

# Atenção primária à saúde e apoio matricial: desafios e limites do trabalho compartilhado

## Primary health care and matrix support: challenges and limitations of cooperative work

## Atención primaria de salud e matriz de apoyo: retos e límites del trabajo compartido

Áquila Bruno Miranda<sup>1</sup>  
Maria Luiza Marques Cardoso<sup>2</sup>

**RESUMO:** As Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) são, hoje, a principal porta de entrada na Rede de Atenção à Saúde. Nas UAPS, a Estratégia Saúde da Família propõe ações pautadas pelo trabalho interdisciplinar como ferramenta para o redirecionamento das práticas em saúde. O Apoio Matricial, realizado nas UAPS entre as Equipes de Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), tem buscado o fortalecimento de práticas de cuidado interdisciplinares. Contudo, a consolidação dessas práticas ainda encontra desafios. Este estudo apresenta uma pesquisa realizada durante a Residência Multiprofissional em Saúde da Família em Betim/MG. Essa pesquisa buscou conhecer os limites e os desafios do Apoio Matricial em uma UAPS desse município. A pesquisa utilizou o grupo focal para a produção de dados empíricos. A análise dos dados, realizada pela Análise de Conteúdo, mostrou que o Apoio Matricial tem permitido o encontro de saberes em saúde, a construção do trabalho compartilhado e a redução da sobrecarga de trabalho. Porém, as práticas e os discursos dos profissionais ainda têm forte influência do modelo biomédico. Observou-se ainda um desencontro entre a expectativa dos usuários e a conduta pensada pelo serviço, evidenciando fragilidade no vínculo trabalhador-usuário. A pesquisa revelou, ademais, divergências entre os profissionais acerca da dinâmica de funcionamento do Apoio Matricial.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Apoio Matricial; Estratégia Saúde da Família; Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

**ABSTRACT:** The Basic Health Care Unities (UAPS) are, nowadays, the main access to Health Care Network. In UAPS, Family Health Care Strategy suggests actions through interdisciplinary

1 Psicóloga, especialista em Saúde da Família, mestra pelo Programa de Pós-Graduação FaE/UFMG.

2 Psicóloga, mestre em Comunicação Social, doutoranda em Psicologia, professora da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

work as a way to redirect health practices. The Matrix Support, which happens in UAPS with Family Health Care Teams and Family Health Care Support Teams (NASF), has searched the strengthening of interdisciplinary health care practices. However, these practices' consolidation still has many challenges. This study presents a research developed during the Multiprofessional Residency in Family Health in Betim/MG. This study wanted to find out the limitations and challenges that Matrix Support faces in an UAPS of this city. The research used the Focal Group to produce empirical facts. The data analyses was made through Content Analysis has shown that Matrix Support has allowed health knowledge confluence, building a shared work, and workload reduction. Nevertheless, professionals' practices and discourses still keep a strong influence from the biomedical model. We observed a disagreement between the user's expectations and the acts thought by the servers, highlighting a weakness in the bound between users and servers. The research has also shown disagreements among the professional about the dynamics for Matrix Support working.

**Keywords:** Primary Health Care; Matrix Support; Family Health Strategy; Nucleus of Support for Family Health; Multiprofessional Residency in Family Health.

**RESUMEN:** Las Unidades de Atención Primaria de Salud (UAPS) son, hoy por hoy, la principal puerta de entrada a la Red de Atención en Salud. En las UAPS, la Estrategia Salud de la Familia propone acciones guiadas por el trabajo interdisciplinario como herramienta para la reorientación de las prácticas de salud. El Apoyo Matricial, realizado en las UAPS entre los Equipos de Salud de la Familia y el Centro de Apoyo en Salud de la Familia (NASF), ha tratado de fortalecer prácticas de cuidado interdisciplinarios. Sin embargo, la consolidación de esas prácticas todavía encuentra dificultades. Este estudio presenta una investigación realizada durante la Residencia Multidisciplinaria en Salud de la Familia en Betim/MG. Esta investigación trató de conocer las limitaciones y retos del Apoyo Matricial en una UAPS de ese municipio. La investigación utilizó el Grupo Focal para la producción de datos empíricos. El análisis de los datos realizado por el Análisis de Contenido, señaló que el Apoyo Matricial ha permitido el encuentro de saberes en salud, la construcción del trabajo compartido y la reducción de la sobrecarga de trabajo. Sin embargo, las prácticas y discursos de los profesionales todavía tienen una fuerte influencia del modelo biomédico. También se observó un desencuentro entre la expectativa de los usuarios y la conducta planteada por el servicio, evidenciando debilidad en el vínculo trabajador-usuario. La investigación reveló, además, divergencias entre los profesionales acerca de la dinámica de funcionamiento del Apoyo Matricial.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud; Apoyo Matricial; Estrategia Salud de la Familia; Centro de Apoyo en Salud de la Familia; Residencia Multidisciplinaria en Salud de la Familia.

## INTRODUÇÃO

O presente estudo visa apresentar uma pesquisa realizada como trabalho de conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), realizada em uma Unidade de Atenção

Primária à Saúde (UAPS), localizada no município de Betim-MG, entre abril de 2014 e março de 2016.

O Programa de Residências Multiprofissionais em Saúde, instituído a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, objetiva a criação de espaços de educação permanente no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Esses espaços permitem reflexões sobre novos modos de cuidado e alternativas para o fortalecimento de ações interdisciplinares.

Nesse sentido, a RMSF, realizada em Betim, através da parceria entre a Prefeitura Municipal, o Ministério da Saúde e a Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, abrangeu profissionais da enfermagem, fisioterapia, odontologia, psicologia e serviço social que atuaram em duas UAPS do município, com carga horária de 5.760 horas, sendo 1.160 horas de atividades teóricas e 4.600 horas nos serviços de saúde, distribuídas em 60 horas semanais, baseado em um regime educativo em serviço<sup>1</sup>.

