

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO**  
**EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CAROLINE TELES DE ANDRADES PEREIRA**

**INTERVENÇÃO PARA REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE**  
**TRABALHO NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CONFISCO II EM**  
**CONTAGEM, MINAS GERAIS**

**BELO HORIZONTE – MG**

**2018**

**CAROLINE TELES DE ANDRADES PEREIRA**

**INTERVENÇÃO PARA REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE  
TRABALHO NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CONFISCO II EM  
CONTAGEM, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Virgiane Barbosa de Lima

**BELO HORIZONTE – MG**

**2018**

**CAROLINE TELES DE ANDRADES PEREIRA**

**INTERVENÇÃO PARA REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE  
TRABALHO NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CONFISCO II EM  
CONTAGEM, MINAS GERAIS**

Banca Examinadora:

Prof.<sup>a</sup> Virgiane Barbosa de Lima (orientadora)

Profa. Maria Dolôres Soares Madureira (Banca examinadora)

Aprovado em 26 de novembro de 2018

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus e meus familiares.

## RESUMO

Contagem é um município de 658.580 habitantes e está situado em Minas Gerais. Este trabalho foi proposto para a equipe de saúde da família 31, que é responsável por 6500 pessoas, mas no momento, não vem recebendo o cuidado adequado em decorrência do processo de trabalho desestruturado. Estes usuários procuram atendimento na unidade básica de saúde em situações urgentes, ou em situação de demanda espontânea, sendo que muitas vezes não tem suas demandas resolvidas. Esta intervenção foi proposta para melhorar o processo de trabalho, implementar o acolhimento, propor grupos operativos e classificação de risco. Isso se faz necessário para readequar o processo de trabalho com a realidade da equipe. Realizou-se o diagnóstico situacional reconhecendo-se os principais problemas enfrentados pela equipe de saúde para planejar ações, pelo método de Planejamento Estratégico Situacional (PES). As informações para esta intervenção foram coletadas nos prontuários, registros da equipe, e-SUS AB, consulta médica e de enfermagem, conversas com pacientes na unidade de saúde e observação ativa da área de abrangência. A bibliografia utilizada foi consultada em trabalhos científicos disponíveis nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, dentre outros. Na construção do diagnóstico situacional, foi utilizado o método da Estimativa Rápida Participativa. Durante a proposta do plano de ação, os nós críticos foram identificados e evidenciou-se a necessidade da realização deste projeto e da participação da equipe multidisciplinar, realizando modificações pertinentes na rotina do trabalho da equipe para se promover atividades de prevenção, promoção e reabilitação, garantindo melhoria no cuidado prestado e qualidade de vida para os usuários adscritos àquele território.

**Palavras-Chave:** Planejamento em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

Contagem is a municipality of 658,580 inhabitants and is situated in Minas Gerais. This work was proposed to the health team of the 31 family that is responsible for 6500 people, who at the moment has not been receiving adequate care due to the unstructured work process. These users seek care in basic health humidity in urgent situations, or in situations of spontaneous demand where they are often not attended to. This intervention was proposed to improve the work process, to implement its reception, to propose operating groups, to classify risk, necessary to re-adjust the work process and reduce the problem faced by users of the service. The situational diagnosis was realized recognizing the main problems faced by the health team to plan actions by the method of Strategic Situational Planning (PES). The information for this intervention was collected in the medical records, team records, and-SUS AB, medical and nursing consultation, conversations with patients in the health unit and active observation of the coverage area. The bibliography used was consulted in scientific works available in the databases of the Virtual Health Library, PUBMED, Virtual Library of the Federal University of Minas Gerais, SCIELO, among others. In the construction of the situational diagnosis, the Participatory Rapid Estimate method was used and during the proposal of the action plan the critical nodes were identified and the necessity of the realization of this project and the participation of the multidisciplinary team was verified, making pertinent modifications in the routine of the work of the team so that it can propose activities of prevention, promotion and rehabilitation, guaranteeing improvement in the care provided and quality of life for the users assigned to that territory.

**Keywords:** Healthy Planning. Primary Health Care. Family Health Strategy.

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

**Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da situacional do território da Equipe de Saúde da Família nº 31/ Confisco II, comunidade Ressaca, Minas Gerais.....1**

3

**Quadro 2 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Desorganização do processo de trabalho” na Equipe de Saúde da Família nº 31/ Confisco II, comunidade Ressaca, Minas Gerais.....2**

2

**Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Desorganização do processo de trabalho” na Equipe de Saúde da Família nº 31/ Confisco II, comunidade Ressaca, em Contagem, Minas Gerais.....2**

3

**Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Desorganização do processo de trabalho” na Equipe de Saúde da Família nº 31/ Confisco II, comunidade Ressaca, em Contagem, Minas Gerais.....2**

4

**Quadro 5– Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Desorganização do processo de trabalho” na Equipe de Saúde da Família nº 31/ Confisco II, comunidade Ressaca, em Contagem, Minas Gerais.....2**

