



CENTRO DE ESTUDO SUPERIOR DE ITAITUBA S/C LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

JOSIANE MARTINS AGUIAR
MAYNARA RODRIGUES DE NAZARÉ

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NO GERENCIAMENTO DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: Análise da Literatura**

Itaituba, PA

2020

JOSIANE MARTINS AGUIAR
MAYNARA RODRIGUES DE NAZARÉ

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NO GERENCIAMENTO DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: Análise da Literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharela em Enfermagem.

Orientadora: Esp. Cleidiane de Jesus Silva

Itaituba, PA
2020

JOSIANE MARTINS AGUIAR
MAYNARA RODRIGUES DE NAZARÉ

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NO GERENCIAMENTO DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: Análise da Literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharela em Enfermagem.

Orientadora: Esp. Cleidiane de Jesus Silva

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____

Profa. Esp. Cleidiane de Jesus Silva

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof. Nome, titulação

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof. Nome, titulação

Resultado: _____ Média: _____

Itaituba, PA: ____ de março de 2020

Agradecemos em primeiro lugar a Deus que nos iluminou durante esta caminhada. Por permitir ser o que somos, por nos dar forças para enfrentar todos os obstáculos, e a nossa família por nos apoiar em todas as nossas decisões.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus por ser a base de nossas conquistas e por nos proporcionar a oportunidade de chegarmos até aqui.

As nossas famílias por todo apoio e incentivo nessa longa jornada acadêmica.

A Esp. Cleidiane de Jesus Silva, pela dedicação em suas orientações prestadas na elaboração deste trabalho, nos incentivando, auxiliando e colaborando no desenvolvimento de nossas ideias.

A todos os professores e amigos que nos ajudaram direta e indiretamente para a conclusão deste trabalho.

*Motivação é a arte de fazer as
pessoas fazerem o que você quer que
elas façam porque elas querem fazer*

Dwight Eisenhower

RESUMO

O Enfermeiro desenvolve ações fundamentais para a promoção/recuperação da saúde. Para isso, utiliza as funções de gerência que exercem influência na qualidade e segurança para o paciente. A gerência deve comprometer-se em atender tais objetivos, realizando a mediação entre pessoas, tecnologias, materiais e ambiente. O enfermeiro é o profissional que apresenta conhecimento, habilidades e atitudes que podem reparar a dificuldade nas condições das redes de serviços. Este é um estudo de natureza bibliográfica com abordagem quantitativa e qualitativa e caráter descritivo, tendo como objetivos descrever e analisar as evidências científicas a respeito do papel do enfermeiro na gerência de uma unidade básica de saúde (UBS), publicadas entre os anos de 2010 e 2016. Os resultados desta revisão demonstraram que o enfermeiro, em geral, é o profissional responsável pela gestão das UBSs. As ações de planejamento desenvolvidas estão limitadas a programação das tarefas e a formulação de objetivos. Diante das demais funções administrativas, a organização também se encontra pouco praticada. Algumas falhas foram percebidas como a falta de conhecimentos técnico-científico administrativo dos gestores; sobrecarga de trabalho devido ao exercício simultâneo de muitas tarefas; conflitos entre a equipe e escassez de recursos. Arquiteta-se que é indispensável que os gestores das UBSs recebam capacitações e treinamentos para que possam aplicar adequadamente o processo administrativo por meio do planejamento, organização, direção e controle. Há ainda a necessidade de apoio da gestão pública para que assim o enfermeiro enfrente os problemas diários, e se agarre a novas estratégias para solucioná-los. O gerenciamento do cuidado atrelado às atividades de educação em saúde quando bem desempenhados trazem resultados positivos na assistência.

Palavras-Chave: Enfermeiro. Gestão. Organização.

ABSTRACT

The Nurse develops fundamental actions for the promotion / recovery of health. For this, use as management functions that influence quality and safety for the patient. Management must commit to meeting these objectives, mediating between people, technologies, materials and the environment. The nurse is the professional who has knowledge, skills and attitudes that can correct the difficulties in the conditions of service networks. This is a study of a bibliographic nature with a quantitative and qualitative approach and a descriptive character, aiming to describe and analyze how clinical analyzes and respect for the role of nurses in the management of a basic health unit (UBS), publications between the years 2010 and 2016. The results of this review showed that the nurse, in general, is the professional responsible for the management of UBSs. Planning actions are limited to scheduling tasks and defining objectives. In view of the other administrative functions, the organization is also little practiced. Some flaws were perceived as a lack of technical-scientific knowledge by managers; work overload due to the simultaneous exercise of many tasks; team conflicts and scarcity of resources. Archive what is essential for UBS managers to receive training and training so that they can apply the administrative use of the planning, organization, direction and control process. There is still a need to support public management for those who, like nurses, face daily problems, and can schedule new strategies to solve problems. The management of care linked to health education activities, when successful, brings positive results in care.

Keywords: Nurse. Management. Organization.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 01 -	Macroconceito de gestão do cuidado em enfermagem. Fonte: Paese e Dal-Sasso (2013)	18
Figura 02 -	Atribuições do enfermeiro nas práticas gerenciais. Fonte: Modificado de Mendes <i>et al.</i> (2010)	28
Figura 03 -	Seleção do material.....	34

LISTAS DE QUADROS

Quadro 01 - Distribuição dos artigos segundo o ano de publicação, base de dados, autor e título da obra.....	31
---	----

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 01 - Distribuição de obras utilizadas de acordo com a base de dados sendo elas Lilacs (laranja) e Scielo (azul).....	34
--	----

LISTAS DE SIGLAS

ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
APS	-	Atenção Primária de Saúde
CIE	-	Comitê do Conselho Internacional de Enfermagem
COFEN	-	Conselho Federal de Enfermagem
COSEP	-	Comitê de Segurança do paciente
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
MS	-	Ministério da Saúde
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PSF	-	Programa de Saúde da Família
RAS	-	Redes de Atenção à Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
USF	-	Unidade de Saúde Familiar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
2.1	POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	15
2.2	ATIVIDADES E FUNÇÕES DO ENFERMEIRO.....	16
2.3	A SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO.....	21
2.4	A ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE.....	24
2.5	AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS ENFERMEIROS NA EXECUÇÃO DE ATIVIDADES GERENCIAIS.....	26
3	METODOLOGIA.....	30
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	30
3.2	AMOSTRAGEM E COLETA DE DADOS.....	30
3.3	ANÁLISE DOS TEXTOS.....	33
3.4	CRITÉRIO DE INCLUSÃO.....	33
3.5	CRITÉRIO DE EXCLUSÃO.....	33
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	33
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	34
4.1	A EQUIPE DE SAÚDE E OS CONFLITOS VIVENCIADOS PELA ENFERMAGEM.....	35
4.2	ANÁLISE CONCEITUAL DA GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM	38
4.3	FATORES QUE INTERFEREM NA QUALIDADE DOS RESULTADOS E EFICÁCIA NAS AÇÕES GERENCIAIS DO ENFERMEIRO.....	40
4.4	O REFLEXO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	42
4.5	A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	44
5	CONCLUSÃO.....	49
	REFERENCIAS.....	51

1 INTRODUÇÃO

Em mais de 20 anos de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a descentralização, é um de seus princípios organizativos, e foi o indutor de mudanças no âmbito da gestão, introduzindo novos atores neste campo de atuação (PENNAFORT *et al.*, 2012).

Os gestores dos municípios assumiram inúmeras atribuições ao assumirem a gestão do SUS, entre elas o financiamento das ações, planejamento, o controle de recursos financeiros, a administração, a organização de fluxos assistenciais, a regulação do conjunto de serviços de saúde existentes em seu território, assim como serviços de saúde e a oferta de ações, para isso, estruturaram uma ampla rede de serviços de saúde no nível da atenção básica (PAESE; DAL-SASSO, 2013).

A prática gerencial realizada pelo enfermeiro é regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e no Decreto nº 94.406/87 estabelece no artigo 8º que este profissional tem como atribuições a direção e chefia, o planejamento, a organização, a coordenação e a avaliação dos serviços de enfermagem (PENNAFORT *et al.*, 2012).

No entanto, o enfermeiro na atribuição de gerente de uma UBS, precisa dispor de diversas competências e estar preparado para outras atribuições, como consultor, prestador de serviços, entre outros (DUSSAULT, 2007).

Diante desse pressuposto, questiona-se: O enfermeiro está preparado para as práticas gerenciais em uma UBS? Quais as dificuldades para a prática gerencial de Unidade Básica de Saúde?

A pesquisa teve como objetivo geral analisar as evidências científicas a respeito do Papel do enfermeiro na gerência de uma Unidade básica de saúde (UBS), nos anos de 2010 a 2016, desmembrando-se nos seguintes objetivos específicos: Identificar o desempenho do papel de gestor pelo enfermeiro: limites e possibilidades; levantar os desafios as experiências e soluções encontradas pelos enfermeiros na vivência de assistir coordenar e gerenciar uma UBS.

A gerência constitui um importante instrumento para a efetivação de políticas, incorporando um caráter articulador e integrativo, ou seja, a ação gerencial é determinada e determinante do processo de organização de serviços de saúde e fundamental na efetivação de políticas sociais e, em específico, as de saúde. Pode-se dizer que a gerência não compreende uma ação simplesmente racional ou técnica

e, sim, apresenta dimensões científicas, técnicas e artísticas (BALDASSARE; CIAMPONE, 2007).

Por esse motivo a elaboração desta pesquisa trouxe mais uma publicação que dará subsídio à atuação dos profissionais da saúde e principalmente à atuação do enfermeiro que está diretamente vinculado a essa prática.

Tornando-se importante também, porque apresentou como desígnio: conhecer como ocorre o gerenciamento na assistência de enfermagem e saber se o mesmo é incorporado de forma adequada e efetiva nas práticas profissionais cotidianas, de forma a proporcionar organização e qualidade da assistência prestada. Como também os desafios a serem traçados para que se possa ampliar as possibilidades de um novo aprendizado através da síntese de diversos estudos. A partir disto, o enfermeiro terá a possibilidade de reconhecer suas limitações e promover mudanças que acarretaram melhorias significativas para os usuários atendidos nas UBSs.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

A implantação de programas de Atenção Primária A Saúde (APS) no Brasil apresentaram características próprias, decorrentes de suas políticas de saúde. Para entendermos melhor a caracterização da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil e sua relação com as políticas de saúde, torna-se útil utilizarmos a caracterização bastante didática dos sistemas de saúde dos países da América Latina (ARAUJO; ROCHA, 2007).

Apesar da falta de uma análise mais aprofundada do sistema de saúde brasileiro, os autores fazem uma caracterização de nosso sistema de saúde como sendo o “Modelo de Contrato Público”. Tal modelo se caracteriza pela compra e oferta de serviços de saúde privados e públicos, possibilitando, assim, teoricamente uma escolha de serviços de melhor qualidade e de forma competitiva (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Porém, observamos um crescimento cada vez maior do setor privado para uma população específica e uma falta de regulação da função denominada articulação, pois, segundo os autores, tal função no sistema de saúde brasileiro é confundida com a função denominada financiamento, havendo uma fragmentação do oferecimento e controle de preços e qualidade dos serviços (ALMEIDA; MISHIMA, 2011).