A pesquisa aqui abordada foi realizada por uma psicóloga residente e contou com a orientação de uma professora da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), tutora do núcleo de psicologia da RMSF.

Durante o período do estudo, as reuniões de Apoio Matricial sempre despertaram grande interesse, tendo em vista a potencialidade que esse arranjo traz para as práticas da Atenção Primária, mas também pelos impasses observados nas relações entre trabalhadores, usuários e instituição. Surgiu, então, o seguinte questionamento: Quais são os limites e desafios que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a Equipe de Saúde da Família vivenciam durante a prática do Apoio Matricial?

Ao se debruçar sobre essa questão, este estudo não teve como fim apresentar uma verdade acerca do fenômeno pesquisado, e sim, como aponta Pierre Bourdieu<sup>2</sup>, descrever, a partir de um lugar singular “um ponto de vista sobre um ponto de vista” e, por intermédio dos caminhos aqui trilhados, pensar novas possibilidades para os trabalhos e saberes em saúde.

Compreender a complexidade do cuidado em saúde das diversas populações inseridas no território brasileiro tem permitido o desenvolvimento de estudos e práticas voltadas para os determinantes que influenciam o processo saúde-doença. Os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) apresentam-se como uma importante alternativa para garantir e fortalecer práticas democráticas e participativas, além de possibilitar a autonomia dos sujeitos acompanhados pelos serviços de saúde<sup>3</sup>.

A Política Nacional de Atenção Primária à Saúde, aprovada a partir da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, aponta a Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) como a principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e como a responsável pela coordenação do cuidado. Esta política também traz a Estratégia Saúde da Família (ESF) como forma prioritária

para sua expansão, qualificação e consolidação. Com vistas a ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde de pessoas e coletividades, esse modelo propõe o uso de tecnologias de cuidado complexas e ações pautadas no trabalho interdisciplinar<sup>3</sup>.

O trabalho multiprofissional é uma importante ferramenta de promoção e redirecionamento das práticas em saúde. Atualmente, o processo de trabalho na UAPS é marcado pelo encontro de diversos saberes, que se organizam em departamentos de atuação, dentre os quais se destacam as Equipes de Saúde da Família e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

As Equipes de Saúde da Família são formadas por “médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS)”<sup>4</sup>. Elas têm como responsabilidade realizar consultas clínicas, atividades em grupo, visitas domiciliares, ações programadas e de atenção à demanda espontânea, construir dispositivos de educação permanente em saúde e, além disso, devem desenvolver intervenções no campo da promoção da saúde e da prevenção de doenças e agravos<sup>3</sup>.

Já o NASF – recente dispositivo criado pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008 – é composto por trabalhadores de distintas áreas de conhecimento, que devem atuar de modo articulado e integrado aos profissionais das Equipes de Saúde da Família. Tendo em vista a efetivação dos princípios da universalidade e integralidade, o NASF deve estruturar espaços para o fortalecimento da clínica ampliada, para a garantia da construção compartilhada do Projeto Terapêutico Singular (PTS), para a formação de grupos de educação em saúde e, quando necessário, para a realização de atendimento individual<sup>3</sup>.

Todavia, apesar da inserção de diferentes saberes e práticas no campo da atenção primária à saúde, Gastão Campos e Gustavo Cunha<sup>5</sup> mostram que a fragmentação do cuidado ainda é uma tendência no cotidiano dos serviços de saúde. Nesse sentido, o cuidado tem sido organizado a partir de relações e práticas hierarquizadas, fragmentadas e solitárias, fato que tem reforçado, de acordo com Dulce Chiaverini, “uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe, havendo uma transferência de responsabilidade ao encaminhar”<sup>6</sup>.

Neste contexto, cabe aos psicólogos “solucionar” os casos de saúde mental, aos fisioterapeutas intervir nos casos de dor crônica e reabilitação física, aos dentistas cuidarem dos dentes já cariados, aos assistentes sociais atender às inúmeras problemáticas socioeconômicas da população, aos enfermeiros e médicos cuidar das demandas espontâneas, doenças crônicas, dentre outros.

O Apoio Matricial (AM) apresenta-se como uma proposta para romper com esse modelo fragmentado, possibilitando a construção e o fortalecimento de práticas de cuidado orientadas pelo modelo interdisciplinar entre as Equipes de Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O conceito de AM é resultado de uma proposta desenvolvida por Gastão Campos<sup>7,8</sup>, que apresenta uma nova metodologia para gestão do trabalho em saúde, a fim de promover apoio especializado, suporte técnico-pedagógico e a comunicação interdisciplinar entre os profissionais de saúde. O termo Apoio Matricial está relacionado à palavra *matr(i)*, que em latim significa “mãe”, “origem” ou “o lugar onde se gera”. Assim sendo, essa proposta busca gerar diálogos horizontais entre os diversos saberes em saúde.

Ainda de acordo com Gastão Campos<sup>7</sup>, o AM visa a fortalecer a perspectiva da clínica ampliada, contribuir para a responsabilização compartilhada de casos e para a formulação do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Ao mesmo tempo, o AM convida os trabalhadores a repensarem o processo saúde/doença, visto que destitui a doença do centro da vida do sujeito e aponta outros aspectos necessários para se pensar a promoção do cuidado integral.

Antes de prosseguirmos, é importante localizar historicamente como se deu a construção do Apoio Matricial. Diversos estudos revelam que Campinas/SP foi um dos municípios pioneiros na implantação do AM como instrumento de articulação entre saúde mental e atenção primária<sup>9,10,11</sup>. Essa articulação foi pensada pela necessidade de se romper com a visão fragmentada do trabalho, que fortalecia a lógica do encaminhamento ao especialista, e também pela necessidade de subverter a lógica do modelo biomédico.

