suficiente para permitir distinguir essas diferenças. (TANCREDI, 1998).

Dentre os métodos de planejamento em saúde, temos: A Estimativa Rápida Participativa (ERP) que apoia o planejamento participativo com o objetivo de contribuir para a identificação das necessidades de saúde de grupos diferentes, inclusive dos que possuem

menos recursos, a partir da própria população, mas sempre em parceria com os administradores de saúde. Esse método de análise reúne algumas vantagens, tais como, a simplicidade; baixo custo; rapidez; informações específicas de populações definidas. E ela tem como princípios: coletar dados pertinentes e necessários; coletar informações que definam as condições locais e as situações específicas; levar para a comunidade a definição de seus próprios problemas e a busca de soluções dos determinados problemas. Através desses princípios, é possível unir o conhecimento teórico com o saber prático, de uma forma que facilita ao tomador de decisão desenvolver o planejamento local em conjunto com a própria comunidade que recebe e avalia o serviço. (TANCREDI, 1998).

A estimativa rápida trabalha com três fontes de dados que são de extrema importância para um planejamento em saúde eficaz e eficiente, que são: registros escritos, tanto de fontes primárias quanto de secundárias; entrevistas com informantes-chave; observação de campo. (TANCREDI, 1998).

Tancredi (1998) refere algumas formas de aplicar a Estimativa rápida e elas são descritas a seguir:

I - Escolha da equipe: 1. Deve-se dar preferência à formação de uma equipe multissetorial. A possibilidade unir indivíduos de setores distintos como os da saúde, saneamento, habitação, educação, por exemplo, aumentará a credibilidade do trabalho. 2. É importante que os membros da equipe tenham certas habilidades como, a determinação para descobrir e examinar registros escritos; disposição e vontade de aprender da equipe do local; ouvir com atenção durante as entrevistas e as conversas informais; atenção e sensibilidade ao que possa ser observado; uso do bom senso na análise das informações.

II – Escolha dos informantes-chaves que tem como objetivo identificar indivíduos que na comunidade que sejam capazes de representar os pontos de vista da coletividade. 1. Sugestão de informantes: funcionários da saúde formais e informais (benzedeiras, curandeiros –, professores, crecheiras, líderes comunitários, dono da farmácia local, moradores antigos, moradores que participam ativamente da vida da comunidade). 2. É necessário estar atento à situação e organização de cada território para definir, em cada caso particular, quais os informantes adequados.

III – Desenvolver um cronograma: 1. É necessário programar o tempo adequado, em dias ou semanas, para a seleção de pessoal; treinamento dos membros da equipe; fazer análise dos dados existentes; reconhecimento inicial do campo; elaboração dos questionários; seleção dos informantes-chave; aplicação dos questionários; observação de campo; análise do conjunto de dados coletados das distintas fontes; definição das microáreas de risco e das

necessidades de saúde. 2. Organizar as atividades na seqüência ideal e ordenadas no tempo. Isso será essencial para saber quanto tempo será destinado a essas atividades.

IV – Elencar os dados pertinentes à análise: 1. Dados sobre a comunidade: composição, movimentos migratórios, organização comunitária. 2. Descrição do ambiente: físico, sócio-econômico, distribuição dos problemas de saúde. 3. Avaliação dos serviços e de suas condições: tipos de serviços existentes – saúde, educação, centros sociais, creches –, condições de acesso e suficiência da oferta em relação à demanda. 4. A equipe de trabalho deverá discutir o que considera relevante investigar.

V – Fontes de dados: 1. Censo: analisar com cautela os dados referentes ao território a ser trabalhado. Considerar o impacto dos movimentos migratórios externos (de outros municípios ou de outros Estados) e os internos. 2. Relatórios e outros documentos, tais como, registros de planejamento municipal; gastos orçamentários; pesquisas realizadas; registros históricos; registros de hospitais e/ou unidades de saúde do município; registros de outras secretarias – Habitação, Meio Ambiente, Educação, Serviços Sociais; outros documentos disponíveis.

VI – Observação de campo: Fazer as anotações no momento da observação e a análise no mesmo dia. Cada dia deve ser planejado com antecedência, de acordo com as observações do dia anterior e as informações das entrevistas que vão sendo realizadas. 1. Examinar o ambiente físico da área: características locais de infra-estrutura urbana (rede de esgoto, arramento, limpeza urbana, condições de habitação). 2. Perfil dos moradores: sócio-econômico, cultural, nível de escolaridade, demográfico, epidemiológico e o que mais se julgar importante. 3. Examinar os tipos de serviços públicos oferecidos: quanto à acessibilidade, qualidade, adequação à demanda. 4. Atitudes dos informantes em relação à entrevista: se o entrevistado transmite sinceridade ou se parece ter algum interesse em manipular a entrevista em favor de interesses de grupos – agenda oculta.

VII – Elaboração dos questionários: O modelo indicado pelo método é o de roteiro de entrevista semiestruturada. É considerado um modelo eficaz na busca para obter o tipo de informação que se pretende, ou seja, uma orientação quanto ao tipo de problema e sua causa e não apenas para a quantificação dos fenômenos. 1. Cada questão deve focar uma única idéia. 2. A questão deve ser simples e objetiva. 3. Evitar palavras que possam induzir ou influenciar a resposta, como: “Você não acha que...”, “Não é verdade que...” 4. Usar linguagem acessível e comum ao entrevistado, evitar termos técnicos. 5. Dados de identificação: data, local, nome, idade, ocupação, tempo de residência, inserção na comunidade. 6. Dados sobre o território:

Não há nenhum modelo estabelecido roteiro; ele deve ser formado a cada território, mas é recomendado que possua alguns dados, como referências históricas, características do solo, do meio ambiente, sócio-econômicas e políticas, necessidades de saúde, doenças identificadas e riscos percebidos. 7. Perfil dos entrevistadores: nível profissional médio ou superior; se possível, com experiência prévia; boa comunicação; motivação para o trabalho de campo; capacitação física para caminhar no campo.

VIII – Análise dos dados: 1. Identificação das categorias: anotar as respostas de acordo com suas semelhanças. 2. Classificação das respostas: uma vez definidas as categorias, devem ser lidos os questionários e fazer a classificação das respostas. 3. Interpretação das descobertas: decidir sobre a necessidade de fazer outras entrevistas; comparar os resultados das entrevistas e da observação de campo com os dados dos registros; analisar os dados de cada categoria, transformá-los em um único documento que possua as principais conclusões e levá-lo à aprovação da equipe.

IX – Desenvolvimento de um plano de ação: 1. Definição de prioridades. 2. Identificação e planejamento de pesquisas consideradas necessárias ao processo. 3. Monitoração e avaliação. (TANCREDI, 1998).

Temos também o método Planejamento estratégico situacional que segundo Matus (1996), é bastante eficaz para o nível de direção central, onde encontramos problemas de alta complexidade. Ainda segundo esse autor, o - Método Altadir de Planificação Popular - MAPP - combina simplicidade e potência, porém para enfrentar poucos problemas de baixa interação e baixa complexidade, onde domina o processo prático-operacional, sendo, altamente eficaz para o desenvolvimento de ações regionais e locais. Dessa forma, o PES reconhece a existência de outros atores em situação; reconhece sua capacidade de planejar; explica a determinada realidade a partir dessa visão; Possui métodos para lidar com situações inesperadas e diferenciar os problemas bem-estruturados dos quase estruturados, reconhece a existência de recursos escassos (político, econômico, cognitivo e organizacional), se tornando útil para tomada de decisões no dado e preparado para renovar o cálculo sobre o futuro, de acordo com as mudanças da realidade. (TANCREDI, 1998).

2.3 PLANEJAMENTO NO SUS/ATENÇÃO BÁSICA

O planejamento quando falado em relação ao setor de saúde tem uma maior importância, na medida em que se configura como um relevante e essencial mecanismo de gestão que tem como objetivo dar direcionalidade ao processo de consolidação do SUS. Os gestores do setor saúde têm se empenhado em planejar, monitorar e avaliar as ações e serviços

de saúde. Esses esforços têm contribuído, de forma positiva, para os importantes avanços registrados pelo SUS nestes 20 anos de sua criação. É importante reconhecer também que os desafios atuais e o estágio alcançado requerem um novo posicionamento em relação ao processo de planejamento, que seja capaz de favorecer a aplicação de toda a sua potência, que de maneira plena e efetiva ajude na consolidação deste Sistema. (BRASIL, 2009).

Durante a elaboração do Plano Nacional de Saúde – PNS 2004-2007 –, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e publicado no Diário Oficial da União em 4 de dezembro de 2004, mostrou-se a necessidade de construir um sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Para definir e melhorar as bases de organização e funcionamento do determinado sistema, o Ministério da Saúde, em 2005 e 2006, promoveu oficinas macrorregionais que tiveram a participação de mais de duas centenas de dirigentes e técnicos que atuam na área de planejamento nas três esferas de gestão do SUS. (BRASIL, 2009).

A Lei Nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, deu ao SUS a direção nacional e responsabilidade de elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os estados, municípios e o Distrito Federal (inciso XVIII do Art. 16). A Lei citada acima conta em seu Capítulo III o planejamento e orçamento. (BRASIL, 1999).

Com a mudança recente do enfoque na política econômica que foi dada a partir de 2003, o planejamento voltou ter seu devido valor, fato que inclusive ganhou repercussão na área de saúde com a implantação do Sistema de Planejamento do SUS, após quatorze anos da sua proposta original (VIEIRA, 2009). Desta forma, houve um significativo investimento quanto à capacitação de pessoal nos vários níveis do sistema, o que vem fortalecendo a articulação entre a produção acadêmica e a gestão do sistema, principalmente quando falamos do enfoque estratégico situacional (VILASBÔAS, 2006; LOTUFO & MIRANDA, 2007; ROCHA, 2008; MORENO-NETO, 2011).

