



**Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica - PROVAB**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Natália Rossin Guidorizzi**

**Impacto da inadequada estruturação de Equipe de Estratégia Saúde da Família na  
assistência à população**

**Orientadora: Vera Lucia Moldes (TCC 41)**

**Porto Ferreira/SP  
Janeiro/2015**

## Sumário

<b>1. Introdução.....</b>	<b>2</b>
<b>2. Objetivos.....</b>	<b>3</b>
2.1 Geral.....	3
2.2 Específico(s).....	4
<b>3. Metodologia.....</b>	<b>4</b>
3.1 Cenário da intervenção.....	4
3.2 Sujeitos da intervenção.....	4
3.3 Estratégias e ações.....	4
3.4. Avaliação e Monitoramento.....	6
<b>4. Resultados Esperados.....</b>	<b>6</b>
<b>5. Cronograma.....</b>	<b>6</b>
<b>6. Referências.....</b>	<b>7</b>

## 1. Introdução

Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi o meio adotado pelo Ministério da Saúde (MS) para reorganizar e qualificar a Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS), além de reverter o modelo assistencial vigente, ao descentralizar e municipalizar os serviços de saúde, baseado na resolutividade e integralidade da atenção em saúde. Implantada em 1994, ganhou impulso em 1996, a partir da operacionalização da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 96)<sup>1,2,3</sup>.

No Brasil, ESF constitui-se como uma das maiores coberturas populacionais de APS no mundo, com 105,5 milhões de usuários atendidos até dezembro de 2012, está presente em 5297 municípios, com 33404 equipes implantadas. Conceitualmente, cada equipe multidisciplinar é composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a equipe de Saúde Bucal (dentista e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal). Outros profissionais como assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional integram o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado em 2008, a fim atuar de forma integrada com a Equipe Estratégia Saúde da Família (EESF) e ampliar oferta, resolutividade, abrangência e ações em saúde na rede de serviços<sup>1,3</sup>.

O modelo de assistência engloba ações de alcance individual ou coletivo para promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. O objeto de atenção passa a ser a família, entendida a partir do ambiente onde vive, condicionada a determinantes e agravos. Amplia-se, então, o conceito de saúde, que inclui determinantes biológicos, psicológicos e socioambientais para compreender o processo saúde-doença, criar vínculos e atuar com eficiência no manejo das demandas dos usuários.

Por isso, a correta estruturação da EESF é vital para consolidação efetiva do modelo. Há uma nova relação entre profissionais da saúde e comunidade, para desenvolver ações humanizadas e baseadas na realidade local, tecnicamente competentes, intersetoriais e socialmente apropriadas.

Em um município do interior do estado de São Paulo, de pequeno porte (cerca de 54 mil moradores), a ESF foi implantada em 2011, com quatro unidades dessa modalidade. Predomina-se equipe mista, ou seja, coexistem profissionais de Saúde da Família com os que atuam aos moldes da tradicional Unidade Básica de Saúde (UBS). Isso gera desconforto entre profissionais e população, que é assistida ora por um modelo, ora por outro. Em uma das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs), deparou-se com um cenário sombrio: das seis microáreas adscritas, apenas três contavam com ACS. Duas estavam sem cobertura há quase dois anos. Assim, não havia plena consolidação da estratégia, nem elaboração de ações e projetos voltados para a realidade local. Soma-se o déficit de funcionários à demanda crescente e complexa, os profissionais de saúde encontravam-se em esgotamento profissional. Tal fato repercutia de forma negativa pessoal e coletivamente, e interferiu na qualidade do serviço prestado, ao deixar a população vulnerável e desassistida. Isso porque a maioria dos profissionais encontrava-se esgotada física e mentalmente, sem estímulo e pró atividade para lidar com as demandas locais. Com isso, acolhimento, atendimento e serviços de saúde são ofertados de forma basal, sem criação de vínculos, coordenação do cuidado ou organização para tratar os pacientes de forma global, e não apenas a doença.

O esgotamento profissional, conhecido como Síndrome de *Burnout*, pode ser definido como estresse laboral crônico, caracterizado pelo esgotamento físico e emocional do trabalhador, sem adequado apoio social, conseqüente à má adaptação ao trabalho e intensa carga emocional, que ocorre quando o indivíduo não possui mais mecanismo para enfrentar as situações e conflitos laborais e pode ser acompanhado de frustração em relação a si e ao trabalho. Estudos realizados sobre a síndrome apontam que aspectos individuais ligados à condição de trabalho podem causar conseqüências emocionais/físicas (exaustão emocional), no relacionamento interpessoal (despersonalização) e na capacidade de trabalho (reduzida realização profissional), o que pode levar, em seu estágio final, ao abandono do emprego<sup>4,5</sup>.

