



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA DE ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE

SOBREGARGA DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE IBERTIOGA/MG

ALUNA: MÉRCIA APARECIDA DE PAULA ALMEIDA

ORIENTADOR: PROF^a DRA. ANGELA MARIA CORRÊA GONÇALVES

1) Apresentação

1.1 Breves informações sobre o município de Ibertioga

Ibertioga é uma cidade com 5.153 habitantes (estimativa do IBGE 2010-projeção para 2016), localizada na Zona Campos das Vertentes, pertencendo à Microrregião da Mantiqueira.

A região onde está incrustado o município foi habitada, primitivamente, por Índios Puris, e pelos Coroados, ambos rechaçados do litoral pelas tribos mais fortes. O advento da colonização do branco se deu com a chegada de Pedro Nunes, tido como fundador da povoação, que aqui instalara uma fazenda voltada à agricultura e pecuária, vindas posteriormente outros agricultores como Joaquim Afonso, Severino José Afonso, Porfírio e Antônio José Afonso, todos iniciadores do povoamento. Prosperaram as propriedades agrícolas inicialmente instaladas, motivando a vinda de novos moradores. Pedro Nunes fez construir na sua fazenda em 1711 uma capela em louvor a Santo Antônio de Pádua, seu protetor e anualmente festejava, com muita pompa, o Santo Padroeiro do povoado. A lavoura e a pecuária se desenvolviam, gradativamente, embalando o crescimento da localidade.



O Sistema Municipal de Saúde

Para atendimento aos usuários na Atenção Básica a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) disponibiliza de uma Unidade Básica de Saúde que abriga duas Equipes de Saúde da Família (ESF), cada uma delas compostas por um médico generalista, um enfermeiro generalista, um técnico em enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS). A primeira equipe “Sagrada família” foi implantada no ano de 2001 e a segunda “Sagrado coração” no ano de 2012.

A organização do serviço de saúde municipal tem a Atenção Básica como porta de entrada aos serviços, articulada a uma Central de marcação de consultas especializadas, que funciona como facilitador do uso dos serviços pelos usuários, aumentando a acessibilidade.

A cidade de Ibertioga possui Gestão Plena do sistema de saúde. Para garantir o atendimento integral aos seus usuários utiliza-se da rede de assistência à saúde regional (MALACHIAS, LELES; PINTO, 2010). Dentro da perspectiva da regionalização, o município pertence à região ampliada de saúde centro-sul composta por 51 municípios, atendendo uma população de 780.011 habitantes e a região de saúde de Barbacena composta por 15 municípios totalizando uma população de 253.393 habitantes.

No que tange a demanda de consultas médicas em atenção especializada e procedimentos de média complexidade essas são referenciadas para o próprio município e para outros da rede de assistência à saúde (RAS), seguindo a lógica da PPI. A pactuação foi feita com os municípios de Barbacena, Antônio Carlos, Ibertioga, Conselheiro Lafaiete, Belo Horizonte e Juiz de Fora (PPI Assistencial). No entanto, a oferta é insuficiente para atender os usuários com base no princípio da integralidade. Sendo assim, para complementar e suprir a necessidade, o município complementa as ações de média complexidade através do Consórcio Intermunicipal do Alto das Vertentes (CISALV).

1.2 As Equipes de Saúde da “Sagrada Família” e “Sagrado Coração”

As Equipes de Estratégia de Saúde da Família são compostas por médico generalista, uma enfermeira e uma técnica em enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) contratados por concurso e contratação emergencial .

As Equipes de Estratégia de Saúde da Família possuem um território de atuação que define a adscrição dos usuários residentes na área rural e urbana do município. O ponto de referência para estes usuários é a Unidade Básica de Saúde “Dr Edson Fagundes do Nascimento”.

Para cadastro dos usuários o município utiliza do Sistema de Informação G-Saúde desenvolvido pela Courat Informática, trata-se de um sistema de informação que compila os dados e faz a interface com o eSUS. No momento o município está em fase de implantação do eSUS.





1.3 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Ao realizar o diagnóstico situacional do município foi possível identificar como principais “nós críticos” a baixa oferta de emprego para os munícipes e bairros com maior vulnerabilidade social. Quanto ao sistema de saúde observa-se que os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no município possuem uma cultura curativista centrada no profissional médico, acarretando uma grande demanda reprimida para acesso aos serviços de média complexidade e sobrecarga de trabalho dos profissionais que atuam na atenção primária, dificultando a continuidade do cuidado e atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde.

