



Dimensionamento de profissionais de enfermagem: implicações para o processo de trabalho na estratégia saúde da família

Dimensioning of nursing professionals: implications for the work process in the family health strategy

Dimensionamiento de profesionales de enfermería: implicaciones para el proceso de trabajo en la estrategia salud de la familia

Lucas Cardoso dos Santos¹

Juliane Andrade²

Wilza Carla Spiri¹

1. Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, SP, Brasil.

2. Universidade de Brasília, Distrito Federal, DF, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência da construção do dimensionamento de enfermagem e suas implicações para o processo de trabalho em uma Unidade de Saúde da Família (USF). **Método:** Relato descritivo, que utilizou as recomendações da Resolução nº 543/2017 do Conselho Federal de Enfermagem para dimensionar o número de profissionais de enfermagem de uma USF com duas equipes no interior paulista. **Resultados:** O dimensionamento evidenciou a falta do enfermeiro e do auxiliar de enfermagem e trouxe implicações para o processo de trabalho, como sistematização de informações sobre ausências da equipe de enfermagem, adequação e monitoramento do sistema de informação e reorganização da área de abrangência do serviço. **Conclusão e implicações para a prática:** É importante que o enfermeiro utilize instrumentos gerenciais, tais como o dimensionamento, visando buscar mudanças no trabalho da enfermagem e equipe e na melhoria da assistência ofertada. O dimensionamento de pessoal mostrou-se satisfatório para as adequações no processo de trabalho.

Palavras-chave: Dimensionamento de pessoal; Atenção Primária à Saúde; Gerenciamento da prática profissional; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To report the experience of the construction of nursing dimensioning and its implications for the working process in a Family Health Unit (FHU). **Method:** Descriptive report, which used the recommendations of Resolution No. 543/2017 of the Federal Nursing Council to dimension the number of nursing professionals from a FHU with two teams in the interior of São Paulo. **Results:** The dimensioning evidenced the lack of the nurse and nursing assistant and brought implications for the work process, such as systematization of information about nursing staff absences, adequacy and monitoring of the information system and reorganization of the area of service coverage. **Conclusion and implications for practice:** It is important that nurses use management tools, such as dimensioning, to seek changes in the nursing and staff work and in the improvement of care offered. Staff dimensioning proved to be satisfactory for the adaptations in the work process.

Keywords: Dimensioning of Personnel; Primary Health Care; Professional practice management; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Relatar la experiencia de la construcción del dimensionamiento de enfermería y sus implicaciones para el proceso de trabajo en una Unidad de Salud de la Familia (USF). **Método:** Relato descriptivo, que utilizó recomendaciones de la Resolución 543/2017 del Consejo Federal de Enfermería para dimensionar el número de profesionales de enfermería de una USF con dos equipos en el interior paulista. **Resultados:** El dimensionamiento evidenció la falta del enfermero y del auxiliar de enfermería y trajo implicaciones para el proceso de trabajo, como sistematización de informaciones sobre ausencias del equipo de enfermería, adecuación y monitoreo del sistema de información y reorganización del área de cobertura del servicio. **Conclusión e implicación para la práctica:** Es importante que el enfermero utilice instrumentos gerenciales, como el dimensionamiento, buscando cambios en el trabajo y en la mejora de la asistencia ofrecida. El dimensionamiento se mostró satisfactorio para las adecuaciones en el proceso de trabajo.

Palabras clave: Dimensionamiento de Profesionales; Atención Primaria a la Salud; Gestión de la práctica profesional; Enfermería.

Autor correspondente

Lucas Cardoso dos Santos.

E-mail: lucascardoso_santos@yahoo.com.br.

Recebido em 27/11/2018.