5

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Breves informações sobre Contagem.....</b>	<b>9</b>
<b>1.2 O sistema municipal de saúde de Contagem.....</b>	<b>9</b>
<b>1.3 A Equipe de Saúde da Unidade Confisco II, seu território e sua população.....</b>	<b>10</b>
<b>1.4 O trabalho da Equipe de Saúde da Unidade Confisco II.....</b>	<b>11</b>
<b>1.5 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....</b>	<b>11</b>
<b>(primeiro passo).....</b>	<b>12</b>
<b>1.6 Priorização dos problemas (segundo passo).....</b>	<b>13</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>14</b>
<b>3 OBJETIVO.....</b>	<b>15</b>
<b>4 MÉTODOS.....</b>	<b>16</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
<b>6 PLANO DE AÇÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>6.1 Descrição do problema selecionado (Terceiro passo).....</b>	<b>21</b>
<b>6.2 Explicação do problema selecionado (Terceiro passo).....</b>	<b>21</b>
<b>6.3 Seleção dos nós críticos (Quinto passo).....</b>	<b>22</b>
<b>6.4 Desenho das operações (sexto passo).....</b>	<b>23</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>26</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>27</b>





## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Breves informações sobre Contagem**

Contagem é um município de 658.580 habitantes ocupando uma área de 195,268 km<sup>2</sup> e está localizada na região metropolitana de Belo Horizonte conforme citado na estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2017, sendo seus limítrofes, os municípios de Ibirité, Belo Horizonte e Nova Lima (IBGE, 2017).

De acordo com o Portal da Prefeitura Municipal de Contagem (2011), no ano de 1716, a Coroa Portuguesa mantinha no Brasil postos para fiscalização, arrecadação de impostos e demais registros em várias cidades brasileiras. Um destes postos de registros estava endereçado na região das Abóboras, local onde surgiu o povoado conhecido como Arraial de São Gonçalo da Contagem das Abóboras. O nome Contagem era uma referência à contagem das cabeças de gado, escravos e mercadorias que eram taxadas no posto de fiscalização. Atualmente o município é um centro urbano e industrial altamente significativo para a economia, principalmente pela localização na região central do estado e pela proximidade com a cidade de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais. Esse aspecto contribui para a atividade econômica, sendo a indústria e o comércio os principais recursos para sobrevivência financeira. Seu desenvolvimento se deve além da posição geográfica, ao sistema viário de Contagem, que foi planejado para permitir o fluxo intenso de veículos e de cargas. As principais vias são a BR-381 (Fernão Dias com acesso a São Paulo), a BR-262 (acesso a Vitória e Triângulo Mineiro) e a BR-040 (acesso a Brasília e Rio de Janeiro).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017), em termos percentuais, a população urbana somava no ano de 2017 cerca de 90% do total de habitantes e a população rural aproximadamente 10%. Esta mesma população em relação a faixa de idade, demonstra que a maior parte dos Contagenses possui idade entre 15 e 64 anos, seguida dos menores de 15 anos, sendo a população idosa em menor número no município.

### **1.2 O sistema municipal de saúde de Contagem**

O modelo de saúde no município procura atender o indivíduo considerando o todo biopsicossocial, ao se realizar a atenção à saúde; porém, as equipes de saúde enfrentam uma demanda relativamente grande, muitas vezes não conseguindo acompanhar os usuários de forma longitudinal, implicando na remediação das complicações clínicas, o que condiz mais com o modelo biomédico.

A estrutura do sistema de saúde no município de Contagem é realizada por uma rede de serviços, onde a Atenção Primária é realizada nas Unidades Básicas De Saúde (UBS); Atenção Especializada pelo Centro de Especialidades Médicas Iria Diniz; Atenção de Urgência e Emergência realizadas pela Unidade de Pronto Atendimento Ressaca e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Já a Atenção Hospitalar é prestada pelo Hospital Juscelino Kubistchek, Hospital Municipal de Contagem e Maternidade Municipal de Contagem; o apoio diagnóstico, pelo Laboratório Santa Casa, sendo que, Contagem disponibiliza o laboratório de análises clínicas mantido com recursos do SUS e outros dois que são particulares. Os exames são coletados na unidade e encaminhados para o laboratório no município, sem relativa demora no retorno dos resultados; a Assistência Farmacêutica pela Farmácia Distrital e o Serviço de Vigilância à Saúde que é realizado pela Equipe de Epidemiologia. Sempre que necessário, o município de Belo Horizonte é o determinado para alguns encaminhamentos, como nos casos de Obesidade Mórbida, Oftalmologia de urgência e Neurologia Infantil.

### **1.3 A Equipe de Saúde da Unidade Confisco II, seu território e sua população**

A Equipe de Saúde da Família nº 31/ Confisco II atende a uma parcela da comunidade no Distrito do Ressaca, sendo responsável por 6.500 pessoas na periferia de Contagem. A população sob responsabilidade da equipe vive basicamente do comércio, trabalho braçal na distribuidora de alimentos CEASA e na indústria em geral. Observa-se atualmente, um número significativo de desempregados e subempregados. Já a estrutura de saneamento básico na comunidade é adequada em sua maioria, exceto na área descoberta, que é a ocupação chamada de William Rosa. Além disso, parte da comunidade vive em moradias bastante precárias, sendo que a região recebeu muitos imigrantes haitianos ou de outras regiões do Brasil, como do Nordeste, pessoas que buscaram melhor condição de vida e trabalho na região.