Assim, de acordo com Edilane Bezerra e Magda Dimenstein<sup>12</sup>, o Programa *Paidéia*, adaptado da ESF do Ministério da Saúde e implantado em Campinas, foi um fato propulsor para a organização da rede de cuidado deste município. Esta iniciativa buscou acompanhar os sujeitos em seu contexto familiar, tendo como norte o acolhimento, a responsabilização, a adscrição da clientela, o controle social, a gestão participativa, a clínica ampliada e a territorialização. Para a efetivação desse modelo, foi necessário realizar a integração das diversas redes de cuidado. Assim, o AM foi apontado como um caminho para a articulação dos diversos níveis de assistência.

Conforme Gastão Campos e Gustavo Cunha<sup>5</sup>, as primeiras experiências de apoio matricial ocorreram no ano de 1989, em dois Centros de Referência em Saúde Mental, localizados em Campinas. Neles, o processo de trabalho era estruturado nos moldes tradicionais de atenção à saúde, nos quais predominava a prática clínica individual, sem interlocução com o território. Além disso, a fragilidade do diálogo entre os serviços de saúde mental e as UAPS reforçava, por meio dos encaminhamentos de referência e contrarreferência, a lógica do cuidado fragmentado e uniprofissional. Surgiu, então, a necessidade de expandir e descentralizar as ações dos serviços de saúde, com a criação de equipes multiprofissionais que prestavam apoio às equipes de referência da atenção primária:

O Apoio Matricial da saúde mental seria esse suporte técnico especializado, em que conhecimentos e ações, historicamente reconhecidos como inerentes à área ‘psi’, são ofertados aos demais profissionais de saúde mental e a equipe interdisciplinar de saúde na composição de

um espaço de troca de saberes, invenções e experimentações que auxiliam a equipe a ampliar sua clínica e a sua escuta, a acolher o choro, a dor psíquica; enfim, a lidar com a subjetividade dos usuários<sup>13</sup>.

Vemos que, inicialmente, o AM se apresentou como uma ponte para a integração das práticas e dos cuidados ofertados pelos serviços de saúde mental e de atenção primária. A experiência foi consolidada em 2003, em função das diretrizes que incluíram a saúde mental na APS, mediante o apoio matricial<sup>14</sup>.

Entretanto, vale destacar que o financiamento do AM ocorreu somente a partir de 2008, depois da institucionalização dos NASF em âmbito nacional<sup>11</sup>. O NASF é uma experiência que surge tendo o AM como importante ferramenta para a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho. A constituição das diretrizes do trabalho do NASF foi pensada de acordo com a lógica do Apoio Matricial, que já estava sendo desenvolvido pela saúde mental na Atenção Primária<sup>5</sup>.

Para explicar o funcionamento de Apoio Matricial, Gastão Campos<sup>7</sup> apresenta uma matriz organizacional para o sistema matricial, estruturada em dois eixos: um eixo vertical, no qual se encontram as equipes de referência, e um eixo horizontal, no qual os apoiadores matriciais ofertam um cardápio de ações, sendo que ambos podem ser utilizados com uma concordância trilateral: da equipe de referência, do apoiador matricial e do usuário.

A equipe de referência é entendida como aquela responsável pela condução do caso, seja este último individual, familiar ou comunitário. É sua responsabilidade garantir o acompanhamento longitudinal e a construção de vínculo entre profissional e usuário<sup>7</sup>. Já o apoiador matricial é um especialista – ou uma equipe de especialistas – que tem como função potencializar a atuação da equipe de referência, no que diz respeito a dúvidas e problemáticas de saúde.

Gastão Campos e Ana Carla Domitti<sup>8</sup> apontam três modos de integração entre apoiador matricial e equipe de referência: atendimento compartilhado; agendamento de atendimentos ou intervenções especializadas; espaços de formação e de troca de conhecimentos, tendo em vista a reorientação das condutas adotadas.

A partir da matriz organizacional apresentada por Gastão Campos<sup>7</sup>, nota-se que na UAPS a Equipe de Saúde da Família ocupa o lugar da equipe de referência do cuidado, ou seja, é a responsável pela coordenação do caso. O NASF, por sua vez, ocupa-se das atividades desenvolvidas como apoiador matricial. Tais dispositivos devem atuar de modo articulado, buscando a geração de ações integradas de saúde, além de uma atenção comprometida com os usuários. Contudo, diversos obstáculos limitam a consolidação do AM nas UAPS, tais como a fragmentação do cuidado, a concentração do poder, a ausência de espaços coletivos e a excessiva valorização da racionalidade biomédica<sup>8</sup>.

Considerando o cenário traçado, a pesquisa teve como objetivo conhecer os limites e desafios

que o NASF e a Equipe de Saúde da Família vivenciam durante a prática do Apoio Matricial em uma UAPS. A demanda pela presente pesquisa deu-se pela necessidade, apontada por Campos e Domitti<sup>8</sup>, de conhecer e analisar os obstáculos organizacionais que levam à produção e à reprodução de práticas alicerçadas em modelos rígidos, fragmentados e de caráter uniprofissional. Os autores afirmam que tais obstáculos devem ser entendidos, analisados e, na medida do possível, resolvidos ou enfraquecidos, para que o trabalho em equipe interdisciplinar e sistemas de cogestão seja possível<sup>8</sup>.

