

UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL

TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: APOSTA PARA A QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA

Adriano Maiolini

Trabalho apresentado ao Curso de
Mestrado Profissional em Inovação no
Ensino Superior em Saúde da
Universidade de São Caetano do Sul

Orientadora: Profa. Dra. Lena Vânia
Carneiro Peres

São Paulo

2020

TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: APOSTA PARA A QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Adriano Maiolini

Trabalho apresentado ao Curso de
Mestrado Profissional em Inovação no
Ensino Superior em Saúde da
Universidade de São Caetano do Sul

Orientadora: Profa. Dra. Lena Vânia
Carneiro Peres

São Paulo

2020

MAIOLINI, Adriano.

Trabalho em equipe na estratégia saúde da família: aposta para a qualificação do cuidado na atenção básica à saúde / Adriano Maiolini – São Caetano do Sul– USCS, 2020. 72f.

Orientador: Lena Vânia Carneiro Peres

Dissertação (Mestrado) – USCS, Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Programa de Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde, 2020.

1. Estratégia de saúde da família 2. Trabalho em equipe 3. Questionário 4. Matriz de Análise Título I. Título II. Universidade Municipal de São Caetano do Sul

ADRIANO MAIOLINI

**TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: APOSTA PARA
A QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentado à Universidade Municipal de São Caetano do Sul – USCS, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Educação em Saúde no Mestrado Inovação em Saúde no Ensino Superior.

COMISSÃO JULGADORA:

Dra. Sandra Regina Mota Ortiz
Universidade São Judas Tadeu - USJT

Dr. José Lúcio Martins Machado
Universidade Municipal de São Caetano do Sul – USCS

Dra. Lena Vânia Carneiro Peres
Universidade Municipal de São Caetano do Sul – USCS
Professor Orientador – Presidente da Banca Examinadora

São Paulo, 09 de abril de 2020.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha instituição formadora USCS (todos os seus profissionais) em nome de Lena Peres, agradeço ao Sr. Luís Cláudio Sartori e a todos os seus técnicos da SMS de Diadema em nome de Guilherme Meyer (...) e a todas as pessoas (amigos e familiares) que possibilitaram este momento...

“A gratidão é o único tesouro dos humildes”

William Shakespeare

RESUMO

A implantação do Sistema Único de Saúde é marcada e permeada por diversos avanços, destacados neste trabalho, principalmente o fortalecimento da Atenção Básica, a partir da implantação do Programa Saúde da Família em 1994, atual Estratégia Saúde Família (ESF). A ESF estrutura suas atividades fundamentada no trabalho em equipe e no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção à saúde, em territórios e populações definidos, concentrando esforços e reconhecendo a importância da atuação multiprofissional nas diversas práticas, olhares e saberes para potencializar e ofertar um cuidado mais integral aos usuários e famílias.

Esta pesquisa teve por objetivo avaliar e compreender se a rotina assistencial das ESF está embasada – ou não – no trabalho em equipe, a partir da aplicação de um questionário (*online*) tipo *Phrase Completion*, que visou aferir o grau de efetividade do processo de organização, planejamento, trabalho e gestão do cuidado desenvolvido em equipe na ESF.

As respostas às perguntas do questionário possibilitaram estruturar uma “Matriz de Análise” que permitiu visualizar, com muita facilidade, a partir de diferentes cores, o grau de efetividade de cada um dos quesitos pesquisados. Os resultados apontaram, na maioria dos quesitos, alto grau de efetividade dos processos de trabalho desenvolvidos em equipe na ESF, entretanto, em quesitos considerados fundamentais para a estruturação do trabalho em equipe apurou-se moderada e baixa efetividade, consubstanciando sinais de alerta para disparar intervenções da gestão municipal da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia Saúde da Família, Trabalho em Equipe, Questionário, Matriz de Análise

ABSTRACT:

The implantation of the Unified Health System is marked and permeated by several advances, highlighted in this work, mainly the strengthening of Primary Care, from the implantation of the Family Health Program in 1994, current Family Health Strategy (ESF). The ESF structures its activities based on teamwork and the development of health promotion and prevention actions, in defined territories and populations, concentrating efforts and recognizing the importance of multiprofessional action in the various practices, views and knowledge to enhance and offer care more integral to users and families.

This research aimed to assess and understand whether the ESF assistance routine is based - or not - on teamwork, through the application of a Phrase Completion (online) questionnaire, which aimed to assess the effectiveness of the organization process, planning, work and care management developed in a team in the ESF.

The answers to the questions in the questionnaire made it possible to structure a "Analysis Matrix" that made it very easy to see, from different colors, the degree of effectiveness of each of the items surveyed. The results showed, in most of the questions, a high degree of effectiveness of the work processes developed in a team in the ESF, however, in issues considered fundamental for the structuring of the team, it was found moderate and low effectiveness, constituting warning signs to trigger municipal health management interventions.

KEY WORDS: Family Health Strategy, Teamwork, Questionnaire, Analysis Matrix

LISTA DE SIGLAS:

AB – Atenção Básica

AMAQ – Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e Qualidade

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AE – Auxiliar de Enfermagem

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CF – Constituição Federal

CG – Contrato de Gestão

EP – Educação Permanente

ESF – Estratégia Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família

PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSF – Programa Saúde da Família

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

STS – Supervisão Técnica de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TE – Técnico de Enfermagem

UBS – Unidade Básica de Saúde

USCS – Universidade São Caetano do Sul

SUMÁRIO

1 Introdução	9
2 Trabalho em Equipe	12
3 Hipóteses ou Problema da Pesquisa	16
4 Objetivo Geral	17
4.1 Objetivos Específicos	18
5 Plano de Trabalho e Metodologia	18
5.1 Tipo de Estudo	18
5.2 Questionário da Pesquisa	19
5.3 Cenário da Pesquisa	21
5.4 Sujeito da Pesquisa/Amostra	23
5.5 Procedimentos	25
5.6 Análise Estatística	25
6 Cronograma	29
7 Aspectos Éticos	30
8 Resultados	31
8.1 Matriz de Análise	34
9 Discussão	43
10 Conclusões	46
11 Referências	48
12 Apêndices	52
13 Anexos	61

1 INTRODUÇÃO

O processo de construção do sistema Único de Saúde (SUS) visa o estreitamento existente entre os direitos adquiridos pela Constituição Federal (CF) e a sua capacidade efetiva de oferta de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2000). Apesar de os princípios do SUS não atingirem sua plenitude é inegável os avanços obtidos no setor da saúde, desde a sua implantação, destacando-se o processo de descentralização, por meio da municipalização da saúde e a adoção de medidas para o fortalecimento da Atenção Básica (AB), contrapondo-se à herança de caráter hospitalocêntrico, assistencialista e individualista.

Em face à progressiva expansão do processo de organização dos serviços de Atenção Básica (AB) nos municípios, a qualificação dos trabalhadores de saúde ainda é um desafio, sobretudo no que diz respeito ao processo do cuidado, ao acesso aos resultados de exames, em tempo oportuno, bem como à integração da AB com a rede e demais níveis de atenção. Na atualidade, a AB, no Brasil, garante cobertura com ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde a mais de 100 milhões de brasileiros e está acessível à demanda por atendimento a praticamente toda a população. São aproximadamente 38 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS) e mais de 600 mil profissionais atuando em todos os municípios do País (BRASIL, 2012, 2015).

A implantação de práticas de atenção e de gestão em saúde tem como objetivo garantir a efetivação do acesso, com qualidade e cuidado integral, em uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) adequada às necessidades da população, com o fortalecimento da governança regional e do controle social, tendo como coordenação do cuidado e a ordenação da rede a AB à Saúde. Deste modo, é preciso qualificar a AB para a coordenação do cuidado, assim como organizar os diversos pontos da rede de atenção especializada e hospitalar. A organização das RAS deve levar em consideração as mudanças

no perfil epidemiológico e a transição demográfica observada na população, de modo que o olhar para as condições de saúde precisa estar voltado para os eventos agudos e crônicos, pautados na gestão da clínica, na capacitação dos recursos humanos e no financiamento do Sistema de Saúde. Enfim, necessita-se ampliar o olhar sobre os fatores que determinam e condicionam o processo saúde/doença, fortalecendo as ações de promoção à saúde e prevenção das doenças, sem perder de vistas as ações de recuperação e cura, efetivando o cuidado em saúde (MENDES, 2011).

Advindo do período pós Constituição Federal (CF) de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, nasceu como uma aposta e “estratégia” para a reorganização e consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da AB, que tem como pressupostos a implementação dos princípios do SUS: a **universalidade** que está correlacionada com o acesso gratuito e igualitário para todos os cidadãos, a **equidade** com o acesso diferenciado para quem mais necessitar de cuidados e a **integralidade**, entendida como as várias dimensões e ofertas integradas que envolvem a saúde dos indivíduos e das coletividades.

Proposta pelo Ministério da Saúde (MS), em 1994, a hoje denominada Estratégia Saúde da Família (ESF) incorpora e reafirma os princípios do SUS e está estruturada com ênfase na AB, em especial na saúde da família e dos indivíduos. Tem por objetivo aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, propiciando longitudinalidade e integralidade na atenção prestada aos indivíduos e famílias. A ESF incorpora o modelo da vigilância à saúde, com a responsabilização da equipe de saúde pela população moradora em seu território, incentivando a participação popular, a criação de parcerias intersetoriais e a responsabilização da equipe pelo atendimento integral dos indivíduos e famílias (BRASIL,1996).

Para Starfield (1994), Mcwhinney (1997) e Takeda (2006), é essencial que a ESF atue sob o pressuposto da **longitudinalidade**, princípio que está intimamente relacionado com a ideia da responsabilização e do vínculo,

compartilhada entre profissionais e usuários, à medida que se (re)conhecem e estabelecem sentimento de confiança entre si.

A aposta para potencializar a atuação das ESF está na possibilidade da (i) identificação e da resolução dos problemas de saúde e situações de risco mais prevalentes; (ii) da oportunização da construção da corresponsabilização social; (iii) do incentivo à cidadania e direito à saúde, baseando-se nos princípios do **acesso** e do **acolhimento** dos usuários; (iv) do reconhecimento do território e da definição do diagnóstico de saúde local; (v) do desenvolvimento do atributo da organização da rede, por meio das ferramentas de organização do acesso existentes e das referências e contrarreferências; (vi) das respostas às demandas, de forma contínua e racionalizada na RAS; (vii) da prática da humanização e da criação de vínculos, a partir de um relacionamento ético com usuários e equipe; e (viii) do desenvolvimento de ações intersetoriais e de uma agenda de ações de promoção e prevenção e de vigilância à saúde, visando à integralidade do cuidado. Isto tudo, considerando a importância do envolvimento multiprofissional e interprofissional e atuação em equipe, almejando-se avançar no modelo assistencial que traduz o cuidado longitudinal dos usuários adstritos.

Porém, para Campos (1994), a implantação da ESF por si só não garante a modificação do modelo assistencial médico centrado, pois esta depende da mudança na forma de se produzir o cuidado, assim como dos diversos modos de agir dos profissionais entre si e com os usuários. O **campo do cuidado** e a interação abrem a possibilidade de cada um usar todo o seu potencial criativo e criador na relação com o usuário, para juntos realizarem a produção do cuidado. Romper com este paradigma e alcançar a integralidade do cuidado para os indivíduos é uma proposta bastante ousada, pois está para além da atuação multi/interdisciplinar, pois envolve formação de profissionais e investimento em saúde pública e em outras áreas de forma mais adequada. Para tanto, o reconhecimento e importância do trabalho cooperativo e participativo, dos diferentes olhares, conhecimentos (saberes) e práticas, do processo de trabalho em equipe (corresponsabilização), de uma comunicação

efetiva que permeie a equipe e os usuários, são caminhos vistos por muitos autores como forma a superar este paradigma.

Considerando a diversidade e a complexidade de situações com as quais a atenção básica lida há de se ter/construir capacidades de análise e de intervenção ampliadas, diante das demandas e das necessidades para a construção de uma atenção integral e resolutiva. Isso requer a presença de diferentes formações profissionais e de alto grau de articulação entre os mesmos, de modo que não só as ações sejam compartilhadas, mas também haja um processo interdisciplinar no qual, progressivamente, os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Esta organização pressupõe que o processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais passe a ter como foco o usuário, em que o cuidado é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica (BRASIL, 2015).

2 TRABALHO EM EQUIPE

Cott (1998), define trabalho em equipe como um trabalho que é dado a um grupo de pessoas que possuem uma **expertise individual**, que sejam responsáveis pela tomada de decisões individuais, que conservem um propósito comum e que possam juntos comunicar, compartilhar e consolidar conhecimentos para que planos sejam feitos, decisões futuras sejam influenciadas e ações sejam determinadas.

Segundo Peduzzi (1998), com base no processo de trabalho em saúde e na teoria do agir comunicativo de Habermas (1989, 1994), é justamente a relação recíproca entre estas duas dimensões complementares - trabalho e interação - que caracteriza o que denominamos de trabalho em equipe. Assim, o trabalho em equipe constituiria uma prática em que a comunicação entre os profissionais faz parte do exercício cotidiano do trabalho e os agentes operam

a articulação das intervenções técnicas, por meio da mediação simbólica da linguagem. Neste sentido, há que se considerarem duas dimensões inerentes ao trabalho em equipe: a articulação das ações e a interação dos profissionais.

O trabalho em equipe pode ser entendido como uma estratégia concebida pelo homem para melhorar a efetividade do trabalho e elevar o grau de satisfação do trabalhador. A concepção de trabalho em equipe advém da necessidade de serem estabelecidos objetivos comuns e um plano de trabalho bem definido, no qual os componentes da equipe criam as condições necessárias ao crescimento individual e do grupo para um cuidado centrado no usuário e na comunidade onde atuam. A cooperação, a complementaridade e a responsabilidade compartilhada na ESF apontam para a necessidade de uma comunicação aberta e solidária, de forma a conferir responsabilidades, mediante a diversidade de situações encontradas (PIANCASTELLI, 2000).