Assim, o modelo de política de saúde brasileiro apresenta-se como um sistema que privilegia o mercado e o setor privado. O Estado acaba garantindo o mercado para esse setor, que oferece serviços complexos e de alta tecnologia e que, ao longo da história, vai se tornando um setor independente e instituído pelo Estado, comprometendo o princípio da equidade (PAESE; DAL-SASSO, 2013).

Dessa forma, observamos que a política de saúde brasileira foi marcada por um Estado financiador do setor privado para que estes, quando não mais necessitavam desse financiamento, se desvinculassem do Estado, passando a ser um “competidor” através de uma regulação do próprio Estado. Paradoxo este que tem como decorrência a ausência de equidade e a dificuldade de acesso de vários setores da sociedade aos serviços de saúde (PENNAFORT *et al.*, 2012).

No Brasil, a reforma do sistema de saúde foi encabeçada pelo chamado Movimento da Reforma Sanitária. Este movimento foi articulado por sanitaristas e outros setores da sociedade no sentido de se fazer uma reforma do antigo sistema (ALMEIDA; MISHIMA, 2011).

Poderíamos dizer que a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) foi o resultado dessa luta, que incorpora na constituição de 1988 vários princípios e diretrizes da VIII Conferência Nacional de Saúde, como a:

- Universalidade, assegurando a todos os indivíduos o direito à saúde através de serviços de saúde e políticas econômicas e sociais;
- Descentralização dos serviços de saúde, segundo os níveis de administração pública, com ênfase na esfera local;
- Hierarquização, organizando os serviços de saúde de acordo com sua complexidade;
- Integralidade, integrando a assistência curativa com a prevenção e a promoção;
- Regionalização, organizando ações e serviços tendo em vista sua especificidade e demandas locais;
- Participação Popular, através da gestão participativa das políticas de saúde.

Entretanto, observamos que existem muitos problemas para a efetivação e a prática do SUS, pois há uma contradição entre a legislação que prioriza a prática e ação do Estado na saúde e a realidade política e econômica que faz o Estado reduzir sua ação social para dar espaço à livre concorrência do mercado (ALMEIDA; MISHIMA, 2011).

Há, então, um constante embate entre aspecto econômico e a tendência das políticas de saúde, por privilegiarem ações voltadas para a prevenção e promoção à saúde, levando em consideração as determinações sociais do processo de saúde/doença, tornando a saúde um campo marcado pela interdisciplinaridade, em que as Ciências Sociais apresentam um papel importante de ação (ARAUJO; ROCHA, 2007).

2.2 ATIVIDADES E FUNÇÕES DO ENFERMEIRO

O surgimento da gerência nos serviços de saúde provocou uma releitura das práticas administrativas que já vinham sendo utilizadas no setor saúde. Para uma organização eficaz é necessário um trabalho competente, voltado para o controle de recursos financeiros, humanos e materiais e focado nos objetivos organizacionais. Neste sentido, a gerência deve comprometer-se em atender tais objetivos, realizando a mediação entre pessoas, tecnologias, materiais e ambiente (ARANTES; SHIMIZU; HAMANN, 2016).

O Ministério da Saúde (MS) preconiza como funções específicas do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (ESF) a realização da assistência integral em todas as fases do desenvolvimento humano conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas; consulta de enfermagem; solicitação de exames complementares; prescrição de medicações; planejamento, gerenciamento, coordenação e avaliação das ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários De Saúde (ACS); participação do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade De Saúde Familiar (USF), entre outras funções (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

A adoção de modelos gerenciais flexíveis e a garantia da participação popular são estratégias cruciais da atual política de fortalecimento do sistema de saúde. A reorganização técnica e gerencial dos serviços demanda uma transformação das ações de saúde e um envolvimento dos profissionais com os serviços e com os usuários, a fim de proporcionar maior resolutividade e qualidade nas ações de saúde (ALMEIDA; MISHIMA, 2011).

O trabalho do enfermeiro na ESF se constitui no monitoramento das condições de saúde tanto no cuidar como no gerenciar, como núcleo da atenção de enfermagem, seja no atendimento individual ou no atendimento grupal; no levantamento e monitoramento de problemas de saúde (no enfoque de risco ou de vulnerabilidade) sendo que estes deverão estar articulados à intervenção nos agravos de ordem patológica (pautados no saber da clínica) e no exercício de uma prática de enfermagem comunicativa, no sentido dialógico e emancipatório, buscando a ampliação da autonomia dos sujeitos (Figura 01) (OLIVEIRA; PASSOS, 2014).

O cuidar e o gerenciar relacionam-se de forma dialética, ou seja, influenciam-se mutuamente, mas não são a mesma coisa ou se excluem. O cuidado e a gestão são ao mesmo tempo produto e produtores. A enfermagem é um serviço (ARANTES; SHIMIZU; HAMANN, 2016).

No processo de produção de trabalho, o produto final não é uma peça ou um material, mas sim a prestação de um serviço, e no caso específico da enfermagem é o cuidado e a gestão (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).



Figura 01 - Macroconceito de gestão do cuidado em enfermagem. Fonte: Paese e Dal-Sasso (2013).

No setor de serviços, o produto é consumido ao mesmo tempo em que é gerado, sendo o produto e produtor ao mesmo tempo o que remete ao princípio recursivo do pensamento complexo (PENNAFORT *et al.*, 2012).

Esses dois conceitos definem a essência da prática de enfermagem, conhecimentos específicos da enfermagem, determinam a diferença da enfermagem como profissão diante das outras profissões e ocupações em saúde, mas também são encontrados em cada dimensão do cuidado em saúde, em cada âmbito em que ele acontece. Cecílio apresenta seis dimensões nas quais o cuidado acontece, sendo que o cuidado integral e a gestão permeiam todas elas, unindo teoria e prática (ARAUJO; ROCHA, 2007).

Para desenvolver a gestão do cuidado integral em enfermagem, no tocante ao gerenciamento, o enfermeiro utiliza ferramentas de gestão como indicadores de saúde, planejamento de materiais e recursos humanos, normas de segurança do paciente, processo de tomada de decisão, entre outras (ARANTES; SHIMIZU; HAMANN, 2016).

O cuidado prestado diretamente ao paciente engloba técnicas, tecnologias, procedimentos e ações de prevenção, promoção e educação em saúde. As ferramentas que possibilitam o cuidado integral em enfermagem são a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), passagem de plantão, acolhimento, consulta de enfermagem, comunicação, visita domiciliária, entre outras (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Os profissionais de saúde que atuam na gestão do cuidado integral precisam ser preparados para essa atividade em todas as suas dimensões, de modo que compreendam seu papel, além de estarem capacitados para acompanhar os pacientes, demonstrando a eles que podem e devem atuar em prol da própria saúde, com ações que visam à prevenção de doenças e à manutenção de suas condições de saúde física e mental (ALMEIDA; MISHIMA, 2011).

Nessa profusão de atividades, a gerência das UBS possui particularidades que a diferenciam de outros setores e estão relacionadas ao seu objeto de trabalho que é a assistência à saúde da população da área adstrita. Nessa assistência é responsabilidade do gerente a "coordenação das atividades" e dos recursos para o atendimento, por meio da "coordenação dos programas de saúde" com o objetivo de "fazer a unidade funcionar" (ARANTES; SHIMIZU; HAMANN, 2016).

Tais programas são determinados pelo Ministério da Saúde e preveem ações para grupos específicos, ou seja, Programa da Saúde da Criança, Saúde da Mulher, do Idoso, do Trabalhador, entre outros e, ainda, o Programa da Saúde da Família (PSF) (PAESE; DAL-SASSO, 2013).

No setor saúde, o profissional que for gerenciar uma UBS deve estar preparado para: saber lidar com acontecimentos inesperados que podem acontecer com os usuários na UBS ou no domicílio; relacionar-se com as equipes ampliadas interprofissionais; estar a par de procedimentos médicos assistenciais, além de intermediar possíveis conflitos em situações inter-relacionais (ARANTES; SHIMIZU; HAMANN, 2016).

Dessa forma o Gerente tem o papel de exercer e desenvolver a liderança em relação às equipes de saúde da família, transformando ideias, intenções e metas em resultados, harmonizando o ambiente de trabalho dos profissionais, participando ativamente dos processos de planejamento, conhecendo as diretrizes do SUS e da Estratégia de Saúde da Família, a fim de atender as demandas e necessidades da população (PENNAFORT *et al.*, 2012).

Assim, discorrer sobre as práticas de enfermagem implica no entendimento de que a enfermagem, enquanto prática social, busca responder às exigências sociais e de saúde de uma determinada época e espaço social. Ao abordar as atividades desenvolvidas no local de trabalho, a maioria dos enfermeiros refere realizar tanto as assistenciais, quanto a gerencial (MORIN, 2011).

Portanto, para uma gestão democrática é necessário que o Gerente tenha a habilidade de mobilizar sua equipe a partir do planejamento de ações prioritárias identificadas no território sob sua responsabilidade, sendo capaz de enfrentar estrategicamente problemas inéditos que eventualmente surjam (OLIVEIRA; PASSOS, 2014).

Sendo assim, o trabalho com a equipe multiprofissional exige o conhecimento do papel de cada profissional da equipe para que a tomada de decisão seja compartilhada de forma ética, atendendo às necessidades dos usuários na produção do cuidado e emancipação de todos os atores envolvidos (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Além disso, é importante que o gerente saiba identificar em sua equipe as potencialidades e fragilidades de cada profissional, garantindo o aprimoramento contínuo que possibilite o enfrentamento das complexidades e desafios de um trabalho influenciado por variáveis sociais, econômicas e epidemiológicas em um território em constante transformação (ARANTES; SHIMIZU; HAMANN, 2016).

2.3 A SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO

A supervisão constitui como uma parte do trabalho gerencial como um campo específico de prática e saber, a partir do século XIX. As teorias de Fayol e Taylor, são caracterizadas pelo foco na racionalidade de estruturas e tarefas, que repercutiram na adoção de uma supervisão, assegurando assim a produção (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

A constituição da enfermagem moderna se ordenou a partir de uma organização de cuidado, com os procedimentos técnicos que passaram a ser sistematizados; a organização de um ambiente terapêutico, com o surgimento de medidas de higiene e limpeza; organização da capacitação pessoal e dos agentes por meio dos mecanismos disciplinares, em uma conformidade caracterizada pela técnica do trabalho e divisão social (ALMEIDA; MISHIMA, 2011).

No que se refere a administração, historicamente, a profissão de enfermagem vem adotando modelos de gerência atrás de outros setores que são produtivos introduzindo princípios de Taylor, que evidenciam a divisão de trabalho em que se adiciona a cada enfermeiro na execução de uma tarefa determinada (PENNAFORT *et al.*, 2012).

Assim, a enfermagem em seu processo de trabalho, que sofreu interferência dos princípios de gestão e administração que norteiam o paradigma capitalista, ainda tem reflexos caracterizados de uma atividade pela divisão social do trabalho e técnica, com um modelo embasado na supervisão, na divisão de tarefas e ações fragmentadas, com o objetivo de garantir a produção, onde o enfermeiro assumindo responsabilidades pelos resultados de trabalho e pela organização (MARX; MORITA, 2010).