## **DELINEAMENTO DA PESQUISA**

Cabe aqui apresentar alguns elementos acerca da UAPS pesquisada. Como foi dito, ela se localiza no município de Betim/MG, sendo organizada a partir dos critérios apontados pela Estratégia da Equipe de Saúde da Família. Durante o período pesquisado, existiam cinco equipes de saúde, compostas por um(a) médico(a) generalista, um(a) enfermeiro(a), um(a) técnico(a) de enfermagem, cinco ou seis agentes comunitárias de saúde, que buscavam realizar práticas de promoção à saúde, prevenção de agravos e assistência.

As equipes da UAPS contavam com apoio de profissionais de distintos campos do saber. O serviço estudado possuía: três ginecologistas; duas assistentes sociais; uma equipe de NASF composta por dois psicólogos, um fisioterapeuta e um nutricionista; uma equipe de saúde mental formada por um psicólogo, um psiquiatra e um residente de psiquiatria; uma pediatra; um setor de odontologia, organizado em diversas especialidades; além dos residentes em Saúde da Família.

Nesse cenário, não havia um modelo único e fixo de encaminhamento para as distintas especialidades. Assim, o acesso ao pediatra e ao ginecologista ocorria mediante a marcação na agenda do profissional, atividade cuja qual era realizada pela recepção da unidade. Já o serviço social era organizado pela demanda espontânea. No serviço de saúde bucal, o usuário deveria comparecer ao acolhimento específico desse setor e, em seguida, ele seria avaliado, para iniciar o tratamento odontológico, quando houvesse vagas. A saúde mental e o NASF possuíam uma organização distinta das especialidades já citadas. Os encaminhamentos ocorriam nas reuniões de Apoio Matricial, quando a equipe de referência apresentava os casos que possuíam algum impasse ou dificuldade para a formulação do projeto terapêutico.

Como apontado anteriormente, o enfoque da pesquisa centrou-se no NASF e no apoio matricial dado às equipes de referência na UAPS estudada. Procuramos conhecer os limites e os desafios que os profissionais, tanto do NASF quanto das Equipes de Saúde da Família, vivenciam durante a prática do Apoio Matricial.

Para tanto, optou-se pela técnica de pesquisa do grupo focal, visto que ela faz emergir as diversas concepções e crenças relacionadas ao tema pesquisado, permite compreender os significados das experiências dos sujeitos de estudo, além de possibilitar uma análise acerca das influências dos

elementos sociais, culturais e históricos na concepção do objeto de pesquisa<sup>15</sup>.

O grupo focal foi realizado com seis profissionais que participavam do Apoio Matricial na UAPS estudada. Realizamos um recorte com o objetivo de abarcar, por um lado, trabalhadores que atuavam nas Equipes de Saúde da Família (equipe de referência) e, por outro, trabalhadores integrantes da equipe de apoiadores matriciais. Assim, a composição do grupo focal contou com um enfermeiro, um médico e três ACS representantes das Equipes de Saúde da Família, mais um psicólogo do NASF.

Os dados que emergiram durante o grupo focal foram analisados segundo a Análise de Conteúdo Temática<sup>16,17</sup>. Esse método permitiu a organização sistemática dos dados e a elaboração de descrições e inferências acerca do fenômeno pesquisado. Tendo em vista sua operacionalização, foram realizadas três etapas: (1) pré-análise; (2) exploração do material; e (3) tratamento dos resultados obtidos e a sua interpretação.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Betim e pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, observando-se, em seu desenvolvimento, os preceitos éticos previstos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

## **ANÁLISE DOS DADOS**

O material empírico produzido ao longo da pesquisa de campo foi organizado em três categorias de análise: (1) os objetivos do AM na perspectiva dos trabalhadores da UAPS; (2) o lugar do usuário e o desafio da “clínica bancária”; (3) a dinâmica do AM *versus* a lógica do encaminhamento. As reflexões acerca de cada uma desses eixos de análise são apresentadas a seguir.

### **Os objetivos do AM na perspectiva dos trabalhadores da UAPS**

Ao analisar os dados coletados, vemos que os trabalhadores apresentam expectativas e compreensões diversas a respeito dos objetivos que cercam a prática do AM. Durante o grupo focal são apresentadas diferentes concepções sobre o AM, tais como: um momento para a construção coletiva do caso; um espaço para conhecer e investigar a história do usuário; um espaço de educação permanente, no qual é possível compartilhar os saberes de modo horizontal; uma estratégia para romper com o modelo ambulatorial, com a medicalização dos corpos e com os especialismos no campo da saúde pública. Uma trabalhadora afirma:

É porque às vezes a gente vai com aquele conceito de marcar consulta, mas naquele horário que a gente senta, discute o caso, às vezes nem precisa agendar consulta com o psiquiatra ou psicólogo... O clínico mesmo conduz o caso, às vezes discute um caso de uma pessoa que se insere no caso de outra pessoa. Por isso que muitas vezes é um encontro rico. (ENFERMEIRA – EQUIPE DE REFERÊNCIA)



Tais apontamentos vão ao encontro da literatura que compreende o AM como um arranjo institucional, adotado pelo Ministério da Saúde, cujo objetivo é qualificar a gestão dos casos acompanhados pelos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, romper com a lógica de encaminhamentos indiscriminados, substituindo-a por uma lógica da responsabilidade compartilhada<sup>7</sup>.

Ao mesmo tempo, observa-se que algumas falas expressam o entendimento ou a expectativa de que o apoio matricial permitirá “buscar uma solução para o caso” ou “resolver a questão do usuário”. Tais colocações são amparadas no paradigma racionalista, que entende a saúde a partir do binômio problema-solução. De acordo com Flávia Freire<sup>18</sup>, esse paradigma se baseia na definição e na explicação do problema para, em seguida, ser elaborada uma resposta ou solução racional. Todavia, observamos uma fragilidade nessa postura, uma vez que, tendo em vista a complexidade dos fatores que levam ao adoecimento (econômicos, sociopolíticos, culturais, dentre outros), é fundamental romper e/ou problematizar a crença de que o cuidado em saúde é construído em uma única via.

