

# **MANUAL DE ENFERMAGEM**

**INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE – IDS  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
FUNDAÇÃO TELEFÔNICA**

**SÃO PAULO  
2001**

© 2001. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde/IDS. Universidade de São Paulo/USP. Ministério da Saúde/MS.  
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 135

Tiragem: 15.000 exemplares

## **Elaboração, coordenação e revisão técnica**

Universidade de São Paulo – USP  
Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS  
Ministério da Saúde – MS

Coordenação do projeto  
**Paulo A. Lotufo, Raul Cutait, Tânia R. G. B. Pupo**

Projeto gráfico e editoração eletrônica  
**Dreamaker Virtual Art Studios**

## **Financiamento do projeto**

Fundação Telefônica

Apoio  
**Associação Médica Brasileira – AMB**  
**Conselho Federal de Medicina – CFM**

*Distribuição e informações*  
**Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS**  
**Alameda Joaquim Eugênio de Lima, 130, 1.º andar**  
**CEP: 01403-000, São Paulo – SP**  
**E-mail: ids-saude@uol.com.br**

**Universidade de São Paulo – USP**  
**Av. Prof. Luciano Gualberto, Travessa J, n.º 374, sala 256**  
**CEP: 05586-000, São Paulo – SP**  
**E-mail: Faculdade de Medicina: fm@edu.usp.br**  
**Escola de Enfermagem: ee@edu.usp.br**

**Ministério da Saúde – MS**  
**Esplanada dos Ministérios, bloco G, edifício sede, 7.º andar, sala 718**  
**CEP: 70058-900, Brasília – DF**  
**E-mail: psf@saude.gov.br**

**Fundação Telefônica**  
**Rua Joaquim Floriano, 1052, 9.º andar**  
**CEP: 04534-004, São Paulo – SP**  
**E-mail: fundacao@telefonica.org.br**

Todos os textos do Manual de Enfermagem estão disponíveis no *site* do IDS:  
<http://www.ids-saude.org.br> em constante atualização

**Impresso no Brasil / Printed in Brazil**

**Catálogo na fonte**  
**Bibliotecária Luciana Cerqueira Brito – CRB 1ª Região nº 1542**

### **FICHA CATALOGráfICA**

Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde.  
Manual de Enfermagem / Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde – Brasília:  
Ministério da Saúde, 2001.

250 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 135)

ISBN 85-334-0446-8

1. Enfermagem – Manuais. 2. Saúde da Família. I. Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. II. Universidade de São Paulo. III. Brasil. Ministério da Saúde. IV. Título. V. Série.

NLM WY 100

Todos os textos do Manual de Enfermagem estão disponíveis no site do IDS:  
<http://www.ids-saude.org.br> em constante atualização.

## **REALIZAÇÃO**

---



INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE – IDS  
Presidente: Dr. Raul Cutait



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP  
Reitor: Prof.Dr.Jacques Marcovitch



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Ministro: José Serra

FUNDAÇÃO



FUNDAÇÃO TELEFÔNICA  
Presidente do Conselho Curador: Fernando Xavier Ferreira  
Diretor-Presidente: Sérgio E.Mindlin