Destaca-se nesse sentido a importância de reorientar as ações de supervisão para um cuidado em saúde de forma integral, onde o especial centralizado está na socialização entre a equipe e os enfermeiros em prol de intervenções de saúde resolutivas (ARAUJO; ROCHA, 2007).

A enfermagem mobiliza-se para uma reorganização de práticas de saúde com foco no cuidado, ao executar a supervisão, deve contemplar para a integralidade no individual, relacionando a perspectiva coletiva e necessidade da saúde de cada paciente ou usuário para a organização do trabalho da equipe e dos serviços de saúde (MELO; BARBOSA; SOUZA, 2011).

Essa articulação de cuidado é uma das características indispensáveis que dependem da comunicação com ênfase na empatia e no entendimento, que podem refletir em sentidos diferentes sendo compreendido no exercício da supervisão. Ressalta-se a importância da comunicação de forma horizontal como uma ferramenta potente para a promoção de decisões que facilita a efetividade de um trabalho em equipe, que são elementos imprescindíveis para uma atenção integralizada (MENDES *et al.*, 2013).

A produção científica evidencia três importantes sentidos para seu desenvolvimento: educação, controle e articulação política. Vale destacar a importância de a conotação negativa ser superada, atribuindo-se ao termo controle, que deve ser compreendida com acompanhamento do processo do trabalho e possibilidade de um monitoramento, enfatizando nas intervenções instrumentais dos enfermeiros juntamente com sua equipe, com o objetivo de favorecer adequadamente

os preceitos das práticas clínicas técnico-científicos (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Sendo assim, a supervisão tem o potencial de ser um instrumento que repense o trabalho e facilite a atuação assistencial e gerencial, relacionada ao desenvolvimento da competência dos enfermeiros (MUNARI *et al.*, 2011).

Nó que se refere à percepção educativa da supervisão, não se expressa o sentido que predomina, mesmo porque o investimento de uma construção coletiva para intervenções no trabalho vem a partir da educação permanente dos enfermeiros que se torna pequeno quando é comparado ao disciplinamento e controle das ações (GONÇALVEZ, 2012).

Porém, surge o questionamento sobre o porquê de os enfermeiros terem dificuldade ou limitações em introduzir o olhar educativo no meio da supervisão, visto que desde a década de 1980 o Ministério da Saúde já demonstrava publicações mostrando a orientação da supervisão do enfermeiro e o caráter educativo (LEITÃO *et al.*, 2013).

Por fim, a articulação política gira em torno de todas as ações de uma supervisão, destacando aquelas ligadas a educação e ao monitoramento do processo do trabalho, já que tais intervenções conduzem a um posicionamento ético-político (MENICUCCI, 2011).

A prática da supervisão necessita de uma visão gerenciadora e ampla dentro do trabalho em uma UBS, constituindo um processo eficiente, contínuo, eficaz, de valor educativo, auxiliador, diligente, de caráter motivador de do processo de trabalho dos enfermeiros em UBSs (MELO, 2012).

É compreensível que a supervisão tem o objetivo de orientar, dirigir e adequar os serviços dos enfermeiros de forma a alcançar os resultados prezando pela qualidade, motivando a equipe a procurar estratégias para o exercício do processo de educação e soluções de problemas (CARVALHO, 2013).

Isso determina a importância dos profissionais de enfermagem em se qualificar na supervisão em seu dia a dia no trabalho, pela potencialização deste instrumento causar reflexos nas dimensões gerencial, assistencial e educativo, possibilitando uma visão ampliada no estabelecimento de metas, planos e identificação de problemas (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Quando a supervisão passa a ser utilizada de modo colaborativo e pedagógico, favorece a qualificação da assistência, a avaliação dos resultados e a promoção da interação nas relações políticas e sociais (MENDES *et al.*, 2013).

Nesse processo, passa a ser enfatizado o emprego da competência gerencial, técnica e relacional para compreensão das equipes e das pessoas, articulando a firmeza das ações e sensibilidade. É importante considerar a reciprocidade presente na supervisão, pois trata-se de uma relação que depende totalmente da interação, capacidade e influência mutua entre a equipe de enfermagem e outras categorias (GALAVOTE *et al.*, 2013).

Além disso, esta supervisão favorece a assistência prestada e trabalho em equipe e o serviço de saúde no seu contexto geral, ou seja, estas ações têm potencial para articular a gerencia e o cuidado, na visão do profissional, do usuário e dos serviços de saúde, além de um espaço privilegiado para a efetivação integral (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Vale ressaltar que a supervisão tem o poder de direcionar os serviços para que os resultados sejam alcançáveis de forma desejável e benéfica na organização. Nesse sentido a enfermagem ao executar a supervisão pode qualificar o serviço prestado, buscando estratégias para as soluções de problemas, incluindo os aspectos relacionais e educativos com os membros da equipe (GALAVOTE *et al.*, 2013).

Se a equipe tem um bom relacionamento e uma comunicação horizontalizada o cuidado passado a ser articulado, fortalecendo as ações integradas e diminuindo um cuidado fragmentado (PENNAFORT *et al.*, 2012).

O cuidado em saúde exige um processo de supervisão ligado na gestão participativa promovendo um planejamento integrado na construção da educação permanente e intervenções em saúde por meio de problemas nas práticas cotidianas, com o objetivo de eliminar esses problemas. Tanto a educação permanente como a gestão participativa, possibilitam a autonomia dos enfermeiros e tomada de decisões técnicas (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Focando no reconhecimento do enfermeiro, o mesmo necessita se apropriar de conhecimentos científicos com ferramentas, técnicas e atribuições com excelência, para se aprimorar nas suas práticas dentro de uma UBS (OLIVEIRA; PASSOS, 2014).

As práticas do enfermeiro e da saúde persistem com um modelo médico biologicista, profissional centrado, mecanicista, enfatizando a superespecialização,

por meio de ações de saúde que seja o suficiente para atender as necessidades das famílias e dos usuários, visando um cuidado integral (MENDES *et al.*, 2013).

Deste modo, é necessário o surgimento de um modelo de supervisão que vise superar o sentido de controle estrito, assumindo uma abordagem mais educativa, com o objetivo de colaborar para a integralidade do cuidado, alinhando-se as políticas do SUS e de boas práticas de saúde, reconhecendo o envolvimento dos usuários e da equipe de saúde, como a imprescindibilidade do trabalho em rede (OLVEIRA *et al.*, 2016).

2.4 A ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

A Organização Mundial de Saúde (OMS) determina que a segurança do paciente como a inexistência de danificação desnecessária ou potencial para o paciente veem sendo interligado as intervenções em saúde, e a aptidão de adaptação das instituições de saúde ligados com os riscos operacionais e humanos relacionados com processo de trabalho, são focados como estudos centrais com o objetivo de criar manejo do ato que é inseguro (PENNAFORT *et al.*, 2012).

A segurança do paciente é determinada como um dos principais desafios para uma qualidade de serviço de forma eficaz. As tarefas, o ambiente, a tecnologia e a organização, são elementos essenciais do sistema de trabalho que influenciam na qualidade dessa assistência ao paciente. Além disso, as condições de trabalho são fatores determinantes que interferem na qualidade de um cuidado prestado (DIAS *et al.*, 2014).

O profissional de enfermagem deve se responsabilizar pelas ações de planejamento no que refere a disponibilização de materiais com recursos adequados e seguros como também pelas condições e capacitação da equipe, tanto como ambientais como no trabalho que sejam adequadas para a realização de um cuidado, permitindo a segurança do paciente (OLIVEIRA; PASSOS, 2014).

A enfermagem está relacionada diretamente com a realização de ações que estão interligados no surgimento de erros nas práticas em saúde. A partir disso, as intervenções de enfermagem devem está centrada no cuidado, com respaldo especialmente no conhecimento, no diálogo e no estabelecimento de relações satisfatórias que interpessoais, sendo embasada em habilidades e atitudes com o intuito de instituir um ambiente seguro. A partir daí a qualidade referente a segurança

passa a ser uma estratégia significativa para um cuidado prestado de maneira eficaz (ALMEIDA; MISHIMA, 2011).

Assim é necessário proporcionar condições de trabalho com estratégias que são capazes de reduzir ou eliminar as barreiras de segurança do paciente que são implantadas para melhoria no atendimento da equipe de enfermagem (DIAS *et al.*, 2014).

É indispensável o número adequado de profissionais de enfermagem para um cuidado seguro, sendo responsabilidade institucionais de promover condições e recursos humanos favorável nas unidades de saúde. Pois, profissionais adequados de maneira quantitativa, podem diminuir os riscos aos pacientes assim como um número menor de incidências de agravos de saúde dos trabalhadores (PEREIRA; SOUZA; FERRAZ, 2014).

As instituições hospitalares brasileiras apresentam condições críticas, no que se trata o setor público, visto que dependem do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) se apresentando insuficiente nas despesas de recursos humanos como insumos e materiais (LIMA *et al.*, 2014).

É considerável que se invista em enfermeiros assistenciais, ocasionando participação nas análises dos processos permanentes de condições do serviço, para permitirem a diminuição de riscos e identifica-los incorporando intervenções seguras, baseando-se em evidencias (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Além disso, o enfermeiro precisa se dedicar em desenvolver a comunicação ágil, experiências, recomendações e efetiva das evidencias destinadas para garantir a segurança dos pacientes no contexto geral (PAESE; DAL-SASSO, 2013).

As organizações de saúde estabeleceram procedimentos específicos e políticas fundamentais para o relato, levando em consideração que é necessário desenvolver produtos, estratégias e ações que sejam direcionadas aos usuários, gestores e profissionais da saúde sobre a segurança de um paciente, possibilitando a promoção desta segurança (OLVEIRA *et al.*, 2016).

A partir disso, a conscientização torna-se maior em nível nacional, evidenciando que os profissionais de enfermagem devem ser educados no que diz respeito às providencias que devem ser tomadas mediante as falhas e incentivar a se responsabilizar por atitudes honestas em frente ao erro (QUEIROZ, 2014).

2.5 AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS ENFERMEIROS NA EXECUÇÃO DE ATIVIDADES GERENCIAIS

Entende-se que os serviços de enfermagem possuem papel fundamental na busca dessa qualidade nas organizações de saúde, tendo em vista o número de profissionais atuantes nas instituições e a sua responsabilidade nos cuidados aos pacientes durante as 24 horas (PENNAFORT *et al.*, 2012).

Sabe-se que são estes profissionais que coordenam e gerenciam todo o processo de assistência a ser desenvolvido em relação ao paciente. Atender o paciente conforme as suas especificidades e necessidades, assim como proporcionar medidas que resultem em sua recuperação, objetivo principal do processo de cuidar nos serviços de enfermagem (OLVEIRA *et al.*, 2016).

Portanto, as ações devem ser realizadas de maneira eficaz, com o comprometimento das equipes, para que resultem em prestação de cuidado com qualidade e satisfação do cliente (PEREIRA; SOUZA; FERRAZ, 2014).