Gastão Campos e Gustavo Cunha<sup>5</sup> apontam que, no interior dos serviços de Atenção Primária, há uma forte cultura organizacional de invisibilização e de negação das incertezas inerentes aos problemas complexos acompanhados pelo setor de saúde. Isso leva à fragilidade dos laços interdisciplinares e da experiência do usuário. Diante disso, os autores ressaltam a necessidade de uma transformação dessa relação acrítica com a “verdade” e a “solução”, levando em consideração a importância de haver um equilíbrio que amplie tanto o objeto e o objetivo do trabalho quanto a visão da doença para o sujeito sob cuidado. Essa transformação faz com que o profissional possa lidar com as fronteiras existentes entre o saber do especialista e os limites dos conhecimentos e da intervenção. Vemos, portanto, que os diagnósticos e os procedimentos terapêuticos podem ser valorizados como ferramentas de trabalho e não como dogmas intocáveis<sup>5</sup>.

Nesse sentido, Flávia Freire<sup>18</sup> faz um importante alerta ao dizer que as intervenções em saúde devem ser pensadas a partir da relação com o saber técnico, com o território e com os espaços sociais. Associada a essa ideia, a autora afirma que:

Todo conhecimento científico-natural é científico-social – refere-se à superação das dicotomias binomiais do conhecimento, abolindo interpretações estáticas: saúde/doença, natureza/cultura, natural/artificial, razão/desrazão. Todo o conhecimento é local e total – remete ao desenvolvimento de um conhecimento interdisciplinar, que percebe a totalidade dos fenômenos específicos, complexificando-os e enriquecendo-os<sup>19</sup>.

De maneira semelhante Magda Dimenstein<sup>10</sup> chama a atenção para o universalismo ingênuo, que sustenta e acompanha as práticas no campo da saúde. Tal atitude generaliza de modo rígido e ilimitado as intervenções clínicas, sem problematizar a realidade dos sujeitos em seus territórios.

Podemos afirmar que o AM tem permitido importantes avanços, principalmente no que diz respeito ao encontro dos diversos saberes em saúde, à construção do trabalho compartilhado e à redução da sobrecarga de trabalho. Porém, percebemos que os profissionais, movidos pelo desejo de encontrar soluções, muitas vezes, apenas reforçam a lógica curativista. Ou seja, eles minimizam as experiências e vivências do usuário e reforçam a centralidade do discurso biomédico nas práticas de saúde.

### **O lugar do usuário: o desafio de romper com a lógica da “Clínica Bancária”**

Como colocado anteriormente, o acesso aos serviços ofertados pelo NASF ocorre por meio da reunião de Apoio Matricial. No cotidiano do serviço estudado, a reunião é denominada “matriciamento” ou “reunião com o NASF”. Assim, por exemplo, se um usuário desejar ser acompanhado por um profissional da nutrição, ele deverá ir ao setor de acolhimento da sua equipe e apresentar suas demandas para a enfermeira de referência. Em seguida, é agendada uma consulta com o(a) médico(a) generalista. A profissional da enfermagem comunica ao usuário que o seu caso será “discutido” e analisado no matriciamento, que ocorre mensalmente com cada equipe da ESF. Após essa reunião, a ACS comunica aquilo que foi acordado pela equipe de referência com os apoiadores matriciais do NASF.

Observamos que o modo de organização dos fluxos no interior da UAPS revela uma estranha e curiosa relação entre o trabalhador e o usuário. Em diversos momentos, notamos que o usuário compreende a atenção à saúde como um serviço a ser prestado pelos especialistas. Ao mesmo tempo, o trabalhador coloca-se como ofertante desse produto. Essa postura reforça uma posição prescritiva, a partir da qual os profissionais “tomam a palavra” e, de modo solitário, produzem um saber acerca da experiência do sujeito acompanhado. Esse ato torna o usuário um recipiente dos saberes e certezas do profissional.

Isso pode ser visualizado quando o usuário procura a enfermeira solicitando a consulta com o nutricionista (o serviço), e a enfermeira delibera na reunião de AM – juntamente com os integrantes da Equipe de Saúde da Família e o NASF – qual a melhor conduta para o caso. Assim, de acordo com os dados levantados pelos participantes do matriciamento, o usuário poderá ser encaminhado para o nutricionista, para um grupo de promoção à saúde ou para outros dispositivos presentes no território.

Nesse situação, é negado ao usuário o direito de tomar a palavra. Cabe a ele ajustar-se às prescrições do saber legitimado. Denominamos esse mecanismo, tão comum nas realidades da UAPS, de “Clínica Bancária”, no âmbito deste trabalho. O termo é uma alusão ao conceito de “Educação Bancária”, proposto por Paulo Freire no livro *Pedagogia do Oprimido*. Tal compreensão pode ser pensada a partir das reflexões desse autor acerca da educação:

A educação a que se impõe aos que verdadeiramente se comprometem com a libertação não

pode fundar-se numa compreensão dos homens como seres vazios a quem o mundo “encha” de conteúdo; não pode basear-se uma consciência especializada, mecanicamente compartimentada, mas nos homens como “corpos conscientes” intencionados ao mundo. Não pode ser a de depósito de conteúdo, mas a da problematização dos homens em sua relação com o mundo.<sup>20</sup>