A Unidade Básica de Saúde, foi inaugurada há cerca de 20 anos e é um imóvel alugado, antigo bem conservado e, adaptado para ser uma Unidade de Saúde. Sua área pode ser considerada inadequada considerando a demanda e a população atendida. A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento (manhã), cria-se certo tumulto na Unidade. Também existe um acesso fácil aos consultórios, somado ao

costume dos pacientes interferirem nas consultas a fim de reclamar. Isso tudo dificulta, sobremaneira, o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde.

#### **1.4 O trabalho da Equipe de Saúde da Unidade Confisco II**

Quanto ao trabalho da equipe 31, a mesma possui uma frágil governabilidade, além de articulação deficiente do processo de trabalho, passando pela falta de integração da equipe, e também a falta de formulação de projetos terapêuticos buscando consolidar os princípios do SUS.

Não são realizados grupos operativos. A realização destes foi perdida à medida que se tornou frequente a rotatividade de funcionários que compõem a equipe e com aumento da demanda. A agenda da Equipe está ocupada quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea e com o atendimento de: pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos e acompanhamento de pacientes da saúde mental. A equipe já tentou desenvolver outras ações de saúde, como por exemplo, grupos operativos de hipertensos e diabéticos. No início, essas iniciativas conseguiram despertar algum interesse da comunidade, mas logo as pessoas não frequentavam mais reuniões e não se dava continuidade ao trabalho. Em relação aos grupos de hipertensos e diabéticos, a equipe resolveu condicionar a “troca das receitas” à participação nas reuniões, mas não se deu continuidade a esse processo também. A falta de um projeto de trabalho tem sido motivo de alguns conflitos entre os membros da equipe, que acumulam grande estresse devido à cobrança dos pacientes para que o sistema funcione de forma mais articulada. Com o passar dos anos, essa situação e a falta de perspectivas de mudanças provocaram grande desgaste aos funcionários da Equipe.

Entre outros fatores que dificultam o processo de trabalho da equipe, está o grande número de encaminhamentos para especialista e mesmo assim, ainda se verifica uma grande quantidade de usuários em fila de espera, com demora relativa de meses e até de anos, para atendimento com especialista. Além disso, há a falta de contra referência por parte dos especialistas; a dificuldade em marcar retorno em especialidade e a tempo hábil.

Quanto aos atendimentos no cotidiano na equipe, a conduta adotada pela equipe é que primeiro seja feito o acolhimento pelo profissional de enfermagem, com subsequente atendimento, quando necessário, pelo profissional médico. Caso esse paciente necessite consultar um especialista e uma vez que o prontuário não é eletrônico, realiza-se

encaminhamento do paciente em documento padronizado. Já nos casos urgentes, a equipe presta os primeiros atendimentos e depois, se necessário, os encaminha, conforme a rede de atenção no município, ou em outra unidade de saúde para os municípios vizinhos, através de transporte sanitário, o mesmo também utilizado nas visitas domiciliares.

Outro fator que reduz a qualidade do cuidado prestado pela equipe é a grande demanda espontânea impedindo o acompanhamento longitudinal ideal e equânime da população adscrita. Diante de um serviço complexo, observa-se ainda a falta de recursos materiais na UBS, como: eletrocardiograma, micro nebulização ou medicação injetável, contribuindo com a sobrecarga de serviços de urgência.

A partir de setembro de 2017, a Equipe 31 foi integrada à Unidade Arpoador com mais outras duas equipes. Assim, a estrutura física foi ampliada, com unidade com recepção ampla e consultórios adequadamente divididos. Há o Consorcio Intermunicipal de Saúde (CIS) para referenciamento dos pacientes. Também deve ser considerada a mudança do prestador de serviços laboratoriais, com melhoria desse serviço, em relação aos meses anteriores, quando havia sérios erros laboratoriais. Finalmente, dentre os fatores que facilitam o processo de trabalho na equipe 31, podem ser citados o agendamento de consultas para especialistas com maior prioridade, através do médico regulador e a organização da agenda para atendimento da demanda.

### **1.5 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)**

A equipe de saúde Confisco II é responsável por 6500 usuários cadastrados na área de abrangência e enfrenta uma demanda espontânea significativa. Os usuários têm o hábito de solicitar o atendimento médico tanto nos casos agudos, quanto nos casos eletivos no mesmo dia do acolhimento. Isso inviabiliza a organização da agenda, remetendo a uma baixa resolutividade no cotidiano da equipe. O trabalho da equipe fica desorganizado, havendo prejuízo no acompanhamento e avaliação dos casos mais complexos, gerando também conflitos e desgaste na relação entre usuário e profissionais da equipe. Por outro lado, no atendimento à demanda espontânea é comum a equipe encontrar usuários portadores de hipertensão e diabetes que são as morbidades mais comuns no território, muitas vezes descompensados aguardando a fila de atendimento, ou até mesmo os que retornam para suas casas sem o devido cuidado. Até o momento, a Equipe não conseguiu organizar seu processo

de trabalho, que somado à cultura de solicitar aos profissionais de saúde atendimentos com especialistas, vem se tornando um entrave. Esses pedidos de encaminhamentos acabam retidos por muitos meses e até por anos, esperando vaga para consultas do Centro de Especialidades Médicas.