A busca pela melhoria da qualidade já faz parte da rotina desses profissionais, e para tanto se faz necessário o controle da qualidade da assistência fundamentado em avaliações sistematizadas do cuidado, por meio de indicadores que demonstrem sua evolução, ao longo do tempo e permitam a comparação com referenciais internos e externos (DUARTE, 2013).

A literatura demonstra que a maioria dos indicadores específicos para avaliar a qualidade do cuidado da enfermagem, está vinculada a análise da estrutura e do processo. Isso ocorre por possibilitarem dados mais objetivos e concretos. Sendo assim, no gerenciamento de enfermagem os indicadores mais frequentes são aqueles que se relacionam aos cuidados físicos (NUNES *et al.*, 2014).

Assim, os enfermeiros têm utilizado mais indicadores de processos para avaliar a qualidade da assistência. No presente estudo, todos os indicadores avaliados estão relacionados aos processos de enfermagem e, apesar da análise dos processos não ser o único indicativo da qualidade da assistência, ele pode ser considerado imprescindível (LIMA *et al.*, 2014).

As atividades do enfermeiro devem estar voltadas para a população assistida. Deve-se atuar em equipe junto com a comunidade, considerando o contexto e as necessidades locais, para que as soluções sejam as mais adequadas (FERREIRA *et al.*, 2015).

A atividade gerencial de maior importância relacionada pelos enfermeiros foi promover a integração e o bom relacionamento com as equipes de saúde sob sua responsabilidade. Muitos gerentes apontaram como sendo fundamental investir no relacionamento interpessoal com sua equipe e valorizar o desempenho da equipe de saúde para o bom andamento e qualidade do cuidado prestado (ARANTES; SHIMIZU; HAMANN, 2016).

As frustrações enfrentadas pelos Gerentes têm relação com a vulnerabilidade a que estão expostas as pessoas que estão no poder e ainda não desenvolveram a habilidade de lidar com essas situações. Porém, isto pode ser revertido se o Gerente tiver o equilíbrio entre personalidade e ação na organização a fim de alcançar o crescimento profissional e a qualidade do serviço prestado (LEITÃO *et al.*, 2013).

As demandas e restrições do cargo de Gerente, assim como, as decisões que precisam ser tomadas por esses profissionais, junto das questões pessoais influenciam diretamente seu desempenho. Sendo assim, a capacidade de realização e as características pessoais são pontos que devem ser considerados na escolha deste profissional (NASCIMENTO; TRAVASSOS, 2010).

O gerente é reconhecido como um profissional que faz acontecer, que mobiliza e organiza os meios para que a organização cumpra seu fim, atuando onde muitas vezes os processos de trabalho, as pessoas e os planos se chocam, pois existe uma pressão externa por agilidade e flexibilidade, ao mesmo tempo em que existe uma crescente necessidade interna por controle e previsibilidade (PEDUZZI, 2000).

Soma-se a isso, o fato do Gerente ter que assumir responsabilidades desde a estrutura física das instalações da unidade de saúde, integração entre equipes, acompanhamento das atividades desenvolvidas, criação de um ambiente de trabalho harmônico e solidário até o monitoramento de indicadores e metas pactuadas, além da mediação de possíveis conflitos que possam existir (MELLO; BARBOSA, 2012).

O conflito não é algo de responsabilidade direta do Gerente, mas sim a identificação da existência de um conflito, dos atores envolvidos, dos motivos do conflito e seus objetivos e das oportunidades de resolução. A escuta e a mobilização dos atores são estratégias importantes para lidar com as diversas situações possíveis, ou seja, o conflito torna-se um instrumento de reflexão e transformação da realidade (SENGE, 2014).

Diante do complexo arranjo para a garantia da qualidade dos serviços de saúde oferecidos, criam-se desafios para a gerência local que estariam nos limites entre a

liberdade do trabalhador e seu compromisso com a rede de saúde (MELLO; BARBOSA, 2012) (Figura 2).

A competência interpessoal inclui habilidades como a flexibilidade, o espírito inovador e a criatividade, dar e receber informação, exercitar o relacionamento entendido na dimensão emocional afetiva (MENDES *et al.*, 2013).

Esse processo precisa ser treinado juntamente com o crescimento pessoal que requer autopercepção, autoconscientização e autoaceitação. Pode ser uma ferramenta poderosa para transformar a prática gerencial do enfermeiro, uma vez que estimula a formação de líderes que possam avaliar e dimensionar os problemas de modo global, permitindo exercer o papel com mais segurança e transparência (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

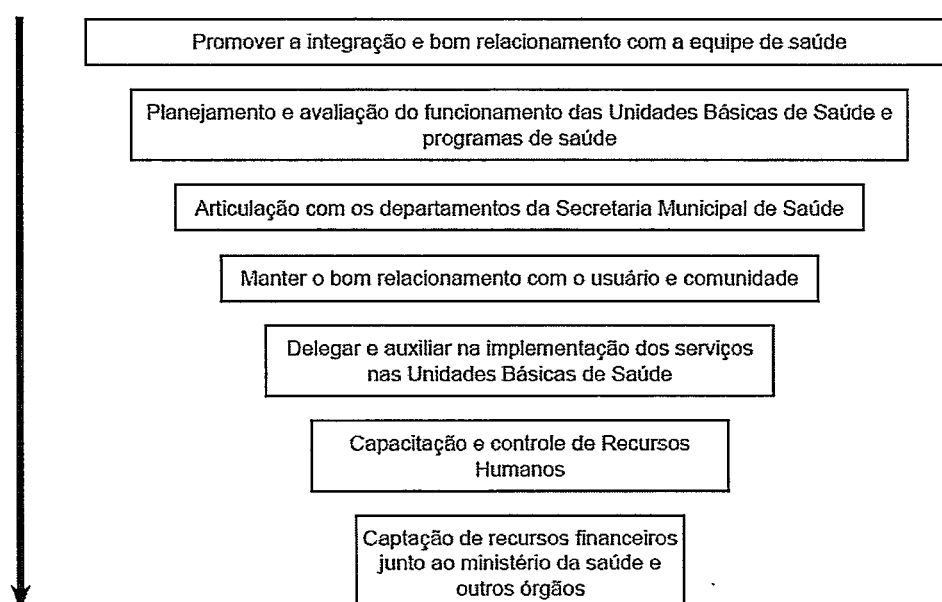


Figura 02 - Atribuições do enfermeiro nas práticas gerenciais. Fonte: Modificado de Mello e Barbosa (2012).

Outras atividades consideradas importantes no processo gerencial são o planejamento e a avaliação do funcionamento das UBSs, juntamente com os Programas de Saúde do Ministério implantados nestes serviços, além da articulação com os diversos departamentos da SMS. Neste caso, devemos considerar o princípio doutrinário do SUS de hierarquização, entendido como um conjunto articulado e

contínuo das ações e serviços individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Os enfermeiros consideram que, dentro do processo de trabalho gerencial, manter o bom relacionamento com o usuário e com a comunidade faz parte da função gerencial como uma ação de respeito à cidadania e participação popular. Isso levou-nos a considerar que de alguma forma os princípios do SUS estão norteando as ações dos gerentes no que diz respeito à participação da comunidade e à divulgação de informações quanto à capacidade e oferta dos serviços de saúde que o usuário tem como direito previsto nas Leis Orgânicas de Saúde (PEDUZZI, 2000).

No entanto, o cuidado com a comunidade é uma preocupação a mais na função gerencial, somada às funções de organizar internamente a unidade de saúde e atender às necessidades de saúde da comunidade/usuários das áreas de abrangência (MENDES *et al.*, 2013).

A proximidade com a comunidade estabelece relações e vínculos entre a comunidade e os serviços de saúde, mas, ao mesmo tempo, expõe as contradições presentes no cotidiano de trabalho, uma vez que outras necessidades surgirão para além do atendimento médico assistencial (ARANTES; SHIMIZU; HAMANN, 2016).

Para alguns enfermeiros gerentes, a insuficiência de recursos nem sempre causa impactos negativos. Em algumas situações pode ajudar os trabalhadores na tomada de decisão para resolução de problemas, auxiliando a equipe de saúde a descobrir maneiras de superar limites e promover parcerias de apoio entre os seus membros. Isso mostra que as organizações de saúde não produzem serviços eficazes apenas com estruturas e pessoas. Os suprimentos em geral também fazem parte desse processo (BENITO *et al.*, 2006).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, com abordagem quantitativa e qualitativa, de caráter descritivo.

Segundo Baldassare e Ciampone (2007), a pesquisa bibliográfica é elaborada com base em material já publicado com o objetivo de analisar posições diversas em relação a determinado assunto.

Para Nunes *et al.* (2014) os dados quantitativos visam coletar fatos concretos: números. Estes dados são estruturados e estatísticos, que formam a base para tirar conclusões gerais de uma pesquisa.

Para Melo (2012) o qualitativo está na interpretação da realidade e não em sua quantificação. Se a intenção do pesquisador é investigar algo mais subjetivo, como determinada opinião sobre algo e a motivação para essa opinião, esta é uma investigação qualitativa, já que não se trata da coleta de dados quantificáveis, mas sim de aspectos individuais do pesquisado.

O estudo descritivo visa observar, registrar, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos sem manipulá-los. Procura então descobrir a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características (BALDASSARE; CIAMPONE, 2007).

3.2 AMOSTRAGEM E COLETA DE DADOS

Para efeito do estudo, foi desenvolvida uma análise conceitual baseada em pesquisas bibliográficas sobre os seguintes arcabouços teóricos: Gerencia, Atenção básica e cuidado de enfermagem.

A pesquisa foi desenvolvida a partir de: artigos, teses, dissertações, Tcc e livros. Com base em todo material revisado procurou-se fazer uma discussão entre os autores, avaliando os pontos positivos e negativos para chegar a um resultado final.

Foram selecionados 68 artigos de várias bases de dados, após leitura criteriosa dos resumos obteve-se um total de 49 obras destas, após leitura integral, foram utilizados apenas 16 artigos, optando por aqueles encontrados nas bases de dados Scielo e Lilacs, por entender que foram nessas onde mais se destacam temas relevantes ao assunto abordado, ressaltando que este quantitativo final relaciona-se apenas a construção dos resultados, e que além desses, outros autores também foram inseridos para a construção do referencial e para as discussões, como prevê

um estudo de revisão. O levantamento de dados ocorreu entre os meses de março a novembro de 2019. Desta forma, o quadro 01, descreve as obras que foram utilizadas para a construção dos resultados de acordo com o ano de publicação, o nome do autor e o título.

Quadro 01 - Distribuição dos artigos segundo o ano de publicação, Base de dados, Autor e Título da Obra.