Aprovado em 03/04/2019.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0348

INTRODUÇÃO

O trabalho de enfermagem abrange cinco dimensões: assistir, gerenciar, pesquisar, participar politicamente e ensinar, que podem ser executadas concomitantemente de forma complementar e interdependente, de modo que cada dimensão apresenta seus próprios elementos (objeto, meios/instrumentos e atividade).¹

Como coordenador do processo de cuidar, é indispensável ao enfermeiro aplicar ferramentas na dinâmica do cuidado e do serviço para que ocorra uma prática efetiva e eficaz em qualquer uma das dimensões do seu trabalho, por exemplo, utilizar instrumentos gerenciais que possibilitem alcançar os objetivos propostos.²

Uma dessas ferramentas é o dimensionamento de pessoal na enfermagem, fundamental para realizar a previsão adequada de profissionais, quantitativa e qualitativamente, aspirando atender às necessidades da população assistida em consonância com a particularidade dos diversos cenários dos serviços de saúde, de forma a propiciar qualidade à assistência, visando à segurança dos usuários e dos trabalhadores.³

Na área da saúde, a equipe de enfermagem representa a maioria dos profissionais e tem avançado nos referenciais de dimensionamento de pessoal, especialmente no âmbito hospitalar, encontrando respaldo e diretrizes nas resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), promulgadas, a partir do ano de 1996, com a Resolução 189/1996⁴, atualizada em 2004 (Resolução 293/2004)⁵ e em 2016 (Resolução 527/2016).⁶ Recentemente, o COFEN revogou essa última e publicou a Resolução 543/2017, que contempla parâmetros específicos para diferentes serviços, incluindo a Atenção Primária à Saúde (APS).^{7,8}

Os critérios utilizados nessa atualização para o dimensionamento de pessoal de enfermagem no contexto da APS advêm de um estudo que concluiu que nesse nível de atenção aos usuários assistidos, a depender das características de cada unidade, podem apresentar diferentes necessidades de saúde, evidenciando o quão complexa é a assistência nesse contexto.^{7,8}

Em contrapartida, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), atualizada recentemente (2017), aponta um retrocesso ao consentir uma “flexibilização da cobertura populacional” por equipe, que passa a estar relacionada, entre outros, “aos parâmetros da relação equipe/população”, às “especificidades do território” e à “possibilidade de outros arranjos de adscrição”, com parâmetros populacionais diferentes, que podem ter alcance “maior ou menor do que o parâmetro recomendado”, tornando o quantitativo de profissionais indefinido, assegurado anteriormente pela PNAB 2011.⁹

Nessa conjuntura, o planejamento quantitativo da equipe de enfermagem não está apenas relacionado aos fatores éticos e políticos, mas também a econômicos e sociais, que compõem a base do sistema de saúde. Desse modo, a importância do dimensionamento reside na potencialidade de buscar o equilíbrio entre a disponibilidade dos serviços, as necessidades da população, as metas, as políticas e os programas de saúde.^{8,10,11}

Considerando a importância do dimensionamento de pessoal de enfermagem, assim como as especificidades da APS e da escassez na literatura sobre o tema nesse contexto de atuação, o presente artigo visa a colaborar com o conhecimento nesta área, diminuindo a lacuna existente, uma vez que apresenta conteúdo teórico/científico e aplicabilidade prática ao relatar a experiência da construção do dimensionamento de pessoal de enfermagem e sua implicação para o processo de trabalho em uma Unidade Saúde da Família (USF), respondendo, assim, às seguintes perguntas: Qual o resultado do dimensionamento de pessoal de enfermagem na USF em questão? Qual a contribuição do dimensionamento de pessoal de enfermagem para o processo de trabalho no cenário de aplicação?