A interdisciplinaridade, mormente no trabalho em equipe, "implica um diálogo e troca de conhecimentos, de análises, de métodos entre duas ou mais disciplinas. Implica que haja interações e um enriquecimento mútuo entre vários especialistas, transferência de métodos de uma para outra disciplina", ou seja, que sua aplicação envolva métodos de uma disciplina, utilizados por outra, na solução de um problema, considerando que ela ultrapassa o previsto nas disciplinas, mas sua finalidade continua inscrita na investigação disciplinar (RIBEIRO, 2005). Já a multidisciplinaridade refere-se basicamente à associação ou justaposição de disciplinas que abordam um mesmo objeto, a partir de distintos pontos de vista. Não se verifica uma integração interdisciplinar (ALMEIDA FILHO, 2000).

A interdisciplinaridade não representa a anulação da disciplinaridade, nem a especificidade de cada saber, entretanto, fomenta a possibilidade de uma compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença, objeto do trabalho em saúde, que passa, necessariamente, por uma abordagem interdisciplinar e por uma prática multiprofissional (FEUERWEKER, 1999). Portanto, a partir deste conceito e para um trabalho em equipe eficiente é importante considerar os diversos saberes e práticas e juntar esforços para dar

respostas mais criativas e concretas para a população, sem desconsiderar a importância de cada membro da equipe.

A interação entre os profissionais é entendida como uma **prática comunicativa**, por meio da qual os envolvidos colocam-se de acordo quanto a um projeto comum. Os sujeitos constroem consensos sobre um plano de ação, por meio de uma modalidade de comunicação dialógica - de dupla mão, em que os envolvidos partilham os enunciados que proferem e as normas e valores que subjazem estes proferimentos. Ou seja, colocam-se de acordo quanto ao que dizem e aos valores pressupostos - compartilhando valores éticos (HABERMAS, 1989, 1994).

Outro mecanismo essencial para o trabalho em equipe é uma boa comunicação que deve ser simples, clara e objetiva e chegar a todos os membros da equipe de forma ágil e sem ruídos. O processo de comunicação entre os membros da equipe pode proporcionar um melhor relacionamento e alinhamento entre todos no grupo de trabalho (equipe), fazendo com que as ideias, opiniões, sugestões e teorizações fluam rapidamente e possam ser compartilhadas, influenciando diretamente na prática, no desenvolvimento das ações de saúde. Este processo, muitas vezes subjetivo, deve ser entendido a partir das relações entre os sujeitos e a comunicação em equipe não deve acontecer de forma impositiva e/ou coercitiva, muitas vezes, caracterizada por relações verticalizadas ou hierarquizadas.

Para Nogueira (2000), o processo de trabalho em saúde está fundamentado numa inter-relação pessoal forte, onde os conflitos também estão presentes no dia-a-dia da equipe: daí a aposta no diálogo para a criação de consensos e o estabelecimento de canais de comunicação, pois a equipe é provocada o tempo todo pelo ato de escutar ao outro.

A organização do trabalho em equipe é uma das bases fundamentais de sustentação da proposta da ESF e, portanto, reunir-se é ação estratégica, pois propicia o pensamento e a tomada de decisões, em conjunto, e de estratégias de intervenção que devem ser elaboradas, conforme os recursos disponíveis (SANTA CRUZ et al, 2008). É necessário tornar evidente que em qualquer

situação de encontro entre trabalhadores de saúde e o mundo das necessidades, individuais e coletivas dos usuários, há um intenso processo micropolítico que subjaz e que define a possibilidade para além da particularidade e do genérico, de que o ato de cuidar seja visto como lugar de singularização dos modos de se definir de forma mais autônoma “os modos de caminhar na vida” (CECÍLIO & MATSUMOTO, 2006).

A compreensão do contexto de vida dos distintos grupos populacionais e dos determinantes sociais de saúde é essencial para entender o processo saúde/doença e para que a equipe planeje sua atuação de forma articulada com o envolvimento de todos, incluindo o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que traz as informações da realidade, vividas pelos sujeitos e famílias, informações estas, cruciais para a elaboração de projetos individuais de cuidado. O contexto de vida traduz muitas informações que devem ser tratadas nas reuniões de equipe, como as diversas vulnerabilidades e riscos sociais, muitas vezes atribuídos à pobreza, à alimentação inadequada, à dinâmica familiar, à falta de lazer e prática de atividades físicas, ao desemprego, a falta de acesso à educação e a políticas públicas que tragam mais dignidade aos cidadãos. Para isto, é essencial que haja uma organização de trabalho na agenda, ou seja, a chamada **reunião de equipe**, espaço este necessário para garantir a participação de todos os atores envolvidos com a atenção à saúde dos usuários, visando a elaboração do planejamento e análise das ações desenvolvidas, do matriciamento e da educação permanente dos membros da equipe, dentre outras.

Uma mesma abordagem de cuidado não se aplica igualmente para todos os usuários, ou seja, para alguns casos, é necessário desenvolver um plano de cuidado ou o chamado projeto terapêutico singular (PTS) de acordo com a patologia (doença crônica/transmissível ou sofrimento mental), entender o grau de cuidado a ser despendido, considerar as condições sociais que cerceiam os indivíduos, elencar também fatores favoráveis e articular a ação de forma integrada e corresponsável (trabalhadores e usuários), possibilitando o processo de formação da equipe.

Este trabalho de mestrado pretende compreender, valendo-se das respostas a um questionário aplicado ao conjunto amostral de profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família, a dinâmica do processo de trabalho desenvolvido em equipe, enquanto potencial para qualificar a gestão do cuidado na Atenção Básica à Saúde, bem como propor um processo de avaliação e acompanhamento do trabalho destas equipes. A pesquisa será realizada em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Diadema, São Paulo. A partir de sua aplicação e dos resultados obtidos será possível inferir a efetividade do trabalho em equipe das ESF, a partir de respostas objetivas, no que se refere: à organização e o funcionamento do espaço coletivo, o processo de trabalho que envolve cooperação, o planejamento elaborado em conjunto, as propostas de desenvolvimento de ações de promoção e prevenção à saúde e o processo de construção de cuidado em saúde (gestão do cuidado), possibilitando-se ampliar a capacidade de análise e intervenção para além das já existentes.

3 HIPÓTESES OU PROBLEMA DA PESQUISA

O Ministério da Saúde, considerando os princípios gerais da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) caracteriza a AB: “como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações” (...). (BRASIL, 2017).

Depreende-se da Política Nacional de Atenção Básica que as ESF que não estruturam suas programações baseadas no trabalho em equipe, onde seus componentes continuam a atuar de forma desarticulada e individualizada, focados em atendimentos meramente medicamentosos ou só em abordagens focais (atendimento à queixa aguda, por exemplo), comprometem a potência proposta por este modelo de cuidado que envolve, sobretudo, a coordenação do cuidado continuado, a integralidade, a equidade, entre outros pressupostos descaracterizando: (i) o trabalho em redes e coletivos, que considerem os diversos olhares, saberes e práticas e que envolvam, articulem e corresponsabilizem os profissionais/usuários assistidos pelas ESF; (ii) o entendimento do contexto social, a partir da observação e do contato com a realidade vivida dos usuários em seu domicílio e/ou comunidade, as subjetividades e concretudes inerentes a suas condições de saúde; (iii) a aposta no desenvolvimento de ações de educação permanente, a partir do entendimento das lacunas de aprendizagem identificadas na atuação da equipe; (iv) a avaliação e o planejamento coletivo do que é produzido no serviço, quem tem acesso, ou não, quem está em acompanhamento, ou não, e (v) a troca de informações entre sujeitos, como forma de subsidiar o trabalho em equipe, a revisão das práticas e ofertas, dentre outras.

Portanto, a hipótese/problema de pesquisa que será tratada neste trabalho é entendida como: as equipes de estratégia de saúde da família parecem não aproveitar do trabalho em equipe como pressuposto fundamental para impactar positivamente na gestão do cuidado.

4 OBJETIVO GERAL

Desenvolver e aplicar um questionário baseado em escala tipo *Phrase Completion*, para diagnosticar e compreender se os processos de trabalho estruturados e desenvolvidos pelas ESF são considerados efetivos, ou não, sob o pressuposto do “trabalho em equipe”.

4.1 Objetivos Específicos

1. Validar o instrumento (questionário) com gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Diadema – SP e aplicá-lo ao conjunto amostral de Equipes Saúde da Família, alvo deste estudo.

2. Construir Matriz de Análise que permita a visualização espacial rápida e simples de todos os resultados da pesquisa, a partir do uso da medida de tendência central (mediana), conforme proposta metodológica.

3. Avaliar a efetividade de processos de trabalho estruturados em equipe nas ESF, a partir do cruzamento de dados da Matriz de Análise: baixa, moderada e alta efetividade.

Compartilhar a Matriz de Análise com os gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Diadema, considerada instrumento com potencialidade para o monitoramento e a avaliação dos processos de trabalho das ESF.

5 PLANO DE TRABALHO E METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório, tipo survey e de abordagem qualiquantitativa que valeu-se de dados primários, obtidos a partir da aplicação de um questionário *online* ao conjunto dos profissionais das ESF eleitas para o estudo (amostra). O questionário sintetizou o instrumento principal e indispensável para a realização do levantamento de dados por amostragem, de maneira objetiva e inteligível.

Para Minayo (2014), o estudo descritivo possui características de ter o ambiente como fonte na produção de dados e o pesquisador como instrumento-chave, além de ser descritiva, isto é, os resultados são expressos

em narrativas, descrições, figuras, declarações de pessoas e quadros esquemáticos. Pesquisadores que utilizam métodos qualitativos estão preocupados com o processo e não somente e simplesmente com os resultados e o produto, ou seja, o fenômeno é válido em suas relações, no conhecimento dos seus aspectos evolutivos, nas forças que interagem.

“A pesquisa exploratória procura conhecer as características de um fenômeno para procurar explicações das causas e as consequências do dito fenômeno” (RICHARDSON, 1989). Por exemplo, estudar as reações de um grupo de consumidores quando do lançamento de um novo produto, ou então descobrir quais as variáveis que são avaliadas pelo consumidor na escolha ou na preferência de determinada marca. “Ela visa prover o pesquisador de um maior conhecimento sobre o tema ou problema de pesquisa em perspectiva. Por isto é apropriada para os primeiros estágios da investigação, quando a familiaridade, o conhecimento e a compreensão do fenômeno, por parte do pesquisador, são geralmente insuficientes ou inexistentes” (MATTAR, 1994).

FINK & KOSECOFF (1985) definem *survey*, termo inglês geralmente traduzido como levantamento de dados, como “método para coletar informação de pessoas acerca de suas ideias, sentimentos, planos, crenças, bem como origem social, educacional e financeira”.

5.2 Questionário da Pesquisa

O questionário estruturado para esta pesquisa foi formatado com perguntas para avaliar os processos de trabalho envolvidos no dia-a-dia das equipes na ESF, ou seja, avaliou-se os atributos que definem o trabalho coletivo, como forma de organização, processo de trabalho e planejamento e construção do cuidado em equipe.

Utilizou-se, para tanto, a escala *Phrase Completion*, desenvolvida por Hodge e Gillespie (2003) que preconiza um padrão de 11 (onze) pontos, sempre de 0 (zero) a 10 (dez) e na sequência dos números inteiros, onde o 0 (zero) tem associação com a ausência do atributo pesquisado, enquanto o 10

(dez) tem relação com a intensidade máxima de sua presença. A escala mede o construto inserindo sua intensidade no próprio enunciado, facilitando, potencialmente, o entendimento dos respondentes e medindo de forma mais confiável e válida o que foi investigado. O construto é a ideia ou teoria construída, a partir de elementos conceituais ou subjetivos, neste caso, baseados em evidências concretas sobre o processo de trabalho em equipe, considerado importante no modelo de cuidado pesquisado.

Segundo Hodge e Gillespie (2003), o fato desta escala ter 11 (onze) pontos (de 0 a 10), facilita a interpretação por parte do pesquisado, visto que, em geral, as pessoas estão familiarizadas com esta referência, como nas avaliações educacionais, por exemplo. Por isso, a potencial dificuldade de resposta associada ao número de pontos é dissipada e dependerá da interpretação individual de cada enunciado. Adicionalmente, o maior número de pontos melhora, potencialmente, a confiabilidade e a validade da escala, sem possuir os problemas convencionais associados a poucos pontos.

Portanto, o instrumento não se resumiu somente em quantificar ou medir o construto para além de uma atribuição simbólica (paralela ao numeral). Tratou-se, sim, de um mecanismo simples e de fácil aplicação para se aferir processos de trabalho constitutivos neste modelo de atenção. Os resultados proporcionaram indícios de desestruturação (baixa e moderada efetividades), ou não, indicativos importantes para os gestores ou para a própria equipe refletirem e intervirem sobre os mesmos.

O questionário foi estruturado com 33 (trinta e três) questões baseadas em estudos e pesquisas bibliográficas e também fundamentadas na experiência profissional do pesquisador que definiu os pressupostos da pesquisa, em 4 (quatro) eixos, considerados como essenciais para um bom trabalho estruturado em equipe na ESF: (i) organização do trabalho em equipe; (ii) planejamento em equipe; (iii) processo de trabalho e de gestão do cuidado em equipe e; (iv) avaliação (Apêndice 1).

Foi necessário redefinir um dos padrões de avaliação, no início proposto e validado, qual seja, o padrão/escore que era considerado para

avaliar a baixa efetividade que valia 3 (três) pontos, considerando-se o intervalo entre 0 (zero) e 2 (dois): atribuiu-se 4 (quatro) pontos para o intervalo que variou entre 0 (zero) e 3 (três). A razão foi balancear os escores de baixa e moderada efetividade para deixá-los com a mesma quantidade de pontos.

Quadro 1 – Graduações/intervalos para as respostas do questionário e respectivos indicadores.