Acreditamos que a “Clínica Bancária” fortalece a concepção de que o usuário é um ser vazio e sem intencionalidade, ao passo que o profissional se coloca no lugar do educador “bancário”, responsável por disciplinar e “encher” o usuário com as determinações adequadas para seu caso, de acordo com os saberes técnico-científicos, estes últimos compreendidos de forma descolada da realidade do próprio sujeito atendido. A afirmativa acima pode ser sintetizada pela seguinte fala:

Assim, por exemplo, quando nós trazemos um caso, a pessoa quer uma resposta e às vezes você não vai dar aquela resposta, porque na reunião do matriciamento chegou a uma conclusão que não é aquela esperada. Por exemplo: ela quer uma consulta com o psiquiatra, aí a gente leva para a reunião de matriciamento, mas ia sai com uma consulta do clínico, que chegou à conclusão de que no caso dela não precisa... E o clínico pode dar o remédio que ela precisa, a orientação necessária. Então a gente tem a dificuldade, porque nós vamos ter que passar pra pessoa a resposta e a resposta que não é aquela esperada. Então você tem que ter aquele jogo de cintura, paciência. (ACS1 – EQUIPE DE REFERÊNCIA)

Observamos que o incômodo do usuário diante da resposta trazida pela ACS explicita o lugar periférico que ele tem ocupado durante a construção do seu PTS. A “busca por uma solução”, muitas vezes, desconsidera a experiência e o saber do usuário. Desse modo, vemos que, apesar das construções interdisciplinares presentes no Apoio Matricial, o usuário ainda ocupa uma posição periférica diante do saber do especialista, visto que “a resposta e a solução” são pensadas sem a participação desse sujeito.

Paulo Freire<sup>21</sup> nos convoca, ao discutir a lógica bancária, a problematizar as relações opressoras presentes na estrutura social brasileira. Podemos perceber a atualidade e o diálogo entre as colocações desse autor e a relação do profissional da saúde com o usuário. Mesmo com os avanços alcançados pela implantação do AM, principalmente no que tange à horizontalidade dos saberes e das práticas em saúde entre os profissionais, ainda vemos a necessidade de repensar a construção do projeto terapêutico, promovendo o usuário como ator desse processo.

Na situação colocada percebemos que há uma divergência entre o PTS proposto pelo AM e a expectativa do usuário. Inspirados por Paulo Freire<sup>21</sup>, podemos ponderar que a postura bancária, aqui compreendida como “Clínica Bancária”, tem como objetivo a imobilidade e o silêncio do usuário, visto que ele deve aceitar passivamente as decisões dos especialistas. Todavia, o autor coloca que, diante da inibição do potencial criador do ser humano, surgem sentimentos de frustração e desequilíbrio, que logo são recusados pela busca e pelo retorno do “potencial transformador”. Essa inibição e esse sentimento de frustração do usuário podem aparecer de várias formas na

relação que ele estabelece com os serviços de saúde. Aqui destacamos o absenteísmo e a evasão dos tratamentos.

Magda Dimenstein<sup>22</sup> ressalta que, diante da “incompatibilidade de projetos terapêuticos entre profissionais e usuários, ou simplesmente pela inexistência de um ‘projeto’ por parte do usuário”, surge uma posição ativa do usuário. Essa posição pode ser chamada, a partir de Paulo Freire, de “ato de rebeldia”, retratado no absenteísmo do usuário em consultas agendadas e na evasão dos tratamentos. Nota-se que, durante o grupo focal, os profissionais apontam o absenteísmo como um limite para a efetivação do AM. Tal compreensão pode ser resumida na citação a seguir:

O próprio paciente que às vezes marca e não vem, não vem, não tem compromisso! (MÉDICO – EQUIPE DE REFERÊNCIA)

Os autores citados apresentam uma nova leitura da ausência nas consultas agendadas. Para além do “não compromisso”, esse comportamento evidencia a capacidade do usuário de atuar e transformar a posição bancária que lhe é imposta. Nesse sentido, há uma fragilidade entre a percepção dos trabalhadores e a concepção de Gastão Campos e Gustavo Cunha<sup>5</sup>. Esses autores percebem a estratégia matricial como um instrumento para o fortalecimento dos vínculos entre profissionais e usuários, pois ela descentraliza as práticas de atenção, além de reafirmar a corresponsabilidade de todos os atores envolvidos com o processo de gestão do cuidado. Apesar dos avanços observados no campo da saúde pública, observamos que a responsabilização compartilhada do cuidado e a construção da autonomia do usuário ainda são questões a serem repensadas dentro das práticas de cuidado.

Nesse sentido, Mariana Figueiredo explica a importância da ampliação da concepção de clínica:

Ampliar a clínica significa também que os profissionais possam, em determinados momentos, colocar em suspenso o seu saber prévio, o saber que vem garantido com a técnica, com o procedimento padrão, para se abrirem ao contato intersubjetivo que se dá na relação profissional/paciente e para interrogarem-se, em cada situação, sobre a melhor intervenção a fazer<sup>23</sup>.

No contexto da Atenção Primária, observamos que a clínica ampliada se apresenta como um dispositivo a ser fortalecido. A dinâmica acelerada dos serviços, a forte postura biomédica e ambulatorial, a produtividade e o tecnicismo são fatores que levam à fragilidade dos diálogos e encontros na relação profissional/usuário. Por isso, torna-se um desafio a ser pensado, tendo em vista a superação das barreiras impostas pelo modelo bancário de cuidado em saúde.

### **Dinâmica das reuniões de Apoio Matricial *versus* lógica do encaminhamento**

Outra problematização que emergiu dos dados produzidos pela pesquisa é a organização e a dinâmica da reunião de AM. A partir da fala dos profissionais, percebemos que não há uma clareza sobre o modo como a reunião deve ser estruturada e conduzida.