Para enfrentar os problemas dos usuários, a equipe optou por considerar a organização insuficiente do processo de trabalho para propor esta intervenção, pois, sem esta readequação, os usuários continuariam sem o devido cuidado.

### 1.6 Priorização dos problemas (segundo passo)

O quadro 1 demonstra a classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico situacional do território da equipe de Saúde Confisco II, na Unidade Básica de Saúde Arpoador no município de Contagem em Minas gerais.

#### **Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da situacional do território da Equipe de Saúde da Família nº 31/ Confisco II, comunidade Ressaca, Minas gerais**

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Processo de trabalho insuficiente para promover o cuidado	Alta	10	Parcial	Primeira
Alto índice de hipertensão arterial entre usuários	Alta	8	Parcial	Segunda
Alto índice de diabetes entre usuários	Alta	8	Parcial	Terceira
Alto índice de alcoolismo/transtornos mentais entre usuários	Alta	4	Fora	Quarta

Fonte: Própria autora

\*Alta, média ou baixa

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens

## 2 JUSTIFICATIVA

A justificativa para a construção deste trabalho converge para a necessidade de reorganizar o processo de trabalho da equipe 31, para melhorar a qualidade do cuidado integral prestado aos usuários.

A reorganização do processo de trabalho permitirá a redução da demanda, favorecendo a otimização do acompanhamento de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, e a retomada das demais atividades de prevenção, promoção e reabilitação da saúde. No momento, a equipe 31 enfrenta uma excessiva demanda por encaminhamentos com especialistas, demonstrando que a população ainda cultiva o modelo biomédico, muitas vezes, pela falta de oportunidades de conhecer o trabalho prestado, ou mesmo usufruir dos serviços proporcionados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, existem outros prejuízos, como a falta de apoio matricial, falta de atendimento por profissionais especialistas, pois, o grande número de encaminhamentos para especialistas, solicitados na Unidade Básica de Saúde, acabam não se concretizando e os que são atendidos ficam prejudicados pela falta de contra referência.

Esta intervenção, também irá permitir o fortalecimento da metodologia de trabalho, e aumentar a efetividade das ações da Atenção Básica, assim como a atualização do cadastro e instituição de grupos operativos para melhor acompanhar os pacientes com doenças crônicas, bem como atender melhor às demandas espontâneas. A equipe também poderá reavaliar os encaminhamentos realizados antes de 2016, que ainda não foram avaliados por médicos especialistas, conforme solicitados por profissionais da equipe. Realizar busca ativa dos pacientes encaminhados. Requalificar os encaminhamentos, complementando com propedêutica necessária ou referenciando os casos para acompanhamento interdisciplinar e levando os casos necessários à discussão no matriciamento.

As práticas da atenção primária foram reorganizadas pelo trabalho baseado na Estratégia de Saúde da Família, contribuindo inclusive com a reorientação do sistema de saúde do Brasil. Este trabalho utiliza o sistema de referência e contra referência, na articulação com os diferentes níveis de complexidade de atenção com os serviços básicos proporcionando a integralidade das ações e continuidade do cuidado. “Trata-se de um modelo pautado no trabalho em equipe, priorização da família em seu território, acolhimento, vínculo, ações de

prevenção e promoção da saúde, sem descuidar do tratamento e reabilitação” (GARUZI *et al*, 2014, p. 145).

### **3 OBJETIVO**

Elaborar uma proposta de intervenção para reorganizar o processo de trabalho prestado aos usuários adscritos à área de abrangência da equipe 31 do distrito Ressaca, no município Contagem/MG.



#### 4 MÉTODO

O diagnóstico situacional é a ferramenta necessária para a identificação dos problemas mais frequentes de um território, e para sua construção, pode ser utilizada o método da estimativa rápida (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Neste trabalho, foi utilizando o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), para que a equipe 31 construísse um plano de ação para enfrentar o problema que é a necessidade de reorganizar o processo de trabalho e melhorar o cuidado prestado, interferindo positivamente na qualidade de vida dos usuários adscritos na equipe de saúde família, localizada no Distrito Ressaca em Contagem - MG.

A priorização do problema foi feita após discussões entre os profissionais da equipe e baseadas nas consultas dos registros da Unidade de saúde, fontes secundárias como Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), não podendo ser descartado o dia a dia do trabalho da equipe, sendo esta observação importante na classificação final.

A construção deste trabalho foi baseada em revisão da literatura, a partir de livros, manuais do Ministério da Saúde e artigos científicos nos bancos de dados como o Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), LILACS, MEDLINE. Utilizou-se ainda o material didático utilizado no Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, disponível na biblioteca virtual do NESCON/UFMG, utilizando os descritores:

Planejamento em Saúde.