O Pacto pela Saúde envolve três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. O Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS – tem como objeto do item 4 do anexo da Portaria Nº. 399 contêm o seu conceito, princípios básicos e objetivos principais. Estabelece também que o Pacto possui cinco pontos prioritários de pactuação para o planejamento, que são: a adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS; integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo; a institucionalização e o fortalecimento do PlanejaSUS, com adoção do processo de planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS; a revisão e a adoção de um elenco de instrumentos de

planejamento – tais como planos, relatórios e programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes; e a cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade do processo de planejamento no SUS. (BRASIL, 2006).

O Sistema de Planejamento do SUS para funcionar tem como base a formulação e/ou revisão periódica dos seguintes instrumentos: o Plano de Saúde e as respectivas Programações Anuais de Saúde; e os Relatórios Anuais de Gestão. Esses instrumentos compõem, assim, os princípios básicos para serem promovidos pelo PlanejaSUS. Eles estão estabelecidos como instrumentos inerentes a todo o Sistema de Planejamento do SUS e às três esferas de gestão (BRASIL, Portaria Nº 3.085/2006).

No âmbito do Sistema de Planejamento do SUS, define-se como Plano de Saúde o instrumento que, através da análise de uma determinada situação, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas. A Programação Anual de Saúde é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde. (BRASIL, 2009). O Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados através da execução da Programação Anual de Saúde (BRASIL, Art. 4º da Portaria 3.332/2006).

No Brasil, a trajetória que vem sendo traçada em relação ao planejamento estatal no século XX sempre esteve ligada à questão do desenvolvimento e da industrialização do país, onde o mesmo tem como característica principal a centralização federal e por longos períodos de autoritarismo. Nesse sentido, a área de saúde não teve benefícios de um processo integrado de planificação governamental, sendo ele parte do sistema de proteção social (Machado; Baptista & Lima, 2010), tendo assim, como consequência a formulação de políticas fragmentadas, focalizada e com baixo impacto nas condições de saúde da população (BARATA, 1997).

Segundo, Teixeira (1996) e Paim e Teixeira (2006) mostram que o movimento de construção do planejamento em saúde no Brasil é caracterizado pela diversidade das abordagens, onde a operacionalização aponta para uma centralidade no sujeito das práticas, ou seja, os gestores e trabalhadores de saúde, possuem sua própria população representada nos conselhos de saúde. Assim, são capazes de identificar a busca de um desenvolvimento tecnológico que possa mediar os conceitos, métodos e instrumentos com a ação desses sujeitos concretos em relação as suas organizações de saúde, tendo em vista a intervenção sobre os problemas, as necessidades e demandas, mesmo que os desafios da prática se

imponham diante do contexto político-institucional dessas organizações e no próprio sistema de serviços de saúde.

2.4 PLANEJAMENTO EM ENFERMAGEM

A Lei 7498/86, de 25 de junho de 1986, que discorre sobre a regulamentação do exercício da profissão de enfermagem, e dá outras providências, apresenta em seu Art. 11 - inciso I, as atividades privativas do enfermeiro, cabendo-lhe a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem; b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem; e no inciso II, as atividades do enfermeiro como integrante da equipe de saúde, cabendo-lhe: a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde; b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde; (COFEN, 2016).

As funções gerenciais que são responsabilidades do enfermeiro nos permitem observar com maior clareza que gerenciar é uma ferramenta do processo de trabalho cuidar ao vermos como o enfermeiro colocar em prática o uso dos objetos de trabalho, tais como, a organização e recursos humanos no processo gerencial que por sua vez, insere-se no processo de trabalho "cuidar" tem como objetivo geral a atenção à saúde mostrada na forma de assistência (promoção, prevenção, proteção e reabilitação)." Sendo assim, os objetos de trabalho do enfermeiro no processo de trabalho gerencial são a organização do trabalho e os recursos humanos de enfermagem. Os meios/instrumentos são: recursos físicos, financeiros, materiais e os saberes administrativos que utilizam ferramentas específicas para serem operacionalizados. Esses instrumentos/ferramentas específicas compreendem o planejamento, a coordenação, a direção e o controle (FELLI, PEDUZZI, 2005).

A administração em enfermagem tem como apoio e base, o planejamento, sendo ele o ponto inicial e essencial em qualquer nível de organização a ser desenvolvido. O assistir depende basicamente de como as ações são planejadas, envolve todas as ações do enfermeiro, de forma direta e indireta para que o cuidar seja realizado, na produção de ações individualizadas que atendam as necessidades de enfermagem, do paciente/cliente/usuário, de sua família e da comunidade. (GAMA, 2010).

Para que ocorra um bom desenvolvimento da competência na área da administração e gerenciamento do enfermeiro são considerados indispensáveis alguns conhecimentos importantes identificados para planejar, tomar decisões, interagir e fazer a gestão de pessoal. Assim nas Diretrizes Curriculares Nacionais - DCNs, com ênfase nas funções administrativas, tem como destaque 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 (CIAMPONE, 2010).

A etapa de planejamento está ligada à determinação das prioridades e objetivos de atenção em relação às duas primeiras etapas do processo de enfermagem. É dever de o enfermeiro assegurar o registro dos cuidados realizados aos clientes. E também que o plano deve direcionar o cuidado e a documentação, e também utilizá-lo para avaliar, pesquisar e quando relacionado às questões legais (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Para realizar tarefas de modo eficiente e efetivo, o enfermeiro deve conhecer a realidade na qual irá atuar e formular ações concretas para mudar de maneira positiva ou manter a realidade encontrada, executar as ações propostas, avaliar e reajustar suas ações caso necessário, ou seja, ele deve planejar (PAIM, 1986).

3 METODOLOGIA

Pesquisa de abordagem qualitativa, onde o raciocínio indutivo foi estimulado a partir dos discursos elaborados à luz de literaturas que estavam ligadas à temática. Assim, é possível afirmar que a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos aqui foi entendido como integrante da realidade social, devido ao ser humano se distinguir não só através dos atos, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2008). Exploratório, visto que se obteve uma familiarização com os fatos, os mesmos foram melhor compreendidos e descritivo, porque foram descritos os dados proporcionados pelos colaboradores do estudo, em concordância com o objeto pesquisado.

O processo de trabalho científico foi dividido em três etapas: (1) fase exploratória; (2) trabalho de campo; (3) análise e tratamento do material empírico.

A fase exploratória foi onde ocorreu produção do projeto de pesquisa e de todos os procedimentos necessários para a preparação e a entrada em campo, delimitando objeto, objetivo, revisão da literatura e metodologia (MINAYO, 2008).

No trabalho de campo levou-se para a prática empírica a construção teórica realizada na primeira etapa, para a coleta dos dados foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturada, com perguntas em que o entrevistado teve a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão (MINAYO, 2008).

Para Manzini (1991), a entrevista semi-estruturada tem como foco um assunto sobre o qual desenvolvemos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões pertinentes às circunstâncias momentâneas e à entrevista. Para o autor, esse determinado tipo de entrevista fez surgir informações de forma mais livre e onde as respostas não estarão condicionadas a uma padronização de alternativas.

Para operacionalização da entrevista foi utilizado um roteiro com perguntas abertas. As perguntas foram: 1- O que você entende por planejamento? 2- Como o planejamento é implementado no seu dia a dia? 3- Quais as dificuldades/facilidades na implementação do planejamento para a realização das atividades no seu dia a dia.

Na terceira etapa no que diz respeito à análise e tratamento do material, foram realizados um conjunto de procedimentos para valorizar, compreender, interpretar os dados empíricos e assim, articulá-los com a teoria que fundamenta o estudo, além de outras leituras teóricas e interpretativas onde a necessidade será dada pelos achados no trabalho de campo (MINAYO, 2008).

Para análise de conteúdo a análise temática foi utilizada, como o próprio nome diz, o tema é o conceito central. O mesmo comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentado através de uma palavra, uma frase, um resumo. É compreendido que o tema é a unidade de significação que se liberta de forma natural de um texto analisado que segue critérios relacionados à teoria que serve de guia à leitura. Trabalhar com a análise temática consistiu em descobrir os núcleos de sentido que fazem parte da comunicação e onde a presença, ou frequência de aparição significa a emergência de discursos coerentes com o objetivo analítico escolhido (MINAYO, 2008).

O processo de análise foi subdividido nos seguintes passos: (a) Organização dos dados, fazendo a pré-análise, que consiste na organização, leitura e re-leitura do material, tendo coerência com os objetivos da pesquisa; (b) Classificação dos dados, explorando o material, realizando de forma essencial a operação de codificação, fazendo recortes do texto em unidades de registro, uma frase, uma palavra ou um tema; (c) Análise propriamente dita onde os dados foram interpretados, colocando em evidência as informações obtidas e fazendo inferências à luz da literatura existente (MINAYO, 2008).

O cenário geral do estudo:

No âmbito geral, os habitantes de Niterói possuem extensa rede de equipamentos de uso coletivo que compõe a rede de saúde. É possível afirmar que o município oferta serviço de saúde pública superior à média nacional. Pode ser reconhecido como um dos pioneiros na adoção de estratégias da organização do sistema local de saúde baseado nas diretrizes de: integração interinstitucional, hierarquização, integralidade das ações sanitárias e participação popular.