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo que utilizou as recomendações sugeridas na Resolução COFEN 543/2017 para dimensionar o número de profissionais de enfermagem de uma USF.⁷

A ação que resultou nesse relato foi produto de uma fiscalização realizada pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP), ocorrida em dezembro de 2017, em que foram realizados alguns apontamentos, entre os quais, a necessidade de adequação do dimensionamento de pessoal de enfermagem da unidade de saúde, campo deste estudo, uma vez que ainda não estava construído, considerando as recomendações da Resolução de 2017.⁷

Cenário do estudo

O serviço de saúde em questão está inserido na Rede de Atenção à Saúde de um município do Centro-Oeste do estado de São Paulo com uma população total aproximada de 144.820 habitantes,¹² dos quais 41,1% estão sob cobertura de 12 unidades no modelo Saúde da Família e 58,9% sob cobertura de seis Unidades Básicas de Saúde (UBS), no modelo tradicional, e dois Centros de Saúde Escola (CSE).^{13,14}

O gerenciamento das USF fica a cargo de uma Organização Social de Saúde (OSS). Já as UBS e os CSE ficam sob a gestão, respectivamente, da Secretaria Municipal de Saúde e de uma Instituição Pública de Ensino Superior.

A USF, onde foi realizada essa experiência, foi inaugurada em 2003, porém, anteriormente, funcionava como uma UBS. Está localizada no extremo leste da região urbana do município e entre os usuários atendidos existem aqueles que são hipertensos, diabéticos, obesos, desempregados, usuários de drogas lícitas e ilícitas, vítimas de violência doméstica, entre outros.

A região de abrangência da USF possui aproximadamente 10.204 usuários, que são assistidos por duas equipes de saúde da família, compostas em sua totalidade por: dois auxiliares de serviços gerais, dois auxiliares administrativos, dois enfermeiros, sete auxiliares de enfermagem, dois médicos, um médico do Programa Mais Médicos, dois cirurgiões dentistas, dois auxiliares de consultório dentário, um auxiliar de farmácia, um

farmacêutico e sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Dos sete auxiliares de enfermagem, quatro estavam contratados como auxiliares de enfermagem, com o registro profissional no COREN-SP de técnicos de enfermagem.

Grande parte dos funcionários possuía carga horária semanal de 40 horas, à exceção do farmacêutico (12 horas) e do médico do Programa Mais Médicos (32 horas). Em relação ao primeiro é necessário elucidar que o município é dividido em grandes regiões e que sua carga horária de trabalho é fracionada entre essas. Já o médico vinculado ao Programa Mais Médicos segue o regime do programa, que determina 32 horas de trabalho na unidade de saúde e oito horas destinadas para estudo dirigido.¹⁵

O território de abrangência da unidade é dividido em duas áreas, subdivididas em cinco microáreas e metade dos profissionais de cada categoria compõe uma microárea, à exceção dos auxiliares de enfermagem, em que três compõem a Equipe 1 (EQ1) e quatro, a Equipe 2 (EQ2), e dos ACS, em que quatro são da EQ1 e três, da EQ2, o que resulta em microáreas desassistidas por esse último profissional.

Nesse contexto, vale mencionar que os profissionais auxiliares administrativos, auxiliares de enfermagem, farmacêuticos, auxiliares de farmácia e médico do Programa Mais Médicos atendem usuários independentemente da área/equipe. Já as consultas dos usuários com os profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas são agendadas levando-se em consideração a área onde eles residem. E os atendimentos de demanda espontânea realizados não seguem essa divisão, ou seja, o médico da EQ1, por exemplo, poderá atender o usuário que reside na área de referência da EQ2.

Coleta, organização e análise dos dados

A coleta, organização e análise dos dados foram embasadas pela Resolução COFEN 543/2017⁷ e ocorreram entre os meses de janeiro e março de 2018, com dados referentes ao ano de 2017.