Atenção Primária à Saúde.

Estratégia Saúde da Família.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

A Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde (APS) são termos utilizados para descrever o primeiro nível de atenção à saúde (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009). Esta atenção pode ser definida, como o cuidado prestado em um espaço conhecido como unidade básica de saúde, onde são prestados serviços em saúde não especializados. Nessas unidades, é prestada grande variedade de atividades clínicas e de saúde pública, conhecidas como de baixa densidade tecnológica, mas com significativa capacidade de resolução de problemas, devendo este local ser o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde (LAVRAS, 2011).

A Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017, trata da Atenção Básica como,

[...] o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

De acordo com Baratieri; Marcon (2012), no Brasil, atualmente, o modelo assistencial vigente é a Estratégia Saúde da Família, a qual é destinada à estruturação da Atenção Primária à Saúde. A Atenção Primária à Saúde se consolidou através da implantação do Programa Saúde da Família (PSF) que veio promover a prestação de cuidados primários, passando, posteriormente a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Com foco na família, a equipe de saúde das ESF é composta basicamente por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), apoiada no trabalho multiprofissional, visando o fornecimento de assistência ao usuário efetivando a integralidade da assistência, mediada pelo vínculo de compromisso e corresponsabilidade entre o serviço de saúde e a população. Assim, é necessário que os profissionais reorganizem suas práticas educativas devendo estas serem voltadas para a Promoção da Saúde. Por outro lado, a formação dos profissionais de saúde na atualidade vem sendo voltada para o modelo

“hospitalocêntrico, biologicista” e fragmentado, pois, seguem uma metodologia de ensino verticalizada (BESEN *et al.*, 2007). Para Otieno *et al.* (2008), é necessário abordar o trabalho em saúde, visando elevar o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Os autores, ainda consideram que,

[...] O movimento para construir o trabalho multiprofissional, conceitualmente e na prática concreta dos serviços, pode levar para além de um trabalho técnico hierarquizado, um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e, maior integração dos trabalhadores. (ALMEIDA; MISHIMA, 2001 *apud* OTENIO *et al.*, 2008, p. 137).

O estado de saúde de uma população está subordinado a fatores condicionantes e determinantes, que devem ser trabalhados pelas ESF. As equipes devem adequar o processo de trabalho voltado para um território onde se pode conhecer o espaço onde as pessoas vivem, permitindo assim a implementação de práticas de saúde através do planejamento de ações, as quais podem atuar sobre os problemas existentes auxiliando na melhor qualidade do serviço prestado. O território é um espaço da sociedade onde vivem grupos de pessoas, que interagem entre si, onde também desenvolve o vínculo entre os serviços de saúde e a população (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009).

A ESF trabalha o conceito de saúde considerando os determinantes do processo saúde-doença pela utilização de saberes técnicos e populares associados a recursos institucionais e comunitários objetivando atuar sobre problemas de saúde. A atenção estabelecida sobre as necessidades de saúde da população ocorre através da reorganização do modelo assistencial atendendo aos princípios da universalidade, equidade e integralidade individual e coletivo, realizando a promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação da saúde (SORATTO *et al.*, 2015).

[...] A ESF incorpora múltiplas tecnologias materiais e não materiais, assim como de diferentes complexidades. Constitui-se em um modelo de baixa densidade tecnológica, se compararmos com a organização estrutural e de equipamentos disponíveis em outras unidades que compõem as redes de atenção à saúde, como os hospitais e os centros de investigação diagnóstica (MENDES, 2012 *apud* SORATTO *et al.*, 2015, p. 589)

Cada Unidade de Saúde da Família pode comportar uma ou mais equipes de profissionais, conforme o número de famílias sob sua responsabilidade. Cada equipe deve ser responsável por um território onde vivem entre 600 a 1.000 famílias ou 4.500 habitantes (BRASIL, 1997).

Atualmente, conforme a Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017, este número passou para 2.000 a 3.500 pessoas, permitindo proporcionar os princípios e diretrizes da Atenção Básica. Este parâmetro populacional sob responsabilidade da equipe pode ser alterado, para que se cumpra a equidade dependendo das especificidades territoriais, vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária (BRASIL, 2017).

De acordo com Fontana; Lacerda; Machado (2016), a Atenção Primária em Saúde (APS) representa o contato inicial do indivíduo com o sistema de saúde é responsável pela coordenação das redes de atenção à saúde. Estas, de acordo com Mendes (2010),

[...] são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2009 *apud* MENDES, 2010, p. 2300).

O processo de trabalho em saúde se refere ao conjunto de ações coordenadas, que os profissionais de saúde desenvolvem voltados para os objetos de trabalho, que são representados pelos indivíduos, famílias e grupos sociais, sendo que “os saberes e métodos representam os instrumentos que originam a atenção em saúde” (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016, p. 65).

Para Faria; Werneck; Santos (2017, p.26), processo de trabalho pode ser definido como “o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade”. Nas Unidades de Saúde da Família, o processo de trabalho é organizado por uma equipe, formada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (CORDEIRO; SOARES, 2015).