A reunião de AM com a equipe do NASF na UAPS estudada ocorre com cada uma das cinco equipes de referência uma vez por mês, sendo que, em cada semana, uma ou duas equipes são “matriciadas”. Na reunião, a enfermeira é encarregada de levar os casos previamente discutidos pela Equipe de Saúde da Família. Uma vez exposto o caso e os impasses para a construção PTS, a equipe de referência e os apoiadores matriciais iniciam um diálogo, para pensar uma melhor condução do caso. Todavia, alguns entraves se revelam durante o encontro:

Vou falar um pouco do que a [enfermeira] falou... É pergunta demais que eles fazem pra gente, pelo amor de Deus! (risos). Eu não aguento não, gente! Então nem precisa do camarada ir lá consultar, porque eu já tô consultando pra ele, porque eu acho que o profissional tem que ver a cara do cidadão também! Se você deu, pelo menos, a metade da resposta que ele precisa, já é um grande negócio para ele marcar uma consulta! Eu fico chateada! (ACS 2 – EQUIPE DE REFERÊNCIA)

Na situação colocada, o que vemos é a insatisfação da equipe de referência, diante do grande número de perguntas realizadas pelos apoiadores matriciais do NASF (dois psicólogos, um fisioterapeuta e um nutricionista). Para o NASF, tais questionamentos permitem conhecer melhor o caso e a história do usuário. Já para a Equipe de Saúde da Família, as perguntas são vistas como empecilhos criados pelo NASF para “repassar o caso”. Tal atitude, no contexto estudado, ganhou a denominação “nasfear” pelos profissionais das equipes de referência. Ou seja, esses profissionais tratam de maneira pejorativa a ausência de respostas objetivas do NASF às expectativas das equipes de referência. De fato, observamos que não há uma clareza no que diz respeito à postura do NASF e ao modo como a reunião deveria ser conduzida. Trata-se de uma problemática que pode ser compreendida a partir destas colocações de Gastão Campos e Gustavo Cunha:

O NASF é uma experiência de utilização do conceito de Equipe de Referência e Apoio Matricial. Evidentemente alguns problemas estruturais, como a escassez de serviços especializados, induzem sua utilização equivocada de forma substitutiva (por exemplo, o apoio de um fisioterapeuta a uma equipe de saúde da família não substitui um centro de reabilitação), empobrecendo o atendimento e dificultando a compreensão da sua função. Além disso, na medida em que outros serviços especializados ainda não praticam o Apoio Matricial, o trabalho das equipes do NASF é maior, tanto pelo aprendizado mútuo quanto pelo isolamento que a atenção primária experimenta na relação com a rede assistencial<sup>24</sup>.

Nesse ponto, vale a pena refletir sobre as atribuições da equipe de referência e do apoiador matricial, pois é possível apontar uma polaridade. De um lado, encontra-se a equipe de referência, sobrecarregada com diversos casos de usuários solicitando consultas individuais. Do outro lado, estão os apoiadores matriciais, geralmente problematizando, por meio de diversas perguntas, o quadro clínico e o contexto socioeconômico do usuário, buscando, assim, construir estratégias de cuidado que ultrapassem o modelo ambulatorial. Observamos, neste ponto, um desafio prático: como efetivar a responsabilização compartilhada?

Para pensar tal problemática, é necessário refletir sobre as responsabilidades dos atores presentes no AM. De acordo com a Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008, que regulamenta o NASF, o Núcleo “não se constitui como porta de entrada do sistema e deve atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as Equipes Saúde da Família”<sup>24</sup>. Logo, espera-se que o trabalho desenvolvido entre ESF e NASF esteja organizado sob o eixo do trabalho compartilhado:

A responsabilização compartilhada entre as equipes SF e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS<sup>24</sup>.

Vale ainda destacar que, para Gastão Campos<sup>7</sup>, o apoiador matricial deve assessorar as equipes de referência com base em conhecimentos especializados, além de oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico, mas não deve assumir a referência do cuidado. Para o autor, a referência do cuidado deve ser responsabilidade da Equipe de Saúde da Família. A equipe de Apoio Matricial não assume a referência do caso, nem deve ser compreendida como um segundo nível de atenção.

A partir dos pontos colocados, notamos que a realidade da atenção primária revela alguns impasses para a consolidação do sistema matricial. Assim, questionamos: A equipe de referência não compreende o lugar do NASF? Como romper com a lógica do encaminhamento, de modo participativo e sem provocar polaridades? Como conduzir a reunião do AM, para além de perguntas, de forma a consolidar a resolutividade no cuidado com o usuário?

As questões colocadas evidenciam a complexidade dos problemas estruturais presentes na dinâmica do AM, que, por sua vez, dificultam a disseminação dessa proposta. Por isso, Gastão Campos<sup>7</sup> aponta para a importância de se refletir sobre as lógicas estruturais e ideológicas que ainda sustentam práticas tradicionais presentes nos dispositivos de atenção primária. Sabe-se que os contextos institucionais são estruturados através de arranjos organizacionais, que possuem múltiplas determinações, tais como: a cultura, a subjetividade dos atores envolvidos, a economia, a política e a história do território de atuação. Portanto, a construção e a inserção de novos modelos devem ser pensadas a partir de uma análise criteriosa das relações de poder e dos elementos socioculturais que sustentam as práticas de atenção à saúde em cada contexto.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao longo do estudo realizado, observamos que o AM se mostra como uma proposta potente para os serviços de atenção primária. Para os trabalhadores, essa prática garante: um momento para a construção coletiva do caso; um espaço para conhecer e investigar a história do usuário; um espaço

de educação permanente, no qual é possível compartilhar os saberes de modo horizontal; e, por fim, uma estratégia para romper com o modelo ambulatorial, com a medicalização dos corpos e com os especialismos no campo da saúde pública.