INTERVALO	INDICADOR
0 — 3	Baixa Efetividade
4 —7	Moderada Efetividade
8 —10	Alta Efetividade

5.3 Cenário da Pesquisa

O estudo foi desenvolvido no município de Diadema, pertencente à Região Metropolitana de São Paulo, situado a 17 km do marco zero da cidade de São Paulo, localizado na Praça da Sé. O município possui área de 30,7 km², o que representa pouco menos de 5% do território do ABC Paulista e 0,01% do território estadual. Fez parte de uma trilha que faziam os Jesuítas vindos da Vila de São Vicente a caminho da Vila de São Paulo de Piratininga. Até o final dos anos 1950, a região era composta por vilas, povoados e bairros pertencentes à cidade de São Bernardo do Campo. O processo de emancipação levou anos, entretanto, em primeiro de janeiro de 1960, Diadema tornou-se o mais novo município da Grande São Paulo. Como uma cidade economicamente e socialmente independente e com geração de empregos de maneira exponencial, Diadema, na década de 80 e até os dias atuais é referência nacional por suas Políticas Públicas e pelo seu sistema público de saúde bastante estruturado e qualificado. (DIADEMA, 2018)

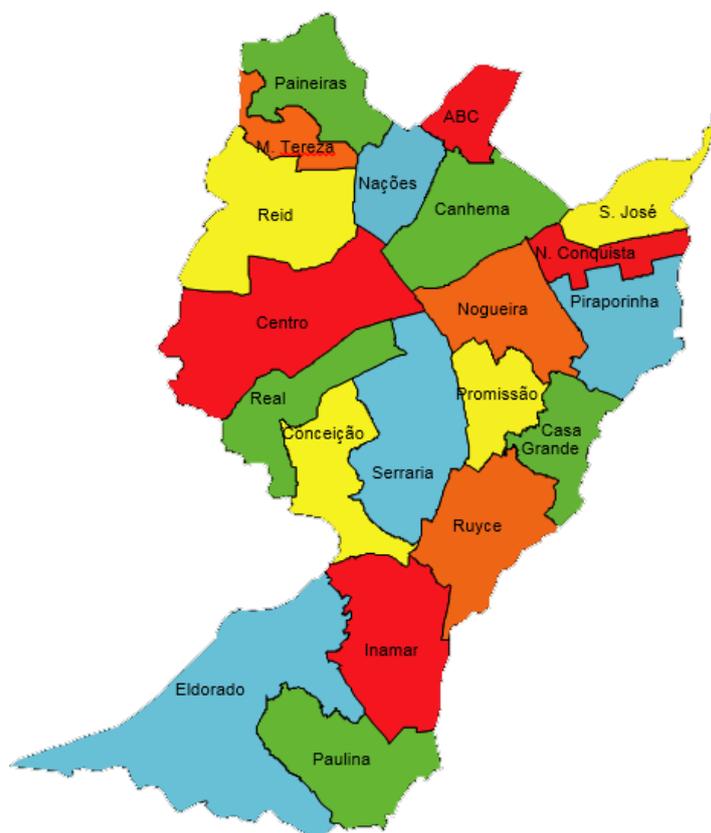
Para este estudo considerou-se somente a Rede de Atenção Básica de Saúde que estrutura suas programações sob os pressupostos da ESF. O questionário foi aplicado em uma pequena amostra de UBS e equipes, entretanto relevante e significativa, sob o ponto de vista estatístico.

Quadro 2 - Total de ESF da Rede Municipal de Atenção Básica e número de ESF que foi considerado na pesquisa. Secretaria Municipal de Saúde. Diadema, SP, 2019

Unidade Básica de Saúde	N. ESF	ESF Consideradas no Estudo
ABC	4	4
Canhema	5	-
Casa Grande	5	-
Centro	5	-
Conceição	5	-
Eldorado	6	-
Inamar	7	7
Maria Teresa	3	-
Nações	5	-
Nogueira	4	4
Nova Conquista	3	-
Paineiras	6	-
Paulina	3	-
Piraporinha	3	-
Promissão	6	-
Real	6	-
Reid	5	-
Ruyce	5	-
São José	2	-
Serraria	7	7
Total	95	22

Fonte: MS, SCNES, DATASUS, 2019.

Figura 1 – Representação esquemática das áreas de abrangências das Unidades de Atenção Básica da Rede Municipal de Saúde. Diadema, SP, 2019.



5.4 Sujeitos da Pesquisa/Amostra

Os sujeitos envolvidos nesta pesquisa foram os profissionais integrantes das equipes multiprofissionais das ESF que compuseram a amostra: 22 (vinte e dois) Médicos, 22 (vinte e dois) Enfermeiros, 111 (cento e onze) Agentes Comunitários de Saúde – ACS e 44 (quarenta e quatro) Técnicos ou Auxiliares de Enfermagem, totalizando 199 (cento e noventa e nove) profissionais. Todas as UBS possuíam equipes com 5 (cinco) ACS em sua composição, porém, 1 (uma) ESF da UBS Nogueira possuía 6 (seis) ACS. Importante ressaltar que

não foi considerada a participação dos Auxiliares Administrativos, tampouco as Equipes de Saúde Bucal que atuavam vinculadas às ESF, bem como os Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF), porém, a atuação do NASF, na interface com as ESF, foi também avaliada como potencialidade de trabalho em equipe.

Os participantes desta pesquisa – critérios de inclusão – reuniram números amostrais de ACS, Médicos, Enfermeiros, Técnicos ou Auxiliares de Enfermagem que aceitaram a participação e concordaram com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), além do acúmulo, no mínimo, de 3 (três) meses de atuação na ESF, tempo considerado suficiente para a apropriação das rotinas e processos de trabalho estruturados neste modelo de cuidado. Foram excluídos – critérios de exclusão – profissionais dos NASF, Auxiliares Administrativos, componentes das Equipes de Saúde Bucal, bem como aqueles que, atendendo aos critérios de inclusão, se recusaram a participar e também profissionais com menos de 3 (três) meses de experiência de atuação na ESF. Excluídos foram, também, aqueles que estavam afastados de suas atividades no momento da aplicação do questionário, em períodos aquisitivos de férias ou gozando de outras licenças previstas no Estatuto do Funcionário Público de Diadema e nas leis trabalhistas (período superior a 40 dias), tempo em que o questionário esteve disponível para ser respondido.

Os profissionais que participaram do preenchimento do questionário responderam às questões, conforme sua vivência e contato com o assunto abordado, agregando um escore de 0 (zero) a 10 (dez) que correspondeu a um grau de intensidade da efetividade. O intervalo compreendido entre 0 (zero) e 3 (três) correspondeu à baixa efetividade, entre 4 (quatro) e 7 (sete) correspondeu à moderada efetividade e, finalmente, entre 8 (oito) e 10 (dez) correspondeu à alta efetividade (Quadro 1).

Importante ressaltar que as denominações utilizadas para as ESF, nesta pesquisa, não guardaram nenhuma relação com as denominações reais das ESF em suas UBS, as quais podem ser numerais, letras, cores e, até mesmo

animais. Este pressuposto foi intencional para se garantir o anonimato dos profissionais participantes.

5.5 Procedimentos

Realizaram-se dois encontros reunindo o pesquisador e os gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Diadema, objetivando a apresentação dos pressupostos técnicos e organizativos desta pesquisa, bem como para a testagem e a validação do instrumento (questionário). Neste momento, a intenção primordial foi a validação do questionário e a delegação de responsabilidades aos gerentes das unidades envolvidas, responsáveis pela condução da aplicação do instrumento junto aos componentes das ESF pesquisadas.

Nestes dois encontros, os gestores municipais avaliaram que o projeto de pesquisa e seus resultados poderão consubstanciar uma proposta potente de avaliação da atuação das ESF, objetivando aferir a efetividade de cada uma delas, a partir da análise das respostas dos próprios profissionais. Este grupo propôs alguns ajustes no questionário e indicaram recomendações, especialmente para a melhoria da descrição de questões que poderiam dificultar a interpretação de alguns termos e enunciados, a exclusão de questões que mantinham similaridade com outras e a inclusão de padrões numéricos para balizar a escolha do grau de efetividade esperada em determinadas questões. Também ficou combinado que, depois do processo de qualificação do trabalho, seria agendado mais um encontro com os gerentes dos serviços para realizar os últimos alinhamentos necessários e a preparação para a etapa de aplicação da pesquisa.

Em 01/11/2019 realizou-se o encontro com os gerentes das 4 (quatro) UBS que participaram da pesquisa e respectivos apoiadores institucionais (Atenção Básica). A proposta do trabalho de pesquisa e do questionário foi apresentada novamente, propiciando espaço importante para esclarecimentos das dúvidas gerais e para orientações quanto à aplicação do instrumento, seus

prazos e etapas, além da entrega dos TCLE para assinaturas de todos os envolvidos. Também foi necessário constituir um grupo virtual, via App, na perspectiva de propiciar um canal de comunicação mais rápido e efetivo para a mitigação de dúvidas relativas à aplicação do instrumento, sem descartar o contato telefônico e a comunicação por e-mail.

Depois das etapas do “alinhamento inicial” com os gestores da SMS e da “qualificação do projeto”, sob a responsabilidade acadêmica da USCS, ocorreu a fase da aplicação do instrumento (questionário) que foi disponibilizado por meio de acesso *online* (*Google Docs*). Os gerentes das unidades eleitas para esta pesquisa, os representantes da SMS e o pesquisador foram os responsáveis pela condução, orientação e acompanhamento do preenchimento do instrumento de pesquisa. A fase do preenchimento do questionário foi realizada de forma individual para que não houvesse nenhum tipo de influência e de interferência no processo. As demais etapas sequenciais compreenderam a apuração dos resultados, as análises estatísticas, as discussões e conclusões, conforme proposto no escopo do projeto.

5.6 Análise Estatística

As respostas advindas dos questionários (plataforma *Google Forms*) foram exportadas para planilha Excel, possibilitando a construção de uma Matriz de Análise (objetivo específico desta pesquisa), bem como a possibilidade da análise dos dados por meio de gráficos e tabelas. A Matriz de Análise contém, no eixo vertical, as 33 (trinta e três) questões dos 4 (quatro) eixos propostos pelo instrumento de coleta e, no eixo horizontal, as 22 (vinte e duas) ESF e suas respectivas UBS. O cruzamento entre a linha de uma questão e a coluna de uma ESF traduziu, portanto, o indicador de efetividade daquela ESF naquele quesito avaliado.

A Matriz de Análise permitiu observar os resultados de maneira clara e inteligível, condição que foi proporcionada pela organização dos dados e

padrão de cores utilizado, destacando-se a baixa efetividade na cor vermelha, a moderada efetividade na cor amarela e a alta efetividade na cor verde. Sua leitura pode indicar, num “bater de olhos”, sinais de alerta para todas as questões e equipes que merecem maior atenção.

Considerando-se que para uma mesma questão e uma mesma ESF obteve-se uma quantidade de até 9 (nove) diferentes respostas (5 ACS, 2 Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem, 1 Enfermeiro e 1 Médico), o indicador de efetividade foi representado por uma medida de tendência central, a partir da resposta individual de cada integrante para compor a nota da equipe.

“As medidas de tendência central são uma forma de descrever um grupo como um todo, encontrando-se um número que represente o que é “médio” ou “típico” naquele conjunto particular de dados. As três medidas de tendência central de maior aplicabilidade são a moda, a mediana e a média aritmética”. (LEVIN, 1987)

A moda é considerada útil apenas como um indicador preliminar de tendência central, sem aplicabilidade na grande maioria dos casos. A média aritmética, que sempre se destaca como primeira escolha, no entanto, é inapropriada para dados que não podem ser medidos, apenas graduados, como no caso desta pesquisa. Além disso, a média é muito influenciada por escores extremos, em ambos os sentidos, comprometendo as análises. (LEVIN, 1987)

Assim, considerando-se o tamanho pequeno das amostras (máximo de 9 profissionais por equipe) e sua distribuição assimétrica, selecionou-se a mediana como medida de tendência central, uma vez que ela possibilitou um balanceio dos escores extremos, preocupando-se com o valor que ocupa a posição mais central na amostra. (LEVIN, 1987)

Para amostras com número ímpar de dados, a mediana é o valor que está exatamente no meio do conjunto dos valores ordenados. Nas amostras com número par, a mediana é a média aritmética entre os dois valores centrais.

Por exemplo, para o conjunto de dados 2; 2; 3; 3; 4; 4; 4; 5, a mediana é 3,5, média aritmética dos valores centrais 3 e 4.

Para exemplificar a viabilidade do uso da mediana como medida de tendência central na determinação do indicador de efetividade, consideremos, por exemplo, dois conjuntos de dados: 2; 2; 3; 3; 4; 4; 4; 5 e 2; 2; 3; 3; 4; 4; 4; 10. Os conjuntos de dados diferem entre si apenas pela alteração de um dos valores extremos. A média aritmética do primeiro conjunto é 3,375, enquanto a do segundo é 4, diferença que seria suficiente para classificá-los em diferentes níveis de efetividade, apenas pela mudança de um dos valores da amostra.

A mediana de ambos os conjuntos, por outro lado, é a mesma (3,5), traduzindo de maneira mais adequada a tendência central do conjunto de dados. Sendo o objeto de estudo a efetividade do trabalho em equipe, é apropriado que avaliações extremas, sejam elas positivas ou negativas, tenham menor capacidade de influência sobre a tendência central do conjunto de respostas da equipe.

Uma vez estabelecida a Matriz foram complementarmente conduzidas análises e classificações dos eixos, questões e ESF, a fim de se definir prioridades de ação frente ao resultado da avaliação.

7 ASPECTOS ÉTICOS

Os riscos envolvidos para a realização desta pesquisa foram mínimos e não representaram nenhuma possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer uma de suas fases. Não foi necessária a identificação, tampouco a declaração das idades dos envolvidos, a fim de se evitarem exposições e/ou comparações entre os participantes. Utilizou-se um conjunto de denominações genéricas, como o nome da Unidade de Saúde, nome ou número da equipe e das categorias Profissionais: ACS, Médicos, Enfermeiros, Técnicos ou Auxiliares de Enfermagem, seguidas de algarismos romanos de I (um) a X (dez).