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>TEMAS DE CARÁTER INTRODUTÓRIO .....</b>	<b>3</b>
A Abordagem do Processo Saúde-Doença das Famílias e do Coletivo .....	4
O Perfil Epidemiológico na Prática do Enfermeiro no Programa Saúde da Família .....	9
Fundamentos da Assistência à Família em Saúde .....	14
A Enfermagem e o Cuidado na Saúde da Família .....	18
Planejamento Estratégico como Instrumento de Gestão e Assistência .....	23
O Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB como um Instrumento de Trabalho da Equipe no Programa Saúde da Família: A Especificidade do Enfermeiro .....	29
A Educação em Saúde na Prática do PSF .....	34
A Visita Domiciliária no Contexto da Saúde da Família .....	43
O Programa Saúde da Família na Busca da Humanização e da Ética na Atenção à Saúde .....	47
A Saúde da Família em Situação de Exclusão Social .....	51
<b>TEMAS RELACIONADOS À SAÚDE DA MULHER .....</b>	<b>57</b>
Avaliação e Intervenção de Enfermagem na Gestação .....	58
DST/AIDS, sexualidade da mulher e autocuidado .....	64
O Período Pós-Natal: Assistência ao Binômio Mãe-Filho .....	70
Avaliação e Intervenção de Enfermagem no Parto Normal sem Intercorrências .....	77
Saúde da Mulher no Curso da Vida .....	82
<b>TEMAS RELACIONADOS À SAÚDE DA CRIANÇA .....</b>	<b>87</b>
Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação da Criança .....	88
Assistência de Enfermagem à Criança com Agravos Respiratórios .....	95
Assistência de Enfermagem à Criança com Diarréia Aguda e Desidratação .....	99
Assistência/Cuidado à Criança com Problemas Nutricionais .....	105
Interação com a Família da Criança Cronicamente Doente .....	113
Ações de Enfermagem para a Promoção da Saúde Infantil .....	119
<b>TEMAS RELACIONADOS À SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO .....</b>	<b>127</b>
Alguns Aspectos do Tratamento de Feridas no Domicílio .....	128
Autonomia, Dependência e Incapacidades: Aplicabilidade dos Conceitos na Saúde do Adulto e do Idoso .....	137
Assistência de Enfermagem no Câncer .....	141
Atuação da Equipe de Enfermagem na Hipertensão Arterial .....	149
Educação para o Controle do Diabetes Mellitus .....	155
Controle da Dor no Domicílio .....	168
O Processo de Envelhecimento e a Assistência ao Idoso .....	185

---

<b>TEMAS RELACIONADOS À SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>197</b>
A Saúde Mental no Programa de Saúde da Família .....	198
Assistência de Enfermagem no Transtorno Psiquiátrico do Idoso .....	202
Intervenções com Familiares no Campo Psicossocial .....	207
 <b>TEMAS RELACIONADOS À VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA .....</b>	 <b>211</b>
A Prevenção e o Controle das Doenças Transmissíveis no PSF: Estudos de Caso .....	212
Atuação da Equipe de Enfermagem na Vigilância Epidemiológica .....	220
A Operacionalização do Conceito de Vulnerabilidade no Contexto da Saúde da Família .....	225

# Planejamento Estratégico como Instrumento de Gestão e Assistência

Maria Helena Trench Ciampone<sup>1</sup>

Marina Peduzzi<sup>1</sup>

## Considerações iniciais

O PSF concebido como um projeto de reorganização da atenção básica à saúde, que busca a articulação de modelos tecno-assistenciais que abarcam a prática clínica segundo a lógica da epidemiologia social, necessita repensar os modelos de gerenciamento dos serviços, bem como as ferramentas de gestão, dentre essas, o planejamento. Acredita-se que, para atingir o grau de mudanças necessárias em uma dada realidade local, conforme proposto na concepção do PSF, com base na adscrição de clientela, no reconhecimento das necessidades da população local e na co-responsabilização da atenção aos indivíduos, às famílias, aos grupos sociais e ao ambiente, há de se desenvolver a capacidade de coordenar os recursos disponíveis, setoriais ou extra-setoriais. Para tanto, sabe-se que a participação dos diferentes atores envolvidos no processo é fundamental, particularmente a participação da população, o que vai ao encontro das premissas básicas do planejamento estratégico.

Na perspectiva da Saúde da Família, cabe à enfermagem, como desafio básico, redefinir sua prática assistencial, gerencial e de ensino, com base, principalmente, na epidemiologia crítica e no modelo de atenção integral à saúde. Nesse sentido, o planejamento estratégico passa a ser um instrumento precioso para a construção dessa prática inovadora, na dupla face do trabalho da enfermagem, ou seja, tanto na dimensão do cuidado de enfermagem quanto do gerenciamento do cuidado.