ANO	BASE DE DADOS	AUTOR	TÍTULO DA OBRA
2010	Scielo	Milos; Borquez e Larrains	La "gestión del cuidado" en la legislación chilena: interpretación y alcance.
2011	Lilacs	Grigoletto; Gimenes e Avelar	Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico.
2011	Lilacs	Waldow e Borges	Cuidar e humanizar: relações e significados.
2012	Scielo	Bueno e Fassarella,	Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica.
2012	Lilacs	Christovam; Porto e Oliveira	Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito.
2013	Lilacs	Capucho e Cassiani	Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil.
2013	Lilacs	Dowbor e Westphal	Social determinants of health and the Brazilian Family Health Care Program in the city of Sao Paulo.
2013	Scielo	Sousa <i>et al.</i>	Eventos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de enfermagem.

2013	Scielo	Tase <i>et al.</i>	Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente.
2013	Lilacs	Boller	Estresse no setor de emergência: possibilidades e limites de nova estratégias gerenciais. Revista Gaúcha de enfermagem
2014	Lilacs	Freitas <i>et al.</i>	Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino.
2014	Scielo	Nunes <i>et al.</i>	Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão?
2014	Lilacs	Matos	Teoria e prática da metodologia da pesquisa em educação física: Construindo seu trabalho acadêmico
2015	Scielo	Viegas e Penna	As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil.
2015	Lilacs	Pires <i>et al.</i>	Sistema de Informação para a Gestão do Cuidado na Rede de Atenção Domiciliar (SI GESCAD): subsídio à coordenação e à continuidade assistencial no SUS.
2016	Lilacs	Ewen	Filosofia, ciência e enfermagem.

3.3 ANÁLISE DOS TEXTOS

A tarefa de análise implica em um primeiro momento, na organização de todo o material, dividindo-o em partes, relacionando-as e procurando identificar tendências e padrões relevantes. Em um segundo momento, essas tendências e padrões são reavaliados, buscando-se relações e inferências em um nível de abstração mais elevado (PIRES *et al.*, 2013).

As referências bibliográficas de todos os estudos pesquisados e considerados relevantes para o trabalho em questão foram examinadas detalhadamente os autores foram todos mencionados de acordo com as informações retiradas dos artigos, mediante a necessidade de esclarecimento dos dados.

Os títulos e resumos depois de selecionados foram avaliados para verificar a relevância do estudo para esta revisão.

3.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão do estudo contemplaram os seguintes aspectos: artigos publicados em língua portuguesa; que estavam disponibilizados na íntegra nas bases de dados online Scielo e Lilacs, publicados no período de 2010 a 2016.

3.5 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Foram excluídos os artigos que não estavam disponíveis na íntegra, aqueles duplamente indexados nas bases de dados, além de artigos que não atenderam ao questionamento do estudo e encontravam-se fora do período proposto.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

De forma a atender os preceitos éticos de um estudo de referência bibliográfica, todos os autores utilizados nesta pesquisa foram minuciosamente referenciados no corpo do texto e na lista de referências, respeitando a lei Art. 46, inc. III da Lei de Direitos Autorais - Lei 9610/98 de direitos autorais.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 68 artigos através de uma leitura preliminar dos quais foram excluídos 20, totalizando 48 artigos para uma leitura integral, criteriosa e objetiva. Destes 48 foram selecionados apenas 16 que perfizeram o total da amostra apenas para a construção dos resultados, como podemos observar na figura 03.

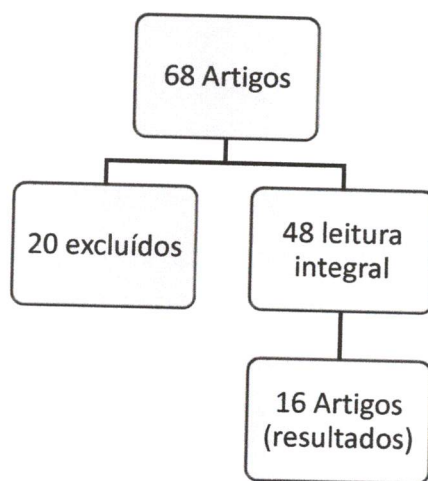


Figura 03 – Seleção do material.

Enfatiza-se ainda, que se priorizou as publicações indexadas nas bases de dados LILACS totalizando um quantitativo de obras equivalente a 62,5% (n=10), e SCIELO com 37,5% (n=06) (gráfico 01).

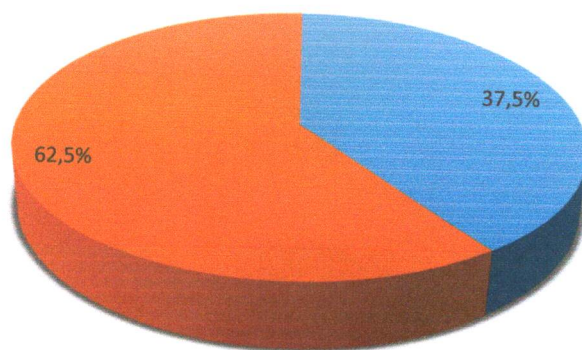


Gráfico 01 – Distribuição de obras utilizadas de acordo com a base de dados sendo elas Lilacs (laranja) e SciELO (azul).

A amostra discursiva foi dividida em cinco categorias que serviram para melhor expor as análises apresentadas nesta pesquisa, buscando demonstrar a importância das práticas gerenciais da enfermagem no que concerne o seu papel na Rede de Atenção à Saúde. Neste contexto foi analisado a visão das 16 obras selecionadas sobre o referido assunto, seguido então da discussão teórica que foi amparada em outras 18 obras, e por fim realizou-se o apanhado geral sobre cada categoria.

4.1 A EQUIPE DE SAÚDE E OS CONFLITOS VIVENCIADOS PELA ENFERMAGEM

Segundo Freitas *et al.* (2014), existem várias definições para trabalho em equipe na área de saúde, o mais comum pode ser descrito como um grupo de dois ou mais indivíduos interagindo para realização de uma tarefa, voltada para um objetivo comum.

Na visão de Grigoletto; Gimenes e Avelar (2011), na equipe há uma integração gerencial de habilidades e talentos individuais em uma habilidade coletiva para produzir serviços de maneira mais eficiente e efetiva. A comunicação é verdadeira, existe confiança, o respeito, a compreensão e a cooperação são elevadas e há sempre o investimento no crescimento do conjunto de pessoas que compõe a equipe.

Enfatizando os achados, Nunes *et al.* (2014) destacam que o termo equipe é muito utilizado para designar o grupo formado pelo enfermeiro, técnico e o auxiliar de enfermagem. Entretanto, é questionável o desempenho desses profissionais em equipe, tendo em vista para o que é esperado no contexto do trabalho em saúde.

Matos (2014) corrobora ainda que um grupo de trabalho deve interagir para partilhar informação e tomar decisões que auxiliem cada membro a desempenhar suas tarefas individualmente. Em uma equipe, são várias as habilidades dos integrantes que no conjunto geram uma sinergia positiva através de um esforço coordenado.

Para Freitas *et al.* (2014), as situações de conflito surgem quando as pessoas se colocam em posições diferentes, a partir das suas divergências de percepção e de ideias, sendo essas inevitáveis. Os problemas mais comuns que podem gerar situações de conflito estão relacionados com estrutura organizacional, problemas de comunicação, disputa de papéis, mal entendimentos, escassez de recursos, falta de compromisso profissional.

Nesse ponto de vista, Viegas e Penna (2015) evidenciam que existem vários pontos negativos no conflito, entre eles podemos listar: perda de impulso no trabalho,

situações que resultam em desperdício de esforços, tensão, criação de um ambiente improdutivo, distorção do comportamento das pessoas, entre outros. Porém vivenciar um conflito é a porta de entrada para o consenso, acerca de uma mistura de ideias comparadas e uma conclusão assertiva e comum sobre um determinado tema, podendo contribuir positivamente para o progresso organizacional (GRIGOLETO; GIMENES; AVELAR, 2011).

Atualmente o enfermeiro identifica essa lacuna no cotidiano da prática, o que sinaliza que esse conhecimento deve ser trabalhado de forma sistematizada (VIEGAS; PENNA, 2015).

Pesquisas apontam ainda que a sobrecarga de trabalho e o estresse têm diminuído a capacidade de produção, provocando menor precisão nas atividades, faltas ao trabalho, estresse entre a equipe, adoecimentos com maior frequência, trabalham tensos com atenção dispersa, tem a ansiedade e depressão, sentem a desmotivação e baixa realização pessoal (BOLLER, 2013).

Diversos autores descrevem que existem dificuldades em relação à integração ao trabalho e para o bom funcionamento de uma equipe existem alguns fatores a serem observados, como por exemplo, a personalidade de cada elemento daquele grupo, como se relacionam entre si, bem como um ambiente saudável e agradável. (MATOS, 2014).

A partir destes resultados os autores a seguir trazem ideias que corroboram com as informações descritas nesta categoria. Iniciando com Dias *et al.* (2014), que informa que para uma atuação mais saudável, é preciso uma sincronização de ações e interações entre os colaboradores, embasados pela ética e pelo respeito nas relações dentro e fora da equipe, bem como a ampliação do processo de comunicação.

Oliveira e Passos (2014) defende ainda que não se pode evidenciar somente o lado negativo, existe um ponto favorável em relação aos conflitos, pois nasce de uma diferença de ideias e opiniões que podem desencadear reflexões e análises sobre um determinado tema que gera uma energia que tenciona e que produz movimento, que induz à ação, estimulando a análise e a reflexão.

Gonçalves (2012) enfatiza que a busca por meios eficazes para que se possa administrar os conflitos é de suma importância. É necessário enfrentá-los identificando a sua origem e delimitando as possibilidades de atuação, na mediação desses conflitos, podendo proporcionar melhor qualidade de vida aos profissionais da área,

impactando diretamente na qualidade da prestação do serviço oferecido aos clientes de saúde.

Em conformidade, Melo (2012) destaca que não se deve temer os conflitos, e que existe um modo destrutivo e um modo construtivo de se proceder nesses momentos, atuando de forma saudável, os resultados serão benéficos ao grupo, resultando num progresso para toda a equipe.

Desse modo, Carvalho (2013) evidencia que a estratégia de confrontação é uma tentativa de resolver problemas por meio de uma abordagem frontal entre as partes envolvidas e o compromisso é um método clássico de resolução de conflito, que consiste em estabelecer um acordo por meio de um terceiro que conduz uma negociação.

Essas são algumas maneiras do enfermeiro gerenciar as situações de conflito presentes no cotidiano de trabalho, em que busca esclarecimento dos fatos ocorridos, a resolução dos problemas, a harmonia e a cooperação entre os membros da equipe de enfermagem (GALAVOTE *et al.*, 2013).

Sendo assim, Melo (2012) ressalva que as reuniões de equipe dos profissionais da área de saúde são destacadas como instrumento fundamentais, que favorecem o crescimento profissional e pessoal dos indivíduos e da própria equipe, sendo também uma forma de melhorar o desempenho para a prestação de assistência mais eficiente e eficaz.

Mendes *et al.* (2013) apontam como uma estratégia, o enfermeiro relacionar a dinâmica de grupo como um meio para promover maior conhecimento entre os profissionais da equipe. As trocas de ideias, de informações e o despertar para uma visão crítica favorecem um trabalho integrado.