Observa-se que a rotina de trabalho dos profissionais da ESF, cheia de atribuições, exigências e responsabilidades, envolve diferentes e complexas demandas físicas e psíquicas, já que se deparam com diversos desafios e estressores, por manterem contato diário com a realidade da comunidade, carente em muitos aspectos. É necessário adquirir habilidades de enfrentamento adequadas para atender à população e, concomitantemente, exercer o autocuidado; caso contrário, tornam-se vulneráveis ao *Burnout*<sup>7,8</sup>.

Entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF), estudo sobre sintomas físicos e psicológicos de estresse, com aplicação do inventário de sintomas de estresse para adultos de Lipp (2000) em equipes de saúde da família, identificou a presença de estresse em 62% dos profissionais, com predominância de sintomas psicológicos em 48% dos sujeitos, 39% com sintomas físicos e 13% com igualdade destes dois tipos de sintomas. Tal presença foi atribuída às situações cotidianas e condições de trabalho, em um cenário de exclusão dos trabalhadores das políticas públicas, não só da própria ESF, onde estão inseridos enquanto agentes da APS, como também daquelas que dizem respeito a sua própria saúde<sup>2,18</sup>.

Nesta perspectiva, assinala-se a ausência de uma política nacional com a finalidade de considerar efetivamente a saúde dos trabalhadores em saúde, a enfatizar que a referida exclusão afeta a qualidade do trabalho prestado por estes profissionais, que passam de agente a doente. Tal situação inclui perdas pessoais e ao próprio sistema de saúde brasileiro<sup>2</sup>. Destaque-se ainda que as políticas públicas de saúde referentes aos trabalhadores em saúde não contemplam os profissionais da ESF, a desfavorecer e limitar seu trabalho, além de influenciar negativamente sobre a qualidade de vida destes para uma sobrevivência digna<sup>2</sup>.

Diante disso, faz-se necessário implantar formas locais para o manejo da situação. Além de buscar perante os órgãos municipais a contratação de funcionários para suprir a defasagem, a equipe deve desenvolver instrumentos individuais e coletivos para lidar com o esgotamento profissional e, dessa forma, melhorar a qualidade e atendimento prestados à população local.

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo Geral**

Espera-se que a adequada estruturação da equipe de ESF cumpra as normas estruturais do SUS e forneça à população acesso à saúde de forma ampla e qualificada, interdisciplinariamente, no que tange coordenação do cuidado, integralidade e longitudinalidade. Com isso, ao implantar de forma efetiva promoção à saúde, prevenção de danos e agravos, tratamento e reabilitação, haverá impacto na qualidade de vida da comunidade.

## 2.2 Objetivos Específicos

Reforçar o importante papel de cada membro da equipe de ESF para que o mesmo sinta-se inserido e seja protagonista da mudança de paradigma do modelo brasileiro assistencial à saúde, sem haver hierarquização entre os diferentes profissionais e colocar em prática a interdisciplinaridade.

Realizar reuniões de equipe diárias ou semanais – com organização da agenda – para discutir casos/Projeto Terapêutico Singular (PTS), posturas, medos e frustrações, e lançar mão de ferramentas de enfrentamento coletivas para superar as demandas cotidianas e fortalecer o espírito de grupo.

## 3. Metodologia

A fim de alcançar melhorias na assistência à saúde da população adscrita, busca-se reforçar a equipe de saúde, de forma que cada membro sinta-se como peça fundamental para elo população-equipe, criação de vínculos e fortalecimento do papel da ESF na comunidade. Dessa forma, a população sente-se segura e confiante, e estará apta e ativa na participação de ações em todos os âmbitos da saúde.

Como medidas coletivas de enfrentamento das dificuldades, reuniões de equipe e apoio matricial são peças fundamentais, por haver troca de experiências, conhecimentos e apoio compartilhado. Ademais, investir no desenvolvimento de competências, fortalecimento de estratégias de enfrentamento coletivas, maior articulação com redes de serviços e lideranças locais mostraram-se necessários para que os profissionais de saúde atuem com menor estresse frente às complexas demandas médico-sociais presentes no cotidiano de trabalho, e assim contribuam na consolidação da ESF.<sup>10</sup>

De forma individualizada, esforços dos profissionais em aprender por si mesmos<sup>10</sup>, bem como tempo e experiência profissionais favorecem a adequada tomada de decisão no trabalho<sup>11,12</sup>, já que experiências vividas fornecem subsídios para enfrentar as situações problemáticas, amenizar angústia associada aos problemas laborais e prevenir o aparecimento da síndrome de Burnout.