De acordo com a Resolução do CNS nº 510 de 2016, § 2º - área de humanas, o participante que se sentir lesado ou exposto tem o direito de buscar indenização por danos imateriais relacionados à pesquisa, de forma direta ou indireta. Também não está previsto assistência médica, pois o participante da pesquisa terá acesso somente a um questionário em um ambiente de atividades administrativas.

Os dados utilizados neste estudo foram provenientes dos participantes da pesquisa (profissionais das equipes) que responderam ao questionário e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 3). O projeto de pesquisa foi inserido na “Plataforma Brasil” e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição proponente, qual seja, a Universidade de São Caetano do Sul (USCS), sob parecer de número 3.505.453.

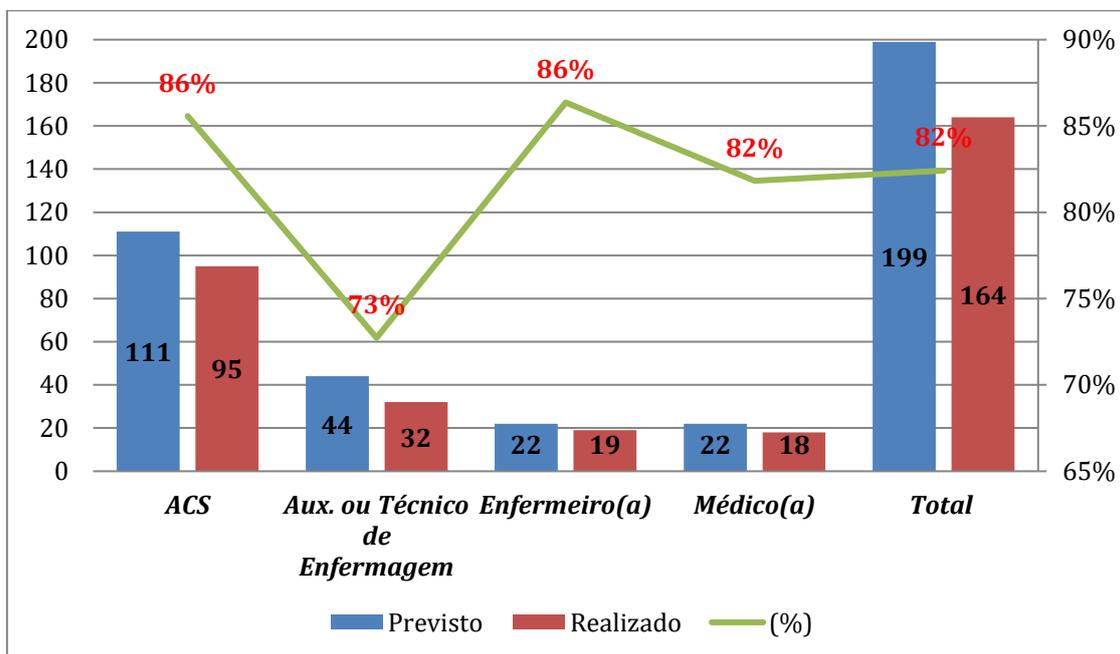
8 RESULTADOS

A pesquisa foi realizada em 4 (quatro) UBS do Município de Diadema (SP), cuja cobertura populacional total por ESF aproxima-se de 100%: 2 (duas) UBS com 4 (quatro) ESF e 2 (duas) UBS com 7 (sete) ESF, ou seja, serviços de médio e grande portes. Totalizaram-se 5.412 (cinco mil quatrocentas e doze) respostas individuais e procedeu-se ao agrupamento dos dados para o desenvolvimento das análises, conforme a proposta metodológica desenvolvida e validade para esta pesquisa, qual seja, a construção da Matriz de Análise.

Tabela 1 – Total de profissionais, por categoria e UBS, que responderam ao questionário. Diadema (SP), período compreendido entre 04/11 e 13/12/2019

CATEGORIA	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE				Total geral
	ABC	Inamar	Nogueira	Serraria	
ACS	18	27	20	30	95
Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem	7	8	8	9	32
Enfermeiro	3	7	2	7	19
Médico	3	7	2	6	18
Total geral	31	49	32	52	164

Gráfico 1 – Percentual de respostas, por categoria profissional. Diadema (SP), período compreendido entre 04/11 e 13/12/2019



O questionário ficou disponível para as respostas entre os dias 04/11 e 13/12/2019, totalizando 40 (quarenta) dias e, neste período, 164 profissionais participaram: 95 (noventa e cinco) Agentes Comunitários de Saúde, 32 (trinta e dois) Técnicos ou Auxiliares de Enfermagem, 19 (dezenove) Enfermeiros e 18 (dezoito) Médicos. Os questionários foram identificados por números que traduziam distintas Equipes (Equipe I (um), Equipe II (dois), Equipe III (três) e assim por diante), e categorias (ACS I (um), ACS II (dois) e assim por diante), garantindo o anonimato dos profissionais participantes.

Ressalta-se que o questionário consubstanciou importante ferramenta de análise objetiva, pois revelou dados inequívocos, a partir da aplicação de questões que estão atreladas a processos instituídos no cotidiano do trabalho, sem subjetividades.

8.1 Matriz de Análise

Conforme objetivo específico e metodologia desta pesquisa elaborou-se um quadro esquemático denominado “Matriz de Análise” que permitiu observar todos os resultados, de maneira clara e inteligível, condição proporcionada pelo esquema e padrão de cores utilizado, destacando-se a baixa efetividade na cor vermelha, a moderada efetividade na cor amarela e a alta efetividade na cor verde.

Quadro 3 - Matriz de Análise

EIXOS	RESP.	UBS ABC				UBS INAMAR							UBS NOGUEIRA				UBS SERRARIA								
		ESF I	ESF II	ESF III	ESF IV	ESF I	ESF II	ESF III	ESF IV	ESF V	ESF VI	ESF VII	ESF I	ESF II	ESF III	ESF IV	ESF I	ESF II	ESF III	ESF IV	ESF V	ESF VI	ESF VII		
Eixo I - Organização do Processo de Trabalho em Equipe	Q1	7,5	6,0	7,0	6,5	8,0	7,0	10,0	8,5	10,0	7,5	8,5	8,0	7,0	9,0	8,0	7,0	10,0	7,0	9,0	7,0	9,0	7,0	5,0	8,0
	Q2	7,5	6,0	3,0	2,0	7,0	4,0	9,0	8,0	10,0	5,5	9,0	9,0	5,0	7,0	8,0	8,0	7,0	8,0	10,0	10,0	9,0	9,0	9,0	
	Q3	7,0	5,5	8,0	8,0	7,0	6,5	10,0	8,0	9,0	8,0	7,0	8,0	8,0	8,0	5,5	7,0	2,0	6,0	8,0	8,0	7,0	7,5	7,5	
	Q4	10,0	9,0	10,0	9,5	10,0	9,0	10,0	9,0	10,0	10,0	10,0	10,0	9,0	8,5	8,5	10,0	10,0	9,0	10,0	10,0	10,0	9,0	10,0	10,0
	Q5	8,5	8,5	10,0	9,5	10,0	9,0	10,0	10,0	10,0	8,5	9,0	10,0	9,0	10,0	9,5	8,0	7,0	8,0	9,0	8,0	10,0	10,0	10,0	10,0
	Q6	10,0	8,5	10,0	9,5	9,0	10,0	10,0	9,0	10,0	9,0	10,0	10,0	8,0	10,0	9,5	10,0	10,0	8,0	10,0	10,0	9,0	9,0	10,0	10,0
	Q7	8,0	8,5	9,0	9,0	8,0	9,0	10,0	8,5	10,0	7,5	9,0	9,0	8,0	9,5	8,0	8,0	8,0	7,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0
	Q8	8,0	6,0	8,0	8,0	7,0	9,0	10,0	10,0	9,0	7,0	9,5	8,0	7,0	8,0	7,5	8,0	10,0	8,0	8,0	6,0	8,0	8,0	8,0	8,0
	Q9	8,0	5,5	8,0	7,5	8,0	8,0	9,0	8,5	9,0	7,0	9,0	8,0	7,0	8,5	8,0	8,0	8,0	7,0	9,0	8,5	8,0	8,0	8,0	8,0
Eixo II - Planejamento da Equipe	Q10	8,0	5,5	8,0	8,0	7,0	8,0	9,0	8,5	9,0	7,5	9,0	8,0	7,0	9,0	9,0	8,0	9,0	7,0	8,0	8,0	9,0	9,0	9,5	9,5
	Q11	7,5	8,0	8,0	8,0	6,0	8,5	7,0	7,5	8,0	7,0	8,5	9,0	7,0	8,0	9,0	8,0	2,0	7,0	8,0	7,5	7,0	10,0	10,0	10,0
	Q12	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	9,0	8,0	8,0	9,0	8,0	8,5	9,0	5,0	9,5	8,0	7,0	10,0	8,0	7,0	9,5	8,0	9,0	9,0	9,0
	Q13	8,0	7,5	8,0	8,5	8,0	8,5	10,0	8,0	10,0	8,0	9,0	10,0	7,0	9,5	8,5	8,0	10,0	8,0	8,0	8,0	9,0	9,0	8,5	8,5
	Q14	8,0	8,0	9,0	10,0	9,0	10,0	10,0	10,0	10,0	9,5	10,0	10,0	9,0	10,0	10,0	8,0	10,0	8,0	10,0	9,5	9,0	9,5	9,5	9,5
	Q15	9,0	5,0	8,0	6,5	8,0	8,5	9,0	10,0	9,0	8,5	9,0	8,0	8,0	10,0	8,5	6,0	10,0	7,0	8,0	8,0	8,0	8,0	10,0	10,0
	Q16	8,5	5,5	7,0	6,5	7,0	9,0	8,0	9,5	10,0	8,0	8,5	8,0	8,0	9,0	8,0	6,0	9,5	7,0	8,0	7,0	8,0	8,0	9,0	9,0
	Q17	9,0	6,0	8,0	6,5	8,0	8,5	10,0	10,0	10,0	8,0	9,0	9,0	8,0	8,5	9,0	7,0	10,0	7,0	10,0	8,0	8,0	8,0	10,0	10,0
Eixo III - Processo de Trabalho e Gestão do Cuidado em Equipe	Q18	8,0	8,5	8,0	8,5	8,0	9,5	10,0	10,0	10,0	8,0	9,0	9,0	8,0	9,0	8,0	8,0	10,0	8,0	10,0	9,0	8,0	8,0	8,0	8,0
	Q19	7,5	5,0	7,0	5,5	7,0	7,5	5,0	8,0	7,0	6,5	8,0	7,0	7,0	8,0	7,0	6,0	8,0	7,0	8,0	7,0	5,0	6,5	6,5	6,5
	Q20	8,0	8,0	7,0	7,0	6,0	6,0	6,0	6,5	8,0	6,0	7,0	7,0	6,0	8,5	7,0	5,0	2,0	6,0	9,0	7,0	4,0	5,0	5,0	5,0
	Q21	9,0	9,5	8,0	8,0	6,0	8,0	9,0	8,5	8,0	8,0	8,0	9,0	8,0	9,0	9,0	7,0	10,0	7,0	9,0	7,0	7,0	9,5	9,5	9,5
	Q22	8,5	9,0	9,0	9,0	8,0	10,0	10,0	10,0	10,0	9,0	8,5	10,0	8,0	10,0	9,0	9,0	10,0	8,0	9,0	9,0	9,0	8,0	10,0	10,0
	Q23	9,0	9,5	8,0	8,5	8,0	10,0	10,0	10,0	10,0	8,5	10,0	10,0	8,0	9,5	9,5	9,0	10,0	8,0	9,0	8,0	9,0	9,0	10,0	10,0
	Q24	9,5	8,0	8,0	8,0	8,0	8,5	9,0	10,0	10,0	8,0	7,5	9,0	8,0	10,0	8,0	9,0	10,0	7,0	9,0	8,0	9,0	9,5	9,5	9,5
	Q25	8,5	8,0	8,0	8,0	7,0	9,0	9,0	9,0	8,0	8,0	8,5	9,0	8,0	9,0	8,0	8,0	9,5	7,0	9,0	7,0	8,0	7,5	7,5	7,5
	Q26	7,5	8,0	5,0	6,5	7,0	8,5	9,0	7,5	9,0	7,5	8,0	8,0	4,0	6,5	7,5	6,0	2,0	5,0	8,0	8,0	4,0	8,0	8,0	8,0
	Q27	8,0	7,5	8,0	5,5	5,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	7,5	9,0	5,0	7,5	7,0	8,0	8,5	5,0	7,0	10,0	6,0	10,0	10,0	10,0
	Q28	7,0	7,0	7,0	2,0	7,0	7,0	8,0	7,0	8,0	7,0	8,0	8,0	6,0	7,0	7,5	5,0	10,0	5,0	6,0	7,5	6,0	9,0	9,0	9,0
Q29	8,0	6,0	7,0	2,0	5,0	7,5	8,0	7,0	8,0	7,0	8,0	8,0	7,0	9,0	7,5	5,0	7,5	5,0	7,0	7,0	7,0	7,0	9,5	9,5	
Eixo IV - Avaliação	Q30	10,0	8,5	10,0	9,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	9,0	9,5	10,0	8,0	10,0	9,0	10,0	10,0	9,0	10,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0
	Q31	8,0	6,0	8,0	6,0	7,0	8,0	7,0	9,0	8,0	7,0	8,0	9,0	8,0	7,5	8,0	7,0	9,5	7,0	8,0	7,5	7,0	7,0	7,0	7,0
	Q32	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	10,0	10,0	9,0	10,0	9,5	9,0	9,0	8,0	9,5	8,5	8,0	9,0	8,0	9,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0
	Q33	8,0	8,5	7,0	7,0	7,0	7,5	9,0	7,5	9,0	7,0	8,0	9,0	7,0	8,5	8,0	8,0	7,0	7,0	8,0	7,5	8,0	8,0	9,0	9,0

A observação da Matriz de Análise, em rápida leitura visual, apontou que em todos os eixos houve predomínio da cor verde, ou seja, as Equipes que participaram da Pesquisa entenderam e consideraram que a maioria dos processos de trabalho estruturados e desenvolvidos em equipe foram efetivos (alta efetividade). Porém, observaram-se sinais de alerta destacados em amarelo (moderada efetividade) e em vermelho (baixa efetividade) que podem traduzir importantes indicativos de desestruturação do processo instituído em equipe.