Sendo assim, acredita-se que uma boa sintonia no trabalho em equipe, gera um melhor desempenho coletivo, considerando que o resultado é maior que a soma das partes individuais. E para que isto aconteça o enfermeiro como gerente precisa se atentar para estratégias que possibilitem a melhor interação, para que assim os membros desta equipe possam desenvolver uma visão holística a respeito dos planos de cuidados, respeitando os pontos de vista de cada um.

4.2 ANÁLISE CONCEITUAL DA GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

Na visão de Nunes *et al.* (2014), as pesquisas direcionadas a gestão do cuidado enfermagem dentro de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), são direcionadas para

a forma como um enfermeiro pratica as ações de cuidado e de gestão em sua prática. Identificou-se que o gerenciamento é entendido como o processo de trabalho de um profissional de enfermagem, porém ainda necessita reconhecer o cuidado sendo um foco a se gerenciar dentro dos postos de saúde.

Com base nos atributos identificados por Freitas *et al.* (2014) foi possível constituir uma definição para uma gestão do cuidado em enfermagem: trata-se da articulação e integração entre as ações cuidativas e gerenciais, mediante o exercício de liderança, relações interativas, comunicativas e cooperativas assumidas pelo enfermeiro para com a equipe de enfermagem, profissionais de saúde e usuário.

Porém, na perceptiva de Ewen (2016), apesar de serem evidenciados nos estudos as práticas de gerência do enfermeiro para atividades burocráticas na parte administrativa, deixando de focar no cuidado, os artigos apresentam a integração e articulação como essenciais para gerenciar o cuidado, bem como a liderança de um trabalho em equipe, a articulação, a comunicação e a cooperação que são exercidas pelos enfermeiros com outros integrantes da equipe.

Por sua vez, Sousa *et al.* (2013) através da literatura foi identificado a integração e a articulação entre o cuidar e a gestão, a interação, o exercício da liderança, comunicação. Cooperação e tomada de decisão como atributos que são essenciais do cuidado na gestão em enfermagem.

Em conformidade, Pires *et al.* (2015) acredita que o usuário e o enfermeiro têm uma relação interativa destacando a dinâmica da gestão do cuidado, permitindo o estabelecimento do vínculo e confiança e troca de confiança, favorecendo para a recuperação e a concretude das ações de promoção.

Matos (2014) confirma que uma gestão de cuidado em enfermagem é como um exercício profissional do enfermeiro, tendo uma disciplina sustentada juntamente com as ações do planejamento, controle e organização nas prestações de cuidado, seguro, oportuno e abrangente, a fim de garantir continuidade dando sustentabilidade as orientações estratégicas e políticas da instituição.

Porém, Bueno e Fassarella (2012) destacam que a formação dos enfermeiros é baseada nos atributos da gestão do cuidado, passando pelo rompimento necessário com modelos tradicionais de ensino, fundamentado na divisão de práticas e saberes, assim como na necessidade da ampliação das redes de relações, reconhecimento de transdisciplinaridade como elementos que são fundamentais para um novo perfil formando um profissional.

Entretanto, estudos revelam que no curso de graduação a aprendizagem tem seus espaços e ainda estão voltados para uma prática clínica aonde o campo curativo vem predominando uma abordagem que seja estritamente biologicista, com uma associação entre a prática e a teoria (GRIGOLETO; GIMENES; AVELAR, 2011).

O cuidado tem sua complexidade na saúde, remetendo a necessidade de um trabalho interdisciplinar por meio de um compartilhamento de responsabilidades, saberes e decisões para superar fronteiras disciplinares e alcançar um cuidado integrado (TASE *et al.*, 2013).

Diante desses resultados pode-se observar o quanto o profissional enfermeiro se tornou peça indispensável em uma unidade básica de saúde, pelo fato de precisar desenvolver as ações de cuidados junto ao paciente e ainda assim saber administrar as práticas gerenciais, deste modo os autores a seguir trazem firmeza aos achados e contribuem ainda mais com seus pontos de vistas.

Munari *et al.* (2011) destaca que é possível verificar outros modelos de cuidado dentro da gestão em enfermagem que são fundamentando nas relações colaborativas e interativas com os profissionais de saúde e com os usuários com o objetivo de propiciar um cuidado oportuno de forma contínua, individualizado e seguro.

Dessa forma, Leitão *et al.* (2013) utilizam métodos pedagógicos possibilita reconhecimento dos usuários como a vivência sujeito singular e a construção de liderança e habilidades nos espaços de ensino que possibilitarão o enfermeiro a fundamentar atitudes e habilidades voltados para a interdisciplinaridade.

Para Mendes *et al.* (2013), o processo assistencial e as ações de gerenciamento são articulados entre si, que proporciona a enfermagem, possibilidades de um reencontro com o cuidado, contribuindo para a melhoria dos níveis, para a produção do prazer e redução do estresse no processo de trabalho.

De acordo com Pennafort *et al.* (2012), se torna necessário uma aplicação de modelos e teorias conceituais para uma prática clínica orientada para a enfermagem e para conduzir pesquisas, porém, a utilização de teorias necessita de análises com o objetivo de avaliar a sua aplicação, identificar erros e pontos fortes.

Nesse sentido, para Leitão *et al.* (2013), é necessário repensar na formação da enfermagem investindo em uma educação que seja permanente por meio da oferta de experiências que são diversificadas possibilitando competências gerenciais que são desenvolvidas sendo capazes de superar a dicotomia entre o cuidado e a gestão, sendo habilitado para um trabalho coletivo, cooperativo e independente.

De modo geral o enfermeiro deve proporcionar uma cultura de organização, favorecendo uma prática de cuidado de qualidade, desenvolvendo capacitações básicas relacionadas ao seu nível de conhecimento, selecionando pessoas e implementando um modelo de assistência guiado nas ações realizadas diariamente em conjunto com sua equipe.

4.3 FATORES QUE INTERFEREM NA QUALIDADE DOS RESULTADOS E EFICÁCIA NAS AÇÕES GERENCIAIS DO ENFERMEIRO

Para Capucho e Cassiani (2013), há enfermeiros que, realmente, assumem uma prática autoritária no trabalho diante da equipe, “mas em alguns momentos não passam de imagens e estereótipos da figura deste profissional, que foram historicamente construídos ao longo do tempo e que, atualmente, necessitam ser (des) construídos”.

Pires *et al.* (2015) informam que a função da maioria dos gerentes de unidades relata não é exercida formalmente, devido à inexistência do cargo no organograma das secretarias de saúde. Em muitos casos, são contratados como profissionais da equipe da saúde da família e acabam assumindo, também, responsabilidades gerenciais.

Segundo Bueno e Fassarella (2012), a não-formalidade do cargo e a conseqüente não-gratificação pela função exercida traz um paradoxo. Ao mesmo tempo em que alguns gerentes se encontram em posições de superioridade hierárquica, também há situações em que outros evitam posições e atitudes de confronto ou que desagradem trabalhadores pelo fato de não se sentirem respaldados para tais enfrentamentos, como exemplificado no trecho a seguir: “Não é que eu não quero me indispor com o funcionário, mas eu não tenho uma formalidade para me indispor com o funcionário, então eu não vou ter um respaldo”.

Neste contexto, Capucho e Cassiani (2013) determinam que haja grandes dificuldades encontradas pelos enfermeiros dentro das unidades básicas, a falta de capacitação é a maior delas, principalmente quando se trata da realização de tarefas.

Ewen (2016) informa que uma das importantes interferências entre saúde e educação, é adaptação do ensino, serviços prestados para população e conhecimentos produzidos baseando-se nas necessidades sociais, preconizando na formação de um enfermeiro humanista, reflexivo, crítico e generalista.

O outro autor relata que a comunidade e equipe precisam demonstrar soluções possíveis, conforme a realidade do indivíduo e da comunidade, a fim de que as dificuldades sejam resolvidas de modo positivo (DOWBOR; WESTPHAL, 2013).

Portanto, os resultados mostram de forma ampla que os fatores que trazem transtornos a prática da gerencia são o autoritarismo, a informalidade por parte das secretarias de saúde quanto ao cargo de gerente, a não gratificação pela responsabilidade desenvolvida, além da falta de capacitação específica. Posto isto, os autores a seguir concordam com estes fatos e propõem soluções.

Carvalho (2013) define que o caminho não é somente institucionalizar o cargo de gerente, mas produzir a cogestão de coletivos em que exista: troca de informações, escuta de todos para a tomada de decisão, transcendendo a subjetividade e o desejo do sujeito, formando uma rede de relações.

As habilidades e competências específicas para o aprimoramento das ações gerenciais, devem ser desenvolvidas por meio do processo de formação, sendo construídas permanentemente no cotidiano deste profissional, podendo então, colaborar na sua capacitação (OLVEIRA *et al.*, 2016).

Para Leitão *et al.* (2013), o enfermeiro precisa de um perfil apoiado nas atitudes, para inovar, transformar, transcender e tornar as organizações de saúde de forma mais definitiva. É significativo ressaltar que a organização se inclui a qualquer processo de trabalho, sendo assistencial ou gerencial.

A partir disso, Carvalho (2013) ressalta que é necessário investir no relacionamento interpessoal, e dar importância ao desempenho da equipe de saúde para uma boa qualidade dos cuidados prestados.

A via de regra, o enfermeiro precisa se sentir apoiado para enfrentar as situações de conflito que o cerca ao lidar com o trabalho em equipe e as assistências prestadas aos usuários das UBS. Sendo assim a gestão pública precisa reconhecer o cargo, dar apoio financeiro além de fornecer capacitação profissional para melhor desenvolvimento de suas ações. Em contrapartida este enfermeiro precisa se apoiar em inovações e estratégias que tragam o diferencial as características pré-existentes na instituição e arremeter-se ao relacionamento pessoal para saber lidar com possíveis divergências e valorizar atitudes positivas tanto individuais quanto coletivas.

4.4 O REFLEXO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Para Sousa *et al.* (2013), a sociedade evolui constantemente e isso faz com que a mesma fique interligada a saúde e as condições que ela oferece a população. A saúde é resultado da relação do homem, com sua inserção no meio social e natural, sob influência seja cultural ou socioeconômica.

Neste contexto, Freitas *et al.* (2014) evidenciam que a saúde tem um acesso que é para todos, sendo garantido por políticas econômicas e sociais, que destacam a redução de agravos a saúde, redução de riscos de doenças, acesso universal e igualdade nos serviços e ações para a proteção, promoção e recuperação.

Porém, no dia a dia há diversos motivos que impedem que as assistências sejam para todos, devido a desigualdade social e difícil acesso, seja educacional, econômico ou estrutural (CHRISTOVAM; OLIVEIRA, 2012).

A partir disso, Milos; Borquez e Larrains (2010) afirmam que os profissionais de enfermagem, sendo parte integrante de uma equipe de saúde, tem implementado intervenções com o objetivo de atender o paciente no contexto de suas necessidades básicas.

No entanto, para Dowbor e Westphal (2013), estas ações, de caráter curativo, preventivo e de reabilitação, desenvolvidos pelos enfermeiros a seus pacientes, por meio de um processo educativo, muitas vezes, acabam não sendo inseridos na vida deste profissional, pois a sobrecarga de atividades afeta significativamente a qualidade de uma assistência aplicada aos pacientes.