As diretrizes acima mencionadas já norteavam no início da década de 1980, as Ações Integradas de Saúde e posteriormente o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, precursores do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a descentralização do SUS, as unidades de saúde que antes eram de responsabilidade da União e do Estado passaram a ser assumidos pelos municípios. Dessa forma a prefeitura do referido município assumiu diversas unidades distintas e desintegradas (FONSECA, 2015).

Em 1991, Niterói criou o Programa Médico de Família (PMF) que defende a medicina social com ênfase no atendimento primário e divide o território em setores. O objetivo da criação do PMF era que servisse como canal de entrada preferencial para os estabelecimentos de maior complexidade na oferta de serviços de saúde e diminuir o excesso de pessoas internadas nos hospitais do município. Mesmo o PMF trabalhando na perspectiva de prevenção, controle de riscos e controle de danos, é notável que grande parte dos usuários desconheça os conceitos estratégicos do Programa (FONSECA, 2015).

O PMF em Niterói teve como modelo o programa cubano de atenção à saúde e foi desenvolvido com o objetivo de atender às necessidades de saúde dos usuários e das áreas com indicadores sociais mais comprometidos. Contudo, a configuração do programa se baseou no Projeto das Ações Integradas de Saúde (Projeto Niterói I, vigente de 1982 a 1987). Durante o processo de municipalização e construção dos Distritos Sanitários, a rede municipal de saúde foi constituída inspirada na estratégia de Atenção Primária (MASCARENHAS, 2002).

Atualmente, a cidade incorporou a ideia da Clínica Comunitária da Família que consiste na saúde regionalizada que atende apenas os moradores da região em que se encontra, onde cada agente é responsável por um grupo de família mantendo a proximidade, o que torna o atendimento personalizado (FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE/PMF, 2014).

Senna e Cohen (2002) afirmam que a extensa rede de serviços no município ocasiona grande procura por parte da população residente em outros municípios, o que certamente interfere na organização e gestão do sistema local de saúde.

Descrição do campo de pesquisa

A rede de saúde de Niterói é formada basicamente por três tipos de unidades ambulatoriais: as policlínicas especializadas, as policlínicas comunitárias de saúde (PCL) e as unidades básicas de saúde. Para este estudo foi selecionada a Policlínica Comunitária da Ilha da Conceição, atualmente com a denominação de Clínica Comunitária da Família da Ilha da Conceição, que compõe o primeiro nível de atenção à saúde. Ela tem como objetivo oferecer suporte às unidades básicas, sendo assim, possui maior grau de complexidade que estas, no entanto, não se constituem em segundo nível de atenção.

A Policlínica Comunitária da Ilha da Conceição passou a denominar-se Clínica Comunitária da Família da Ilha da Conceição (CCFIC) em 2014. Sua estrutura era formada pela policlínica e pelo módulo do Médico de Família, além disso, possuía quatro equipes compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários da

saúde, após a sua transformação passou a dispor de nova equipe multidisciplinar que oferece à população especialidades tais como: cardiologista, neurologista, fonoaudiólogo, nutricionista, endocrinologista e fisioterapeuta. A unidade foi a primeira de Niterói a incorporar a saúde do trabalhador, já que a Ilha da Conceição concentra grande número de empregados na indústria naval (CORREIO DA CIDADE ONLINE, 2014).

Quanto a sua estrutura física a Clínica possui quatro consultórios clínicos, um consultório ginecológico, dois odontológicos, salas: para agentes comunitários de saúde, de vacinas, de curativos, higiene bucal, de pré-consulta, nebulização, farmácia, de grupo e instalações administrativas.

A região atendida pela CCFIC compreende as microáreas 1, 2 e 3, pois que esta é subdivida em três microáreas. A microárea 1 atende as seguintes ruas: Rua B, Rua F, Rua E, Rua G, Rua Vereador Ekio Jose, Rua Waldir Guilherme e Rua Presidente Vargas. Já a microárea 2 atende as ruas: Rua Deputado Cordeiro de Miranda, Rua Dom Diniz, Rua Salo Brand, Travessa 3 e Travessa 6. E a microárea 3 atende as seguintes travessas: Travessa 1, Travessa 5, Travessa 7, Travessa Crimpim, Travessa Esperança, Travessa Felipe Augusto, Travessa Jurema e Travessa Passos. (Anexo 1).

Participantes da pesquisa

Ressalta-se que as colaboradoras deste estudo foram 3 enfermeiras da CCFIC, que se encontram trabalhando na unidade de saúde do campo do presente estudo. Para assegurar o anonimato das mesmas foram chamadas de entrevistada e numeradas de acordo com a ordem em que as entrevistas foram realizadas.

Dos aspectos éticos

A coleta dos dados foi realizada no local de trabalho das participantes após o agendamento de horário de melhor conveniência, no período de maio a agosto de 2016. As mesmas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando sua participação na pesquisa conforme preconizado, além de ser garantido o sigilo e o anonimato, usando, portanto, o termo entrevistada conforme mencionado em parágrafo anterior, com vistas a respeitar os princípios éticos da pesquisa com seres humanos de acordo com a Resolução 466/12 CNS (BRASIL, 2012). O estudo fez parte do projeto “Instrumentos do processo de trabalho gerencial na assistência de enfermagem: Um estudo comparado em duas policlínicas comunitárias do município de Niterói que foi submetido à apreciação da Comissão de Ética e Pesquisa da Universidade Federal Fluminense”. CAAE: 46533815.0.0000.5243.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PERFIS DOS ENFERMEIROS DA CCFIC

O total de enfermeiras entrevistadas foi três (100%), todas do sexo feminino; contemplando todos os enfermeiros da clínica. Quanto à idade, 100% das participantes possuem idade superior a 30 anos. O tempo de formação em enfermagem observa-se que varia entre dois a onze anos.

Um estudo mostra que existe predominância feminina em todas as categorias de trabalhadores de enfermagem. A profissão se mantém feminina em todos os níveis, a despeito do aumento contingencial. (LOPES, LEAL, 2005)

A formação é entendida aqui como sendo um processo cujo objetivo é a aquisição de conhecimentos, competências, atitudes e habilidades que são exigidos quando falamos no exercício da enfermagem. O perfil definido pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem é o de um profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania, e que sua atuação seja pautada em princípios éticos (SILVA; SOUZA e FREITAS 2011).

Sendo assim, sua formação deve ocorrer em cenários onde os desafios diários sejam complexos, considerando a globalização, o incremento da competitividade profissional, os problemas de saúde que são exacerbados pelas mudanças ecossistêmicas e diversos tipos de violências urbanas (CARVALHO e BACHION, 2005).

No que diz respeito ao tempo que trabalham no estabelecimento observou-se que as enfermeiras da Clínica Comunitária da Ilha da Conceição tem entre 2 e 5 anos. Importante a vivência em uma Estratégia de Saúde da Família, pois os possibilitam fazer reflexões acerca da prática no campo e a contribuição para o aprendizado, sendo pautado em conhecimentos já previamente discutidos e socializados em aulas teóricas da graduação. Esta vivência é essencial e extremamente válida para a consolidação dos conhecimentos necessários para um bom desempenho e, portanto, para a formação profissional através de suas experiências profissionais (SOUZA et al 2012).

O profissional de enfermagem precisa ter conhecimento prático e teórico quando falamos em cuidados com a saúde, dados epidemiológicos, vacinas, curativos, administração de medicamentos, limpeza e esterilização de materiais, sendo assim, capaz de fazer a supervisão com maior segurança e liderança frente à equipe, e para possuir as características citadas, as experiências vividas pelo profissional são de suma importância.

Quanto ao número de empregos os profissionais têm entre dois e quatro empregos. Inferimos que quanto maior é o número de empregos que o trabalhador tem, menor será o desempenho de suas atividades, isso implica no comprometimento da qualidade no atendimento aos usuários que requerem do serviço. Bem como o risco desses trabalhadores adoecerem. As principais doenças pelas quais os trabalhadores de enfermagem estão adoecendo são: distúrbios osteoarticulares, transtornos emocionais e comportamentais, exposições aos fluidos biológicos e doenças infecciosas, infectocontagiosas e parasitárias, que se manifestam de diferentes formas no desgaste do trabalhador de enfermagem (FELLI, 2007).

Quanto à especialização, duas das três enfermeiras possuem especialização em gestão, saúde do trabalho e saúde pública. O investimento das/nas pessoas e em suas especializações hoje é valorizado, uma vez que tem ocorrido forte tendência e frequência de abandonar o enfoque científico da administração, por um foco mais ligado às relações humanas. As três principais mudanças pelas quais a área de gestão de pessoas tem passado são a alteração no perfil das pessoas (especialistas) exigido pelas empresas, o deslocamento do foco da gestão de pessoas por meio do controle para o um destaque focal por meio do desenvolvimento e maior participação das pessoas no sucesso do negócio ou da empresa (DUTRA, 2004).

Fleury (2004), Boog (2004) e Dutra, (2004), enfatizam a necessidade do desenvolvimento de competências específicas individuais, relacionadas à pessoa e à empresa, o que é essencial devido ao contexto de que na gestão é necessário que o gestor procure o seu auto-desenvolvimento bem como o do seu grupo. Os autores ainda destacam as competências individuais como liderança, poder de persuasão, trabalho em equipe, criatividade, tomada de decisão, planejamento, organização e determinação. As competências profissionais também podem ser definidas como: saber agir, mobilizar, comunicar, aprender, comprometer-se, assumir responsabilidades e ter visão estratégica.