Todo esse processo norteou-se por cinco etapas: 1) delimitação das categorias profissionais para as quais se pretende dimensionar o cálculo do Tempo de Trabalho Disponível (TTD) no ano por categoria profissional e equipe; 2) cálculo da quantidade de profissionais por categoria profissional e equipe para realizar as intervenções diretas; 3) cálculo da quantidade de profissionais por categoria profissional e equipe para realizar intervenções indiretas; 4) cálculo da quantidade de trabalhadores por categoria profissional e equipe; e 5) interpretação dos resultados.⁷

Inicialmente, para execução da etapa um, foram selecionadas as categorias profissionais para a realização do dimensionamento de enfermagem: auxiliares de enfermagem e enfermeiros e o TTD que expressa o tempo que cada categoria profissional por equipe necessita para que, em um ano, execute seu trabalho. Considerando as ausências previstas e não previstas, é calculado a partir da fórmula: $TTD = [A - (B + C + D + E)] \times h$.⁷

As variáveis A, B, C, D, E, h representam: A - o número de dias de trabalho possíveis em um ano; B - número de dias de

ausência em razão de feriados em um ano; C - número de dias de ausência em razão de férias em um ano; D - número de dias de ausências em razão de licença saúde em um ano; E - número de dias de ausência em razão de outras licenças em um ano; h - número de horas trabalhadas em um dia.⁷

Para o cálculo da variável A, bastou multiplicar o número de semanas que compõem um ano (52 semanas) pelo número de dias de trabalho de uma semana (cinco dias úteis), o que resultou no valor 260 e, para encontrar os valores das variáveis B, C, D e E, foi necessário solicitar ao setor de Recursos Humanos (RH), nesse caso a variável h apresentou o valor oito.⁷

A segunda etapa deu-se por meio do cálculo da quantidade de intervenções diretas (Q_{dir}), expresso pela equação - $Q_{dir} = \{[(P1 \times T1) / TTD] + [(P2 \times T2) / TTD] + [(P3 \times T3) / TTD] \dots \}$ - em que P (produção) corresponde à quantidade total de intervenções de cuidado direto realizada pela categoria profissional: atendimento à demanda espontânea; consultas de enfermagem; administração de medicamentos; realização de procedimentos ambulatoriais; aferição dos sinais vitais e das medidas antropométricas; realização de punção venosa; visitas domiciliares e promoção de ações educativas.⁷

Para chegar aos valores de P, foram gerados inúmeros relatórios, considerando o Sistema de Informação de Gestão Pública utilizado pelo município (Vivver), o Sistema de Informação em Saúde do Ministério da Saúde (e-SUS), as informações fornecidas pelo setor de RH e as informações do Programa de Melhoria ao Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). Já o valor de T (tempo) relaciona-se ao tempo médio, em horas, gasto para realizar cada intervenção, tendo como base o estrato 5, definido pelo PMAQ.⁷

Vale lembrar que as intervenções diretas consistem em ações que requerem interação com o usuário/família/comunidade e são realizadas por todos os membros de uma categoria profissional e que, sobremaneira, especificam o trabalho na APS;⁷ e que a intervenção direta “consulta de enfermagem” é privativa do enfermeiro.

A terceira etapa - cálculo da quantidade de profissionais por categoria profissional e equipe para realizar as intervenções indiretas (Q_{ind}) - utiliza-se do estrato 5 definido pelo PMAQ com valores iguais para as duas equipes e refere-se a uma estimativa de profissionais de enfermagem necessários para a realização das intervenções de cuidado indireto: ações educativas dos trabalhos de saúde; controle de infecção; controle de suprimentos; organização de processo de trabalho; documentação; interpretação de dados laboratoriais; mapeamento e territorialização; referência e contrarreferência; reunião administrativa; reunião para avaliação dos cuidados profissionais; supervisão dos trabalhos da unidade; troca de informação sobre cuidados de saúde; vigilância em saúde e ocasionais indiretas.⁷

A próxima etapa - cálculo da quantidade de trabalhadores por categoria profissional e equipe (Q) - utilizou-se da equação:⁷

$$Q = \frac{Q_{dir}}{1 - \frac{Q_{ind}\%}{100}} \quad (1)$$

Já a última etapa consistiu na interpretação dos dados no curso da qual os enfermeiros gerentes da USF analisaram e interpretaram, considerando o processo de trabalho do serviço.