Conforme comentado, as situações relacionadas ao direito do profissional de enfermagem vêm sendo discutido no Comitê de Serviços Profissionais (COSEP), assim como no Comitê do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) estando relacionados nestas discussões. De acordo com o que a CIE formulou sobre intenções do enfermeiro ligados ao CIE devem avaliar e estudar os problemas de saúde e da segurança no trabalho sob o ponto de vista da equipe e do enfermeiro (WALDOW; BORGES, 2011).

Para Freitas *et al.* (2014), devem-se considerar tanto os enfermeiros nas suas praticas administrativas e assistenciais, quanto como indivíduos ao atribuir para a conscientização e reflexão do problema dentro do contexto atualmente.

Tase *et al.* (2013) afirmam que em boa parte dos postos de saúde tem um trabalho contraditório com as regras básicas para um ambiente saudável. Se tornando evidente que se precisa realizar mudanças, para melhorar a qualidade de trabalho.

Desta mesma forma, Ewen (2016) destaca que no trabalho a qualidade de vida se foca em ouvir mais as pessoas ao máximo, evidenciando suas potencialidades. Ouvir é saber procurar o que as pessoas querem, sentem e pensam; é desenvolver condições nas pessoas para que elas consigam se desenvolverem no ambiente de trabalho.

A partir do momento em que o profissional de enfermagem for observado como aquele com direito a um ambiente onde necessita-se de boas condições de trabalho em sua qualidade de vida, por conta do estresse mental e físico, eles terão um setor mais harmonizado e com menos possibilidades de erros técnicos (MILOS; BORQUEZ; LARRAINS, 2010).

Por conseguinte, os achados relatam de que a saúde se relaciona ao bem-estar biopsicossocial do ser humano, e que o acesso a assistência de saúde deve seguir os preceitos de universalidade, equidade e integralidade. No entanto se retrata que por diversas dificuldades a população ainda sofre por falta de atendimento de qualidade, e que o enfermeiro deve ser responsável por criar estratégias que abranjam todas as necessidades básicas dos clientes.

Em contrapartida, esta responsabilidade agrega mais uma obrigação ao enfermeiro que na assistência trabalha a atenção curativa, preventiva e de reabilitação, além das práticas gerenciais que envolvem observação nas necessidades de manutenção da instituição. Sabendo que se este fato não for respeitado por meio de boas condições de trabalho as consequências sobrecarregarão não somente o enfermeiro e sim toda a equipe. Estas situações são enfatizadas pelos autores a seguir.

A saúde no trabalho é primordial para o desenvolvimento socioeconômico, principalmente no momento em que o desenvolvimento da tecnologia se evidencia, exigindo trabalhadores competentes e criativos (GONÇALVES *et al.*, 2012).

Para Leitão *et al.* (2013), um diferenciador entre uma gestão e um processo burocrático mais flexível é o surgimento de reconhecimento da promoção de saúde e vínculos como atividade do trabalho de gestores.

Diante disso, para uma assistência de qualidade é necessário se investir em condições de trabalho, os gestores municipais devem organizar e articular

ferramentas essenciais, para oferecer suporte ao enfermeiro que junto com a equipe de saúde, trabalhem de forma segura e satisfatória, obtendo assim os resultados esperados.

4.5 A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Na visão de Boller (2013), as práticas educativas têm a função de possibilitar no indivíduo o ato de saber reconhecer que o mesmo possui habilidade para tomar decisões, em busca de uma vida saudável e, diante dessa concepção de educação em saúde, o profissional de enfermagem tem o papel de defensor-facilitador, pois ele pode contribuir para que os indivíduos resgatem sua cidadania, demonstrando a mesma na sua promoção da saúde.

Como se pode perceber, essa prática de saúde preza pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Por meio do bom entendimento dessa prática transformadora da realidade social de uma comunidade, o enfermeiro contribui para a solução dos problemas que afetam os usuários e, conseqüentemente, é reconhecido e respeitado pela comunidade na qual desenvolve suas atividades (MATOS, 2014).

Na visão de Pires *et al.* (2015), a educação em saúde está sendo repensada com o objetivo de métodos pedagógicos serem mudados e utilizados pelos enfermeiros e a equipe de saúde, dando ênfase a intervenções imperativas, sendo negado a autonomia e direcionando uma assistência indivíduo ao usuário focando no controle de agravos; esquecendo da coletividade, assim como na prevenção de doenças e promoção a saúde.

Apesar de o conceito de educação em saúde ter sido ressaltado com a interação dos enfermeiros com os usuários, se observa nos dias de hoje que esta educação não vem sendo alcançado (DOWBOR; WESTPHAL, 2013).

De acordo com Boller (2013), a atuação dos profissionais em atividades educativas não tem fortalecido o vínculo de profissionais e usuários do serviço, pois ela tem consistido em prescrever comportamentos e dar ordens ao indivíduo, como se sua cultura vivenciada até o momento, a partir daquela conversa estivesse totalmente errada.

Nas análises de Pires *et al.* (2015), o fato de a maioria das UBS estarem centradas no modelo médico-hegemônico, no qual a queixa e a doença do paciente são o foco da assistência prestada, é algo que atrapalha a execução de práticas

educativas, por estas não conseguirem sair da rotina de atendimento utilizada e por consumirem a maior parte do tempo em atividades assistenciais.

Ainda pode-se notar que os enfermeiros dispensam muito tempo em trabalhos administrativos, sem poder estar em contato com os usuários pelo tempo que seria necessário, no entanto, relatos de alguns enfermeiros demonstram que para desenvolverem educação em saúde, não encontram nenhum obstáculo, pois o profissional é criativo e se adapta à realidade na qual atua (DOWBOR; WESTPHAL, 2013).

Para Matos (2014), umas das barreiras encontradas para o desenvolvimento de uma boa atividade educativa é a falta ou o desconhecimento de uma metodologia adequada, ou seja, os profissionais devem entender a sua realidade e buscar condições de estimular a população para solucionar em conjunto suas reais dificuldades.

De acordo com Sousa *et al.* (2013), a visão que o enfermeiro possui do usuário não deve ser a de considerá-lo leigo, ou acreditar ser o detentor do saber, porque essa ideia pode criar uma barreira para a aceitação de uma prática educativa, pois o indivíduo passa a se sentir inferior perante o profissional.

Na perspectiva de Ewen (2016), durante a formação, os profissionais participam de práticas em educação de saúde, notam que refletem o que vem a ser o processo de educação em saúde e o impacto das atividades desenvolvidas com os usuários nas UBS, além da opinião dos mesmos perante essas atividades educativas.

As atividades de enfermagem que constroem o seu processo de trabalho estão pautadas em diversos subprocessos interligados que se estruturam nas práticas de cuidados, administrativas ou gerenciais. Neste sentido, torna-se imprescindível as ações gerenciais do enfermeiro voltadas às práticas de educação em saúde, considerando que o cuidado deve ser direcionado ao universo do paciente/cliente e que este deve ser lapidado.

Por meio destes resultados, os autores a seguir trazem ideias que corroboram com as informações descritas nesta categoria. Diante disso, Dias *et al.* (2014) destacam que a educação em saúde se torna essencial para melhorar as condições de saúde e de vida da população, sendo a prática educativa um instrumento necessário para a realização de ações preventivas, como saneamento básico, imunização, proteção através de serviços e programas existentes.

Para Almeida e Mishima (2011), a prevenção implica um conjunto de ações antecipatórias que visam diminuir a probabilidade do aparecimento de um acontecimento, ou seja, ajudar o indivíduo, dotando-o de aptidões para dar respostas mais funcionais e adequadas perante uma situação.

No pensamento de Viegas e Pena (2015), o conhecimento a ser passado para a população deve estar correlacionado com a teoria e a prática dos profissionais de saúde, aqui, em especial, a enfermagem, que tem a obrigação de proporcionar ao ser humano uma educação voltada ao seu cotidiano, com base numa proposta voltada à promoção da saúde, ao invés do cuidado da doença.

Assim, Pereira; Souza e Ferraz (2014) ressaltam que o enfermeiro utiliza a educação em saúde constantemente, sendo o ensino peça chave dentro de uma boa assistência em enfermagem, pois através dele se modificam padrões de estilo de vida que predispoem pessoas aos riscos de saúde.

Dessa forma, é preciso que a educação em saúde e a comunicação caminhem juntas, visto que constituem em um importante instrumento capaz de estimular, informar, interligar os indivíduos entre si, buscando alcançar o objetivo proposto sem prescrições imperativas (LIMA *et al.*, 2014).

Reis; Martins e Laguardia (2013) reforça a ideia de que a relação dos profissionais com a comunidade deve ser de criar nos indivíduos consciência da responsabilidade por sua própria saúde e a da comunidade a que pertencem, através do comprometimento e corresponsabilidade entre os enfermeiros e a população. Assim sendo, buscam-se os serviços oferecidos, em resposta às suas necessidades de prevenção, promoção de sua saúde e controle das doenças.

Além disso, essas ações podem possibilitar uma melhor concepção do processo saúde-doença, uma vez que as pessoas terão condições de confiar na equipe e procurá-la sempre que necessário, o que facilita o processo de construção ou reconstrução da realidade em que vivem (SENGE, 2014).

Conforme Lima *et al.* (2014), o enfermeiro, quando planeja educação em saúde, precisa estar disponível para o cuidado à saúde fora do ambiente convencional; por isso, precisa pensar em estratégias alternativas que conscientizem a comunidade diferentemente das ações preconizadas tradicionalmente.

Dessa maneira, hoje é essencial que os enfermeiros estejam capacitados para integralidade assistencial e continua nas UBSs com os usuários, identificando os

riscos e a preparação de ações educativas para melhoria do autocuidado em parceria com a comunidade e os usuários (PAESE; DAL-SASSO, 2013).

Para Senge (2014), os profissionais de saúde podem utilizar várias ferramentas para executar as ações de educação em saúde, como palestras, explicações, debates, sempre incluindo o usuário, fazendo com que ele participe, expressando seus sentimentos e dúvidas. Um bom programa de ensino é aquele no qual o usuário tem a oportunidade de visualizar a prática apreendida e também realizá-la. A educação em saúde pode ser promovida em qualquer momento e lugar.

Dessa forma, Queiroz (2014) informa que a educação em saúde não busca somente transmitir informações, prescrever comportamentos e hábitos; seu propósito maior é incentivar os indivíduos ao autocuidado, tornando-os condutores de sua vida.

Na visão de Oliveira *et al.* (2016), o maior desafio da enfermagem no presente é atender às necessidades de ações de educação para a população, por isso o ensino em saúde é uma função independente de sua prática e uma das principais responsabilidades do enfermeiro.

Sendo assim, a enfermagem necessita repensar o conteúdo que foi aprendido, confirmando-o diante de sua realidade, por conseguinte atualizá-lo de acordo com a vivência dos participantes, sempre tendo a visão de que os usuários são os sujeitos do processo de aprendizagem.