Afirma-se a importância da participação de todos os atores sociais envolvidos nos problemas mapeados na realidade em nível local, requerida na visão do planejamento estratégico, bem como a conscientização de todos os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, de que o planejamento consiste em uma ferramenta de gestão fundamentalmente ético-política e comunicativa, não se restringindo à dimensão técnica. Estes são alguns dos pontos fundamentais que devem alavancar

mudanças na capacitação profissional para a implementação de um modelo assistencial e gerencial aderente à proposta do Programa de Saúde da Família.

O planejamento estratégico, condizente com a teoria da determinação social do processo saúde-doença, que é contemplada na atual política de saúde, exige que a consciência ingênua seja suplantada pela consciência crítica da realidade, o que se daria, não também pela possibilidade de participação ampla que o planejamento estratégico requer.

Por meio do processo participativo a população “empodera-se” para tomar decisões e estabelecer prioridades, buscando parcerias na resolução de seus problemas, na perspectiva de que os avanços no setor saúde ocorram articuladamente às possibilidades de transformação geral da sociedade, rumo a um projeto de emancipação de todos os cidadãos.

BREILH (1991) refere que o território onde se realiza a vida e são gerados os transtornos de saúde, não é apenas um espaço estático que opera como um imenso suporte para a vida social. Isto quer dizer que a geografia não é, frente à saúde, um simples continente de climas, contaminações, vetores e equipamentos, mas sim um espaço historicamente estruturado no qual se expressam as condições benéficas e destrutivas da organização social.

Segundo SANTOS (1990), o espaço, enquanto suporte biológico dos grupos humanos e das suas atividades, é reconhecido pela geografia crítica como resultado da produção, sendo historicamente determinado de acordo com a sucessão de modos de produção, onde o trabalho é a categoria central que explica as relações do homem com a natureza.

Portanto, a proposta de criação de Programas de Atenção à Saúde aplicados indistintamente em todo território nacional, sem levar em consideração as especificidades de demanda nos diferentes espaços e territórios geográficos - e, principalmente, sem considerar os diferentes potenciais de benefícios e riscos de cada grupo homogêneo - constituiu o escopo

de diferentes propostas e planos de saúde idealizados. Esses planos ideais são concebidos em um cenário onde as múltiplas variáveis do processo saúde-doença são tomadas como equivalentes, desconsiderando a complexa dinâmica existente entre os fatores envolvidos, que, como dissemos, não são equivalentes, mas sim conflitantes e contraditórios.

O modelo do planejamento normativo, proposto nos anos 60, supunha que o planejador conhecesse e controlasse todas as leis que regulam o funcionamento do objeto a ser planejado. Assim, seria possível elaborar um único plano, predizendo a solução ótima para os problemas mapeados, como se esses tivessem um comportamento uniforme na população. Os resultados do plano dependeriam, nessa lógica, apenas do conhecimento técnico daqueles que iriam operacionalizar as ações, eliminando-se do planejamento a esfera do político. Esse modelo de planejamento corresponde ao que MATOS chamou de “modelo determinístico”.

#### ***Planejamento Normativo: O processo de construção conceitual do Método CENDES/OPS***

No documento denominado “Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud” encontra-se um desdobramento da Conferência de Punta del Este, ocorrida em 1961. Naquela reunião, os ministros de Estado dos países do continente americano reconheceram formalmente a importância do planejamento como ferramenta, tanto da promoção do crescimento econômico, quanto da promoção do bem-estar social (MATTOS, 1993).

Na famosa Carta de Punta del Este foi estabelecido um amplo programa de auxílio financeiro internacional conhecido por Aliança para o Progresso. Para ter acesso a tais auxílios, os países latino-americanos teriam de elaborar programas nacionais de desenvolvimento que contemplassem tanto projetos ligados ao desenvolvimento econômico, quanto propostas nas áreas de reforma agrária, habitação, educação e saúde.

Reconhecendo a necessidade de elaboração dos planos nacionais de saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), encomendou ao Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) a elaboração do referido documento “Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud”. Era preciso dimensionar necessidades e recursos a serem

destinados à saúde, demonstrando compatibilidade com os demais investimentos necessários ao crescimento econômico.

