

## Relato de experiência

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.v3n3p293-300>

# O PROCESSO DE TRABALHO DO (A) ENFERMEIRO (A) NA CONSTITUIÇÃO DA EQUIPE DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

THE NURSING WORK PROCESS IN THE CONSTITUTION OF THE TEAM OF A FAMILY HEALTH STRATEGY: A REPORT OF EXPERIENCE

### Vanessa Augusto Bardaquim

Enfermeira Doutoranda pela USP na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos. Especialista em Saúde da família e da comunidade e Enfermagem do Trabalho.

**E-mail:** va.bardaquim@bol.com.br

### Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde/Organização Panamericana de Saúde para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem.

**E-mail:** avrmlccr@eerp.usp.br

### Ernandes Gonçalves Dias

Enfermeiro, Mestrando em Tecnologia e Inovação em Enfermagem pela USP na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Especialista em Enfermagem do Trabalho e Docência na Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Monte Azul, Faculdade Verde Norte (FAVENORTE).

**E-mail:** nandesenf@usp.br

## Resumo

Este artigo objetiva relatar a experiência de uma enfermeira na formação e construção de uma rotina de trabalho para uma equipe da Estratégia Saúde da Família de uma cidade do Estado de São Paulo. Trate-se de um estudo do tipo relato de experiência, descritivo, vivenciado por uma enfermeira da Estratégia Saúde da Família na implementação de um planejamento de trabalho para a equipe. As dificuldades enfrentadas para formar a equipe foram: a falta de espaço físico adequado e de materiais, a sobrecarga de trabalho da enfermeira, a burocracia, a falta de tempo para a educação em saúde para a equipe e usuários, além da falta de comprometimento dos gestores. Conclui-se que deve haver melhorias na organização do serviço de saúde, com incentivo à cultura de educação continuada, investimento na estrutura física e recursos financeiros adequados

para oferecer um atendimento humanizado e de qualidade tanto aos usuários quanto aos profissionais de saúde em seu processo de trabalho.

**Palavras-chave:** Estratégia saúde da família; Atenção primária à saúde; Saúde do trabalhador.

## Abstract

This article aims to report the experience of a nurse in the formation and construction of a work routine for a Family Health Strategy team from a city in the State of São Paulo. This is a descriptive, experience-based, experience study by a Family Health Strategy nurse in the implementation of a work plan for the team. The difficulties faced in forming the team were: the lack of adequate physical space and materials, the nurse's workload, the bureaucracy, the lack of time for health education for the team and users, and the lack of commitment of the staff management. It

is concluded that there should be improvements in the organization of the health service, with an incentive to the culture of continuing education, investment in the physical structure and adequate financial resources to offer a humanized and quality service to both users and health professionals in their jobs.

**Keywords:** Family health strategy; Primary health care; Worker health.

## Introdução

A política de saúde presente no Brasil é conduzida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), instituído a partir da participação da comunidade na gestão, na deliberação e na fiscalização das políticas públicas de saúde desde a década de 80. O padrão assistencial do SUS disponibiliza um conjunto de programas destinados à população de todas as classes sociais, cujo objetivo central está voltado para os princípios da Reforma Sanitária, no que diz respeito à hierarquização, regionalização, acessibilidade, equidade, participação e integralidade das ações.<sup>1</sup>

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, as quais abrangem a promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde.<sup>2</sup>

Em 1994 o Ministério da Saúde implantou o Programa de Saúde da Família (PSF),<sup>3</sup> porém, atualmente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), na tentativa de superar o modelo hegemônico centrado em práticas curativas e na atenção médico hospitalar.<sup>4</sup> Neste sentido, a ESF é percebida como um caminho para reorientação do modelo assistencial, formada por meio da implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS).<sup>5</sup>

A ESF é um campo de trabalho de destaque para a enfermagem, que tem a função de colaborar para a reorientação do modelo assistencial a partir da AB em anuência aos princípios do SUS.<sup>6</sup>

A enfermagem participa da ESF com outros profissionais, porém na maioria das vezes as ações de educação em saúde ficam a seu cargo, evidenciando então, o seu papel como protagonista de boas práticas na equipe.<sup>7</sup>

A equipe multiprofissional da ESF deve ser composta por no mínimo médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além dos profissionais de saúde bucal.<sup>2</sup>