RESULTADOS

Os valores encontrados para a quantidade de profissionais de enfermagem por categoria profissional - Enfermeiro (E) e Auxiliar/Técnico de enfermagem (AE/TE) - e equipe - EQ1 e EQ2 - demonstraram uma diferença na quantidade de profissionais de enfermagem que seriam necessários para desempenhar todo o processo de trabalho envolvido no serviço analisado, como elucidado na Tabela 1, onde se tem a diferença entre a quantidade de profissionais dimensionada (Qdimensionado) e a quantidade de profissionais atuantes (Qatual) nas duas equipes.

Tabela 1. Descrição comparativa entre a quantidade de profissionais dimensionada e atuantes por categoria profissional e equipe, Botucatu, SP, 2018

	Qdimensionado*	Qatual [§]	Qdimensionado - Qatual
E1†	3	1	2
E2†	2	1	1
AE/TE1‡	4	3	1
AE/TE2‡	4	4	0

* Quantidade de profissionais dimensionada;

§ Quantidade de profissionais atuantes;

† Equipe (1 ou 2);

‡ Auxiliar de Enfermagem/Técnico de Enfermagem (referente à equipe 1 ou 2)

Observa-se, nos resultados encontrados, que existia a necessidade de contratação de três e dois enfermeiros nas EQ1 e EQ2, respectivamente, para desempenhar todas as atividades exercidas por essa categoria profissional. E que, para a EQ1, seria necessário contratar mais um auxiliar de enfermagem, diferente da EQ2, visto que o quantitativo de quatro profissionais dessa categoria contempla o estipulado em conformidade com o dimensionamento realizado. Sendo assim, verificou-se que havia um déficit na quantidade de profissionais de enfermagem de nível superior e médio nas duas equipes da USF, com exceção de profissionais médicos da EQ2.

Durante a construção do dimensionamento, foram identificados pontos-chave para facilitar a aplicação anual dessa ferramenta e, também, adequar o processo de trabalho na USF, os quais serão expostos a seguir.

Um dos primeiros entraves identificados para levantamento dos dados para construção da primeira etapa do dimensionamento residiu no fato de os enfermeiros e, também do setor de RH da empresa, não possuírem as informações sistematizadas sobre ausências previstas e não previstas. A partir de então, tais informações passaram a ser tabuladas pelo RH, considerando que, anualmente, o dimensionamento de pessoal de

enfermagem deve ser feito, tendo, como referência, sempre o ano anterior.

Outro ponto dessa etapa se relaciona à ocorrência de profissionais de enfermagem contratados como auxiliares de enfermagem, mas registrados no órgão de classe como técnicos de enfermagem. Os enfermeiros fizeram, então, um ofício à Coordenação da APS e também ao COREN-SP informando que tais profissionais haviam sido orientados sobre essa necessidade, entretanto sem governabilidade para além disso.

Chama-se a atenção a esse fato, pois haver funcionários desempenhando funções diferentes do cargo para o qual foram contratados fere os princípios trabalhistas, uma vez que envolve questões como desvio de função, salário abaixo do ofertado e a não contratação de mão de obra adequada para a função.

No que se refere à segunda etapa, ao verificar os relatórios fornecidos pelos sistemas de informações (e-Sus e Vivver), observou-se que havia uma discrepância no número de intervenções realizadas em relação ao que de fato ocorria na unidade, como, por exemplo, o quantitativo de consultas de enfermagem e aferições dos sinais vitais e das medidas antropométricas, nas quais se esperavam números altos, e, para os procedimentos ambulatoriais, como as visitas domiciliares e atividades de promoção em saúde, números baixos. Logo, verificou-se que a proporção das intervenções fornecidas pelo sistema não estava condizente com o esperado.

Diante dessa constatação, duas hipóteses foram inicialmente levantadas: a primeira relacionada ao lançamento incorreto no sistema, e a segunda associada a falta de alimentação do sistema.

Considerando essas duas hipóteses, durante as reuniões de equipe, foi realizada conversa com todos os profissionais da USF para que as dificuldades no uso do sistema, que foram ou fossem identificadas, pudessem ser apontadas e caminhos fossem construídos com o objetivo de evitar possíveis falhas nos registros da assistência prestada.