Acrescidos as competências individuais e profissionais tem-se a visão da realidade mais objetiva por parte da enfermagem considerando que atuam na área saúde pública/coletiva e grande parte do seu tempo estão em contato com a comunidade e com os problemas vividos por ela e pelas pessoas que nela estão inseridas. Essa característica

contribui para o desenvolvimento de estratégias no sentido de amenizar problemas (BARBOSA et. al 2004).

4.2 O ENTENDIMENTO SOBRE PLANEJAMENTO PELOS ENFERMEIROS DA CCFIC

Na Enfermagem, os enfermeiros para conseguirem realizar a assistência, a gerência, a investigação e o ensino, precisam fazer uso contínuo da função de planejamento, sendo este o ponto inicial para que consiga realizar suas ações. Ao utilizar os conhecimentos administrativos na sua prática, o enfermeiro realiza a gerência da unidade e a gerência do cuidado, que envolvem o planejamento da assistência, o provimento de recursos físicos, humanos, materiais e financeiros, bem como a tomada de decisão, a supervisão e a liderança da equipe de enfermagem (GRECO, 2010).

A prática gerencial realizada pelo enfermeiro é regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e pelo Decreto no 94.406/87. Neste último o artigo 8º estabelece que este profissional tem como atribuições direção, planejamento, organização, coordenação e avaliação dos serviços de enfermagem (BRASIL, 1987). Estas funções são privativas do enfermeiro. Com base nesses documentos legais os enfermeiros precisam do planejamento para realizar a assistência, a gerência, a investigação e o ensino, pois o planejamento é o ponto essencial para que todas as ações sejam desenvolvidas (GRECO, 2011).

No que diz respeito ao planejamento os discursos a seguir mostram o entendimento das entrevistadas sobre este instrumento gerencial:

Planejamento pra mim é uma ferramenta fundamental não só no nosso dia de trabalho, mas no nosso dia a dia. Você precisa ter de antemão um conhecimento ou saber o que você vai desenvolver durante aquele dia para que possa ter um aproveitamento, talvez não 100%, mas na maior parte do dia você ter um aproveitamento.
Entrevistada 1.

“Eu entendo como uma ferramenta que vai me nortear pra atingir os meus objetivos.” Entrevistada 2.

“Planejamento é a organização de todo trabalho que é realizado na unidade, desde a parte burocrática como na parte da assistência diretamente.” Entrevistada 3.

Desta forma, o que podemos observar é que há realmente a necessidade de antecipar ações, de planejar, para que uma enfermeira de uma clínica comunitária da família consiga desenvolver suas atividades, sejam elas diárias, mensais ou anuais, mas de maneira produtiva.

No discurso a seguir observa-se a preocupação do planejamento junto aos agentes comunitários, assim como com a equipe:

[...] aí engloba o planejamento das ações, o planejamento diretamente com os agentes comunitários, com os técnicos ou com a própria equipe médica mesmo. Entrevistada 3.

A equipe multiprofissional deve ser formada 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. E os mesmos devem estar atrelados a uma equipe de saúde da família, mantendo sua responsabilidade sanitária pela mesma população e território que a Estratégia de Saúde da Família. (BRASIL, 2011)

Importante ressaltar que dentro desta equipe, cabe ao enfermeiro, profissional este que exerce privativamente a direção dos órgãos de enfermagem e integra a estrutura básica de instituições de saúde, pública ou privada, e a chefia de serviço de enfermagem, coordenando a atuação do auxiliar e do técnico, atender a saúde dos indivíduos e famílias cadastradas, realizando consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, seguindo os protocolos, solicitar exames complementares, prescrever medicações, gerenciar insumos e encaminhar usuários a outros serviços de saúde. Cabem a ele também as atividades de educação permanente pelas quais a equipe de enfermagem deve passar como também o gerenciamento e a avaliação das atividades da equipe, de uma forma particular do agente comunitário de saúde (ACS), que ocupa na Estratégia de Saúde da Família papel fundamental para a manutenção do vínculo entre os usuários e a Unidade de Saúde. (BRASIL, 2011).

O discurso a seguir mostra que não é possível atingir os objetivos quando não existe planejamento:

Já tive dias em que eu falei assim: fiz um monte de coisas, mas acabei não fazendo nada, não resolvi nada que eu precisava resolver, porque eu não consegui planejar, não consegui organizar, não consegui ver quais eram as minhas prioridades, o que eu precisava resolver

naquele momento, com mais urgência, então planejar pra mim é fundamental, eu entendo planejamento isso.” Entrevistada 1.

O que nos é possível entender é que, sem o uso do recurso de planejar, as ações se tornam mais difíceis de realizar, dificultando a função gerencial onde o enfermeiro é o principal responsável. Sendo assim, através do planejamento também é necessário estabelecer prioridades para concretizar ações.

2.3 O PLANEJAMENTO ENQUANTO INSTRUMENTO GERENCIAL APLICADO NA CCFIC

As funções gerenciais ditas como responsabilidades do enfermeiro, permitem calcular caminhos para compreender com maior clareza que o ato de gerenciar é uma ferramenta do processo de trabalho cuidar ao ter como exemplo de que forma o enfermeiro pode fazer uso dos objetos de trabalho organização e recursos humanos no processo gerencial que por sua vez, está inserido no processo de trabalho cuidar que tem como objetivo a atenção à saúde com base a na forma de assistência (promoção, prevenção, proteção e reabilitação). (FELLI, PEDUZZI, 2005).

Sendo assim, os objetos de trabalho do enfermeiro no processo de trabalho gerencial são a organização do trabalho e os recursos humanos de enfermagem. Os seus meios/instrumentos são: recursos físicos, financeiros, materiais e os saberes administrativos que fazem uso de ferramentas específicas para serem operacionalizados. Esses instrumentos/ferramentas específicas compreendem o planejamento, a coordenação, a direção e o controle. (FELLI, PEDUZZI, 2005).

O conceito acima descrito pode ser muito bem observado quanto à relação do planejamento quanto instrumento gerencial do processo cuidar nos seguintes trechos:

Aí quando eu sento, por exemplo, pra ver o que eu preciso planejar pra fazer minhas coisas durante o mês; por exemplo, para este próximo mês que está começando, aqui pra unidade a gente precisa pensar no novembro azul que é o mês de campanha sobre a saúde do homem, a prevenção do câncer de próstata, então a gente já começa a pensar o que a gente pode fazer. Entrevistada 1.

E aí a gente faz muito também, o calendário nacional da saúde, coisas pro outubro rosa, novembro azul, dezembro que é de HIV, aí a gente tenta fazer ações voltadas para o calendário da saúde. Entrevistada 3.

O Calendário Nacional da Saúde consiste nas datas comemorativas relacionadas à saúde em cada respectivo mês do ano, é como segue:

<p style="text-align: center;">JANEIRO</p> <p>02- Dia do Sanitarista 04- Dia Nacional da Abreugrafia 04- Dia do Hemofílico 19- Dia Mundial do Terapeuta Ocupacional 20- Dia do Farmacêutico 24- Dia da Previdência Social 24- Dia Mundial do Hanseniano</p>	<p style="text-align: center;">FEVEREIRO</p> <p>04- Dia Mundial do Câncer 05- Dia da Papiloscopia</p>	<p style="text-align: center;">MARÇO</p> <p>08- Dia Internacional da Mulher 21- Dia Mundial da Infância 21- Dia Nacional da Síndrome de Down 22- Dia Mundial da Água 24- Dia Mundial de Combate a Tuberculose 31- Dia Nacional da Nutrição</p>
<p style="text-align: center;">ABRIL</p> <p>04- Dia Nacional do Parkinsoniano 07- Dia Mundial da Saúde 07- Dia do Médico Legista 08- Dia Mundial de Combate ao Câncer 12- Dia do Obstetra 14- Dia do Técnico em Serviços de Saúde 26- Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão 28- Dia Internacional em Memória as Vítimas de Acidentes e Doenças de Trabalho 30- Dia Nacional da Mulher</p>	<p style="text-align: center;">MAIO</p> <p>01- Dia Internacional do Trabalhador 07- Dia do Oftalmologista 12- Dia Mundial do Enfermeiro 15- Dia do Assistente Social 15- Dia do Combate a Infecção Hospitalar 19- Dia Mundial da Doação de Leite Humano 27- Dia do Serviço de Saúde do Exército 28- Dia Nacional da Redução da Mortalidade Materna 31- Dia Mundial sem Tabaco</p>	<p style="text-align: center;">JUNHO</p> <p>05- Dia Mundial do Meio Ambiente 09- Dia da Humanização 11- Dia do Educador Sanitário 18- Dia do Químico 21- Dia Nacional de Prevenção à Asma 25- Dia Internacional de Combate às Drogas 26- Dia Internacional sobre o Abuso e Tráfico Ilícito de Drogas</p>

JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
<p>02- Dia do Hospital</p> <p>10- Dia da Saúde Ocular</p> <p>13- Dia do Estatuto da Criança e do Adolescente</p> <p>13- Dia do Engenheiro de Saneamento</p> <p>25- Criação do Ministério da Saúde</p> <p>27- Dia Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho</p> <p>28- Dia Mundial de Luta Contra as Hepatites Virais</p>	<p>01- Dia Mundial da Amamentação</p> <p>05- Dia Nacional da Saúde (Nascimento de Oswaldo Cruz)</p> <p>05- Dia da Farmácia</p> <p>08- Dia Nacional de Combate ao Colesterol</p> <p>10- Dia da Enfermeira</p> <p>12- Dia Nacional e Internacional da Juventude</p> <p>27- Dia do Psicólogo</p> <p>29- Dia Nacional do Combate ao Fumo</p> <p>31- Dia do Nutricionista</p>	<p>01- Dia do Profissional de Educação Física</p> <p>21- Dia Nacional de Luta das Pessoas com Deficiência</p> <p>22- Dia Nacional da Juventude</p> <p>30- Dia da Secretária</p> <p>30- Dia do Coração</p>
OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
<p>01- Dia Internacional da Terceira Idade (Idoso)</p> <p>03- Dia do Dentista</p> <p>10- Dia Mundial da Saúde Mental</p> <p>10- Dia Mundial da Alimentação</p> <p>11- Dia Mundial de Combate a Obesidade</p> <p>12- Dia da Criança</p> <p>13- Dia Do Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta</p> <p>15- Dia Mundial de Lavar as Mãos</p> <p>16- Dia do Anestesiologista</p> <p>16- Dia Mundial da Alimentação Saudável</p> <p>18- Dia do Médico</p> <p>20- Dia Mundial e Nacional da</p>	<p>08- Dia do Radiologista</p> <p>10- Dia Nacional da Surdez</p> <p>12- Dia Nacional de Prevenção às Arritmias Cardíacas e Morte Súbita</p> <p>14- Dia Nacional e Mundial dos Diabetes</p> <p>21- Dia Nacional da Homeopatia</p> <p>25- Dia Internacional do Doador de Sangue</p> <p>25- Dia Internacional de Luta Contra a Violência à Mulher</p> <p>27- Dia Nacional de Combate ao Câncer</p> <p>27- Dia da Infância</p> <p>28- Dia do Biomédico</p>	<p>01- Dia Mundial de Luta Contra a Aids</p> <p>02- Dia Panamericano da Saúde</p> <p>03- Dia Internacional das Pessoas com Deficiência</p> <p>05- Dia da Acessibilidade</p> <p>09- Dia do Fonoaudiólogo</p>

<p>Osteoporose</p> <p>25- Dia do Cirurgião Dentista</p> <p>30- Dia Nacional da Luta Contra o Reumatismo</p>		
---	--	--

Fonte: BRASIL, 2013.

Cabe lembrar que internacionalmente a atenção primária à saúde (APS) tem se apresentado de uma maneira estratégica de organização da atenção à saúde com foco em responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma determinada população, integrando ações preventivas e curativas, tais como a atenção a pessoas e comunidades num todo. No Brasil, a APS agrupa os princípios da Reforma Sanitária, fazendo com que o Sistema Único de Saúde (SUS) adote a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema que seja universal e integrado em relação à atenção à saúde (BRASIL, 2005).

Ressalta-se que os programas de atenção à saúde definem ações articuladas individuais e coletivas, recursos, tecnologias e estratégias para o enfrentamento das necessidades de saúde das pessoas e comunidades. Podem ser voltados a determinadas condições de saúde, ou a determinados grupos populacionais, ao longo do tempo. Com esse entendimento a promoção da saúde envolve ações de educação em saúde e ações estruturais do Estado para melhorar as condições de vida da população (DEMARZO, AQUILANTE, 2008).

Em relação às atividades de promoção à saúde as entrevistadas referem:

Por exemplo, a gente vai fazer sala de espera, então a gente vai pegar os ACS (...) então a gente precisa que vocês convoquem a comunidade, convoquem os homens para virem pra unidade pra vocês conversarem com eles, falarem com eles da importância de procurar um médico antecipado, de fazer uma consulta de rotina, de fazer exames de rotina (...) pra gente conseguir prevenir, pois o nosso trabalho é esse, é prevenção e não só a doença em si Entrevistada 1.

Tem também as salas de espera, que é uma coisa rotineira, que a gente faz diariamente e tem essas ações paralelas que a gente faz ou dentro da unidade ou fora da unidade, porque a gente também vai pra território fazer essas ações. Entrevistada 3.

A mesma depoente ainda ressalta a importância dos Agentes Comunitários de Saúde em uma Clínica Comunitária da Família, da seguinte forma:

O ACS é o principal porque ele tá no campo, ele traz tudo pra gente, então ele tem que trazer um feedback muito bom pra equipe pra poder planejar. Entrevistada 3.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é um programa criado pelo Ministério da Saúde, e é desenvolvido em parceria com as Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde. O objetivo é promover a saúde e prevenção de doenças, com acesso da comunidade as informações sobre cuidados de saúde, e acompanhamento do seu estado de saúde permanentemente pelos ACS. O PACS foi uma das primeiras estratégias com a iniciativa de mudar o modelo de assistência à saúde, ou seja, a forma como são prestados os serviços de saúde, como estão organizados e como a população tem acesso a eles (BRASIL, 2000). Esta forma, através da entrevista citada acima, podemos concluir que os agentes comunitários de saúde ficam sob supervisão dos enfermeiros responsáveis por suas equipes. (BRASIL, 2000).

O trabalho dos primeiros agentes contribuiu para que os serviços de saúde fossem capazes de oferecer assistência direcionada para a família, de acordo com a realidade, a individualidade e os problemas de cada comunidade. A partir do trabalho dos ACS, visitando as casas, observando os hábitos de vida, identificando os fatores de risco, as diferentes causas para o mesmo problema de saúde puderam contribuir para que os mesmos fossem resolvidos. O ACS é o elemento da equipe que realiza a vigilância à saúde, sendo a ponte entre as famílias, a comunidade e a unidade de saúde (BRASIL, 2000).

Na prática da enfermagem, os enfermeiros precisam do planejamento para realizar suas atividades de assistência, a gerência, a investigação e o ensino, pois este instrumento é essencial para que todas as ações sejam desenvolvidas (GRECO, 2011). Nisto está incluído não apenas as situações indesejáveis, mas também aquelas que são desejáveis, com o objetivo de mantê-las ou melhorá-las (GAMA, 2012).

E assim, se faz indispensável a arte de planejar baseado nas funções e atividades onde o responsável é o enfermeiro, como podemos observar a seguir:

“Então, é como eu falei, já acordo de manhã, hoje eu tenho que responder processo, hoje eu tenho que atender consultório, eu tenho que fazer Visita Domiciliar pra alguns pacientes, acamados ou não,

hoje eu preciso ir numa reunião, hoje eu preciso fazer pedido de vacina, então assim, já acordo já pensando no que eu preciso fazer e isso é no meu dia comum também.” Entrevistada 1.

A visita domiciliar (VD) permite aos trabalhadores da equipe de Saúde da Família conhecer seu contexto e sua inserção em uma dada comunidade. Pode ser definida como um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento tanto educativo como assistencial, possibilita interação mais efetiva entre os membros da equipe de saúde, na medida em que seja possível o convívio desta com a realidade vivenciada pelo usuário e sua família. Assim, a visita é um importante instrumento, que proporciona ao profissional o conhecimento das condições socioeconômicas, culturais e ambientais onde trabalha e no qual o usuário vive (SANTOS; MORAIS, 2011).

A visita domiciliar realizada pela enfermagem inclui um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo como assistencial. Através dela, são avaliadas as condições ambientais e físicas em que vivem o indivíduo e sua família fortalecendo o vínculo usuário enfermeiro (SOUZA; LOPES; BARBOSA, 2004).

Uma das entrevistadas complementou sobre como as Visitas Domiciliares são realizadas pelas enfermeiras da Clínica:

Nas visitas domiciliares, por exemplo, cada setor tem uma reunião semanalmente ou quinzenalmente, nessas reuniões a gente dá as prioridades das visitas, na verdade não só os acamados e os restritos que são vistos pelo médico e pelo enfermeiro, então cada um tem seu horário de campo, a gente faz atendimento aqui, mas cada um tem seu horário de campo. Entrevistada 3.

A mesma depoente ainda refere que: Nós temos um calendário que foi feito pela coordenação onde, por exemplo, o enfermeiro tem três campos por semana, então são três meio períodos por semana, cada meio período a gente tem que fazer pelo menos 4 Visitas Domiciliares, então por semana a gente tem fazer 12 visitas domiciliares. Entrevistada 3.

Uma das formas de planejamento utilizada pelas enfermeiras são as escalas, como podemos observar a seguir:

Lá na nossa unidade a gente tem um planejamento de um modo geral pra unidade toda, a gente utiliza as escalas, as reuniões, isso tudo a gente inclui dentro disso no planejamento e tem aquelas específicas de cada setor (...) A escala de distribuição de pessoal é uma atividade complexa, requer dentre outros de conhecimento técnico, das necessidades da clientela, assim como da dinâmica da unidade.
(Entrevistada 2)

Sendo que os fatores essenciais à elaboração das escalas de trabalho são: número dos funcionários, cargas horárias, licenças médicas, turnos, limitações e produtividade dos funcionários envolvidos, relação entre os funcionários escalados, grau de dependência dos pacientes e complexidade da clínica, com o objetivo de garantir a elaboração da escala que promova assistência de qualidade. É de competência do enfermeiro, dada sua atuação direta na assistência e sua capacidade de percepção de avaliar e identificar os recursos à demanda exigida (SILVA; SOUZA; FREITAS, 2011).

Na Clínica Comunitária da Ilha da Conceição um dos instrumentos para auxiliar no planejamento está diretamente relacionado ao cuidado de grupos prioritários conforme foi destacado por uma participante desta pesquisa:

Então todo início do mês a gente senta, a gente colhe esses dados pra ver se tem algum paciente que está faltando, (...) idosos, pacientes com diabetes e hipertensão, crianças de 0 a 3 anos com vacina em dia, com consulta em dia, gestantes com consultas mensais, se elas estão vindo no pré-natal direitinho, então essas são as pessoas que a gente fica assim, mais atento, com um olhar um pouco mais aberto pra essas pessoas pra poder a gente alcançar. Entrevistada 1.