Compete às equipes a identificação da realidade epidemiológica e social das famílias locais, o atendimento aos usuários e a educação em saúde, com destaque no estímulo ao autocuidado.<sup>5</sup> A educação em saúde em saúde é essencial em todos os serviços de atenção à saúde, inclusive é objeto de política específica do Ministério da Saúde para o trabalho da ESF.<sup>8</sup>

Entretanto, os resultados de um estudo realizado com 20 enfermeiros da ESF demonstraram que esses profissionais enfrentam dificuldades no desenvolvimento da educação em saúde junto aos usuários, à equipe e aos gestores. Além disso, enfrentam dificuldade quanto à falta de recursos físicos, materiais e financeiros.<sup>9</sup>

Os enfermeiros de ESF não atuam somente na assistência ao paciente, mas também na gerência da instituição, na supervisão, no treinamento da equipe e também na designação dos funcionários.<sup>10</sup>

Entre as atribuições dos enfermeiros de ESF encontram-se a atenção à saúde dos indivíduos e famílias cadastradas; a consulta de

enfermagem, os procedimentos, as atividades em grupo, a solicitação de exames complementares, a prescrição de medicações e o encaminhamento quando necessário, dos usuários aos outros serviços; a realização de atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; o planejamento, o gerenciamento e a avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS; a contribuição, participação e realização de atividades de educação permanente dos membros da equipe; a participação do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.<sup>2</sup>

Dessa forma, o enfermeiro precisa ter conhecimentos fundamentados em saúde pública, de forma a desenvolver estratégias inovadoras em busca de um melhor acompanhamento e atendimento à população.<sup>10</sup>

Frente ao exposto, objetivou-se neste estudo relatar a experiência de uma enfermeira na formação e construção de uma rotina de trabalho para uma equipe de ESF em uma cidade do Estado de São Paulo.

A ESF ou UBS é a porta de entrada nos serviços de saúde dos usuários do SUS, assim, os relatos aqui apresentados poderão promover conscientização e troca de experiências, que possivelmente refletirá em melhorias no atendimento à população, que devem ser contínuas e resolutivas.

## Método

Trata-se de um relato de experiência, vivenciado por uma enfermeira na formação e construção de uma rotina de trabalho para uma equipe da ESF, nos meses de junho a dezembro de 2014, durante o contrato de seis meses, por meio de um processo seletivo realizado no município de

São Carlos (SP).

A população residente no município no ano de 2016 foi estimada em 243.765 pessoas. A cidade tem área territorial de 1.136,907 km<sup>2</sup> (2015) e densidade demográfica de 195,15 hab./km<sup>2</sup> (2010). Atualmente, possui 42 estabelecimentos de saúde SUS, dentre os quais, 15 unidades são ESF.<sup>11,12</sup>

Na Unidade de Saúde deste estudo, havia uma UBS e duas equipes de ESF em formação, usando a mesma estrutura física com um total de 33 servidores. Na ESF em questão, inicialmente o território foi delimitado, por um mapa de territorialização, até atingir 4.000 pessoas para serem cadastradas; a região possuía apenas uma UBS que atendia cerca de 30.000 pessoas, conforme os cadastros dos prontuários.

As equipes foram constituídas, cada uma, por uma enfermeira com especialização em ESF, uma médica generalista cubana, do programa “Mais Médicos” do Governo Federal e seis ACS, que se responsabilizam por aproximadamente 500 famílias, divididas por microáreas. O período de funcionamento era de segundas às sextas-feiras das 7h às 18h.

Ressalta-se que na UBS havia uma equipe odontológica composta pelo dentista e o auxiliar odontológico, que fazia parte da equipe de saúde da UBS, sem vínculo com as ESF, que agendavam as consultas odontológicas sem obedecer a um critério de território adscrito, como previsto na Política Nacional da Atenção Básica.

A UBS contava com uma estrutura física que incluía: sala de recepção, sala de coletas de fluidos corpóreos, sala de curativos, farmácia, sala de odontologia, depósito de material de limpeza, almoxarifado, sala de vacinas, sala de

citologia, seis consultórios (dois para os médicos generalistas da ESF e quatro para a UBS), quatro banheiros (dois para funcionários e dois para usuários), uma cozinha (pequena) e garagem para os funcionários.

## Resultados

### *Contextualização da construção e formação da rotina de trabalho da equipe*

Todos os dias eram feitos os acolhimentos e a classificação de risco de acordo com o Protocolo de Manchester<sup>13</sup> de acordo com a ordem de chegada, eram distribuídas senhas. O atendimento era feito ao lado do balcão em que eram agendadas as consultas, ou seja, não tinha uma sala específica para o atendimento da enfermagem.