Considerando que a modalidade de atuação proposta para a ESF é o trabalho em equipe, esse exige bom relacionamento entre seus membros e as relações interpessoais são determinantes para efetividade do trabalho. Acredita-se que o trabalho na ESF exige disposição dos indivíduos para trabalhar em grupo, pois todas as ações e intervenções desse modelo de atenção são pautadas pelas atividades e decisões coletivas.<sup>11,12</sup>

Espera-se que a equipe, liderada de forma horizontal, promova reuniões de equipe diárias ou semanais, com organização da agenda, e percebe a necessidade e o benefício de tal medida, pois é um instrumento capaz de “aparar as arestas” em relação a conflitos pessoais ou profissionais, discussão de casos, angústias, medos e frustrações, o que de fato fortalecerá a unidade da equipe e o trabalho será feito de forma homogênea, vinculada, com apoio mútuo e benefício real à comunidade. Ressalta-se que tal estratégia, aparentemente factível, é a primeira medida a ser esquecida quando há conflitos e problemas dentro de uma equipe, na qual desculpas como a falta de tempo ou excesso de trabalho tornam-se justificativas diante da “perda de tempo” ao realizar tais encontros.

Dessa forma, a intervenção será dada na UBSF Augusto Pirondi, no município de Porto Ferreira/SP, com a equipe ESF local (médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e ACS), com intuito de trazer melhorias para a população local, além do benefício estendido aos membros da equipe.

Implantar-se-á questionários pré intervenção, de avaliação qualitativa da assistência populacional e, após um período de seis meses, novo questionário será aplicado. A identificação será anônima e não obrigatória. Assim, fica limitado à participação espontânea e sincera, e muitos podem não responder pré ou pós intervenção, com viés de informação e seleção, de certa forma.

Segue abaixo modelo do questionário pré e pós intervenção.

Questionário sobre o atendimento na Unidade de Saúde da Família Augusto Pirondi – UBSF Cristo	
1.	Você utiliza os serviços de saúde desta unidade? ( ) sim ( ) não
2.	Há quanto tempo frequenta a unidade? __ meses; __ anos
3.	Você mora no bairro Cristo Redentor? ( ) sim ( ) não
4.	Há quanto tempo mora neste bairro? __ meses__ anos
5.	Você tem plano de saúde? ( ) sim ( ) não
6.	Marque os serviços que utiliza e a frequencia:
( )	consulta médica ( ) toda semana ( ) todo mês ( ) a cada 3 meses
( )	consulta odontológica ( ) toda semana ( ) todo mês ( ) a cada 3 meses
( )	consulta de enfermagem ( ) toda semana ( ) todo mês ( ) a cada 3 meses
( )	vacinas ( ) toda semana ( ) todo mês ( ) a cada 3 meses
( )	curativos ( ) toda semana ( ) todo mês ( ) a cada 3 meses
( )	Pressão Arterial ( ) toda semana ( ) todo mês ( ) a cada 3 meses
( )	Controle do diabetes ( ) toda semana ( ) todo mês ( ) a cada 3 meses
( )	Viva Leite ( ) toda semana ( ) todo mês ( ) a cada 3 meses
( )	Bolsa Família ( ) todo mês ( ) a cada 6 meses
( )	Outros: ( ) toda semana ( ) todo mês ( ) a cada 3 meses
7.	Você recebe visita do agente comunitário de saúde? Com qual frequencia?
( )	sim ( ) não ( ) todo mês ( ) a cada 3 meses ( ) uma vez por ano ( ) nunca recebi ( ) não sei o que é isso
8.	Você se sente acolhido pelos funcionários da unidade? ( ) sim ( ) não
9.	Você acha suficiente a quantidade de funcionários? ( ) sim ( ) não
10.	Você considera os funcionários empenhados em resolver os problemas?
( )	sim ( ) não
11.	Você consegue pegar na farmácia municipal ou popular os medicamentos prescritos? ( ) sim ( ) não
12.	Você consegue realizar os exames solicitados? ( ) sim ( ) não
13.	Quanto tempo demora para realizar os exames? ( ) dias ( ) semanas
( )	meses ( ) anos
14.	Você consegue agendar consulta com especialistas após encaminhamento?
( )	sim ( ) não
15.	Quanto tempo demora para conseguir as consultas de encaminhamento?

( ) dias ( ) semanas ( ) meses ( ) anos
16. Você segue as orientações/recomendações dos profissionais de saúde?
( ) sim ( ) não
17. Você toma corretamente as medicações prescritas? ( ) sim ( ) não
18. Você participa das atividades de grupo e orientações promovidas pela unidade? ( ) sim ( ) não
19. Você está satisfeito com o atendimento e qualidade da unidade?
( ) sim ( ) não
20. Sugestões:

Ademais, avaliações pontuais dos atendimentos, com críticas e sugestões podem ser feitas e depositadas em urna devidamente vedada e lacrada, localizada próxima ao balcão de atendimento, garantido confidencialidade. Esses comentários serão lidos semanalmente na reunião de equipe e uma pessoa será designada como responsável por tal tarefa.