A realidade do serviço de saúde municipal vai ao encontro com os resultados encontrados no estudo de Duarte (2013) que afirma: a sobrecarga de trabalho dos profissionais deve-se ao atendimento à demanda espontânea que ocupa maior parte do tempo dos profissionais, ausência de planejamento e a falta de coordenador da equipe de saúde o que acarreta o acúmulo de funções do enfermeiro que além de realizar ações ambulatoriais, coletivas e domiciliares realiza ações de coordenação da equipe e da Unidade de Saúde.

1.4 Estratégia Saúde da Família

Como modelo substitutivo da rede básica tradicional, a Estratégia de Saúde da Família busca converter o modelo tradicional caracterizado por uma assistência à saúde médico-centrada com enfoque curativista, para um modelo mais abrangente, centrado no usuário em família, predominantemente voltado à promoção da saúde e prevenção de agravos. A Estratégia de Saúde da Família pressupõe a redefinição do modelo de atenção à saúde, caracterizando-se pelo trabalho interdisciplinar e em equipe (PAVONI; MEDEIROS, 2009, p. 265).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a Equipe de Saúde da Família deve ter território adstrito de forma a possibilitar o planejamento das ações respeitando o critério da equidade. A cobertura populacional deve ser de, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média de habitantes por equipe recomendada de 3.000 usuários. O número de Agentes Comunitários por equipe deve ser suficiente para atingir 100% das famílias cadastradas. Por definição também na política cada



agente deverá cobrir no máximo de 750 pessoas e a equipe de Saúde da Família poderá ter até 12 ACS (BRASIL, 2011).

A ESF busca promover o cuidado integral do indivíduo e das famílias, para possibilitar a promoção deste cuidado em seu território adscrito sendo necessária a criação de um elo entre os usuários e a equipe. O principal fundamento de uma ESF é o conceito ampliado de saúde visto como uma integração dos determinantes da saúde para a compreensão do processo saúde doença. Dentre esses determinantes é importante ressaltar os externos do entorno social, as condições de vida e de trabalho e os determinantes psicológicos. No intuito de promover cuidados integralizados de seus usuários, a ESF prevê ações individuais e coletivas, cujas ações devem ser relacionadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, bem como o tratamento das doenças e reabilitação do usuário (KANNO, BELLODI; TESS, 2012).

Buscando promover o cuidado integral e a compreensão do processo saúde doença de forma qualificada e planejada assentados nos problemas de saúde da população com foco na família em seu contexto social, histórico e cultural, a configuração da ESF tem por base a atuação de equipes de trabalhadores com perfis de competências, qualificações e responsabilidades individualizadas e correlacionadas com a qualificação profissional.

O trabalho em equipe da ESF deve ser compartilhado. Os diferentes profissionais compartilham seus saberes para impactar nos fatores que intervêm nos determinantes do processo saúde-doença. Desta forma, a responsabilidade do cuidado integral passa a ser descentralizada da figura do profissional médico e apenas nos determinantes biológicos para ser compartilhada entre os membros da equipe abrangendo todos os determinantes sociais (SILVEIRA; SENA; OLIVEIRA, 2011).

Os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no município possuem uma cultura curativista centrada no profissional médico, acarretando sobrecarga de trabalho dos



profissionais que atuam na atenção primária, dificultando a continuidade do cuidado e atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde. A maioria dos atendimentos se dá pela demanda espontânea, aumentando o fluxo de usuários e de trabalho dentro da unidade básica de saúde.

No processo de trabalho da equipe uma problemática constante é a desigualdade na divisão das tarefas. Problema este, nem sempre fácil e rápida solução, que implica diretamente na atenção à saúde dos usuários.

Neste contexto, o trabalho em equipe é fundamental para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, bem como a necessidade desses possuírem habilidades para os trabalhos em comunidade. O trabalho da Estratégia de Saúde da Família está atrelado ao trabalho em equipe e ao cumprimento de metas. DUARTE, 2013).

A Atenção Primária à Saúde (APS), como uma estratégia complexa de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, oferta de cuidados e reabilitação tem uma importância fundamental para a organização do sistema de saúde brasileiro (MARTINS *et al.*, 2014).