Todavia, ao longo de nossas análises, percebemos dissonâncias nos discursos enunciados pelos trabalhadores, no que tange aos desafios/limites que estes apontam para a prática do AM e, por outro lado, às contribuições que o AM traz para as equipes de saúde. Para os trabalhadores, o AM contribui para ultrapassar o modelo ambulatorial e o especialismo. No entanto, observamos uma forte presença do discurso biomédico. Também foi colocado que o arranjo matricial possibilita: melhorar a habilidade de discutir um caso; aprender a ouvir melhor; e promover a criação do PTS de modo compartilhado. Contudo, tais aspectos esbarram na lógica da “Clínica Bancária” em relação ao usuário, tal como foi indicado por este estudo.

No que tange à dinâmica das reuniões de AM, nota-se, a partir das falas dos profissionais, que não há uma clareza acerca do modo como a reunião deve ser estruturada e conduzida. Nesse sentido, ao longo da pesquisa foi possível observar uma divergência entre as expectativas do NASF e as da Equipe de Saúde da Família, principalmente no que concerne ao modo como os encaminhamentos devem ser realizados.

Nesse sentido, não basta ter políticas e diretrizes que fomentem a implementação do AM nas unidades de saúde e que criem equipes de AM para atuar junto a outros serviços. É também necessário romper com as rígidas fronteiras do conhecimento nos espaços de formação em saúde e incentivar programas de formação permanente que valorizem a interdisciplinaridade e também os diferentes tipos de saber envolvidos (não apenas aqueles ligados à formação técnico-científica). Além disso, é fundamental provocar mudanças nas relações de poder presentes nas organizações, tendo em vista a busca por modos mais democráticos de trabalho e de relação com os usuários, bem como a ruptura com as lógicas neoliberais que alienam os processos de cuidado em saúde.

Após vivenciarmos dois anos no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, durante a construção desta pesquisa, algumas inquietações permanecem: Como promover a coparticipação do usuário na construção do PTS, em um contexto marcado por uma grande demanda e exigências de produtividade? Qual o potencial da construção compartilhada do PTS para a criação de sujeitos autônomos e políticos? Como romper com a “Clínica Bancária”?

Diante das propostas dos novos dispositivos presentes no campo da UAPS, que apontam para a corresponsabilização e para a construção da autonomia, como caminhos para a construção da clínica ampliada, pensamos que é, antes, necessário nos dispor para um encontro com os sujeitos com os quais atuamos diariamente. É fundamental pensarmos não apenas a história dos sujeitos, mas pensar, com os sujeitos, a sua história. Precisamos romper com as lentes do tecnicismo, que visa organizar o cuidado em saúde a partir de consultas, medicamentos, grupos, enfim, a partir do longo cardápio que nós, profissionais de saúde, ofertamos para o “passivo” sujeito e para sua

“estranha e desconhecida” comunidade.

Diante da naturalização do silêncio e mais ainda das opressões, é necessário repensar os modelos e práticas de cuidado. Como cidadãos e como profissionais do cuidado, temos que nos permitir uma encontro maior com os diferentes sujeitos envolvidos no cuidado em saúde, para elaborarmos não apenas a saída do outro, mas as nossas saídas.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
2. Bourdieu P. A miséria do mundo. São Paulo, Vozes, 2003.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012, p.53.
5. Campos GWS, Cunha GT. Apoio matricial e atenção primária em saúde. Saúde Soc, 20(4), p.961-970, 2011.
6. Chiaverini DH. et al. Guia prático de matriciamento em Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011, p.13.
7. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciência e Saúde Coletiva, 4(2), p. 393-403, 1999.
8. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, 23(2), p.399-407, 2007.
9. Figueiredo MD. Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS-Campinas(SP). 2005. 168 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2005.
10. Dimenstein MDB. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. Estud. psicol. Vol. n.1, p.53-81,1998.



11. Hirdes A, Silva MKR. Apoio matricial: um caminho para a integração saúde mental e atenção primária. *Saúde debate*. Vol.38, n.102, pp.582-592, 2014.
12. Bezerra E, Dimenstein M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicol. cienc. prof.* [online]. vol.28, n.3, pp. 632-645, 2008.
13. Figueiredo MD. Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS-Campinas(SP). 2005. 168 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2005, p.47.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de saúde mental e coordenação da Atenção Básica. *Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*, 2003.
15. Albanesi CI. *Focus Groups*. (2a ed). Roma: Crocchi editore, 2012.
16. Bardin L. *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70, 2006.
17. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*. São Paulo: Hucitec, 1999.
18. Freire FHMA. O sistema de alocação de recursos do SUS aos centros de atenção psicossocial: implicações com a proposta de atuação dos serviços substitutivos. 2004. 156 f. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.
19. Freire FHMA. O sistema de alocação de recursos do SUS aos centros de atenção psicossocial: implicações com a proposta de atuação dos serviços substitutivos. 2004. 156 f. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004, p. 25.
20. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 56 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014, p.94.
21. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 56 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.
22. Dimenstein MDB. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estud. psicol.* vol. n.1, p.53-81,1998, p.76.
23. Figueiredo MD. Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS-Campinas(SP). 2005. 168 f. Dissertação (Mestrado em

Saúde Coletiva) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2005, p.47.

24. Campos GWS, Cunha GT. Apoio matricial e atenção primária em saúde. Saúde Soc, 20(4), p.961-970, 2011.

25. Brasil. Portaria GM n. 154, de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União, Brasília, 04 de Março, Seção 43, p. 38, 2008, p.02.

Artigo apresentado em março de 2017

Artigo aprovado em maio de 2020

Artigo publicado em agosto de 2021