Nesse momento, ficou claro que muitos registros estavam sendo feitos apenas nos prontuários dos pacientes e em cadernos de registros manuais. Discutiu-se, então, a importância dos registros como atribuição da enfermagem e, também, desses comprovarem a existência de sobrecarga de trabalho, relato frequente da equipe de enfermagem.

A equipe, então, propôs que cada setor do serviço anotasse, manualmente, as intervenções diretas realizadas, para que, depois, os valores encontrados nos relatórios do Vivver e e-SUS pudessem ser confrontados com as anotações feitas manualmente. Com essa estratégia, diferenças foram encontradas e o setor de Tecnologia de Informação e a Coordenação da APS do município foram comunicados, visando à realização de possíveis ajustes e reparos no sistema, o que ocorreu posteriormente.

Vale mencionar que, após esses diálogos e medidas, toda a equipe manteve o monitoramento dos dados por meio de relatórios mensais e registros manuais para conferência e cruzamento dos dados, com vistas a diagnosticar, o quanto antes,

inadequações não só nos relatórios gerados pelo sistema, como também no registro das informações.

Ainda, em relação aos valores encontrados para as intervenções diretas, e considerando que os dois enfermeiros possuíam a mesma carga horária de trabalho semanal e o mesmo número de vagas para as consultas agendadas, esses profissionais precisaram buscar possíveis hipóteses para a diferença encontrada nas variáveis: atendimento à demanda espontânea, consulta de enfermagem, administração de medicamentos, procedimentos ambulatoriais, visita domiciliar e promoção de ações educativas.

Após ser identificado que o enfermeiro da EQ1 possuía demanda de trabalho maior, não percebida anteriormente, uma nova discussão foi realizada no espaço da reunião de equipe em que os ACS tiveram papel relevante, por apontarem a existência de uma diferença considerável de usuários e famílias cadastrados por equipe, sendo maior na EQ1, o que acarretava maior demanda de trabalho a essa equipe. Assim, um novo processo de divisão das áreas foi realizado, com participação primordial e ativa dos ACS, resultando no remanejamento de duas microáreas da EQ1 para a EQ2.

Para redistribuição das microáreas entre as equipes, foram utilizados os seguintes critérios: proximidade da microárea que seria transferida com a área que passaria a integrar, características dos usuários cadastrados de cada microárea, demandas de saúde levantadas por microárea pelos ACS e as próprias características do território.

Nesse contexto, cabe mencionar que, além da sobrecarga de trabalho encontrada e expressas nas variáveis das intervenções diretas entre as equipes, as USF do município em questão possuem um enfermeiro por equipe para a execução das atividades gerenciais e assistenciais.

DISCUSSÃO

Os dados gerados forneceram informações importantes sobre o processo de trabalho de toda a unidade e não só, especificamente, da equipe de enfermagem. Nesse sentido, os enfermeiros do serviço tiveram papel crucial ao analisá-los, a fim de aprimorar suas práticas gerenciais e assistenciais, com repercussões no processo de trabalho, no trabalho em equipe e na assistência prestada.

Dito isso, há de se considerar a importância de os serviços e profissionais entenderem, com maior clareza, o papel das fiscalizações nos estabelecimentos de saúde, de classe profissional ou não, que buscam garantir condições de trabalho adequadas tanto aos profissionais quanto aos usuários assistidos.