Era tomado como pressuposto que a melhoria das condições de saúde constituía um requisito crucial e prévio ao crescimento econômico, compondo parte essencial dos propósitos de desenvolvimento dos países da América Latina. No entanto, a proposta adotada no documento deixa em aberto a definição do volume total de recursos necessários ao setor saúde, não garantindo a compatibilidade entre o plano nacional de saúde e o programa nacional de desenvolvimento.

Este documento tinha por finalidade propor a adoção integral da programação no setor saúde e não apenas desenvolver um método de formulação de projetos para temáticas e/ou áreas específicas. Como consequência, a proposta não consegue contribuir para a formulação de projetos que levassem à consecução das metas sugeridas na Carta de Punta del Este.

A aplicação de recursos era vinculada à idéia de investimentos em um campo programático específico e toda a programação estava centrada na tomada de decisões que visava maximizar a eficiência das atividades planejadas, ou seja, uma máxima produção com menor custo.

Assim, foi preciso definir o que se entendia por atividades de saúde, delimitando o campo do planejamento para a programação em saúde. Tais atividades foram definidas no documento como: “...as ações que realiza o governo, orientadas diretamente a manter e melhorar a saúde da população.”

Isso exigia a formação de técnicos especializados em planejamento. Criava-se a figura do planejador, um técnico que utilizava um conjunto de conhecimentos sistemáticos e que se preocupava fundamentalmente com a eficiência da utilização dos recursos, cabendo a ele a função central na tomada de decisões relativas à definição de prioridades (escolha de objetivos, técnicas, etc.), fornecendo uma base racional e objetiva para as decisões.

Tratava-se, portanto, de uma proposta tecnocrática, investida de um grande poder, que restringia espaços de negociação política, desconsiderando completamente os conflitos e as contradições entre os atores sociais nela envolvidos.

### ***O critério racional de eficiência no Planejamento Normativo***

Para chegar à decisão de alocação racional de recursos, cabe proceder a uma comparação entre a eficiência dos diversos usos alternativos de um recurso. A noção de eficiência exprime uma relação quantitativa entre os resultados desejados e os meios aplicados. Nesse aspecto, os gastos em saúde são investimentos que devem produzir um retorno economicamente mensurável, de modo a maximizar o impacto sobre a saúde da população.

Como exemplo desse raciocínio, poderíamos inferir que as atividades de saúde têm por objetivo único a redução de mortes. Seguindo essa lógica, caberia definir a variada importância atribuída à morte nos diferentes grupos etários, considerando mais graves as mortes na infância. Uma outra noção daí derivada é o indicador de expectativa de vida, no qual o critério de eficiência seria o custo da elevação da expectativa de vida.

Uma outra possibilidade seria atribuir às atividades de saúde dois objetivos: a redução das mortes e das doenças, trabalhando com indicadores que reflitam tanto a mortalidade como a morbidade. Seguindo esse caminho, chega-se aos índices de Capacidade Potencial Produtiva (CPP), medida em pessoa/ano. Nessa ótica, a eficiência consistiria em aumentar a CPP por pessoa/ano.

Em ambos os exemplos citados, fica evidente a adoção de um pressuposto valorativo sobre a vida nos diferentes grupos sociais, de acordo com: classe social, sexo, faixa etária, etnia e outros, a partir de normas avaliativas genéricas que possuem transcendência social em relação à saúde. Isto significa que não são consideradas as determinações sociais que incidem nos diferentes grupos populacionais, as quais acarretam distintas formas de vida, cada qual com diferentes potenciais de benefícios e riscos de adoecer e morrer, em decorrência da peculiar inserção de cada grupo nos processos produtivos.