O trabalho desenvolvido pelas Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tornou-se um paradoxo, representando um importante recurso de melhoria da assistência à saúde da população. No entanto, produz demandas aos trabalhadores, os quais, frequentemente, necessitam usar mecanismos de adaptação e enfrentamento (TRINDADE, 2007).

Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família precisam assumir inúmeras e diversificadas atribuições por trabalharem inseridos na comunidade e por se tornarem referência de atenção à saúde da população residente em sua área de abrangência. Dessa forma, depara-se com problemas econômicos, sociais, biológicos, entre outros, os quais, por vezes, desencadeiam a sensação de impotência devido às limitações, que em muitas situações, comprometem o adequado cuidado da saúde (TRINDADE, 2007, p. 18).



1.5 Estresse

Na Atenção Primária à Saúde os profissionais necessitam de contato direto com o usuário, possuindo um papel central na integralidade do cuidado. No processo de trabalho da Atenção Primária exige menor densidade tecnológica, porém torna-se mais complexa quando na APS tratamos da ruptura de paradigmas exigindo destes profissionais maior relacionamento interpessoal e contato direto com o usuário. Neste contexto os profissionais da APS são expostos constantemente a importantes estressores psicossociais (MARTINS *et al.*, 2014).

Para tratar dos danos causados ao profissional de APS por importantes estressores psicossociais e pela desorganização do processo de trabalho utilizou-se o estresse. Etimologicamente, estresse deriva do latim *stringere*, significando apertar, cerrar, comprimir (HOUAISS; VILLAR; FRANCO, 2001).

Atenção especial tem sido dada ao chamado estressor ocupacional, tensões e problemas advindos do exercício de uma atividade profissional. Atualmente é cada vez maior o número de pessoas que se definem como estressadas ou relacionam a outros indivíduos na mesma situação. A palavra estresse está associada a sensações de desconforto, uma situação ou experiência que gera sentimentos de tensão, ansiedade, medo ou ameaça que pode ser de origem interna ou externa. É quase sempre concebido como algo negativo que ocasiona prejuízo no desempenho global do indivíduo (STACCIARINI; TROCCOLI, 2001).

Verificando os resultados de algumas pesquisas, Martins *et al.* (2014) apontaram que é possível supor que o cenário das equipes de saúde da família apresenta vários elementos estressores do tipo psicossocial, tendo como pano de fundo o próprio processo de organização do processo de trabalho, que se caracteriza, tipicamente relacionado ao estresse ocupacional.



1.6 Condições de trabalho

O trabalho ocupa um papel central na vida das pessoas e é um fator relevante na formação da identidade e na inserção social das mesmas. Neste contexto, a qualidade de vida é constituída pelo bem-estar adquirido pelo equilíbrio entre as expectativas em relação à atividade profissional e à consolidação da vida em sociedade (ABREU, 2002).

O problema das condições de trabalho tem sido reiteradamente reconhecido como um problema grave no campo da saúde no Brasil. Déficits nas condições de trabalho e na gestão influenciam negativamente as cargas de trabalho, o que dificultando a efetividade da ESF no Município em questão.

Os principais elementos que aumentam as cargas de trabalho são os problemas relacionados às condições de trabalho. Estudos comprovam uma forte relação das condições de trabalho com a gestão do processo em que os trabalhadores estão envolvidos.

Os principais estressores relacionados ao trabalho são:

[...] sobrecarga de trabalho; excesso de demanda; déficits na estrutura física; falhas no funcionamento da rede de atenção do SUS; insatisfação com salário considerado insuficiente e com a jornada de trabalho percebida como excessiva; escassez de recursos humanos e a sobrecarga causada pela realização de atividades administrativas (PIRES *et al.*, 2016, p.4).

Principais elementos que aumentam as cargas de trabalho dos profissionais da Equipe de Saúde da Família.



Fonte: Pires *et al.* (2016).

Para Marques (2004) uma ferramenta essencial para mudar o processo de trabalho é o trabalho integrado e articulado da equipe multiprofissional. O trabalho em equipe facilitaria a identificação do objeto de trabalho na saúde coletiva, permitindo que os trabalhadores focalizem sua ação evitando sobrecarga de um profissional.