Caso o usuário não tivesse agendado a consulta, ele poderia ser atendido na ESF se houvesse algum ajuste na agenda do médico clínico geral ou se fosse encaminhado para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou unidade hospitalar mais próxima, se o seu problema de saúde não fosse resolvido na UBS.

No acolhimento eram atendidas aproximadamente 50 pessoas por dia, sem consulta agendada e a preferência da população era por uma profissional de medicina que atendia naquela unidade há mais de 20 anos e que havia criado um forte vínculo com a população.

Eram feitos os cadastros das famílias que compareciam à unidade de saúde e entregues junto com o cartão do SUS, realizados agendamentos de consultas com o dentista, médicos e com as enfermeiras. Além disso, realizavam-se procedimentos como curativos, vacinas e visitas domiciliares, atendimento e cadastramento no “Programa Hiperdia”, quando o usuário apresentava por meio de exames laboratoriais os sinais e os sintomas de hipertensão ou de diabetes Mellitus; o teste gestacional, a entrega de insumos e materiais, como leite, fraldas e fitas de glicômetro, entre outros.

A formação das duas equipes de ESF operava da seguinte forma: os funcionários da UBS atendiam a população normalmente e os contratados para compor a ESF dividiam as equipes, sendo que o atendimento era realizado simultaneamente.

As experiências em campo para formar uma nova equipe de ESF foram desafiadoras, pois ao mesmo tempo em que os profissionais da unidade de saúde estavam atendendo aos usuários, também saíam às ruas para o cadastro da população.

De uma forma geral, a equipe atendia a toda a população para o agendamento de consultas, porém nos dias da semana, havia tarefas específicas destinadas a cada profissional.

Para cumprimento das propostas de rotina obedeceu-se a um planejamento/agendamento semanal pré-determinado, organizado e distribuído, conforme apresentado na sequência (Quadro 1).

Dia da Semana	Planejamento/Atividade	Turno	Responsável
Segundas-feiras	Cadastramento das famílias da área adstrita, atendimento à população em geral.	Matutino	ACS
	Confecção de prontuários	Vespertino	
	Visitas domiciliares	Matutino	Enfermeira
	Elaboração de Diagnóstico de enfermagem	Vespertino	
	Atendimento aos usuários	Matutino/vespertino	Médica generalista e auxiliares de enfermagem
Terças-feiras	Cadastramento das famílias da área adstrita e atendimento à população em geral.	Matutino/vespertino	ACS
	“Programa Hiperdia”, exame do “pezinho”, vacinas em geral e curativos.	Matutino/vespertino	Enfermeira e Auxiliares de enfermagem
	Teste rápido para HIV, Sífilis e Hepatites.	Matutino/vespertino	Enfermeira
	Atendimento aos usuários	Matutino/vespertino	Médica generalista
Quartas-feiras	Cadastramento das famílias da área adstrita	Matutino/vespertino	ACS
	Puericultura, exame infantil.	Matutino	Enfermeira
	Reunião com toda a equipe/Processo de trabalho	Vespertino	Enfermeira
	Atendimento aos usuários	Matutino	Médica generalista e Auxiliares de enfermagem
Quintas-feiras	Cadastramento das famílias da área adstrita	Matutino/vespertino	ACS
	Visitas domiciliares	Matutino	Enfermeira
	Exame ginecológico, citologia, pré-natal e planejamento familiar.	Vespertino	
	Atendimento aos usuários	Matutino/vespertino	Médica generalista e Auxiliares de enfermagem
Sextas-feiras	Cadastramento das famílias da área adstrita	Matutino	ACS
	Re-elaboração dos prontuários e sua numeração, remarcação de ruas; cadastramento de famílias em planilhas e no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).	Matutino e vespertino	
	Visita domiciliar	Matutino/vespertino	Médica generalista
	Gerenciamento da Unidade de Saúde	Matutino	Enfermeira
	Solicitação de materiais para a unidade e para os usuários, entre outros insumos.	Vespertino	
	Atendimento aos usuários	Matutino/vespertino	

**Quadro 1.** Agenda de atividades semanal da Estratégia da Saúde da Família. **Fonte:** Elaborado pelos autores, 2017.

No início de cada mês era feita uma programação geral, objetivando atender à agenda de saúde, como organização de eventos e campanhas, como o “outubro rosa” e o “novembro azul”, campanhas de vacinação, entre outros, que eram somadas às atividades já previstas mostradas, anteriormente, no Quadro 1. As enfermeiras elaboravam as escalas mensais das equipes, de acordo com as atividades do cronograma. Ressalta-se que as equipes existentes no local eram colaborativas, com uns procurando apoiar os outros, embora, às vezes, conflitos aflorassem.