Assim, estes profissionais devem desenvolver habilidades e instrumentos suficientes capazes de estimular a reflexão crítica e transformação do processo de trabalho proporcionado (FARIA; WERNECK; SANTOS, 2017).

Para os autores, existem componentes do processo de trabalho, como,

[...] as finalidades ou objetivos são projeções de resultados que visam a satisfazer necessidades e expectativas dos homens, conforme sua organização social, em dado momento histórico. Os objetos a serem transformados podem ser matérias-primas ou materiais já previamente elaborados ou, ainda, certos estados ou condições pessoais ou sociais. Os meios de produção ou instrumentos de trabalho podem ser máquinas, ferramentas ou equipamentos em geral, mas também, em uma visão mais ampla, podem incluir conhecimentos e habilidades. Os homens são os agentes de todos os processos de trabalho em que se realiza a transformação de objetos ou condições para se atingir fins previamente estabelecidos (FARIA; WERNECK; SANTOS, 2017, p. 26).

Para este trabalho, é importante observar o conceito de apoio matricial em saúde, por ser uma ferramenta que garante atenção especializada, sempre que necessário aos profissionais que promovem a atenção primária. O termo matricial significa compartilhamento, apoio ou corresponsabilização por uma demanda de saúde envolvendo uma pessoa, família ou comunidade (BARROS *et al.*, 2015).

O apoio matricial é uma metodologia de trabalho semelhante à utilizada em sistemas hierarquizados, como: mecanismos de referência e contra referência, protocolos e centros de regulação (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Os autores Castro; Campos (2016) descrevem que o apoio matricial,

[...] utiliza, além dos conceitos de trabalho compartilhado e de cogestão, o referencial da interdisciplinaridade, visão ampliada do processo saúde-doença-cuidado, em suas dimensões sociais, sanitárias e pedagógicas, e objetiva a construção de corresponsabilidade no cuidado em saúde entre equipes multiprofissionais e profissionais apoiadores especialistas (CAMPOS *et al.*, 2013 *apud* CASTRO; CAMPOS, 2016, p. 456).

O trabalho em equipe se apresenta como estratégia de reorganização dos processos de trabalho e melhorias na qualidade dos serviços. Já o trabalho em equipe multiprofissional é fundamental na reorganização da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), pois, está envolvido em projetos assistenciais visando a integralidade e resolutividade resultando em mudanças nos processos de trabalho, bem como sua atuação sobre o processo saúde-doença, dada pelas ações propostas e interação entre os profissionais (COSTA; ENDERS; MENEZES, 2008 *apud* CARDOSO; HENNINGTON, 2011). Uma equipe estruturada, além do trabalho em equipe, realiza as reuniões multiprofissionais nos serviços sendo estas reuniões técnicas parte do processo de trabalho em saúde, proporcionando ao grupo, troca de informações, vivências remetendo a um processo participativo e de compartilhamento de saberes (CARDOSO; HENNINGTON, 2011).

## **6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

### **6.1 Descrição do problema selecionado (Terceiro passo)**

A realização do diagnóstico situacional do território da comunidade Ressaca pela equipe 31, foi realizada utilizando dados do e-SUS, registros da equipe, observação ativa do território e utilização do método da estimativa rápida. Os problemas enfrentados pela comunidade foram o alto índice de pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, alcoolismo e o processo de trabalho da equipe incapaz de resolver muitos dos problemas dos usuários. Assim, ao se realizar a análise da governabilidade da equipe sobre os problemas evidenciados e sua capacidade de enfrentamento, a equipe percebeu que o verdadeiro problema que enfrenta é a desorganização do próprio processo de trabalho e considerou que pela importância, torna-se necessário a elaboração de uma proposta de intervenção para reorganizar o serviço e impactar o problema vivenciado e modificar o processo de trabalho da equipe demonstrando relativa redução da qualidade de vida do usuário que necessitam do serviço (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

### **6.2 Explicação do problema selecionado (Terceiro passo)**

Na unidade de Saúde Arpoador, observa-se a falta de grupos operativos para otimizar o controle de pacientes hipertensos e diabéticos, ficando as atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos bastante vulneráveis. Há situações, em que a equipe atende pacientes em situação de risco, por vezes descompensados que apenas buscam a equipe apenas para renovação das receitas por anos. Além disso, a população adscrita não está totalmente cadastrada, devido ao descompasso entre o crescimento populacional e o trabalho de cadastramento e registros dos agentes comunitários de saúde. Assim, a equipe 31 enfrenta alta demanda espontânea, principalmente no controle de pacientes hipertensos, diabéticos e com transtorno mental comum.

A equipe selecionou como primeiro problema seu processo de trabalho desestruturado, pois resolvendo este problema, será possível discutir os dados referentes à população, rever seu cadastro e conhecê-la e para então, instituir grupos operativos em conformidade com a organização da agenda e com outras atividades de promoção e prevenção à saúde, com o objetivo de reduzir agravos à saúde, o que contribuiria na redução da demanda espontânea

efetivar o cuidado em saúde e acolher os usuários adscritos, proporcionando melhorias na qualidade de vida dos mesmos .