2) Justificativa

O município de Ibertioga em Minas Gerais tem a atenção primária como porta de entrada para os serviços de saúde no SUS. A maioria dos atendimentos se dá pela demanda espontânea, aumentando o fluxo de usuários e de trabalho dentro da unidade básica de saúde, o que acarreta em um excesso de trabalho, pois a demanda espontânea ocupa a maior parte do tempo dos profissionais que atuam na equipe.



Existe, ainda, como fator lesivo, a ausência de planejamento das ações das Equipes Estratégia de Saúde da Família.

Diante do exposto faz-se necessário um estudo de intervenção no processo de trabalho da equipe com foco na reorganização deste processo a fim de diminuir a sobrecarga de trabalho dos profissionais.

3) Objetivo Geral

- Reorganizar o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família.

4) Objetivos Específicos

- Organizar a agenda dos profissionais das Equipes de Saúde da Família.
- Organizar o processo de trabalho para cumprimento das metas preconizadas pelos programas do governo estadual e federal.
- Elaborar planejamento das ações prioritárias para o enfrentamento dos problemas de saúde mais frequentes.

5) Metodologia/Detalhamento do projeto

Este projeto foi elaborado seguindo os passos do planejamento estratégico situacional (PES) discutido na disciplina de Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) onde foi identificado o principal “nó crítico” e realizado as intervenções.

Para realizar o projeto de intervenção serão seguidas as seguintes fases

- Apresentar o projeto ao gestor municipal de saúde para aprovação

3	Organizar a agenda dos profissionais das equipes de saúde da família.			x									
4	Promover rodas de conversa para definir as etapas da capacitação dos profissionais de saúde.				x								
5	Elaborar planejamento das ações prioritárias para o enfrentamento dos problemas de saúde mais frequentes.				x	x							
6	Organizar o material necessário para capacitação.						x						
7	Ações propostas							x	x	x	x	x	x
	Monitoramento e avaliação do desempenho das ações realizadas.									x	x	x	x

8) Orçamento

Orçamento proposto

ORÇAMENTO			CUSTO	
ITEM	ESPECIFICAÇÃO	QUANTIDADE	UNITÁRIO	TOTAL
1	Lápis	50	R\$ 0,25	R\$ 12,50
2	Caneta	50	R\$ 1,50	R\$ 75,00
3	Papel A4	2 pacotes	R\$ 23,50	R\$ 47,00
4	Impressões	1.000	R\$ 0,10	R\$ 100,00
	Total			R\$ 234,50

9) Referências

ABREU, K. L. *et al* . Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 22, n. 2, p. 22-29, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2017.



BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 27 out. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em: 05 set. 2017.

DUARTE, V. R. C. **A Sobrecarga de trabalho na atuação do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Conselheiro Lafaiete, 2013. 34f. Monografia (Especialização em Saúde da Família). Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/A_sobrecarga_de_trabalho_na_atuacao_do_enfermeiro_na_Estrategia_de_Saude_da_Familia/290>. Acesso em: 25 out. 2017.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S.; FRANCO, F. M. M. (Orgs.). **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@**. Brasília,[online], 2016. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 07 N. nov 2017.

KANNO, N. P.; BELLODI, P. L.; TESS, B. H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de Demandas Médico-Sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde Soc**. São Paulo. v. 21, n. 4, p. 884-894, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a08.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2017.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MARQUES, D.; SILVA, E. M.. A enfermagem e o Programa Saúde da Família:



uma parceria de sucesso?. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 57, n. 5, p. 545-550, Oct. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> Acesso em 27 out. 2017.

MARTINS, L. F. *et al.* Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 12, p. 4739-4750, Dec. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> . Acesso em: 07 nov. 2017.

PAVONI, D.S.; MEDEIROS, C. R. G. Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.** v. 62, n. 2, p. 265-7, 2009.

PIRES, D. E. P. *et al.* Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso. **Rev. Latino-Am. Enferm.** v.24, p. e2677, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0992-2682.pdf> . Acesso em: 27 out. 2017.

SILVEIRA, M. R.; SENA, R. R.; OLIVEIRA, S. R. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. **Rev. Min. Enferm.** v. 15, n. 2, p. 196-201, abr.-jun. 2011. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=76&indexSearch=ID>>. Acesso em: 25 out. 2017.

STACCIARINI, J. M. R.; TROCCOLI, B. T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enferm.** Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 17-25, abr. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-> Acesso em: 30 out. 2017.

TRINDADE, L. L. **O estresse laboral da equipe de saúde de família: implicações para a saúde do trabalhador** [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.