Tabela 2 – Número absoluto e percentual por UBS de alta efetividade (verde), moderada (amarelo) e baixa efetividade (vermelho), obtidos a partir da análise da matriz.

UBS	Verde		Amarelo		Vermelho		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
ABC	87	8,2	41	3,9	4	0,4	132	12,5
Inamar	178	19,3	53	5,7	0	0,0	231	25,0
Nogueira	102	9,7	30	2,8	0	0,0	132	12,5
Serraria	158	17,1	69	7,5	4	0,4	231	25,0
Total	525	72,3	193	26,6	8	1,1	726	100,0

A tabela 2 demonstra a totalização das respostas das questões por números absolutos (medianas) e respectivos percentuais: o total de 726 questões que corresponde a 100%, 525 representa 72,3% das questões que obtiveram alta efetividade (verde), 193 ou 26,6%, moderada efetividade (amarelo) e 8 questões ou 1,1%, baixa efetividade (vermelho).

Há diversas possibilidades de análises da Matriz, tanto na orientação horizontal, analisando-se os eixos e questões a partir das respostas das ESF, quanto na orientação vertical, que permite avaliar o conjunto das ESF, mediante suas respostas às questões.

Iniciou-se, aqui, pela orientação horizontal. Analisou-se, para cada questão, o percentual de ESF em cada nível do indicador (baixa, moderada e alta efetividade) e organizou-se as questões por aquelas que apresentaram o

maior percentual de ESF com alta efetividade e pode-se expressar o resultado apresentado na Quadro 4.

Quadro 4 – Análise horizontal da matriz de análise, considerando baixa, moderada e alta efetividade e respectivos percentuais

EIXOS	RESP.	Número de ESFs baixa efetividade	Número de ESFs moderada efetividade	Número de ESFs alta efetividade	% de ESFs baixa efetividade	% de ESFs moderada efetividade	% de ESFs alta efetividade
EIXO 1	Q.4	0	0	22	0%	0%	100%
EIXO 1	Q.6	0	0	22	0%	0%	100%
EIXO 2	Q.14	0	0	22	0%	0%	100%
EIXO 3	Q.18	0	0	22	0%	0%	100%
EIXO 3	Q.22	0	0	22	0%	0%	100%
EIXO 3	Q.23	0	0	22	0%	0%	100%
EIXO 4	Q.30	0	0	22	0%	0%	100%
EIXO 4	Q.32	0	0	22	0%	0%	100%
EIXO 1	Q.5	0	1	21	0%	5%	95%
EIXO 1	Q.7	0	2	20	0%	9%	91%
EIXO 2	Q.13	0	2	20	0%	9%	91%
EIXO 3	Q.24	0	2	20	0%	9%	91%
EIXO 2	Q.12	0	3	19	0%	14%	86%
EIXO 2	Q.15	0	4	18	0%	18%	82%
EIXO 2	Q.17	0	4	18	0%	18%	82%
EIXO 3	Q.25	0	4	18	0%	18%	82%
EIXO 1	Q.9	0	5	17	0%	23%	77%
EIXO 2	Q.10	0	5	17	0%	23%	77%
EIXO 3	Q.21	0	5	17	0%	23%	77%
EIXO 1	Q.8	0	6	16	0%	27%	73%
EIXO 2	Q.16	0	7	15	0%	32%	68%
EIXO 1	Q.2	2	8	12	9%	36%	55%
EIXO 2	Q.11	1	9	12	5%	41%	55%
EIXO 3	Q.27	0	10	12	0%	45%	55%
EIXO 4	Q.33	0	10	12	0%	45%	55%
EIXO 1	Q.1	0	11	11	0%	50%	50%
EIXO 1	Q.3	1	10	11	5%	45%	50%
EIXO 4	Q.31	0	11	11	0%	50%	50%
EIXO 3	Q.26	1	12	9	5%	55%	41%
EIXO 3	Q.29	1	14	7	5%	64%	32%
EIXO 3	Q.28	1	15	6	5%	68%	27%
EIXO 3	Q.19	0	17	5	0%	77%	23%
EIXO 3	Q.20	1	16	5	5%	73%	23%

Por meio da análise da ordenação apresentada no Quadro 4, observou-se que é alto o número de questões nas quais a maioria das ESF obteve alta efetividade. Definiu-se uma linha de corte para as questões que apresentaram 70% ou mais de ESF com alta efetividade, opção do pesquisador dentre outras muitas possibilidades de recortes, e encontraram-se 20 questões do total de 33. Identificou-se, ainda, que nestas 20 questões o percentual de ESF com baixa efetividade foi zero. Assim, o percentual complementar de ESF (30% ou menos) apresentou, sempre, moderada efetividade nestes quesitos.

A fim de facilitar a apresentação dos resultados, este grupo de 20 questões foi denominado Grupo 1 e foi composto por Q.4, Q.5, Q.6, Q.7, Q.8, Q.9, Q.10, Q.12, Q.13, Q.14, Q.15, Q.17, Q.18, Q.21, Q.22, Q.23, Q.24, Q.25, Q.30 e Q.32.

As demais 13 questões, ou seja, aquelas cujo percentual de ESF com alta efetividade foi menor que 70% puderam, mediante observação do quadro 4, serem divididas, por sua vez, em dois grupos: um onde não houve ocorrência de baixa efetividade e outro no qual esta ocorreu. Ao primeiro, denominou-se Grupo 2, composto por Q.1, Q.16, Q.19, Q.27, Q.31 e Q.33, e ao segundo, Grupo 3, composto por Q.2, Q.3, Q.11, Q.20, Q.26, Q.28 e Q.29.

Considerando-se que a Matriz de Análise pretende instrumentalizar os gestores para a ação, também objetivo específico desta pesquisa, e que todo o esforço de gestão, por definição, necessita priorizar suas ações mediante a escassez de recursos de toda ordem, o Grupo 3 de questões é aquele sobre os quais os gestores deverão debruçaram-se com maior urgência. Além do menor percentual de ESF com alta efetividade, houve a ocorrência da baixa efetividade, o que foi entendido como um grande sinal de alerta.

Entre os Grupos 1 e 2 de questões é o Grupo 2 que merecerá o segundo esforço prioritário dos gestores pois, ainda que não tenha ocorrido a baixa efetividade, 30% a 70% das ESF apresentaram moderada efetividade, implicando em maior risco de piora para uma baixa efetividade ou em oportunidade de melhoria para uma alta efetividade, a depender da ação ou omissão do gestor.

O Grupo 1, por fim, que envolveu 20 questões, é o que demandará menor atenção do gestor, devendo ser entendido, apenas, como uma oportunidade de aprimoramento, daquilo que já apresentou resultados bastante satisfatórios.

Partiu-se para a observação vertical da Matriz de Análise e analisou-se, para cada ESF, o percentual de questões em cada nível do indicador (baixa, moderada e alta efetividade) e, organizando-se as ESF por aquelas que apresentaram o maior percentual de questões com alta efetividade, encontrou-se o resultado apresentado no Quadro 5.

Quadro 5 – Análise Vertical da matriz de análise, considerando baixa, moderada e alta efetividade e respectivos percentuais

UBS	ESF.	Número de questões baixa efetividade	Número de questões moderada efetividade	Número de questões alta efetividade	% de questões baixa efetividade	% de questões moderada efetividade	% de questões alta efetividade
UBS INAMAR	ESF III	0	9	24	0%	27%	73%
UBS INAMAR	ESF V	0	9	24	0%	27%	73%
UBS NOGUEIRA	ESF III	0	9	24	0%	27%	73%
UBS INAMAR	ESF VII	0	11	22	0%	33%	67%
UBS SERRARIA	ESF II	4	7	22	12%	21%	67%
UBS SERRARIA	ESF VII	0	11	22	0%	33%	67%
UBS INAMAR	ESF IV	0	12	21	0%	36%	64%
UBS NOGUEIRA	ESF I	0	12	21	0%	36%	64%
UBS INAMAR	ESF II	0	13	20	0%	39%	61%
UBS SERRARIA	ESF IV	0	15	18	0%	45%	55%
UBS NOGUEIRA	ESF IV	0	19	14	0%	58%	42%
UBS ABC	ESF I	0	21	12	0%	64%	36%
UBS SERRARIA	ESF V	0	22	11	0%	67%	33%
UBS SERRARIA	ESF VI	0	22	11	0%	67%	33%
UBS ABC	ESF II	0	23	10	0%	70%	30%
UBS ABC	ESF IV	3	20	10	9%	61%	30%
UBS INAMAR	ESF VI	0	24	9	0%	73%	27%
UBS ABC	ESF III	1	25	7	3%	76%	21%
UBS SERRARIA	ESF I	0	27	6	0%	82%	18%
UBS INAMAR	ESF I	0	28	5	0%	85%	15%
UBS NOGUEIRA	ESF II	0	30	3	0%	91%	9%
UBS SERRARIA	ESF III	0	31	2	0%	94%	6%

Lançou-se mão, mais uma vez, de uma linha de corte – escolha do pesquisador para mais uma possibilidade de análise, a partir da Matriz – e separou-se o conjunto de ESF entre aquelas que possuíam mais de 50% de questões com alta efetividade, denominado Grupo 1 e as que não as possuíam, Grupo 2. No primeiro grupo, uma ESF (UBS Serraria/ESF II) destacou-se por apresentar o maior percentual de questões com baixa efetividade. Por sua particularidade foi classificada como Grupo 3. Lembra-se que a classificação em Grupos pretendeu, apenas, facilitar a análise dos resultados, evitando-se repetidas descrições.

No Grupo 2, onde as ESF caracterizaram-se por menos de 50% das questões com alta efetividade, duas ESF também apresentaram ocorrência de baixa efetividade (UBS ABC/ESF III, UBS ABC/ESF IV) e, por essa particularidade, classificaram-se como Grupo 4.

Novamente, considerando-se a necessidade de priorização de ações pelo gestor, garantindo-se a otimização da relação entre resultados obtidos e potenciais recursos a serem empregados, os Grupos 3 e 4 são aqueles que

demandarão os esforços mais urgentes da gestão. O Grupo 3, apesar do alto número de questões com alta efetividade, apresenta, também, elevada ocorrência de baixa efetividade. Aí podem estar ESF onde poucos quesitos ruins interferem, negativamente, na grande quantidade de quesitos satisfatórios. Os esforços de gestão futuramente despendidos com ESF do Grupo 3, portanto, poderão resultar em equipes excelentes pela superação de poucos quesitos deficientes.

No Grupo 4, também encontraram-se ESF que demandarão ações de gestão urgentes, uma vez que, com menor ocorrência de alta efetividade, não se destacaram por aspectos positivos, e ainda apresentaram quesitos com baixa efetividade. As ações futuramente realizadas, nestas equipes, deverão, assim, reverter a baixa efetividade, prioritariamente, e contribuir para o aumento da alta efetividade.

Ainda sob a ordem das prioridades para a gestão estarão as ESF do Grupo 2, onde não houve ocorrência de baixa efetividade, mas, foi menor a ocorrência de alta efetividade. Revelou-se um conjunto de equipes sem urgência de ação futura sob a responsabilidade da gestão, entretanto, trata-se do conjunto de ESF com elevado potencial de melhoria em todos os quesitos que poderão saltar de moderada para alta efetividade.

Por fim, as ESF do Grupo 1 onde não houve ocorrência de baixa efetividade e notou-se elevada ocorrência de alta efetividade: deverão ser consideradas, pela gestão, como oportunidades de aprimoramento, mediante ações ainda menos urgentes.

A Matriz de Análise também permitiu o estudo por eixos. Observando-se a ocorrência de questões com baixa efetividade, em pelo menos uma das ESF, foi possível apresentar os dados dispostos na Tabela 2 que foram analisados nos seus extremos: Eixos III e IV, enquanto mais uma opção do pesquisador, dentre as muitas possíveis neste escopo analítico, a partir da Matriz de Análise.

Tabela 3 – Número de questões com pelo menos uma ocorrência de baixa efetividade, segundo eixos da pesquisas e respectivos percentuais

Eixo	Número de questões com pelo menos uma ocorrência de baixa efetividade	Número total de questões	% de ocorrência de baixa efetividade
Eixo I	2	9	22%
Eixo II	1	8	13%
Eixo III	4	12	33%
Eixo IV	0	4	0%

O Eixo III (Processo de Trabalho e Gestão do Cuidado) apresentou o mais alto percentual de baixa efetividade, ou seja, 33%. Neste eixo estavam contidas as seguintes questões: Q.20 – desenvolvimento, monitoramento e/ou ações para coibir o absenteísmo; Q.26 – fragilidade do processo da Educação Permanente; Q.28 – utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS); e a Q.29 – elaboração do PTS, pelas ESF, em conjunto com o NASF. As insuficiências traduzidas, neste eixo, demandarão importantes ações de gestão, considerando-se a complexidade que encerram e todo o esforço multidisciplinar que deverá ser despendido para mitigá-las.

O Eixo IV, noutro extremo (questões 30 a 33), com 0% de baixa efetividade, não foi atrelado, diretamente, aos processos de trabalho estruturados em equipe. Este Eixo referiu-se a questões elaboradas para avaliar como as equipes se compreendem enquanto um coletivo, se há o entendimento que o espaço da reunião é o lócus privilegiado para o fortalecimento da equipe, sobretudo no que se refere ao desenvolvimento da Educação Permanente e se há alguma forma de monitoramento de todos os processos, como um todo.

Estas questões (30 a 33) traduziram, de forma subjetiva, a segurança das equipes para lidarem com as diversas situações e necessidades inerentes à prática diária, sejam elas do processo formal de organização e do planejamento coletivo ou contato direto com os usuários. Destacaram-se pelo predomínio da cor verde e poucas manchas amarelas, condições que foram observadas na totalidade das unidades pesquisadas, o que refletiu preparo das

suas ESF, nestes quesitos, e movimento futuro de gestão apontando para a manutenção e qualificação destes pressupostos.