### 6.3 Seleção dos nós críticos (Quinto passo)

A partir da realidade vivenciada pela população adscrita, a equipe observou algumas situações, que vem favorecendo o desgaste da equipe31 em relação às irregularidades de seu processo de trabalho ou a desorganização do processo de trabalho. Os principais nós críticos selecionados pela equipe foram:

- Falta de cadastramento (registros desatualizados);
- Falta de Continuidade (Falta de atendimentos nos demais níveis assistenciais);
- Alta demanda espontânea;
- Falta de Classificação de risco

### 6.4 Desenho das operações

#### Quadro 2 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Desorganização do processo de trabalho” na Equipe de Saúde da Família nº 31/ Confisco II, comunidade Ressaca, em Contagem, Minas Gerais

<b>Nó crítico 1</b>	A falta de registros atualizados (Cadastro) da população adscrita.
<b>Operação(operações)</b>	<b>Recadastramento familiar</b>
<b>Projeto</b>	Programar reuniões quinzenais com a ESF completa para discutir o trabalho dos ACS e correção de rumos.
<b>Resultados esperados</b>	Proporcionar à equipe oportunidade de conhecer a população adscrita, através dos ACS. Melhorar a articulação entre a equipe e os ACS.
<b>Produtos esperados</b>	Cadastro das famílias atualizado com identificação das características da população que influenciam nas demandas.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: profissional para direcionar a educação permanente e incentivar o recadastramento. Cognitivo: reuniões mensais de educação permanente.
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: sala de reunião. Cognitivo: Profissional com capacitação da formação em educação permanente.
<b>Prazo</b>	Dezembro/2018
<b>Responsável pelo acompanhamento das ações</b>	Enfermeira da ESF
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Após 15 dias do início, reunir-se na unidade de saúde verificar se as informações discutidas estão sendo assimiladas. Se não, repetir o processo em 15 dias.

**Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Desorganização do processo de trabalho” na Equipe de Saúde da Família nº 31/ Confisco II, comunidade Ressaca, em Contagem, Minas Gerais**

<b>Nó crítico 2</b>	Falta de Continuidade (Falta de atendimentos nos demais níveis assistenciais)
<b>Operação(operações)</b>	<b>Encaminhar</b>
<b>Projeto</b>	Reduzir a fila de encaminhamentos, fazendo levantamento e reclassificação dos pedidos de encaminhamentos para médicos especialistas anteriores a 2016.
<b>Resultados esperados</b>	Reduzir a fila de encaminhamentos, aumentando a resolutividade do trabalho da equipe.
<b>Produtos esperados</b>	Reclassificar os encaminhamentos em 25%, para que os problemas de saúde dos pacientes sejam resolvidos na UBS com apoio do NASF.
<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo: a reclassificação será conforme protocolos locais de encaminhamentos
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Local para reunião Cognitivo: Profissionais e capacitação da formação em educação permanente. Político: Apoio da secretaria de saúde e NASF Financeiro: Recurso para combustível
<b>Prazo</b>	Dezembro/2018
<b>Responsável pelo acompanhamento das ações</b>	Médico da ESF
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Após 15 dias do início, reunir-se na unidade de saúde verificar se os encaminhamentos discutidos estão resolvidos. Se não repetir o processo em 15 dias.



**Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Desorganização do processo de trabalho” na Equipe de Saúde da Família nº 31/ Confisco II, comunidade Ressaca, em Contagem, Minas Gerais**

<b>Nó crítico 3</b>	Alta demanda espontânea
<b>Operação</b> (operações)	Informar a população sobre a resolutividade do trabalho da equipe, reduzir a demanda espontânea através da reorganização do serviço
<b>Projeto</b>	<b>Atendimento ideal</b>
<b>Resultados esperados</b>	Implementar o acolhimento, readequação da agenda, realizar grupos operativos e informações curtas na sala de espera
<b>Produtos esperados</b>	Redução da demanda espontânea, atendimento agendado dos usuários e acompanhamento com especialista organizado
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Espaço para convivência e acolhimento Cognitivo: educação em saúde para os usuários Político: mobilização social, avisos e aumento do vínculo entre a equipe e os usuários.
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Espaço para convivência Cognitivo: profissionais para fazer sala de espera Político: adesão da gestão local
<b>Prazo</b>	Dezembro de 2018
<b>Responsáveis pelo acompanhamento das ações</b>	Enfermeiro, médico e coordenação da atenção primária

**Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Desorganização do processo de trabalho” na Equipe de Saúde da Família nº 31/ Confisco II, comunidade Ressaca, em Contagem, Minas Gerais**