5 CONCLUSÃO

Contudo identificou-se que o enfermeiro, em geral, é o profissional responsável pela gestão das UBSs. Quanto as ações de planejamento desenvolvidas, estas estão limitadas a programação das tarefas e a formulação de objetivos. Afinal, o ato de planejar recai sobre a elaboração de plano de ação.

Diante das demais funções administrativas, a organização também se encontra pouco praticada, já que as atividades burocráticas e a alocação de recursos são as únicas tarefas desenvolvidas cotidianamente, e o ato de organizar exige estruturar as UBSs, materialmente e com recursos humanos suficientes. De fato, a decisão refere-se a liderança e a mobilização do pessoal ao alcance dos resultados.

Além das disparidades encontradas na prática cotidiana da gestão em saúde nas unidades, algumas falhas foram percebidas como: a falta de conhecimento técnico-científico administrativo dos gestores; os enfermeiros se ausentam da função assistencial para executar a gestão; sobrecarga de trabalho devido ao exercício simultâneo de muitas tarefas; conflitos entre a equipe; escassez de recursos, podendo ser reflexo da falta de planejamento e organização das UBSs, o que pode desumanizar a assistência aos usuários, comprometendo a qualidade de vida dos mesmos.

O ato de planejar é o menos praticado, podendo repercutir sobre a inadequação do processo gerencial e dificultando o alcance dos objetivos corporativos e o uso adequado dos recursos. Pelo exposto e em decorrência dos déficits no processo gerencial, oriundo de uma conduta empirista.

Arquiteta-se que é indispensável que os gestores das UBSs recebam capacitações e treinamentos para que possam aplicar adequadamente o processo administrativo por meio do planejamento, organização, direção e controle. Evidenciando a importância da utilização de instrumentos e ferramentas gerenciais, como as reuniões com a equipe e comunidade, os indicadores de saúde, o planejamento e avaliação de ações e serviços, o processo de avaliação da equipe de colaboradores, e a realização de ações de educação para os trabalhadores.

Há ainda a necessidade de apoio da gestão pública para que assim o enfermeiro enfrente os problemas diários, e se agarre a novas estratégias que solucionem estes entraves.

Este estudo deixa alguns pontos importantes para reflexão acerca da formação de enfermeiros com competência para gerenciar os serviços de saúde, e, acima de

tudo, clientes assistidos de forma ampliada. Portanto, é impreterível que os processos gerenciais propiciem a aproximação entre cuidar, educar, investigar e gerenciar.

O gerenciamento do cuidado atrelado às atividades de educação em saúde quando bem desempenhados trazem resultados positivos na assistência. Assim a educação como atividade gerencial implica em realizar ações de enfermagem por meio da utilização de tecnologias, atividades educativas a fim de que o enfermeiro possa articular saberes em prol da melhoria da qualidade do cuidado.

Conclui-se assim que deve haver melhorias na articulação e gerencia das redes de atenção básica, buscando a atuação estratégica em questões de gestão do trabalho, que devem acontecer mediante a formulação de políticas orientadoras de gestão, formação e qualificação gerencial. Pois somente de posse dos conhecimentos gerenciais adequados a sua função os enfermeiros podem exercer e conciliar suas e atribuições.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, A. S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface - Comunicação, Saúde, Educ.**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 150-153, 2011.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; HAMANN, E. M. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016.

ARAUJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

BALDASSARE, R. M.; CIAMPONE, M. H. T. A construção de competências para o gerenciamento em enfermagem: a percepção dos alunos dos sétimo e oitavo semestres de graduação em enfermagem. **Rev. Adm. Saúde**, São Paulo, v. 9, n. 35, p. 47-54, 2007.

BENITO, G. A. V.; BECKER, L. C.; DUARTE, J.; LEITE, D. S. Conhecimento gerencial requerido do enfermeiro no Programa Saúde da Família, **Revista Bras. enferm.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 6, p. 635-640, 2006.

BOLLER, E. Estresse no setor de emergência: possibilidades e limites de novas estratégias gerenciais. **Revista Gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 337, 2013.

BUENO, A. A. B.; FASSARELLA, C. S. Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 72-81, 2012.

CAPUCHO, H. C.; CASSIANI, S. H. B. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p.791-8, 2013.

CARVALHO, V. Da enfermagem hospitalar – um ponto de vista. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v.13, n. 3, p. 640-44, 2013.

CHRISTOVAM, B. P.; PORTO, I. S.; OLIVEIRA, D. C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 3, p. 734-41, 2012.

DIAS, J. D.; MEKARO, K. S.; TIBES, C. M. S.; ZEM-MASCARENHAS, S. H. Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. **Rev. Min. Enferm.**, Ribeirão, v. 18, n. 4, p. 866-73, 2014.

DOWBOR, T. P.; WESTPHAL, M. F. Social determinants of health and the Brazilian Family Health Care Program in the city of Sao Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 781-790, 2013.

DUARTE, V. R. C. **A sobrecarga de trabalho na atuação do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família**. 34f. Monografia (Especialização em atenção básica em saúde da família), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo horizonte, 2013.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, 2007.

EWEN, M. Filosofia, ciência e enfermagem. *In*: EWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas da enfermagem**. 4ª ed. Porto Alegre: Artemed. 2016. p. 2-16.

FREITAS, J. S.; SILVA, A. E. B. C.; MINAMISAVA, R.; BEZERRA, A. L. Q.; SOUSA, M. R. G. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. **Rev. Lat. Am. Enferm.**, v. 22, n. 3, p. 454-60, 2014.

FERREIRA, R. A.; PANGAIO, A. M. W. S.; BERNARDES, R. R.; LIMA, S. S. Segurança do paciente e os eventos adversos: erro profissional ou do sistema. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 23-8, 2015.

GALAVOTE, H. S.; ZANDONADE, E.; GARCIA, A. C. P.; FREITAS, P. S. S.; SEIDL H.; CONTARATO, P. C.; ANDRADE, M. A. C.; LIMA, R. C. D. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Esc. Anna Nery**, Vitória, v. 20, n. 1, p. 90-98, 2013.

GRIGOLETO, A. R. L.; GIMENES, F. R. E.; AVELAR, M. C. Q. Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. **Rev. Eletr. Enf.**, Salvador, v. 13, n. 2, p. 347-54, 2011.

GONÇALVES, L. A.; ANDOLHE, R.; OLIVEIRA, E. M.; BARBOSA, R. L.; FARO, A. C. M.; GALLOTTI, R. M. D. Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos

adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 46, n.3, p. 71-7, 2012.

LEITÃO, I. M. T. A.; OLIVEIRA, R. M.; LEITE, S. S.; SOBRAL, M. C.; FIGUEIREDO, S. V.; CADETE, M. C. Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. **Rev. Rene.**, Distrito Federal, v. 14, n. 6, p. 1073-83, 2013.

LIMA, F. S. S.; SOUZA, N. P. G.; VASCONCELOS, P. F.; FREITAS, H. A.; JORGE, M. S. B.; OLIVEIRA, A. C. S. Implicações da segurança do paciente na prática do cuidado de enfermagem. **Enfermería Global**, Piauí, v. 35, p. 311-27, 2014.

MARX, L. C.; MORITA, L. C. **Competência Gerenciais na Enfermagem**: a pratica do Sistema Primary Nursing como parâmetros qualitativo da Assistência. 2º ed. São Paulo: Comunicação, 2010.

MATOS, M. G. Teoria e prática da metodologia da pesquisa em educação física: Construindo seu trabalho acadêmico. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, 2014.

MELO, A. C. B. Conflitos na Equipe de Trabalho da Unidade de Pronto Socorro de um Hospital Particular e sua Influência na Assistência ao Paciente. **Rev. Saúde Pública**, Recife, v. 57, n. 4, p. 33, 2012.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1124-33, 2012.

MELO, M. B.; BARBOSA, M. A.; SOUZA, P. R. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Amapá, v. 19, n. 4, 2011.

MENDES, W; PAVÃO, A. L. B; MARTINS, M; MOURA, M. L. O; TRAVASSOS C. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev. Assoc. med. bras.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 5, p. 421-8, 2013.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, 2014.

MILOS, H. P.; BORQUEZ, P. B.; LARRAINS, L. A. La "gestión del cuidado" en la legislación chilena: interpretación y alcance. **Ciênc Enferm.**, Goiás, v. 16, n. 1, p. 17-29, 2010.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4ª ed. Porto Alegre: Sulina. 2011.

NASCIMENTO, N. B.; TRAVASSOS, C. M. R. O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 625-51, 2010.

NUNES, F. D. O.; BARROS, L. A. A.; AZEVEDO, R. M.; PAIVA, S. S. Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão? R de Pesq: cuidado é fundamental. **Texto Contexto Enferm.**, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 841-847, 2014.

OLIVEIRA, R. M.; LEITÃO, I. M. T. A.; SILVA, L. M. S.; FIGUEIREDO, S. V.; SAMPAIO, R. L.; GONDIM, M. M. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 122-9, 2016.

OLIVEIRA, R. S.; PASSOS, E. S. O papel do gestor na motivação dos seus colaboradores. **Rev. Cairu.**, Recife, v. 8, n. 02, p. 33-41, 2014.

PAESE, F.; DAL-SASSO, G. T. M. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 302-10, 2013.

PEDUZZI, M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família na perspectiva de promoção de saúde. *In*: PIRES, M. R. G. M.; GOTTEMS, L. B. D. **O enfermeiro no programa de saúde da família**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde. 2000. p. 01-11.

PENNAFORT, V. P. S.; FREITAS, C. H. A.; JORGE, M. S. B.; QUEIROZ, M. V. O.; AGUIAR, C. A. A. Práticas integrativas e o empoeiramento da enfermagem. **Rev. Min. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 289-95, 2012.

PEREIRA, M. D.; SOUZA, D. F.; FERRAZ, F. Segurança do paciente nas ações de enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, v. 2, n. 4, p. 55-87, 2014.

PIRES, M. R. G. M.; GOTTEMS, L. B. D.; VASCONCELHOS, F. J. E.; SILVA, K. L.; GAMARSKI, R. Sistema de Informação para a Gestão do Cuidado na Rede de

Atenção Domiciliar (SI GESCAD): subsídio à coordenação e à continuidade assistencial no SUS. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1805-14, 2015.

QUEIROZ, P. J. P. Reflexões para uma epistemologia da enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 3 p. 776-81, 2014.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-36, 2013.

SENGE, P. **A quinta disciplina**. 3º ed. São Paulo: Best Seller; 2014, p. 50-62.

SOUSA, M. R. G.; SILVA, A. E. B. C.; BEZERRA, A. L. Q.; FREITAS, J. S.; MIASSO, A. I. Eventos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 47 n. 1, p. 76-83, 2013.

SOUSA, P. A. F.; DAL SASSO, G. T. M.; BARRA, D. C. C. Contribuições dos registros eletrônicos para a segurança do paciente em terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 971-9, 2012.

TASE, T. H.; LOURENÇÃO, D. C. A.; BIANCHINI, S. M.; TRONCHIN, D. M. R. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 2, p. 196-200, 2013.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, Minas Gerais, v. 19, n. 55, p. 1089-100, 2015.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paul Enferm.**, Aracatu, v. 24, n. 3, p. 414-8, 2011.