Outra forma possível de apuração e análise de resultados e consequente indicação de prioridades de intervenção para a gestão municipal da saúde, dentre as inúmeras possibilidades oferecidas pela Matriz de Análise, consistiu na definição de uma linha de corte nos Eixos I, II e III que trataram do processo de trabalho estruturado em equipe. Estabeleceu-se “sinal de alerta” (cores amarela e vermelha), quando 50% ou mais das respostas, em determinado quesito e nas distintas unidades pesquisadas, resultaram em moderada ou baixa efetividade: outra opção de análise sob a escolha do pesquisador, com relevância para a gestão.

Quadro 6 – Prioridades de intervenção para a gestão municipal da saúde, segundo unidades pesquisadas e por Eixos de análises

EIXO	ABC	SERRARIA	NOGUEIRA	INAMAR
I	Q1	Q1	Q2	Q2
	Q2	Q3		Q8
	Q3		Q9	
	Q9			
II	Q15	Q11		Q11
	Q16			
	Q17			
III	Q19	Q19	Q19	Q19
	Q20	Q20	Q20	Q20
		Q21		
	Q26	Q26	Q26	
	Q27		Q27	
	Q28	Q28	Q28	Q28
	Q29	Q29	Q29	Q29

Da cor vermelha para a azul, esta última traduzindo unidade com alta efetividade no trabalho desenvolvido em equipe, portanto, não prioritária para as intervenções da gestão, propõe-se um ordenamento, qual seja: prioridade 1 – UBS ABC (mais respostas apontando baixa efetividade); prioridade 2 – UBS

Serraria (mais respostas apontando moderada efetividade); e prioridade 3 – UBS Nogueira (mais respostas apontando alta efetividade) e; UBS Inamar (não prioritária).

Esta análise envolveu, considerando os distintos Eixos de pesquisa, o seguinte conjunto de questões:

Eixo I – Organização do Trabalho em Equipe: Q.1 – reunião de equipe com a presença de todos os seus componentes; Q.2 – horas semanais destinadas para a realização da reunião de equipe; Q.3 – adiamentos das reuniões, em cada mês; Q.8 – processo de comunicação claro e sem ruídos; e Q.9 – *feedback* para realinhar as condutas e posturas individuais;

Eixo II – Planejamento da Equipe: Q.11 – acesso a uma base ou fonte de informação oficial sobre o que é produzido pelas equipes; Q.15 – participação do NASF na reunião de equipe; Q.16 – planejamento e desencadeamento de ações conjuntas ESF/NASF; e Q.17 – definição, na agenda, das consultas e visitas domiciliares compartilhadas (ESF/NASF);

Eixo III – Processo de Trabalho e Gestão do Cuidado: Q.19 – utilização de ferramentas da gestão da clínica; Q.20 – desenvolvimento, monitoramento e/ou ações para coibir o absenteísmo; Q.21 – desencadeamento de ações de promoção e prevenção à saúde no território; Q.26 – falta do desenvolvimento do processo da Educação permanente; Q.27 – ouvidorias consideradas e avaliadas como necessárias para a correção dos processos; Q.28 – utilização do projeto terapêutico singular (PTS); e Q.29 – PTS e sua elaboração em conjunto com o NASF.

Afloraram-se inquietações que serão compartilhadas com a gestão municipal da saúde, acerca das potenciais fragilidades das ESF, a partir desta análise: o Eixo I, por exemplo, encerrou questões consideradas pilares de sustentação do processo coletivo, servindo para embasar as demais etapas, como o planejamento, os distintos processos de trabalho e a gestão do cuidado.

9 DISCUSSÃO

No cenário de um Mestrado Profissional pretendeu-se realizar uma pesquisa, cujo instrumento de investigação (questionário) e, neste caso, a Matriz de Análise que agrupou os resultados, fizessem sentido para a gestão e que pudessem ser utilizados, num futuro próximo, como ferramentas de monitoramento e avaliação do conjunto das ESF da Rede de Atenção Básica do município de Diadema, no escopo do aprimoramento e da qualificação do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família.

O Mestrado Profissional consubstancia potente alternativa, enquanto oferta de curso de pós-graduação para a Educação Permanente, objetivando ciclos de processos de capacitações de profissionais para a consolidação do SUS, bem como, no cenário dos resultados, a perenidade de projetos com potencial de transformação da realidade. Almeja, também, a valorização da força de trabalho inserida nos serviços, a exigência de integração real entre academia e serviços e o incentivo à busca de objetos de estudo que tem origem no mundo do trabalho e para lá retornam como conhecimento construído (SAUPE & WENDHAUSEN, 2005).

Os resultados obtidos nesta pesquisa, por meio da aplicação dos questionários (*online*), traduzidos na consolidação das respostas individuais e nos cálculos das medianas – por equipes – com resultados retratados na Matriz de Análise propiciaram um diagnóstico do trabalho das ESF, definindo-se, a partir dos escores atribuídos, o grau de efetividade de uma cada delas para processos de trabalho estruturados em equipe.

A principal intencionalidade desta pesquisa foi revelar o imbricamento e a força do trabalho multidisciplinar na ESF, bem como aferir a competência dos seus componentes para o trabalho em equipe, cujo objetivo encerra a assistência e o cuidado às famílias, nos distintos territórios das unidades de Atenção Básica. Buscou-se fazer aflorar, a partir das respostas ao questionário, a vocação multiprofissional da ESF que deve fundamentar-se no conceito ampliado de saúde, como resultante de diferentes aspectos que influenciam o processo de viver das pessoas. Enquanto resultado e interpretação secundária,

observou-se a potencialidade do princípio da integralidade da assistência que suscita a necessidade de múltiplos conhecimentos originários de várias áreas, como exorta o modelo de “Vigilância da Saúde” proposto por Teixeira et al. (1998).

Os resultados desta pesquisa também possibilitarão indicativos aos gestores e aos próprios profissionais das equipes para debates, reflexões e principalmente avaliações, objetivando a qualificação dos processos de trabalhos das equipes, conforme as distintas fragilidades que foram traduzidas na Matriz de Análise. Será possível fortalecer, por meio da Educação Permanente das equipes, os processos de trabalho que deverão ser desenvolvidos e constituídos de forma multidisciplinar/coletiva, no cotidiano da prática e atuação neste modelo de cuidado na Atenção Básica. O estudo ficará à disposição da SMS que, conforme interesse, poderá ampliar o escopo para as demais UBS do município e adaptá-lo, conforme outras necessidades.

No médio prazo, o instrumento de pesquisa (questionário) poderá ser adaptado em aplicativo eletrônico de escolha, constituindo-se uma ferramenta permanente de avaliação, sob a responsabilidade dos gestores, ou mesmo para a autoavaliação dos processos de trabalho, sob a responsabilidade das próprias ESF, considerando ser método eficaz, seguro e rápido de aplicação. Também poderá ser adaptado, incluindo-se novas questões, para pesquisas que envolvam outras categorias profissionais, ampliando-se, assim, as possibilidades de análises. Na mesma perspectiva, a Matriz de Análise que concatenou resultados quantitativos e qualitativos, produtos desta pesquisa, poderá consubstanciar instrumento importante para processos de monitoramento e avaliação das ESF, no curto prazo: legados do Mestrado Profissional para a gestão.

Importante apontar que a dicotomia, ortodoxamente apontada e em rigor de pesquisa, entre métodos quantitativos e qualitativos vem perdendo espaço e força no mundo acadêmico. Métodos combinados, quali quantitativos, são cada vez mais presentes na análise social. No contexto da avaliação das políticas e programas públicos essa combinação é não só presente, mas fortemente necessária na maioria dos casos, como impuseram-se nesta investigação (BROUSSELLE et al, 2011).

A Matriz de Análise destacou potencialidades e fragilidades no processo de trabalho das ESF e poderá indicar, se utilizada para tanto, sinais de alertas para os gestores da SMS, de maneira bastante simplificada e inteligível, para todas as respostas às questões que merecerão atenção, simplesmente num “bater de olhos”, pois traduziu todos os resultados das ESF numa tábua de análise por eixos, questões, equipes e UBS.

Segundo BROUSSELLE *et al* (2011), a Matriz de Análise, no escopo das investigações quali-quantitativas, consubstancia ferramenta que auxilia a equipe responsável pela gestão de um projeto de avaliação a ter, de forma visual e sintética, uma rápida perspectiva dos vários elementos que constituem e fundamentam o trabalho que está sendo desenvolvido e investigado.

Necessário considerar os potenciais usuários desta ferramenta, neste caso os gestores da SMS, e os possíveis usos que farão do resultado gerado por esta pesquisa. Enquanto devolutiva ao serviço, a Matriz de Análise permitirá descrever – de forma sintética – as questões avaliativas mais pertinentes, de forma a satisfazer as expectativas de uso destes interessados. Assim como modelos lógicos fornecem uma visão sintética de distintos Programas, sobretudo no corolário das Políticas Públicas, a Matriz de Análise fornece uma visão sintética do projeto de avaliação.

Na literatura não foi identificado nenhum questionário, traduzido numa Matriz de Análise, cujo escopo estivesse baseado na avaliação de processos de trabalho de ESF estruturados, ou não, na concepção de equipe, portanto, as potenciais comparações ficaram prejudicadas nesta discussão.

A comparação com os ditames do extinto Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), especificamente com o seu respectivo instrumento de coleta de dados (Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB - AMAQ), não é possível de ser realizada, pois o PMAQ propunha-se a avaliar Programas e Temáticas (Saúde da Mulher, da Criança, entre outros), bem como a responsabilidade da gestão nestes processos, incluindo questões relacionadas à infraestrutura das unidades de Atenção Básica (BRASIL, 2012).

No caso específico desta pesquisa, o questionário serviu para avaliar, somente, a potencialidade do trabalho coletivo/em equipe na ESF. Apesar de a graduação do instrumento do PMAQ, no âmbito dos resultados possíveis, também variar de 0 a 10, apontando certa semelhança metodológica com esta pesquisa, a computação da nota final revela números absolutos que traduzem equipes com classificações que variam do insatisfatório para o muito satisfatório, dependendo das respostas consideradas pela equipe de AB. No PMAQ também são consideradas as avaliações dos usuários, condição inexistente no desenho metodológico desta pesquisa.

Os resultados poderão orientar caminhos, bem como indicarão para os gestores ou para as próprias equipes as distintas necessidades de revisões de algumas práticas. As evidências têm demonstrado, sobretudo em atividades multiprofissionais, a relevância do trabalho em equipe, pois, se não efetivo, mormente na Atenção Básica, poderá enfraquecer os atributos essenciais e derivados que orientam esta Rede de Atenção à Saúde.

10 CONCLUSÃO

As etapas propostas para o desenvolvimento desta pesquisa foram cumpridas com êxito, bem como alcançaram-se os produtos/resultados declarados nos objetivos geral e específicos. Optou-se, enquanto tabulação de resultados, por recortes selecionados, dentre muitos outros possíveis, a partir da utilização da Matriz de Análise. Ressalta-se que a gestão, diferentemente das opções do pesquisador, poderá realizar outros tantos cruzamentos de dados, conforme suas necessidades avaliativas futuras.

É importante destacar que esta pesquisa, envolvendo número expressivo de profissionais e de questões só foi possível, em tempo hábil, considerando o envolvimento técnico dos gerentes das unidades e dos apoiadores institucionais da Atenção Básica que viabilizaram a organização e o preparo dos serviços e equipes, bem como pela facilidade da aplicação do instrumento online: utilização de tecnologia/ferramenta virtual (*Google Docs*) e uso da internet. A tecnologia de apoio utilizada previu a condensação

automática dos dados, o que não seria possível se o instrumento fosse respondido manualmente, sem contar o número volumoso de questões. Não se pretendeu avaliar a atuação individual ou por categorias profissionais, porém, algumas análises foram incluídas para entender o comportamento e os processos instituídos em equipe, a partir da contribuição das diferentes categorias profissionais.

A despeito do curto prazo de tempo para a realização/aplicação do questionário pode-se observar grande adesão dos profissionais das equipes, incluindo a declaração do seu sentido e pertinência, na medida em que a ferramenta possibilitou desenvolver diferentes análises e também poderá ser utilizada para um processo contínuo de monitoramento e avaliação dos processos de trabalho das Equipes Saúde da Família.

Importante destacar que o grupo de gestores definiu que o desenvolvimento de outras ações e medidas decorrentes dos resultados desta pesquisa, como, por exemplo, a realização de capacitações no escopo da Educação Permanente das ESF, bem como a qualificação do apoio institucional que objetiva o acompanhamento mais próximo da atuação das equipes para o desenvolvimento de autonomias, será de responsabilidade exclusiva da SMS de Diadema, sem a intervenção do pesquisador.

Por fim, declara-se que os objetivos específicos da elaboração e validação do questionário e a construção da Matriz de Análise, enquanto legados do Mestrado Profissional para a SMS de Diadema, foram cumpridos com bastante êxito, considerando os recortes de análises que foram realizados, a partir de cruzamentos específicos de dados da Matriz, traduzindo quase que “testes de conceitos” dos referidos instrumentos.

Sob o ponto de vista da atuação das ESF, os resultados demonstraram alta efetividade dos processos de trabalho estruturados em equipe, condição que atesta os esforços da gestão municipal da saúde na qualificação constante de sua Rede de Atenção Básica.

11 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. N. **Intersectorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto.** Revista de Administração Pública 2000; 34(b): 11-34.

ALVES, M.; Penna, C. M. M.; Brito, M. J. **O trabalho do gerente no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde,** 2004.

BRASIL. **Lei Federal no 8.080,** de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990.

BRASIL. **X Conferência Nacional de Saúde** [relatório final]. Brasília; set. 1996.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, disponível em: [www/censo2010.ibge.gov.br/sinopseporsetores/?nivel=st](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopseporsetores/?nivel=st), 2010, acessado em dezembro de 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica - PNAB.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica, **Política Nacional de Atenção Básica,** Brasília – DF, 2017.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):** manual instrutivo. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da Unidade de Saúde da Família.** Brasília: MS, 2000(a).

BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTRANDRIOPOULOS, A-P. & HARTZ, Z. 2011. **Avaliação - conceitos e métodos.** Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, 2011.

CAMPOS, G. W. S. **Considerações sobre a arte da ciência da mudança: revolução de coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde.** In: Cecílio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. p.29-87.

CECILIO, L. C.; Matsumoto, N. F. **Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde.** In Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde / Roseni Pinheiro, Alcindo Antonio Ferla e Ruben Araújo de Mattos, organizadores. - Rio Grande do Sul; Rio de Janeiro: EdUCS/UFRS: IMS/UERJ: CEPESC, 2006. 112p. ISBN: 85-89737-29-2.

COTT, C. **Structure and meaning in multidisciplinary teamwork.** Sociol Healthy Illness, 20, 848 - 873, 1998.

DIADEMA. Secretaria Municipal de Saúde. Vigilância em Saúde: Epidemiologia e Controle de Doenças. Disponível em <http://www.diadema.sp.gov.br/governo/secretarias>. Acessado em Fevereiro de 2019.

DIAZ, V. P. **Organizaciones sanitarias integradas em países con distintos sistemas de salud.** Dissertação (Mestrado). Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, 2004.

FEUERWEKER, L. C. M.; Sena, R. R. **Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe.** Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com nossa vida? Revista Olho Mágico, 1999; 5:18.

FINK, A.; Kosecoff, J. **How to conduct surveys:** A step-by-step guide. Beverly Hills: Sage, 1985. p. 13.

HABERMAS, J. **Consciência moral e o agir comunicativo.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

HODGE, D. R.; Gillespie, D. F. **Phrase completion:** an alternative to Likert scales. Social Work Research, 27 (1), p. 45-55, 2003.

LEVIN, J. **Estatística aplicada a ciências humanas.** 2a. Ed. São Paulo: Editora Harbra Ltda, 1987.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing.** São Paulo: Atlas, 1994.

MERHY, E. E.; Chakour M. et al. **Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde**, São Paulo: Hucitec; 2006. p. 113-150.

MERHY, E.E.; Feuerweker, L.C.M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde**: uma necessidade contemporânea in Mandarino, ACS & Gomberg, E (org). Leituras de novas tecnologias. Bahia: Editora UFS; 2009.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.: il.

MUR-VEEMAN, I et al. **Comparison and reflection: integrated care in Europe**. aarsen: Elsevier, 2003.

MINAYO, Maria C. de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde, v. 9, 2014.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre o trabalho e interação [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

PIANCASTELLI C. H.; Faria, H. P.; Silveira, M. R. **O trabalho em Equipe**. In: Santana J. P, organizador. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família. Brasília: OPAS/Representação do Brasil; 2000. P. 45-50.

RIBEIRO, J. S. **Interdisciplinaridade à transdisciplinaridade**. Ver Transdisciplinar Skepsis [citado 2005 Fev 12]. Disponível em: http://www.academiaskepsis.org/revistas/transdisciplinar_revistas/rev_trans_inter_trans.htm

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1989.

SANTA CRUZ, M. L. **Reunião de equipe**: uma reflexão sobre sua importância enquanto estratégia diferencial na gestão coletiva no Programa de Saúde da Família (PSF). Psic. Rev. São Paulo, volume 17, n.1 e n.2, 161-183, p. 173, 2008.

SCHEFFER, M. C., Aith FMA. **O sistema de saúde brasileiro.** Clín Méd. 1:355-65, 2016.

SAUPE, R.; WENDHAUSEN, A. L. P. **O mestrado profissionalizante como modelo preferencial para capacitação em Saúde da Família.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.18, p.621-30, set/dez 2005.

TEIXEIRA, C. F; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A. L. **SUS modelos assistenciais e vigilância da saúde.** IESUS, n.7, p.7-27, 1998.

APÊNDICES

APÊNDICE 1:

QUESTIONÁRIO

Eixo I - ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM EQUIPE

1 – A reunião de equipe acontece com a presença de todos os profissionais da equipe da ESF:

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Reunião de equipe é o espaço de encontro destinado para a organização, planejamento (monitoramento) e o desenvolvimento das ações de saúde previstas para este modelo de cuidado entre os profissionais componentes da ESF: ACS, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem, Enfermeiro(a), Médico(a).										
*para este estudo não consideramos a participação do auxiliar administrativo e profissionais da saúde bucal.										

2 – Destina-se 4 horas ou mais semanais e horário definido para a realização da reunião de equipe:

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3 – Não existem adiamentos no mês que impactem no funcionamento das reuniões de equipe:

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>Padrão Esperado:</u>										
1) Verde (8 – 10): até 2 horas no mês ou nenhum adiamento. Não há impacto negativo para o funcionamento do espaço.										
2) Amarelo (4 – 7): entre 2 e 5 horas no mês que repercutem no funcionamento do espaço.										
3) Vermelho (0 – 3): acima de 5 horas no mês que repercutem no funcionamento do espaço.										

4 – A coordenação da reunião está sob responsabilidade de profissional de nível superior:

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>Padrão Esperado:</u> 1) Verde (8 – 10): enfermeiro(a) ou médico(a) 2) Amarelo (3 – 7): Técnico ou auxiliar de enfermagem 3) Vermelho (0 – 2): ACS										

5 – Utiliza-se o prontuário das famílias, fichas de visita ou outros instrumentos para a discussão de casos:

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6 – Realiza-se o registro de todas as reuniões (encaminhamentos e responsáveis):

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7 – Há supervisão das atividades desenvolvidas pela equipe:

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Exemplo de atividades: O enfermeiro monitora as famílias visitadas pelos ACS e as atividades desenvolvidas pelos técnicos ou auxiliares de enfermagem? A gestão local ou supervisão acompanham as desenvolvidas pela equipe?										

8 – O processo de comunicação entre os membros da equipe flui com clareza e sem ruídos:

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

9 – Há feedback para realinhar as condutas e posturas individuais:

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Feedback utilizado neste contexto dever ser entendido como um processo de ajuda mútua para mudanças de comportamentos e posturas, a partir de um retorno dado sobre sua forma de agir e conduzir os processos.										

Eixo II - PLANEJAMENTO DA EQUIPE

10 – É discutido e realizado em equipe o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde desenvolvidas:

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>Padrão Esperado:</u>										
1) Verde (8 – 10): planejamento semestral; acompanhamento diário ou em reunião de equipe; avaliação semanal										
2) Amarelo (4 – 7): planejamento anual; acompanhamento mensal; avaliação mensal										
3) Vermelho (0 – 3): não é realizado										

11 – A equipe tem acesso a alguma base ou fonte de informações (oficial) sobre o que produzem e os seus consequentes resultados:

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

12 – A equipe orienta-se por um diagnóstico de saúde e uma base territorial (Mapa/Território) definida e atualizada:

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

13 – A equipe discute e realiza monitoramento de usuários com maior vulnerabilidade/risco, incluindo doenças crônicas e transmissíveis e situações de violência:

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

14 – Os pacientes classificados com risco ou prioridades de acompanhamento (gestantes, crônicos etc.) têm assegurado atendimento de retorno na agenda ou no acolhimento:

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

15 – Há participação do NASF na reunião de equipe:

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é uma equipe multiprofissional que atua integrada com a ESF e pode ser composta por: médicos ginecologistas, pediatras, psiquiatras, dentre outros e outras especialidades como: fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, educadores físicos etc.										

16– São planejadas e desencadeadas ações conjuntas (ESF/NASF):

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>Padrão Esperado:</u>										
1) Verde (8 – 10): há grupos e atividades de saúde desenvolvidas de forma conjunta com os membros da equipe na unidade ou território										
2) Amarelo (4 – 7): acontece frequentemente e as atividades são mais individualizadas										
3) Vermelho (0 – 3): acontece muito pouco ou nada.										

17 - São definidas na agenda, consultas e visitas domiciliares compartilhadas (ESF/NASF):

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Eixo III - PROCESSO DE TRABALHO E GESTÃO DO CUIDADO EM EQUIPE:

18 - A equipe considera a realização de vínculo e responsabilização do cuidado aos usuários:

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vínculo é o estabelecimento de uma boa relação entre os profissionais e as pessoas que usam o serviço de saúde, normalmente são relações de afetividade e confiança no papel e atuação e trabalho desenvolvido pela equipe.										

19 – Conhece, possui e utiliza ferramentas de gestão da clínica:

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gestão da clínica é um conjunto de tecnologias de microgestão: (i) reavaliação das filas de espera; (ii) elaboração e gestão de Projeto Terapêutico Singular (PTS); (iii) classificam o risco dos usuários e; (iv) uso de protocolos assistenciais e de acesso, dentre outros...										

20 - As faltas às consultas agendadas (absenteísmo) são calculadas e acompanhadas e a equipe desenvolve alguma estratégia para conter o absenteísmo:

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Padrão Esperado: 1) Verde (8 – 10): Estima-se menos de 10% de faltas às consultas agendadas. 2) Amarelo (4 – 7): Entre 10 e 30% de falta às consultas agendadas. 3) Vermelho (0 – 3): Mais de 30% de faltas às consultas agendadas.										

21 - São desenvolvidas ações de promoção e prevenção à saúde no território:

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Exemplos de ações: <u>Ações Educativas:</u> que visam orientar e informar a população do território de referência sobre conhecimentos específicos, pode ser realizado por meio de palestras, divulgações impressas como folders e cartilhas, filmes etc.										

Ações de Prevenção: visam fazer diagnóstico ou acompanhar determinadas condições de saúde, como controle de peso; controle da glicemia; avaliação da carteira de vacina; controle de hipertensão arterial etc.

Comunicação direta: visam orientar o funcionamento do serviço, fluxos e ofertas, esclarecimentos sobre o funcionamento dos programas etc.

22 – Casos identificados como risco/vulnerabilidade, são realizadas visitas domiciliares por profissionais de nível superior:

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exemplos de riscos considerados: pacientes acamados; pacientes que tiveram alta após longos períodos em internação hospitalar ou após cirurgias; visita do RN e da puérpera em até 7 dias após alta da maternidade, dentre outras.

23 – A equipe realiza busca ativa:

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Busca Ativa é entendida como a procura e captação de pessoas com suspeita de condição crônica ou que tiveram contato direto e se infectaram com doenças transmissíveis, por vias aéreas ou sexuais, dentre outras.

24 – A equipe participa de matriciamentos em âmbito local ou com a rede especializada:

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Entende-se por matriciamento o modo de realizar a atenção em saúde de forma compartilhada com vistas à integralidade e à resolubilidade da atenção, por meio do trabalho interdisciplinar que se implica no diálogo e troca de conhecimentos, de análises, de métodos entre duas ou mais disciplinas.

25 – A equipe desenvolve estratégias para a garantia da continuidade do cuidado para os problemas de saúde mais frequentes:

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exemplos de Estratégias: planejamento de agenda e garantia de acesso e retorno para todos os usuários que precisam de acompanhamento mais próximo e contínuo; discussão e matriciamento do caso; acompanhamento de altas hospitalares e/ou do serviço especializado, dentre outras...

26 - Há o desenvolvimento de atividades de educação permanente (educação no trabalho) para os trabalhadores/ membros da equipe:

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

27 - As ouvidorias, reclamações ou denúncias são consideradas, avaliadas e entendidas como necessárias para a correção de processos e posturas:

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

28 – A equipe utiliza o instrumento Projeto Terapêutico Singular (PTS):

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas, condutas terapêuticas articuladas, definidas e desenvolvidas entre profissionais de forma multidisciplinar para indivíduo(s) com risco e vulnerabilidades. <u>Padrão Esperado:</u> 1) Verde (8 – 10): utiliza de forma esperada 2) Amarelo (4 – 7): utiliza para situações específicas 3) Vermelho (0 – 3): não utiliza ou não conhece o instrumento										

29 - O PTS é elaborado, acompanhado e desenvolvido de forma multidisciplinar (ESF/NASF):

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Eixo IV – AVALIAÇÃO

30 - Na sua avaliação a reunião de equipe é um espaço importante e efetivo:

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

31 - Na sua avaliação a equipe sente-se satisfeita com os serviços prestados para a população:

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

32 - A partir do trabalho em equipe, da discussão dos casos, do processo de planejamento e gestão do cuidado e outros, você se sente mais preparado para orientar e/ou cuidar dos usuários:

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

33- Há algum tipo de monitoramento previsto para todas as atividades descritas anteriormente:

EFETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NOMINADO:										
BAIXA				MODERADA				ALTA		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

APÊNDICE 2

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO

Eu Adriano Maiolini, RG 32391769-0, aluno do Mestrado Profissional em Inovação no Ensino Superior em Saúde, da Universidade de São Caetano do Sul, me comprometo em não usar o conhecimento adquirido para fins comerciais e que o utilizarei somente de acordo os objetivos propostos pela pesquisa, conforme o consentimento da comunidade, além da pesquisa ser realizada em conformidade com a lei.

ANEXO(S)

ANEXO 1

I. FORMULÁRIO PARA OBTENÇÃO DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE DIADEMA

1 – Nome do(s) pesquisador(es) responsável(is): Adriano Maiolini, orientadora Lena Vânia Carneiro Peres.

2 – E-mail do(s) pesquisador(es) responsável(is): maiolini-25@uol.com.br, maiolini30@gmail.com

3 – Título do projeto de pesquisa: TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: APOSTA PARA A QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA

4 – Objetivo geral do projeto: Desenvolver, testar e aplicar um questionário baseado em escala tipo *Phrase Completion*, objetivando compreender quais processos de trabalho os profissionais consideram efetivos, ou não, na atuação em equipe das ESF nas UBS do município de Diadema, São Paulo.

5 – Objetivo acadêmico do projeto: Trabalho de Mestrado Profissionalizante.

6 – Público/população-alvo: Os sujeitos envolvidos na pesquisa são os profissionais integrantes das equipes multiprofissionais das ESF, atuantes em UBS, ou seja, 22 médicos, 22 enfermeiros, 110 ACS e 44 técnicos e auxiliares de enfermagem.