#### *Dificuldades enfrentadas*

Dentro do possível havia harmonia entre as equipes, mas faltava espaço físico e a estrutura não comportava três equipes em um mesmo lugar. Faltava uma sala de pós consulta e sala para as enfermeiras das respectivas equipes conseguirem fazer as consultas de enfermagem, atendimento às gestantes, puericultura, além dos aconselhamentos a outros fatores de risco, como hiperdia, diabetes, cuidados pós-cirúrgicos, câncer, entre outros.

Havia falta de materiais básicos como computadores, pois os dois equipamentos que tinham na unidade, eram divididos para as três equipes. O tamanho da sala de guardar prontuários era insuficiente para a demanda da região atendida.

O balcão de atendimento ao público era único para todas as equipes e, ocasionalmente, constatavam-se conflitos entre os profissionais para o atendimento de seus usuários.

A sala de vacina era comum para as equipes, a cozinha era pequena para quase 30 funcionários. Não havia espaço suficiente para

os trabalhadores alimentarem-se e descansarem adequadamente; era necessário um aguardar o outro terminar sua refeição.

Outro problema observado foi que algumas famílias não queriam ser cadastradas na ESF, pois na UBS havia mais profissionais médicos especialistas, como três ginecologistas, três clínicos gerais e dois pediatras. A proposta era atender uma região das famílias cadastradas na ESF e a outra região na UBS e quando eram necessários os usuários eram encaminhados para os médicos especialistas da UBS como os pediatras e ginecologistas.

Constatou-se, então, que prevalecia na população, ainda, o conceito do modelo tradicionalista médico hegemônico, na qual privilegia as práticas curativas. Esses resultados assemelham-se aos encontrados em um estudo com profissionais de saúde, usuários e estudantes da área da saúde, vinculados às unidades de Saúde da Família, tinham a compreensão que o modelo de atenção deveria ser o modelo médico-assistencial, refletindo o predomínio das ações curativas em uma relação individualista, operada diretamente pelo médico e oferecida na demanda espontânea.<sup>14</sup>

Além disso, durante as semanas, a unidade recebia estagiários da medicina e enfermagem de universidades públicas e privadas, para se encaixar na rotina e na sala dos trabalhadores, intensificando a rotatividade de pessoas e gerando conflitos internos.

Frente ao exposto, identificou-se que a educação em saúde como parte integrante da profissão e da proposta da ESF, não podia ser feita adequadamente, pois faltavam recursos, materiais, tempo e espaço físico.

### *Situação dos trabalhadores da Estratégia da Saúde da família*

Em relação aos trabalhadores, evidencia-se que ainda são necessários investimentos na AB, propondo espaços saudáveis, não só para a população, mas, também, para quem atua profissionalmente no local. Percebeu-se que essas pessoas estressam-se, pois trabalham demasiadamente em ambientes com faltas de espaço e de recursos materiais.

A omissão de práticas voltadas para a saúde dos trabalhadores no âmbito de atuação da ESF é necessária para promoção da saúde do trabalhador.<sup>15</sup>

A contratação das ACS parecia atender ao princípio de residir no território, dessa forma, a estabilidade ao vínculo trabalhista relacionada ao concurso público e a proximidade de suas casas ao trabalho fazia com que permanecessem no emprego, apesar das dificuldades enfrentadas.

As condições de trabalho das ESF mostram salários desiguais, contratos precários de trabalho, rotatividade de trabalhadores e divisão de trabalho intensificada.<sup>15</sup>

Em relação aos médicos cubanos, aparentemente sentiam-se satisfeitos em seus trabalhos, atendiam a população com muita atenção, apesar de, no começo perceber-se algumas dificuldades relacionadas ao idioma. Entretanto, eles entendiam que esta oferta de emprego proporcionava-lhes experiência profissional e rendimentos financeiros melhores do que aqueles de seu país de origem.