Vale ressaltar que o dimensionamento proposto pela Resolução COFEN 2017 (543/2017)⁷, que prevê esse instrumento, ainda não é aplicado em todo o território nacional, assim, decorre a importância das ações do COREN-SP, órgão fiscalizador do exercício profissional que tem como premissa a ação educativa e participativa, valorizarem as questões éticas e do processo de enfermagem, conforme Resolução COFEN nº 374/2011.¹⁶

Contudo, a falta de profissionais detectada pelo processo de dimensionamento não está na governabilidade da equipe, sendo,

então, primordial elaborar estratégias conjuntas de gestão das instâncias superiores, uma vez que o desprovimento do quadro de pessoal afeta a segurança do trabalhador e do usuário e a qualidade da assistência à saúde ofertada.¹⁷

No que tange às implicações no processo de trabalho na aplicação do dimensionamento de pessoal de enfermagem, nesse cenário, especificamente, foram: adequação na alimentação do sistema de informação/ monitoramento dos dados registrados e reorganização da área de abrangência do serviço.

Nessa perspectiva, tem-se um estudo que caracterizou as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros de uma USF em município do Sul do Brasil e constatou que a alimentação do sistema de informação era a atividade que tinha maior ocorrência na USF, assim, destacam a importância dessa atividade no processo de trabalho de um serviço de saúde, por constituir-se uma ferramenta que fornece subsídios para a tomada de decisão, com destaque ao processo de cuidado, gerenciamento e avaliação/monitoramento, não somente na unidade de saúde, mas em todos os níveis de atenção que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS).¹ É preciso também garantir a qualidade das informações para que a interpretação dos dados seja adequada, visando à qualidade da assistência à saúde¹⁸, fato que foi levado em consideração pela equipe da USF ao identificar a inadequação dos dados e ao propor seu monitoramento.

Dessa forma, observou-se que a reunião de equipe foi um importante aparato neste estudo, por viabilizar a tomada de decisão conjunta e ser um espaço de troca, diálogo e resolução de problemas identificados, como também por possibilitar o planejamento do trabalho em equipe, monitoramento das ações e realização de atividades educativas, o que contribui no atendimento às necessidades de saúde da população adscrita da USF.¹

Além da forma de registro das informações e monitoramento dessas ações, a reunião de equipe também foi fundamental para redistribuição do território. Em ambos, demonstrou-se a importância do envolvimento interprofissional e a relevância no papel do enfermeiro por promover esse momento, articulando as diversas categorias profissionais com foco no cuidado prestado.¹⁹

Logo, garante-se a operacionalização do trabalho, não somente da enfermagem, mas da equipe envolvida no trabalho em saúde,¹¹ uma vez que suscita o consenso de todos na redistribuição de área e melhoramento na distribuição da população atendida por cada equipe/enfermeiro.

Sendo assim, reforça-se a relevância dessa ferramenta, dimensionamento de pessoal, na gestão do processo de cuidar, pois seu teor é apropriado para respaldar a necessidade de assistência³ da comunidade adscrita, no caso da APS, visto que prevê o quantitativo adequado da equipe de enfermagem, e, conseqüentemente, viabiliza a qualidade da assistência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, o presente relato reforça a importância do dimensionamento de enfermagem no âmbito da APS, que, no contexto apresentado, trouxe mudança de atitude da equipe quanto a registrar os dados corretamente no sistema de informação e

utilizar o espaço da reunião de equipe como campo potente para tomada de decisão coletiva, o que gerou a redistribuição do território entre as equipes.

Assim, o presente artigo, em sua categoria de relato, pode contribuir com as realidades de outras USF, uma vez que a utilização do dimensionamento de pessoal no referido contexto mostrou-se satisfatório quanto às adequações no processo de trabalho.

Por se tratar de um relato de experiência, recomendam-se outros estudos que possam estabelecer evidências científicas sobre as implicações do dimensionamento de pessoal de enfermagem no processo de trabalho na APS, haja vista a importância dessa temática para a qualidade da assistência e saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