7 – Número esperado de participantes: Estima-se a participação de aproximadamente 198 profissionais, sem considerar as exceções, profissionais em férias ou em licenças médicas ou que se recusaram a responder o questionário.

8 – Tempo esperado de duração da pesquisa: dois meses.

9 – Unidades (ou tipos de unidade) de saúde onde a pesquisa será feita

A pesquisa será realizada em UBS com equipes da Estratégia Saúde da Família: UBS Jd. ABC, UBS Inamar, UBS Nogueira, UBS Serraria.

10 – Necessitará de algum tipo de recurso material ou humano da(s) unidade(s) para realização da pesquisa: Será necessária a utilização de um computador conectado na internet e um profissional (gerente ou outro) para acompanhar o preenchimento do questionário online, de forma individualizada.

11 – A pesquisa inclui o uso de gravações?

A pesquisa não prevê gravações ou auxílio de outros meios, além de não ser nominal.

Eu, Adriano Maiolini, portador de RG nº 323917690, responsável pela pesquisa intitulada TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: APOSTA PARA A QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA, assumo total responsabilidade pelas informações constantes deste formulário e afirmo estar ciente de que as afirmações nele expressas NÃO poderão ser alteradas em nenhum momento da execução do projeto, caso aprovado, sem ciência e consentimento da Secretaria Municipal de Saúde de Diadema. Tenho ainda conhecimento de que as unidades a serem pesquisadas não estão obrigadas a dispor de recursos materiais ou humanos para a realização do presente projeto de pesquisa e que, portanto, deverei obtê-los por meus próprios meios ou ainda desistir de sua execução.

Comprometo-me ainda a enviar relatório contendo os resultados finais da pesquisa para a Secretaria Municipal de Saúde e gestores das unidades envolvidas.

Comprometo-me também a enviar relatórios semestrais de pesquisa, bem como apresentá-los oralmente para a Secretaria Municipal de Saúde e gestores das unidades envolvidas, sob essa mesma frequência, se demandado.

Diadema, 03 de junho de 2019.

Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXO 2

II – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu, Adriano Maiolini, regularmente matriculado no curso de Mestrado Profissional em Inovação no Ensino Superior em Saúde da Universidade da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), autor do projeto de pesquisa intitulado Trabalho em Equipe na Estratégia Saúde da Família: aposta para a qualificação do cuidado na Atenção Básica que tem por objetivo desenvolver, testar e aplicar um questionário baseado em escala tipo *Phrase Completion*, objetivando compreender quais processos de trabalho os profissionais consideram efetivos, ou não, na atuação em equipe das ESF nas UBS do município de Diadema, São Paulo, mediante supervisão do professor Lena Vânia Carneiro Peres, comprometo-me a manter sigilo dos dados e das informações a mim disponibilizadas e o anonimato das pessoas entrevistadas, ou cujos documentos forem consultados, assim como os da própria instituição, bem como garantir que o conteúdo será utilizado exclusivamente para o cumprimento do propósito de pesquisa.

Atenciosamente,

Adriano Maiolini

Diadema, 03 de junho de 2019.

Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: APOSTA PARA A QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA

Nome do (s) responsável (is): Adriano Maiolini e Lena Vânia Carneiro Peres (orientadora)

CAAE: 18310919.2.0000.5510

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa e este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegura seus direitos como participante de pesquisa e foi elaborado em duas vias, assinado e rubricado pelo pesquisador e por você, sendo que uma via será sua e outra ficará com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma e aproveite para esclarecer suas dúvidas. Se você tiver perguntas, poderá fazê-las ao pesquisador. Você **NÃO** sofrerá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se não aceitar a participar desta pesquisa ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e Objetivos:

Este trabalho de mestrado pretende compreender, valendo-se das respostas a um questionário aplicado ao conjunto de profissionais que compõem as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), a dinâmica do processo de trabalho desenvolvido em equipe, enquanto potencial para qualificar a gestão do cuidado na Atenção Básica à Saúde, bem como propor um processo de avaliação e acompanhamento contínuo do trabalho destas equipes. A pesquisa será realizada em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Diadema, São Paulo.

Os objetivos envolvidos vão desde a elaboração do questionário até a sua aplicação para entender como se estruturam os processos de trabalho desenvolvidos de forma multidisciplinar em equipes na ESF, aspectos considerados fundamentais como: organização, planejamento, processo de trabalho e de gestão do cuidado e avaliação. O questionário compreende 33 questões e o participante responderá atribuindo um valor de 0 a 10 a cada

questão, a partir do seu entendimento e vivência com o processo, onde os intervalos representam: entre 0 – 3 baixa efetividade, 4 – 7 moderada efetividade e 8 - 10 alta efetividade.

Os objetivos específicos correspondem à análise dos resultados dos questionários que traduzirão, a partir das respostas dos envolvidos na pesquisa, a efetividade -ou não - dos processos desenvolvidos em equipe na ESF. Os resultados servem de diagnóstico e as evidências de baixa efetividade na atuação da(s) equipe(s) são balizadores para o desenvolvimento de ações e de medidas de intervenção pelos gestores e próprios profissionais, a exemplo: possibilidade de qualificar o processo de apoio destinado ao acompanhamento da atuação das ESF e; propor processos de educação em saúde – educação permanente e capacitação para as equipes.

Procedimentos:

Depois do aceite e da assinatura do TCLE pelo participante da pesquisa, o gestor da unidade de saúde liberará o acesso ao questionário que será disponibilizado e respondido no formato online para os componentes das equipes das Unidades Básicas de Saúde: ABC, Inamar, Nogueira e Serraria. O participante responderá de forma individual em um computador conectado à internet, não havendo necessidade de gravações de áudios, vídeos ou utilização de outras mídias. Estima-se, aproximadamente, 15 minutos para cada participante responder o total de 33 questões contidas no questionário, que estará disponível no período de um mês no serviço.

Desconfortos e Riscos:

Os riscos envolvidos para a realização desta pesquisa são mínimos e não representam nenhuma possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase que se dará a pesquisa. Não será necessária a identificação dos participantes, tampouco a aposição da idade, a fim de se evitarem exposições e comparações entre eles. Serão utilizadas denominações, como o nome da Unidade de Saúde, da Equipe, das Categorias Profissionais, incluindo ACS, Médicos(as), Enfermeiros(as) e Auxiliares de Enfermagem, seguida de numeração romana de I - X.

Benefícios:

A partir das respostas do questionário ter-se-á um diagnóstico de como os participantes avaliam a dinâmica do processo de trabalho desenvolvido por sua equipe da ESF e como é planejado e posto em prática o cuidado no espaço coletivo/multiprofissional.

O conjunto das respostas, consubstanciado num relatório, poderá ser ferramenta importante para o monitoramento das ESF, tanto para os gestores e para os próprios profissionais das equipes e a devolutiva dos resultados e o próprio produto do mestrado serão compartilhados com os gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Diadema.

Acompanhamento e Assistência:

A pesquisa apresenta baixos riscos e de acordo com a Resolução do CNS nº 510 de 2016, § 2º - área de humanas, o participante que se sentir lesado ou exposto tem direito de buscar indenização por danos imateriais relacionados à pesquisa, de forma direta ou indireta. Também não está prevista assistência médica, pois o participante da pesquisa terá acesso somente a um questionário em um ambiente de atividades administrativas.

Sigilo e Privacidade:

Você tem garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Seu nome não será revelado na divulgação dos resultados desse estudo.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você pode entrar em contato com os pesquisadores: Adriano Maiolini, telefones (11) 4563-1829, 9588-01499, e-mail maiolini30@uol.com.br.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da USCS, das 8h às 12h e das 14h às 18h, através do telefone (11) 42393282.

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa	Profa. Dra Celi de Paula Silva
Vice Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa	Prof. Dr. Arquimedes Pessoni
Telefone do Comitê: (11) 42393282	
Endereço do Comitê: Rua Santo Antônio, 50, Centro – São Caetano do Sul	
e-mail do Comitê de Ética em pesquisa: cep.uscs@uscs.edu.br	

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP):

O CEP tem como função avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) das Instituições, além de ser um órgão consultor na área de ética em pesquisas.

Consentimento Livre e Esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos e métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do (a) participante da pesquisa:

Data: ___ / ___ / ____

(Assinatura do participante de pesquisa ou nome e assinatura do seu responsável legal)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da Resolução 466 de 2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e obtenção deste Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante de pesquisa. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP. Comprometo-me utilizar os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento.

_____ Data: ___/___/_____

(Assinatura do pesquisador)

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

ANEXO 4

GUIA PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO “ONLINE” (GOOGLE DOCS) E REALIZAÇÃO DA MATRIZ DE ANÁLISE

1. A primeira etapa é a criação de um email com domínio “gmail”.
2. Ao acessar o email e ou logo na caixa de entrada, encontrará no canto superior direito e clicará no ícone Google Apps .
3. Localizar e clicar no ícone Documentos .
4. Selecionar e clicar no ícone Menu Principal  localizado no canto superior esquerdo e depois no ícone Formulários .
5. Iniciar um novo formulário e a partir deste ponto você conseguirá:
 - definir o título do formulário ou questionário
 - criar ou excluir perguntas
 - inserir figuras ou vídeos
 - definir as possibilidades para as respostas, dentre outras
- 7 – Para este questionário foi definido o tipo de respostas por “caixa suspensa” que possibilita inserir qualquer graduação e, para este caso, os números entre 0 a 10.
- 8 – O formulário também permite realizar diversas edições, a exemplo de adicionar ou importar novas perguntas, criar novos títulos ou excluir, mudar a ordem, dentre outras.
- 9 – Após a inserção de todos os dados do questionário e as respostas por caixa suspensa será necessário compartilhar por email para o participante

ao clicar no botão  (localizado no canto superior direito), terá a possibilidade para editar o assunto e definir o email ou outros modos de compartilhamento com o(s) participante(s).

10 – O participante receberá o email com o link de acesso para responder o questionário e ao termino das respostas o mesmo será fechado.

11 - Na página principal do questionário, conseguirá visualizar também o número de pessoas que já responderam ao questionário.

12 – Ao final de todas as respostas esperadas, haverá a possibilidade de transportar os dados das respostas para o formato Excel e assim proceder com a elaboração do processo de análise.

13 – Para a realização da matriz de análise no Excel é necessário:

- usar tabela dinâmica, filtros, formulas e formatação condicional
- proceder com o agrupamento de todas as categorias por equipe de cada UBS para calcular (formula) a medida de tendência central (mediana) de cada ESF.
- organizar uma tabela, colocando na horizontal os Eixos e Respostas do questionário e na vertical com as UBS e respectivas equipes. Proceder com a formatação condicional por cores, usando o intervalo 0 até 3,99 (vermelho), 4 até 7,99 (amarelo) e 8 até 10 (verde)

ANEXO 5

PARECER DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: APOSTA PARA A QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Autor: **Adriano Maiolini**

O trabalho apresentado por Adriano Maiolini ao Curso de Mestrado Profissional em Inovação no Ensino Superior em Saúde da Universidade de São Caetano do Sul teve por objetivo *“avaliar e compreender se a rotina assistencial das ESF está embasada – ou não - no trabalho de equipe”*, a partir de informações obtidas em levantamento primário junto a 199 profissionais integrantes das equipes multiprofissionais das ESF que compuseram a amostra dessa pesquisa.

A elaboração desse trabalho orientou-se pelos objetivos específicos a seguir descritos propostos na página 18:

“1. Validar o instrumento (questionário) com gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Diadema – SP e aplicá-lo ao conjunto amostral de Equipes Saúde da Família, alvo deste estudo.

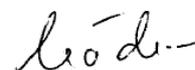
2. Construir Matriz de Análise que permita a visualização espacial rápida e simples de todos os resultados da pesquisa, a partir do uso da medida de tendência central (mediana), conforme proposta metodológica.

3. Avaliar a efetividade de processos de trabalho estruturados em equipe nas ESF, a partir do cruzamento de dados da Matriz de Análise: baixa, moderada e alta efetividade.”

E também do proposto na metodologia:

“Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório, tipo survey e de abordagem qualiquantitativa que valeu-se de dados primários, obtidos a partir da aplicação de um questionário online ao conjunto dos profissionais das ESF eleitas para o estudo (amostra)”

Considerando-se o objeto geral desse trabalho, seus objetivos específicos e a metodologia definida para a obtenção de seus resultados, foi feita uma avaliação do questionário no que se refere à sua estrutura, formulação de suas questões, orientações de preenchimento e dos procedimentos de aplicação e obtenção das respostas, com a finalidade de verificar se os resultados apresentados nessa dissertação de mestrado mostram-se adequados a seu propósito.



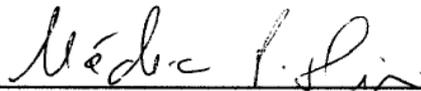
Observou-se que foram seguidos critérios e procedimentos validados para o tipo de “survey” definido para a pesquisa primária.

Conforme descrito nesse documento, a identificação dos aspectos abordados no questionário, organizados segundo blocos temáticos de interesse: organização; planejamento; processo de trabalho e gestão do cuidado; e avaliação, foram amplamente discutidos e validados em reuniões multidisciplinares o que se mostra muito adequado, dado que esse levantamento busca conhecer e avaliar o processo de trabalho cotidiano das equipes.

Ainda nessa avaliação, verificou-se que foram inseridas em algumas questões orientações, conceitos e identificação de padrões com o intuito de auxiliar o respondente na atribuição de sua nota considerando as escalas previamente definidas em baixa, média e alta efetividade. O uso desse recurso pode ter evitado a ocorrência de eventual viés de resposta provocada seja pela dificuldade de entendimento de algum enunciado, como também, em alguns casos pela existência de mais de uma variável associada na mesma questão.

Por sua vez, os procedimentos adotados para aplicação do questionário com envolvimento dos gestores locais pode ter contribuído para a obtenção de respostas mais fidedignas a esse tipo de *survey*.

Com base nessas observações os resultados apresentados não se mostram enviesados, portanto, não se identifica a necessidade de retirar alguma questão.



Nádia Pinheiro Dini
Estatística
Registro no CONRE: 5549-A – 1003

São Paulo, 03 de junho de 2020