### ***A construção do processo programático***

Com base nesses pressupostos, o processo programático pautado no método CENDES/OPS, proposto na década de 60, é composto por uma sucessão de etapas predefinidas, cada qual com tarefas precisas e limites cronológicos que abarcariam, de

um modo geral, quatro funções (CIAMPONE, 1991):

- A descrição da situação (diagnóstico) e a explicação desta situação (segundo os princípios da teoria da multicausalidade);
- A construção de possíveis ações (que genericamente atacariam as causas) e a análise quantitativa das perspectivas de resolutividade da situação descrita;
- A elaboração da programação propriamente dita (conjunto de ações técnicas);
- a implementação e a avaliação

Há, portanto, uma racionalidade instrumental no sentido de garantir a melhor relação entre os meios e os fins, sem questionamento dos mesmos, com forte centralização do poder e forte controle da participação social por parte daqueles que são responsáveis pelo planejamento.

É importante conhecer o planejamento normativo, em todos os seus supostos e paradigmas, suas etapas e consequências, para se poder avançar na direção de uma análise crítica a respeito. Isto torna-se necessário pelo fato de ser este, ainda, um referencial hegemônico de planejamento que norteia as concepções presentes na formação da grande maioria dos profissionais de saúde, determinando, em última instância, o modelo assistencial e gerencial a ser adotado nos serviços.

Considerando os documentos elaborados pelo grupo CENDES/OPAS (“Problemas Conceituais y Metodológicos de la Programacion de la Salud” e “Formulaciones de Políticas de Salud”), verifica-se que estes caracterizam os dois grandes momentos do pensamento sobre o planejamento em saúde na América Latina. O primeiro teria inaugurado a visão normativa do planejamento de saúde, enfatizando aspectos microeconômicos, e o segundo, a visão estratégica, deslocando a ênfase para os aspectos políticos do planejamento.

Na visão do planejamento normativo, as tensões sociais são ignoradas e, sobretudo, abafadas, no sentido de exercer forte controle sobre a ameaça representada pela participação e de conter e reprimir qualquer possibilidade da conscientização que, supostamente, ameaçaria a ordem social vigente.

Resumindo, as características do planejamento normativo são:

- Sujeito e objeto independentes. O sujeito que planeja é único e se situa fora e acima da realidade (ideal);
- Conhecimento da realidade através do

diagnóstico científico, onde a verdade é única e objetiva;

- Prega a neutralidade científica;
- É a-histórico;
- Identifica-se com o desenho do deve ser;
- Trabalha com sistemas fechados ou visualiza a mínima interligação entre entrada e saída, ponto de partida e ponto da chegada;
- Nega e negligencia a questão do poder;

### *O Planejamento Estratégico Situacional (PES)*

O planejamento estratégico no campo público surge exatamente da rejeição à idéia de uma só racionalidade (a econômica) na solução das questões políticas/sociais e também do reconhecimento da pluralidade de atores sociais em conflito numa realidade em movimento contínuo, tendo como fundador do método, Carlos Matus.

Esse método foi desenvolvido como reação ao insucesso do planejamento tradicional ou normativo no governo Aliende, no Chile, a partir da experiência do autor como ministro. No exílio, MATUS elabora as primeiras reflexões a respeito do planejamento estratégico-situacional (PES), elaborando um livro denominado *Adeus Senhor Presidente*. Posteriormente, desenvolve e incrementa o método deixando claro aos leitores sua sólida formação materialista histórica dialética.

Em sua obra, o autor parte do princípio de que o planejamento é a ferramenta que o homem tem para viabilizar a possibilidade de **governabilidade** do próprio futuro, dizendo respeito ao controle e empoderamento do ator para a situação que pretende governar. Define o planejamento como "...o cálculo que precede e preside a ação em qualquer espaço do jogo social e que, portanto, tem a intenção de aumentar a capacidade de governo do ator, isto é, aumentar a perícia pessoal que envolve capital intelectual e capital de experiência de articulação política." O plano é, nesse raciocínio, uma aposta política com fundamento técnico.

Basicamente, as diferenças entre o PES e o planejamento normativo podem ser sintetizadas em quatro perguntas:

- Como explicar a realidade;
- Como conceber o plano;
- Como tornar viável o plano necessário;
- Como agir a cada dia de forma planejada.