- Paula M, Peres AM, Bernardino E, Eduardo EA, Sade PMC, Larocca LM. Características do processo de trabalho do enfermeiro da estratégia de saúde da família. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2014 Jun;18(2):454-70. Available from: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140034>
- Oliveira AS, Almeida ML, Santos MF, Zilly A, Peres AM, Rocha FLR. Ferramentas gerenciais na prática de enfermeiros da atenção básica em saúde. *Rev Adm Saúde* [Internet]. 2017; [cited 2019 Jan 21]; 17(69):[aprox. 20 slides]. Available from: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.69.64>
- Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Lima AFC. Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem em Instituições de Saúde. In: Kurcgant P, coord. *Gerenciamento em Enfermagem*. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; 2016. p. 115-27.
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (BR). Resolução COFEN N° 189/1996, de 25 de março de 1996 (BR). Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. Brasília (DF): Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) [Internet]; 1996 [cited 2018 Sep 13]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1891996-revogada-pela-resoluco-cofen-2932004_4249.html
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (BR). Resolução COFEN N° 293/2004, de 21 de setembro de 2004. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Brasília (DF): Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) [Internet]; 2004 [cited 2018 Sep 13]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2932004_4329.html
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (BR). Resolução COFEN N° 527/2016, de 03 de novembro de 2016. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília (DF): Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) [Internet]; 2016 [cited 2018 Sep 13]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05272016_46348.html
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (BR). Resolução COFEN N° 543/2017, de 18 de abril de 2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília (DF): Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) [Internet]; 2017 [cited 2018 Sep 13]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html
- Bonfim D, Gaidzinski RR, Santos FM, Gonçalves CS, Fugulin FMT. Identificação das intervenções de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: parâmetro para o dimensionamento de trabalhadores. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012; [cited 2018 Sep 13]; 46(6):1462-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600025>
- Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [cited 2018 Oct 18]; 42(116):11-24. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042018000100011&script=sci_abstract&lng=pt
- Bonfim D, Fugulin FMT, Laus AM, Peduzzi M, Gaidzinski RR. Time standards of nursing in the Family Health Strategy: an observational study. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 Dec;50(1):118-26. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100016>
- Bonfim D, Pereira MJB, Pierantoni CR, Haddad AE, Gaidzinski RR. Instrumento de medida de carga de trabalho dos profissionais de Saúde na Atenção Primária: desenvolvimento e validação. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 Feb;49(Esp2):25-34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000800004>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [cited 2018 Sep 23]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/botucatu/panorama>
- Botucatu. Unidades de Saúde [Internet]. Botucatu: Secretaria Municipal de Saúde; 2017 [cited 2017 Apr 18]. Available from: <http://saude.botucatu.sp.gov.br/>
- Botucatu. Cobertura da Atenção Básica. Núcleo de Tecnologia da Informação- NDI- DAB; 2018 [cited 21 May 2018]. Available from: <http://sage.saude.gov.br>
- Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 (BR). Dispõe sobre a instituição do Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da União [Internet]; 2013 [cited 2019 Jan 20]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (BR). Resolução COFEN N° 374/2011, de 23 de março de 2011. Normatiza o funcionamento do Sistema de Fiscalização do Exercício profissional da Enfermagem e dá outras providências. Brasília (DF): Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) [Internet]; 2011 [cited 2018 Sep 13]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-3742011_6590.html
- Silva RGM, Nascimento VF, Bertucci AAS, Benicio AC, Ferreira DS, Lopes CCC. Análise reflexiva sobre a importância do Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem como ferramenta gerencial. *Enferm Br* [Internet]. 2016; [cited 2019 Jan 21]; 15(4):221-6. Available from: https://www.researchgate.net/publication/314180625_Analise_reflexiva_sobre_a_importancia_do_Dimensionamento_de_Pessoal_de_Enfermagem_como_ferramenta_gerencial
- Silva LB. Sistemas de informações em saúde como ferramenta para gestão do SUS. *Cad Saúde Desenvolv* [Internet]. 2015 Jan-Jun; [cited 2019 Jan 22]; 6(4):52-62. Available from: <https://www.uninter.com/cadernosuninter/index.php/saude-e-desenvolvimento/article/view/422>
- Souza GC, Peduzzi M, Silva JAM, Carvalho BG. Trabalho em equipe de enfermagem: circunscrito à profissão ou colaboração interprofissional? *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 Jun;50(4):642-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500015>