A gerência de grupos prioritários implica na aplicação de planos e ações pelos enfermeiros, de modo que contemple a realidade local, que envolva estratégias de ação, e as atividades para implementarem essas ações. O Ministério da Saúde utiliza manuais que contém protocolos clínicos estabelecidos para realizar acompanhamento dos grupos prioritários, como os protocolos de Assistência Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, hipertensão arterial, diabetes, planejamento familiar, saúde da mulher, pré-natal e doenças sexualmente transmissíveis/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. (DEMARZO; OLIVEIRA; GONÇALVES, [200-])

A atividade de gerência de grupos prioritários envolve a capacidade organizacional no que tange ao manejo das condições agudas e crônicas de saúde; a coordenação do cuidado pela equipe e, quando necessário, com os outros equipamentos da rede de saúde, com os recursos próprios da comunidade e do território; a organização do registro clínico; e a avaliação e a melhora da qualidade da atenção (DEMARZO; OLIVEIRA; GONÇALVES, [200-]).

O trabalho que é feito pelas unidades de saúde, gera uma quantidade de dados significativos, pelo que se fez necessário o desenvolvimento de um sistema especial para gerenciamento das informações obtidas. Desse modo foi criado o Sistema de Informação da Atenção Básica em resposta a essa demanda.

No que diz respeito a como esse Sistema é utilizado uma das participantes refere:

De instrumento físico a gente tem a planilha, que a gente chama de matriz de intervenção, que a gente faz toda vez que a gente colhe o SIAB, que é o Sistema de Informação da Atenção Básica, então a gente vê as nossas crianças que estão sendo acompanhadas.
Entrevistada 1.

A mesma depoente ainda refere que:

O Ministério tem a tabela de até quantos anos, mas a gente faz de uma forma geral, não só para esses que o Ministério cobra a gente, que a gente precisa mostrar, mas também para outros que não são cobrados assim, temos que colocar no sistema pra dizer que eu atendo isso, que está sendo acompanhado. Entrevistada 1.

Outra entrevistada reforça no que diz respeito ao SIAB:

A gente faz o SIAB, primeiro a gente faz a coleta do SIAB, que são os indicadores, pra ver quantos diabéticos temos, quantos hipertensos,

crianças, de qual idade, idosos e quais as suas vulnerabilidades e vê se eles estão sendo acompanhados, mas antes disso se tiver alguma falha nisso, alguma diminuição no atendimento, que não tá fluindo, aí sim que a gente monta a estratégia.” Entrevistada 3.

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é instrumento gerencial da atenção básica de saúde, foi criado pelo Ministério da Saúde com a finalidade de coletar e processar dados oriundos da Estratégia de Saúde da Família no nível municipal, apesar de suas limitações possibilita traçar um perfil mais próximo da realidade local da área de abrangência das Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2003). O SIAB é um facilitador visto que no acompanhamento dos dados epidemiológicos dos grupos prioritários e contribui para o planejamento das ações voltadas a este grupo.

A matriz de intervenção tem como seus objetivos as ações a serem desenvolvidas para alcançar a situação de conformidade, se adequar ao padrão, designar cada pessoa responsável por cada ação e que irá mobilizar as restantes pessoas, definir os prazos de execução das ações, indicar qual estratégia e metodologia utilizada para cada ação, recursos financeiros, materiais e de conhecimento necessários para executar a ação, há de se registrar todos os acontecimentos inesperados, problemas na execução e outras situações não previstas e realizar um comentário sintético sobre os resultados alcançados. (PISCO, 2004).

No que tange o suporte às enfermeiras em relação ao planejamento e execução de suas ações, há a presença de uma apoiadora, que é chamada por elas de supervisora como podemos observar a seguir:

E tem a supervisora (apoiadora) da gente, que ela está sempre cobrando, ela sempre fala pra gente ficar atento, ou às vezes quando vai algum paciente reclamar, ela fala: “o, paciente veio aqui, reclamou disso, vê aí o que está acontecendo”, e aí a gente vai correr atrás disso. Entrevistada 1.

Em relação ao apoiador, ele potencializa a competência da equipe para lidar com os problemas territoriais, no caso do apoiador matricial, ele é um profissional com um núcleo de saber específico e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, que pode agregar recursos de saber e contribuir com intervenções que aumentem a resolubilidade da equipe de referência. (BRASIL, 2010).

O apoiador está inserido nos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) criado pelo Ministério da Saúde em 2008. É uma estratégia inovadora que tem como objetivo apoiar, expandir e aprimorar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Os requisitos são: possuir conhecimento técnico, ser responsáveis por determinado número de equipes de Saúde da Família (SF), estar comprometido com a realização de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe, incluindo a atuação em relação às ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além da humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde. (BRASIL, 2010).

Do ponto de vista das responsabilidades individuais e coletivas dos profissionais do NASF, alguns pontos devem ser levados em conta, por exemplo, as metas a serem estipuladas para os profissionais do NASF dependem da capacidade do profissional apoiador de articular e trabalhar em conjunto com as equipes de SF. As suas equipes têm dois focos de responsabilidade, a população e a equipe, suas metas de trabalho deverão conter indicadores de resultado para a população, mas também indicadores de resultado da sua ação na equipe (BRASIL, 2010).

2.4 DIFICULDADES E FACILIDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DO PLANEJAMENTO NO CCFIC.

De acordo com Certo e Peter (1993), o ambiente organizacional é a junção de todos os fatores internos e externos, ou seja, dentro e fora da organização, que de forma direta ou indireta, afetam o progresso da organização em relação às metas a serem alcançadas.

Durante o processo de planejar, o plano deve ser um instrumento flexível, que seja avaliado de forma contínua, e se necessário, adaptado de acordo com as dificuldades apresentadas em sua prática. Desta forma, ele não só pode como há de ser modificado e atualizado, conforme como se realiza o processo de avaliação de sua implantação. Quando o plano é assumido de uma maneira inflexível, ele não permite que o processo de mudança em si aconteça, ao ignorar os limites que a realidade impõe e as adequações que se fazem necessárias ao ato de planejar (CHORNY, KUSCHNIR, TAVEIRA, 2008).

Uma das dificuldades na implementação do planejamento é o tempo, como podemos observar a seguir:

O próprio tempo é uma dificuldade porque pra você planejar, você precisa de tempo, pra você sentar, pra você pensar, pra você discutir né, então muita das vezes a gente não tem esse tempo, a gente acaba criando. Entrevistada 1.

Esta dificuldade também é apresentada na literatura, autores revelam que a falta de tempo para registrar práticas desenvolvidas, de uma forma mais detalhada, e a deficiência de maneiras e meios de alcançar dados estruturados e integrais no processo de recuperação dos dados, contribuem para as falhas no processo de enfermagem. (TREVIZAN, MENDES, SHINYASHIKI e GRAY, 2006)

Alfaro-LeFevre (2005), também diz que o enfermeiro deve fazer seu planejamento utilizando o seu pensamento crítico, tendo como base o seu conhecimento científico para estabelecer suas prioridades e organizar melhor o tempo destinado às ações de enfermagem.

O discurso apresentado a seguir também retrata basicamente o tempo para se planejar como sendo uma dificuldade, porém dito através de acontecimentos “em cima da hora”, como podemos observar:

*E como dificuldade esses treinamentos e essas reuniões que acontecem **em cima da hora**, então às vezes você vai ter que reorganizar aquilo que você já tinha se programado pra ser feito, e aí às vezes você não consegue avisar todo mundo e gera um certo desconforto.* Entrevistada 2.

E para isso, Maximiano (2000), traz que para assegurar sua sobrevivência e eficácia, uma organização tem que aumentar o seu grau de controle sobre o futuro, tentando se antecipar às mudanças que possivelmente possam ocorrer no sistema interno e também no sistema externo, tendo três tipos de necessidades que levam as organizações a investir em um planejamento estratégico, tendo a necessidade ou vontade de intervir no futuro, a necessidade de enfrentar eventos de futuros previsíveis e coordenar eventos e recursos entre si.

Baseado nas literaturas acima, o que podemos observar é que o tempo é ferramenta essencial ao enfermeiro durante a implementação do planejamento em suas atividades, rotina e vida, para que assim, não haja falha ou a mesma seja minimizada durante o processo de trabalho. Desta forma, podemos visualizar que esta dificuldade apresentada por duas das enfermeiras da Clínica Comunitária da Família, não é algo que dificulte apenas o seu

planejamento, mas sim, o de muitos outros enfermeiros, e que até para que haja tempo, é necessário planejar.

Outra dificuldade apresentada está relacionada à sobrecarga de trabalho exemplificada pelas suas múltiplas funções, retiradas do seguinte trecho da entrevista:

Dificuldade é tentar associar a agenda da gente, porque a gente também faz a parte administrativa, assistencial, organizar o corpo mesmo, as pessoas, porque a clínica é grande e a gente não tá só na parte administrativa, a gente tem que tentar resolver tudo e tem hora que complica um pouco pra estar implementando.” Entrevistada 3.

Starfield (2002), afirma que o tempo gasto pelos enfermeiros é muito maior que o gasto pelos médicos. Desta forma, a sobrecarga causada pelo cotidiano do trabalho acaba comprometendo a humanização, do mesmo jeito em que compromete as relações de trabalho em função de fatores externos e internos, onde elas vem se dando de modo pouco humanizado, interferindo diretamente na assistência.

Além do comprometimento à convivência com a equipe, os enfermeiros de qualquer modo acabam precisando enfrentar problemas que se relacionam com o estresse ocupacional, pois acabam se deparando com a percepção das demandas presentes em seu ambiente de trabalho e tendo que utilizar suas habilidades para enfrentá-las. A sobrecarga de trabalho determina alta incidência de estresse, superando até as questões ligadas ao relacionamento interpessoal e gerenciamento de pessoal (LAUTERT, CHAVES, e MOURA, 1999).