Basicamente, o planejamento estratégico é um método voltado para a resolução de problemas, entendendo-se problema como: "algo detectado que incomoda um dado ator social e o motiva a buscar soluções adequadas", ou seja, aquilo que o ator detecta na realidade e confronta com um dado padrão e que é considerado não-adequado ou não-tolerável e, assim, motiva o ator a enfrentá-lo.

O PES é um método que trabalha no processamento de problemas atuais, potenciais (ameaças e oportunidades) e macroproblemas.

A seleção de problemas específicos é feita segundo as causas - ou nós críticos - do macroproblema. Assim, processar um problema implica em:

- explicar como nasce e se desenvolve o problema, através da sua descrição, usando indicadores da realidade;
- fazer planos para atacar as causas do problema, o que implica necessariamente ações intersetoriais;
- analisar a viabilidade política do plano ou verificar o modo de construir sua viabilidade;
- atacar o problema na prática, o que implica ter uma visão dos problemas locais o mais próxima possível da situação concreta, isto é, sem generalizá-los nem na descrição, tampouco nas propostas de solução.

Isso posto, MATUS sintetiza os quatro momentos do PES como:

- **Momento explicativo**, em que a realidade é explicada mediante a seleção de problemas relevantes, buscando a compreensão mais ampla do porquê esses problemas ocorrem e identificando os nós críticos;

- **Momento normativo**, inclui a identificação dos atores que fazem parte do problema, a identificação dos recursos que esses atores dispõem (recursos políticos, financeiros, capacidade organizativa e conhecimento) para controlar as ações e o peso de cada ator, a projeção de cenários onde são mapeadas as melhores possibilidades de implementação dos planos, as possibilidades intermediárias e as piores possibilidades e a projeção de cada uma das ações pensadas nos três cenários e a sua viabilidade;

- **Momento estratégico**, busca responder quais as operações/ações do plano são viáveis ou inviáveis, quais possíveis reações cada ator envolvido no problema terá e como construir a viabilidade para as ações inviáveis;

- **Momento tático-operacional**, é o momento de implementação das ações propostas. É necessário

fazer a mediação do plano na realidade, isto é, adequá-lo diante das situações que se apresentam no cotidiano.

A grande função do método pode ser descrita como um permanente exercício de reflexão sobre os problemas que incidem em uma dada realidade, visando prever situações e alternativas, antecipando possibilidades de decisão e preparando estratégias para ganhar governabilidade sobre a mesma.

Portanto, sintetizando as principais características do planejamento estratégico, que o diferencia do modelo normativo tem-se:

- O sujeito que planeja faz parte da realidade juntamente com outros atores;
- Admite-se que não há uma realidade única estática, avançando para a superação da visão da multicausalidade para uma teoria explicativa pautada na determinação social do processo saúde doença;
- Admite-se que não há neutralidade e que o planejamento tem uma dimensão política, além da dimensão técnica;
- É histórico e identifica-se com o “pode ser”;
- Trabalha com a visão dialética situacional-estratégica;
- Reconhece e trabalha com o conflito e relações de poder.

### ***SÍNTESE: Perspectivas do Planejamento Estratégico como instrumento de Gestão dos Serviços para viabilização da Assistência no PSF***

De acordo com a discussão introduzida neste texto, que certamente requer outras aproximações para aprofundamento, o planejamento estratégico deve ser discutido pelos enfermeiros junto às equipes nas quais estão inseridos, como uma das ferramentas a serem amplamente utilizadas no gerenciamento dos serviços de saúde voltados ao Programa de Saúde da Família. Esta recomendação leva em consideração os princípios de inclusão e controle social que fundamentam ambas as propostas – PES e PSF.

Vale assinalar que na contracorrente desses princípios, estamos vivendo um ritmo muito acelerado de mudanças numa escala global/mundial que impacta a vida das pessoas em muitos sentidos. Por um lado, esse processo gera acumulação de conhecimento, tecnologia de ponta e avanços na qualidade de vida acessível a uma parcela restrita da população mundial. Por outro, conforme afirma MINAYO, este mesmo cenário gera efeitos perversos

no campo social que acarretam desemprego, exclusão e o sentimento de impotência diante da situação.