#### 4. Resultados esperados

Espera-se que o vínculo dos membros da equipe entre si e entre equipe e população seja restabelecido e fortalecido, a fim de reestruturar a ESF nesta UBSF. Dessa forma, ampliação na qualidade e acesso do serviço, com comprometimento e efetividade no atendimento irá promover e ampliar promoção à saúde, prevenção de danos e agravos, tratamento e reabilitação, que são os objetivos e metas da ESF, com impacto real na qualidade de vida da comunidade.

#### 5. Cronograma

Atividades	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
Elaboração do Projeto de Intervenção	X					
Aprovação do Projeto junto à ESF		X				
Estudo da Literatura	X	X	X	X	X	X
Coleta de Dados na unidade		X				
Discussão e Análise dos Resultados da Pesquisa			X	X		
Revisão final e digitação					X	

Entrega do trabalho final						X
Socialização do trabalho junto à ESF, município, orientadores e colegas						X

## 6. Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p.
2. Leonelli LB. Dissertacao (Mestrado) – Universidade Federal de Sao Paulo, Escola Paulista de Medicina. Programa de Pos-graduacao em Saude Coletiva. Sao Paulo, 2013. xv, 56f.
3. Neto MMC, Ministério da Saúde (BR); Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. A Implantação da Unidade de Saúde da Família, 2000. 44 p.
4. Papp H. Adaptação para o Português do Maslach Burnout Inventory – General Survey (Inventário Maslach de Burnout – População Geral). Universidade do Vale do Itajaí; Santa Catarina, 2007.
5. Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho SW. Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho. Ciência & Saúde Coletiva, 16(8):3373-3382, 2011
6. Pereira IVS, Rocha MJL, Silva VM, ACaldeira AP. Morbidade autorreferida por trabalhadores das Equipes de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, 19(2):461-468, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014192.16952012
7. Trindade LL, Lautert L, Beck CLC, Amestoy SC, Pires DEP. Estresse e síndrome de burnout entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família. Acta Paul Enferm; 23(5):684-9, 2010.
8. Trindade LL, Lautert L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP; 44(2):274-9, 2010. [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/).
9. Finney C, Stergiopoulos E, Hensel J, Bonato S, Dewa CS. Organizational stressors associated with job stress and burnout in correctional officers: a systematic review. Finney et al. BMC Public Health 2013, 13:82. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/82>.
10. Kanno NP, Bellodi PL, Tess BH. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de Demandas Médico-Sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. Saúde Soc. São Paulo, 21 (4):884-894, 2012.



11. Trindade LL, Lautert L, Beck CLC. Mecanismos de enfrentamento utilizados por trabalhadores esgotados e não esgotados da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Latino-am Enfermagem*, 17(5), 2009 setembro-outubro. [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae).
12. Trindade LL, Lautert L, Beck CLC. Coping mechanisms used by non-burned out and burned out workers in the family health strategy. *Rev Latino-am Enfermagem*; 17(5):607-12, setembro/outubro 2009. [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae).
13. Seys D, Deneckere S, Sermeus W, Gerven EV, Panella M, Bruyneel L, Mutsvari T, Bejarano RC, Kul S, Vanhaecht K. The Care Process Self-Evaluation Tool: a valid and reliable instrument for measuring care process organization of health care teams. Seys et al. *BMC Health Services Research* 2013, 13:325. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/325>.
14. Fortney L, Luchterhand C, Zakletskaia L, Zgierska A, Rakel D. Abbreviated Mindfulness Intervention for Job Satisfaction, Quality of Life, and Compassion in Primary Care Clinicians: A Pilot Study. *Annals of Family Medicine*, 11(5):412-420, September/October 2013. DOI:10.1370/afm.1511.
15. Perez LG, Sheridan JD, Nicholls AY, Mues KE, Saleme PS, Resende JR, Ferreira JAG, Juan S Leon. Professional and community satisfaction with the Brazilian family health strategy. *Rev Saúde Pública*, 47(2):403-413, 2013.
16. Hoffmann B, Miessner C, Albay Z, Schröber J, Weppler K, Gerlach FM, Gütthlin C. Impact of Individual and Team Features of Patient Safety Climate: A Survey in Family Practices. *Annals of Family Medicine*, 11 (4):355-362, July/August 2013.
17. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7):2147-2156, 2013.
18. Scherer MDA, Pires DEP, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(11):3203-3212, 2013.