Sendo assim, das dificuldades apresentadas pelas enfermeiras da pesquisa, estão relacionadas ao tempo disponível, às intercorrências e à sobrecarga de trabalho, de acordo com as literaturas utilizadas acima o que podemos observar é que são fatores muito comuns aos profissionais de trabalho e que realmente tornam a rotina mais complicada ao enfermeiro. Os tempos gastos às diversas situações, ou a falta dele, também contribuem para a sobrecarga de trabalho dessas profissionais, pois as fazem dedicar mais de seu tempo às diversas atividades as quais elas são responsáveis, não somente para a questão gerencial, mas também às suas funções assistenciais dentre outras.

O resultado do Administrador só acontece de acordo com os resultados dos seus liderados, garantindo desta forma que os outros façam o que for necessário para que haja fruto. Nesta nova era da informação em que vivemos, além dos conceitos da administração, o administrador deve possuir a capacidade de gerar resultados mostrando que o conhecimento

advém da cabeça das pessoas e que é capacidade do administrador fazer estes conhecimentos se transformarem em resultados (LACOMBE e HEILBORN, 2008).

Ao analisarmos as dificuldades não poderíamos deixar de considerar também as facilidades que estes profissionais tem quando realizam o planejamento de suas atividades, sendo assim uma das entrevistadas traz como facilidade os resultados obtidos por ela e sua equipe.

“Uma facilidade de implementar o planejamento eu acho que é o resultado, entendeu!? Porque quando você implementa aquilo que você planejou e dá resultado, te dá um gás, você fica satisfeito. “Poxa, consegui cumprir” e isso também facilita de você continuar o planejamento.” Entrevistada 1.

Para que o resultado pretendido seja atingido se faz necessário uma adequada estruturação das ações. Nesse sentido o planejamento deve considerar todas as variáveis possíveis e passíveis de acontecer.

Na enfermagem, e mais especificamente na administração da assistência de enfermagem, a vivência obtida nos mostra que um planejamento quando bem realizado tem como resultado uma série de vantagens que compensam o tempo e energia nele depositados. Os resultados gerados através desse esforço podem não ser percebidos de uma maneira imediata, mas a prática desses profissionais e os seus ganhos com ela tem nos provado que podem ter um longo alcance. (GAMA, 2010).

As outras duas entrevistadas destacaram que, a maior facilidade na implementação do planejamento por elas se dá devido às suas boas relações e interações positivas com suas devidas equipes.

Os discursos acerca do trabalho em equipe se dão da seguinte forma:

Então, eu acho que facilidade é que eu observo que a equipe de um modo geral, ela tem muito interesse, para que o trabalho aconteça. Então o que tem como facilidade é o interesse da equipe. Entrevistada 2.

Por exemplo, facilidade, eu tenho facilidade com a minha equipe, minha equipe é boa, meu setor é bom, o que a gente planeja a gente consegue sim resolver, a gente tem grupo de hiperdia, a gente busca

os pacientes. No meu setor a gente não tem muita dificuldade não, a gente consegue ser bem resolutivo. Entrevistada 3.

Segundo Ciampione e Peduzzi, (2000), durante a formação acadêmica do enfermeiro, ele aprende que o trabalho em saúde se torna mais eficaz se correlacionarmos nossa equipe. Nas políticas públicas de saúde atuais, que acabam por centralizar a atenção na assistência à família e comunidade, a equipe nunca foi tão evidenciada. Essa estratégia, por exemplo, é a base da reestruturação desse modelo assistencial onde o enfoque se torna na ação multiprofissional, evidenciando bem mais o trabalho em equipe.

O entendimento acerca da importância e do verdadeiro significado do que é equipe é fundamental para que um atendimento adequado em saúde aconteça, já que para que tenha qualidade e eficiência na assistência prestada é indispensável a concepção do coletivo de trabalho, tanto quanto sua devida execução. Para que isso aconteça a equipe deve ser um meio facilitador do cuidado, afim de obter um desempenho e uma eficiência superior à obtida na execução individualizada do trabalho (MOTTA, 2001).

5 CONCLUSÃO

Conclui-se que o perfil dos enfermeiros das Clínica Comunitária da Família da Ilha da Conceição tem idade superior a 30 anos, tempo de formação em enfermagem foi visto que varia entre dois a onze anos, tempo que trabalham na Clínica de dois a cinco anos, número de empregos entre dois e quatro.

Através dos dados coletados, o que podemos observar é que as enfermeiras entendem como conceito de planejamento que ele é uma ferramenta importante em seus dias de trabalho, que as norteia para assim, atingirem seus objetivos. Que ele é parte fundamental no ato de organizar o trabalho a ser realizado por elas, tanto na parte gerencial, quanto na assistência. E que precisam participar de suas rotinas de planejamento os técnicos de enfermagem, os agentes comunitários de saúde e os médicos, que assim, constituem suas equipes e seus devidos setores. Por fim, na parte conceitual do planejamento, que sem ele as ações podem se tornar inviáveis e não resolutivas, fazendo parte de forma essencial de seu dia a dia de trabalho como enfermeira.

Quanto a forma de implementar o planejamento, as enfermeiras trouxeram muitos discursos acerca de como o fazem, que é realizado através de ações específicas para datas relacionadas ao Calendário Nacional de Saúde, fazem sala de espera na unidade com os ACSs sobre temas relacionados a saúde e principalmente sobre a prevenção de doenças e não somente como remediá-las com o intuito de obter uma população saudável, ao invés de apenas tratá-la e fazem em média também, 12 visitas domiciliares por semana a pacientes acamados principalmente, mas que necessitem de sua atenção ou intervenção. Quanto a parte burocrática a preencherem, eles tem as escalas, reuniões, a coleta de dados para inserirem no SIAB, a Matriz de Intervenção, e é através destes instrumentos que elas implementam o planejamento tanto nas suas ações diárias, como na clínica de uma forma geral.

No que diz respeito as dificuldades que estas enfermeiras enfrentam para implementarem o planejamento relataram a falta de tempo para planejarem e como as vezes há intercorrências em seus planejamentos do dia devido a eventos inesperados e comunicados sem antecedência, a forma como elas tem que planejar tudo ao mesmo tempo, tanto a parte gerencial, quanto a parte da assistência prestada por elas e também da sua equipe. As facilidades apresentadas por elas foram basicamente os resultados obtidos e a satisfação que isto gera e o ânimo que dá e principalmente, das suas interações com suas equipes, que tornam o trabalho e principalmente o planejamento bem mais fácil e produtivo.

Sendo assim, o que podemos concluir desta pesquisa é que as enfermeiras têm conceitos similares acerca do que é planejamento para elas, recorrem de basicamente ao mesmo método para fazerem o planejamento de seus devidos setores, e que as dificuldades são basicamente o tempo e excesso de tarefas e que as recompensas de tanto trabalho vem basicamente dos resultados que alcançam e das pessoas por quem suas equipes são constituídas, tornando esta, uma experiência mais satisfatória.

6. OBRAS CITADAS

ALFARO-LEFEVRE, Rosalina. **Aplicação do Processo de Enfermagem: Promoção do Cuidado Colaborativo**. 5a Ed. Porto Alegre: ARTMED, 2005.

ALMEIDA, E.S.; VIEIRA, C.A.L.; CASTRO, C.G.J.; FURTADO, L.A.C.; INOJOSA, R.M. **Planejamento e programação em saúde**, In: WESTPAL, M.F.; ALMEIDA, E.S. Gestão de serviços de saúde. São Paulo: EDUSP, 2001 . p. 255-72.

BARATA, Rita, organizadora. Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.

BOOG, G.G. **O desafio da competência: como enfrentar as dificuldades do presente e preparar-se para o futuro**. São Paulo (SP): Ed. Nova Cultural; 2004.

BARBOSA, Maria Alves; MEDEIROS, Marcelo; PRADO, Marinésia Aparecida; BACHION, Maria Márcia; BRASIL, Virginia Visconde. -Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem, 2004**. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acessado em: 15 de junho de 2016.

BRASIL. COFEN. Lei 7498/86, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

BRASIL. **Constituição da República**. Artigos 194, 196. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>. Acessado em: 17/11/2016.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, **Poder Executivo, Brasília, DF**, 24 set. 1999. Seção 1.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. **Sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1988.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º 3.085, de 1º de dezembro de 2006. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 dez. 2006. Seção 1, p. 39-40.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º 3.332, de 28 de dezembro de 2006. **Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF**, 29 dez. 2006. Seção 1, p. 608.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Promoção à Saúde: Carta de Ottawa, **Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá, Brasília**, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2. ed. – Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466/12 do **Conselho Nacional de Saúde/MS** sobre diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acessado em: 10 de fevereiro de 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. **DIRETRIZES DO NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Brasília, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Políticas de Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. – Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva : instrumentos básicos /** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – 2. ed. – Brasília :Ministério da Saúde, 2009.

CARVALHO, E.C.; BACHION, M.M. **Abordagens teóricas da comunicação humana e sua aplicação na Enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2005

CERTO, S. C.; PETER, J. P. Análise do Ambiente. In **Administração estratégica: planejamento e implantação da estratégia**, 1993.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração: teoria, processo e prática**. São Paulo, Mkron Books, 1993.

CHORNY, ADOLPHO; KUSCHNIR, ROSANA; TAVEIRA, MAURA. **Planejamento e programação em saúde**, 2008.