Certamente, as práticas de trabalho e o conjunto das relações que mantemos em sociedade, nas organizações, na família, nos mais variados grupos, também sofrem o impacto dessas mudanças globais que tendem a ampliar a fragmentação, a individualização, a competição, o que não estimula o pensamento estratégico.

O desafio que se coloca para a aplicação do planejamento estratégico como instrumento de gestão no PSF, no contexto da política de saúde, consiste em criar possibilidades de ampliar o olhar na direção das principais questões determinadas pelo processo de globalização, tanto no plano macroestrutural, quanto no espaço do cotidiano dos serviços de saúde e da vida da comunidade no território.

Acredita-se que essa ampliação do olhar permitirá encontrar brechas para a proposição de ações de promoção da saúde e de enfrentamento ativo das barreiras para o atendimento às necessidades de saúde da população, sem perder de vista que todos os agentes envolvidos nesse processo - usuários e profissionais - conservam limites e potencialidades, sendo que, com isso, apostamos na viabilidade de um projeto social pautado na justiça, equidade e cidadania.

Percebe-se os grandes desafios que a situação atual apresenta, para os quais tem-se muitas perguntas e poucas respostas prontas. Porém, nos cabe enfrentá-los, no sentido de resgatar o cuidado de enfermagem e o gerenciamento do cuidado, na perspectiva da promoção da saúde e da prevenção das doenças e não somente no enfoque da assistência clínica e individual. O trabalho de enfermagem, assim concebido e articulado a um projeto ético-político maior, integra-se no Programa de Saúde da Família, que vem se mostrando uma estratégia, de fato, pautada nos princípios norteadores da saúde com equidade, eficácia, eficiência e efetividade.

Ao terminar a leitura deste texto, o enfermeiro deve ser capaz de:

- identificar o contexto em que a metodologia do planejamento é incorporada, ao campo da saúde, na América Latina, nos anos 60;
- distinguir as duas modalidades de planejamento em saúde: o normativo e o estratégico;
- identificar e analisar as características do planejamento normativo;

- identificar e analisar as características do planejamento estratégico;
- explicar os quatro momentos do planejamento estratégico (explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional) no interior da proposta do PSF.

#### BIBLIOGRAFIA

BREILH, J. Epidemiologia: economia, política e saúde. São Paulo: UNESP/HUCITEC. 1991.

CIAMPONE, M.H.T. Metodologia do planejamento aplicada à enfermagem. In: KURCGANT, P.(org.). Administração em enfermagem. São Paulo, cap. 4, 1991.

FONSECA, R.M.G.S. da; BERTOLOZZI, M.R. A classificação das práticas em saúde coletiva e uso da epidemiologia social. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997.

HUERTAS, F. Entrevista com Matus: o método PES. São Paulo, Fundap, 1996.

MACHADO, M.H; BELISARIO, S.A O político e o técnico: as encruzilhadas do planejamento. In: GIOVANELA, L.

Planejamento estratégico e programação em saúde: textos de apoio ao ensino em saúde coletiva. Rio de Janeiro, Ensp. Pp.7-13., 1992.

MATTOS R. A de O processo de construção conceitual do método CENDES/OPS. Rio de Janeiro, UERJ/MS, 40p., 1993.

MATUS, C. Política, planejamento e governo. Brasília, IPEA, 1996.

MINAYO, C. Os efeitos da globalização no mundo do trabalho e as políticas públicas. In: ANAIS 2º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em enfermagem no Brasil. ABEN-SC, Santa Catarina, pp.35-44.

SALUM, M.J.L.; BERTOLOZZI, M.R.; OLIVEIRA, M.A de C. Hacia la construcción y el desarrollo de un colectivo en enfermería. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Desafíos de la enfermería en las Américas. Washington, D.C.: OPAS. 1995, no prelo.

SANTOS, M. Por uma geografia nova – da crítica da geografia à geografia crítica. São Paulo: HUCITEC, 1990.

URIBE F. C. R. Os determinantes históricos do planejamento de saúde na América Latina. IMS-UERJ. Tese de Mestrado, 1982.