A enfermeira tinha contrato de trabalho por tempo determinado, assim o vínculo construído com os usuários e com a equipe era desfeito a cada troca de profissionais. Nesse sentido, a

integralidade e a longitudinalidade do cuidado costumam ser rompidos, gerando insatisfação nos trabalhadores.

Problemas nesse sentido já tinham sido identificados, onde há relatos de menor satisfação no trabalho em profissionais de equipes com vínculos trabalhistas precários e com maior carga horária.<sup>16</sup>

### **Conclusão**

Apesar de todos os problemas encontrados para formar uma equipe e uma rotina para a ESF, a experiência pode ter sido considerada positiva. As dificuldades enfrentadas possibilitaram o desenvolvimento da autonomia e do gerenciamento de enfermagem, além da responsabilidade adquirida como profissional.

Além disso, foi recompensador ajudar e orientar os usuários, principalmente portadores de doenças crônicas, idosos, gestantes, mães de lactantes e usuários de drogas, através das visitas domiciliares, que antes não acontecia naquela região.

Este processo vivenciado nesta fase de transição de uma parte da UBS para ESF, como também para conhecer e vivenciar estratégias de superação da população adstrita, como a falta de recursos e o apoio da equipe, foi importante para a construção de uma rotina de trabalho adequada que, na medida do possível, proporcionou melhorias na qualidade do atendimento aos usuários. No entanto, a organização do trabalho e o seu processo, a forma como é realizado e as condições precárias podem trazer insatisfação a quem o faz e isso pode repercutir na saúde desse trabalhador.

Conclui-se que deve haver melhorias em uma organização de saúde como educação

continuada, estrutura física e recursos financeiros adequados para oferecer um atendimento humanizado e de maior qualidade tanto aos usuários atendidos quanto aos trabalhadores de saúde, em seu processo de trabalho.

## Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
3. Sousa MF. O Programa de Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. Rev Bras Enferm, Brasília. 2008; 61(2): 153-8.
4. Carrapato JFL, Silva RVC, Rotondaro EC, Placideli N. Programa Mais Médicos: percepção dos usuários e dos profissionais do SUS. Em Pauta, Rio de Janeiro. 2016;38(14): 280-293.
5. Machado LM, Colomé JS, Silva RM, Sangoi TP, Freitas NQ. Significados do fazer profissional na estratégia de saúde da família: atenção básica enquanto cenário de atuação. J res fundam care online. 2016; 8(1): 4026-4035, jan./mar.
6. Araújo MFS, Oliveira FMC. A Atuação do Enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a Satisfação Profissional. CAOS – Rev Eletr Ci Soc. 2009; 14: 03-14.
7. Dias EG, Souza ELS, Mishima SM. Contribuições da enfermagem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa da literatura brasileira. R Epidemiol Control Infec, Santa Cruz do Sul. 2016; 6(3): 138-144.
8. Dias EG, Souza ELS, Mishima SM. Influência da enfermagem na adesão do idoso ao tratamento da hipertensão. Rev Gest Saúde. Brasília. 2016; 7(3): 1156-72, set.
9. Roecker S, Budó MLD, Marcon SS. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(3): 641-9.
10. Macedo FRM, Silva LAS, Terra FS, Santos SVM, Miranda RPR, Sá MD. Nível de satisfação dos enfermeiros que atuam na estratégia de saúde da família. J Nurs UFPE on line, Recife. 2015; 9(11): 9671-8, nov.
11. Ministério do Planejamento (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@, São Carlos, São Paulo, 2016.
12. Prefeitura Municipal de São Carlos. Programa de Saúde da Família (PSF). São Carlos, 2017.
13. Diniz AS, Silva AP, Souza CC, Chianca TCM. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. Rev Eletr Enf. 2014;16(2): 312-20.
14. Costa MCG, Ramalhão CL, Pettersen AG, Pio JAT, Berbare S, Melo VFA. As ações do serviço de saúde voltadas para o âmbito individual e pouco coletivo. Rev bras educ med., Rio de Janeiro, 2012; 36(1): supl. 1, 57-63.
15. Lacaz FAC, Trapé A, Soares CB, Santos APL. Estratégia saúde da família e saúde do trabalhador: um diálogo possível? Interface Comunic Saúde Educ, Botucatu, 2013; 17(44): 75-87.
16. Fridrich DBC, Pierantoni CR. O trabalho das equipes de saúde da família: um olhar sobre as dimensões organizativas do processo produtivo. Physis, Rio de Janeiro. 2006; 16(1): 83-97.