<b>Nó crítico 4</b>	Falta de Classificação de risco
<b>Operação</b> (operações)	Designar o enfermeiro para implantar a classificação de risco, informar a população sobre a nova prática de trabalho da equipe, com a finalidade de reduzir a demanda espontânea, mas atender os pacientes conforme prioridade e risco
<b>Projeto</b>	<b>Sem risco</b>
<b>Resultados esperados</b>	Implantar a classificação de risco, associada ao acolhimento, organização da agenda, encaminhamentos entre outros.
<b>Produtos esperados</b>	Pacientes de maior risco atendidos em primeiro lugar; Redução da demanda espontânea pela reorganização do atendimento.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Espaço para convivência e acolhimento  Cognitivo: Aumento do vínculo entre a equipe/demais membros da equipe e usuários.  Político: mobilização social, avisos sobre o trabalho da equipe e aumento do vínculo entre a equipe e os usuários.
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Espaço para convivência  Cognitivo: profissionais para fazer avisos e orientações na sala de espera  Político: adesão da gestão local
<b>Prazo</b>	Dezembro de 2018
<b>Responsáveis pelo acompanhamento das ações</b>	Enfermeiro e médico

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A efetividade desta proposta de intervenção depende da participação dos profissionais da equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Arpoador em Contagem/ Minas Gerais e da equipe multidisciplinar. Ficou evidente a necessidade de reorganizar o processo de trabalho da equipe 31, quando na ocasião da construção do diagnóstico situacional, a equipe percebeu a necessidade de readequar o seu processo de trabalho, organizando melhor a agenda e aumentando o número de consultas, implantando a classificação de risco, e implementar o acolhimento, além de propor atividades preventivas aumentando os canais de informação sobre o serviço prestado pela equipe. O serviço prestado ao usuário será melhor estruturado pelas reuniões de equipe, readequando a agenda para proporcionar maior interação entre a equipe e o usuário e seus familiares, estimulando os usuários ao novo processo de trabalho.

Os recursos a serem utilizados serão os programas disponibilizados para a estratégia de saúde da família, ações propostas pela equipe para atingir um objetivo de cada vez, e cumprindo cada operação, utilizando a educação permanente, consultas individuais, visitas domiciliares, reuniões de equipe, entre outras, para consolidar esta proposta de intervenção.

Além das ações propostas, a equipe poderá adequar novas reuniões entre a equipe para propor ações educativas, atividades e rodas de conversa com abordagem voltada para cada tema desenvolvido.

Com esta intervenção, espera-se aumentar o conhecimento e envolvimento dos profissionais da Equipe de Saúde da Família 31, visando reorganizar seu processo de trabalho e assim proporcionar ao usuário atividades de promoção e prevenção, gerando melhorias na qualidade de vida dos mesmos. Pretende-se reestruturar o trabalho da equipe de saúde, gerando conhecimentos para levar aos pacientes melhores ferramentas de atuação sobre o estado de saúde pacientes adscritos àquele território.

## REFERÊNCIAS

- ARANTES, L., J.; SHIMIZU, H., E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. n. 21, p. 5, p. 1499-1509, 2016.
- BARATIERI, T.; MARCON, S., S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis; v. 21, n. 3, p. 549-57, Jul-set. 2012.
- BARROS, J., O.; GONÇALVES, R., M., A.; KALTNER, R., P.; LANCMAN, S. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2847-2856, 2015.
- BESEN, C., B.; SOUZA NETTO, M.; DA ROS, M., A.; SILVA, F., W.; SILVA, C., G.; PIRES, M., F. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 57-68, abr. 2007.
- 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, 1997. 36p.
- BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília. 2017. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 25 out. 2018.
- CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p
- CAMPOS, G., W., S.; DOMITTI, A., C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.
- CARDOSO, C., G.; HENNINGTON, É., A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 85-112, 2011.
- CASTRO, C., P.; CAMPOS, G., W., S. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 455-481, 2016.
- CORDEIRO, L.; SOARES, C., B. Processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde: pesquisa com Agentes Comunitários de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 20, n. 11, p. 3581-3588, nov. 2015.
- FARIA, H.; WERNECK, M.; SANTOS, M., A. Processo de trabalho em saúde 3a ed. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, 2017. 93p.

FONTANA, K., C.; LACERDA, J., T.; MACHADO, P., M., O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde Debate**; Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 64-80, jul.-set 2016

GARUZI, M.; ACHITTI, M., C., O.; SATO, C., A.; ROCHA, S., A.; SPAGNUOLO, R., S. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, Botucatu/UNESP, v. 35, n. 2, p. 144-149; 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Minas Gerais. **Contagem**. 2017. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/matozinhos/historico> >. Acesso em 18 nov. 2018.

LAVRAS, C.. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

MELLO, G., A.; FONTANELLA, B., J., B.; DEMARZO, M., M., P. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MENDES, E., V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

OLIVEIRA, C., M.; CASANOVA, Â., O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 929-936, jun. 2009.

OTENIO, C., C., M.; NAKAMA, L.; LEFÈVRE, A., M., C.; LEFÈVRE, F. Trabalho multiprofissional: representações em um serviço público de saúde municipal. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 135-150, Dez. 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM. Disponível em: [http://www.contagem.mg.gov.br/?og=527684&te=informacao\\_ao\\_cidadao](http://www.contagem.mg.gov.br/?og=527684&te=informacao_ao_cidadao). Acesso em 02/08/2018.

SORATTO, J.; PIRES, D., E.; DORNELLES, S.; LORENZETTI, J. Estratégia Saúde da Família: uma inovação tecnológica em saúde. Texto **Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-92, Abr-Jun; 2015.