CIAMPONE, Maria Helena Trench Metodologia do planejamento na enfermagem. In: KURCGANT, P. (org.) Administração em enfermagem. São Paulo, EPU. Cap. 4, p. 41-58, 1991.

CIAMPONE, Maria Helena Trench; MELLEIRO, Marta Maria. O Planejamento e o Processo Decisório como Instrumentos do Processo de Trabalho Gerencial. KURCGANT, P. (org.) Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro, GUANABARA/KOOGAN. Cap. 4, p. 35-50, 2010.

CIAMPONE, Maria Helena Trench; PEDUZZI, Maria. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2000.

COREN MG. **DELIBERAÇÃO COREN-MG - 176/07** Baixa normas para definição das atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico. Disponível em: <http://www.corenmg.gov.br/sistemas/>. Acessado em: 07 de fevereiro de 2016.

DEMARZO, MARCELO MARCOS PIVA; OLIVEIRA, CRISTINA ALVES; E GONÇALVES, DANIEL ALMEIDA. Prática clínica na Estratégia Saúde da Família – organização e registro. **Especialização em Saúde da Família**. UNASUS/UNIFESP. [200-].

DEMARZO, MARCELO MARCOS PIVA.; AQUILANTE, A. G. Saúde escolar e escolas promotoras de saúde. In: Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DUTRA, J.S. **Competências: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna**. São Paulo (SP): Atlas; 2004.

FELLI, Vanda Elisa Andres. **Monitoramento da saúde do trabalhador de enfermagem: promovendo a qualidade de vida no trabalho. Relatório técnico de pesquisa**. FAPESP, 2007.

FELLI, Vanda Elisa Andres; PEDUZZI, Maria. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurgant, P. (Org.). Gerenciamento em enfermagem; Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

FELLI Vanda Elisa Andres, PEDUZZI Maria. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P, organizador. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005.

FLEURY, A; FLEURY, M.T.L. **Estratégias empresariais e formação de competências: um quebra cabeça caleidoscópico da indústria brasileira**. São Paulo (SP): Atlas; 2004.

FERREIRA, Francisco Whitaker. Planejamento sim e não. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1983.

FONSECA, E.G.F. **A saúde como direito à cidade: potencialidades dificuldades do programa médico de família na rede de saúde de Niterói**. Secretaria de Educação do Estado do Rio de Janeiro, 2015.

FONSECA, G. M. Planejamento em enfermagem. **Apostila de curso**, 2000 (mimeo).

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE/PMF. PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA. **Relatório Prefeitura Municipal de Niterói**. Niterói, RJ, 2014.

GAMA, Bernadete. As funções administrativas e o Planejamento em Enfermagem. Universidade Federal de Juiz de Fora. Faculdade de Enfermagem. **Apostila de curso**. 2010.

GAMA, Bernadete. **Planejamento Estratégico Situacional**. 2010.

GAMA, Bernadete. **Supervisão em enfermagem**. Apostila de aula. UFJF. Faculdade de Enfermagem. Departamento de Enfermagem Básica. Disciplina: Administração em Enfermagem II. 2012.

GRECO, Rogério. **A função administrativa planejar como instrumento do processo de trabalho do enfermeiro**. Universidade Federal de Juiz de Fora. Faculdade de Enfermagem. Apostila de curso. 2011.

GRECO, Rogério. As Funções Administrativas e o Planejamento em Enfermagem. **Material Instrucional elaborado para a Disciplina Administração em Enfermagem I Curso de**

Graduação em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2010.

INTERNATIONAL COUNCIL NURSES (ICN). **Closing the Gap: Millennium Development Goals.** Geneva; 2013 [acesso em: 10 julho 2016].

JESUS, Luiz Abreu, ASSIS, Marluce Maria Araújo (org.). **Desafios do planejamento na construção do SUS.** Salvador (BA): Edufba, 2011.

KWASNICKA, Eunice Lacava. **Introdução à administração.** São Paulo, Atlas S. A. 1991.
KRON, Thora; GRAY, Anne. **Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente.** Rio de Janeiro, Interlivros, 1989.
LACOMBE, Francisco.; HEILBORN, Gilberto. **Administração: princípios e tendências.** SP. SARAIVA. 2008.

LAUTERT, Liana; CHAVES, Enaura; MOURA, Gisele. **O estresse na atividade gerencial do enfermeiro,** 1999.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade - Florianópolis- Ed. Papa – Livros, 1999. 176p.**
LOTUFO, Márcia; MIRANDA, Alcides. **Sistemas de gestão e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de saúde.** 2007.

LOPES, MARTA JÚLIA MARQUES; LEAL, SANDRA MARIA CEZAR. **A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira,** 2005.

MACHADO Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; LIMA, Luciana Dias. **O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos no ano 2000.** Ciência & Saúde Coletiva, 2010.

MANZINI, Eduardo José. **A entrevista na pesquisa social. Didática.** São Paulo, 1991.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política.** 14ed. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 1994; Cap. 5.

MASCARENHAS, M.T.M, ALMEIDA, C. **O Programa Médico de Família de Niterói (PMFN): uma agenda para reflexão.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, 2002.

MATUS, Carlos. **O Método PES – Roteiro de Análise Teórica,** São Paulo, Ed. FUNDAP, 1996. (Mimeografado).

MAXIMIANO, Antônio Cesar Amaru. **Teoria Geral da Administração.** São Paulo: Atlas, 2000.

MENEGOLLA, Maximiliano; SANT'ANNA, Ilza Martins. **Por que planejar? Como planejar?** Currículo – área – aula. Petrópolis, Vozes, 1997.

MEHRY, Emerson Elias. **Razão e Planejamento,** 1ª ed., São Paulo, Ed. HUCITEC, 1995.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 21. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2008.

MORENO-NETO, José Luiz. A Institucionalização do Planejamento na SESAB no quadriênio 2007-2010: condições, sujeitos e práticas. [**Dissertação de mestrado**]. Salvador (BA): ISC/UFBA, 2011.

MOTTA, P.R. **Desempenho em equipes de saúde**: manual. Rio de Janeiro (RJ): FGV; 2001.

ONOCKO, Campos Rosana. **Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil**. Cad.Saúde Pública, 2000.

PAIM, Jairnilson Silva, TEIXEIRA, Carmen. Política, **Planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte**. Rev. Saúde Pública, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. **Metodologia científica em enfermagem**. Rio de Janeiro, Espaço e Tempo. 1986.

PERES, Aida Mrs.; CIAMPONE. Maria Helena Trench. **Gerência e competências gerais do enfermeiro**. Rev Texto & Contexto Enfermagem vol.15 no. 3 Florianópolis . 2006).

PISCO, Luis. **Melhoria Contínua da Qualidade**. Curso Monográfico. Instituto da Qualidade em Saúde. MS Portugal. Lisboa, 2004.

ROCHA, Ana Angélica Ribeiro de Meneses. O planejamento no cotidiano de uma instituição hipercomplexa: O caso da SES/Sergipe. [**Tese de doutorado**]. Salvador (BA): ISC/UFBA, 2008.

ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **Saúde e planejamento**:novos paradigmas. Rio de Janeiro, 1998.

ROCHA, Luís Osvaldo Leal. **Organização e métodos**: uma abordagem prática. 6. Ed. SP: Atlas, 1987.

SANNA, Maria Cristina. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 2007; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a17v60n2.pdf>; acessado em 18/01/2016.

SANTOS, Edirlei Machado; MORAIS, Sandra Helena Gomes. **A visita domiciliar na estratégia saúde da família**: percepção de enfermeiros. 2011.

SENNA, M.C.M, COHEN, M.M. **Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência**. Ciência e Saúde Coletiva. São Paulo, 2002.

SILVA, M, J, SOUZA E, M, FREITAS C,L. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica. **Rev bras enferm**. 2011.

SOUZA, C. R.; LOPES, S. C. F.; BARBOSA, M. A. - **A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar, 2004**.

SOUZA, DF ; SCHIMITH, MD ; SEGABINAZI, AD ; ALVES, CN ; WILHELM, LA ; SILVA, SC; STUMM, KE ; RESSEL, LB. O papel do enfermeiro em uma estratégia de saúde da família: **Um relato de experiência**. Santa Maria, RS, Brasil, 2012. Disponível em: <http://www.unifra.br/eventos/sepe2012/Trabalhos/5865.pdf>. Acessado em: 25/06/2016.

SPERANDIO, Dircelene Jussara. ÉVORA, Yolanda Dora Martinez . Planejamento da assistência de enfermagem: Proposta de um software-protótipo. **Rev Latino-am Enfermagem** 2005.

STARFIELD, Barbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TANCREDI, Francisco Bernadini; BARRIOS, Susana Rosa Lopez; FERREIRA, José Henrique Germann. Planejamento em saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade São Paulo, 1998. (Série Saúde e Cidadania).

TEIXEIRA Carmen. **Planejamento e gestão em saúde no Brasil: situação atual e perspectivas para a pesquisa, ensino e cooperação técnica na área**. Ciênc. Saúde Coletiva. 1996.

TIMBY, Bárbara. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. Porto Alegre: ARTMED, 2001.

TREVIZAN, M.A, MENDES, I.A.C, SHINYASHIKI, G.T, GRAY, G. **Gerenciamento do enfermeiro na prática clínica: problemas e desafios em busca de competência**. 2006.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. **Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 14, 2009.

VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz; PAIM, Jairnilson Silva. Prática de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal. [**Tese de doutorado**]. Salvador (BA): ISC/UFBA, 2006.

7 ANEXOS

ANEXO 1 – Mapa de atendimento da Clínica Comunitária da Família da Ilha da Conceição

