

**FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**RÂNDER JORGE ALCÂNTARA**

**FORMAÇÃO NA RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA: OS CAMINHOS  
DE UM PSICÓLOGO**

**CAMAÇARI  
2020**

**RÂNDER JORGE ALCÂNTARA**

**FORMAÇÃO NA RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA: OS CAMINHOS  
DE UM PSICÓLOGO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao programa de Residência em Saúde da Família, oferecido pela Fundação Estatal Saúde da Família, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Grace Fátima Souza Rosa

**CAMAÇARI**

**2020**

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus que me dá força e orientação para continuar a minha trajetória.

Aos amigos, a minha companheira Lisana e a minha família que, com o seu carinho, afeto e suporte foram uma força significativa para passar por todo essa formação e são a minha base de vida.

Aos colegas residentes de Lauro de Freitas da turma de 2018 que foram companheiros em vários momentos e proporcionaram a realização de um grande de trabalho conjunto no SUS.

A Grace pelo apoio e orientação a esse trabalho facilitando como que pudesse construí-lo e estruturá-lo.

A coordenação pedagógica da FESF pelo apoio e suporte oferecidos que possibilitou um rico aprendizado nesses dois anos.

Gratidão!

## SUMÁRIO

1. ANDANÇAS E HISTÓRIAS DE UM PSICÓLOGO EM CONSTRUÇÃO	05
2. A INSERÇÃO NA SAÚDE DA FAMÍLIA	08
3. INSTITUIÇÕES, TERRITÓRIO E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL	11
4. PSICOLOGIA ENQUANTO PROFISSÃO NESSES ESPAÇOS	16
5. ATUAÇÃO CONJUNTA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	19
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	23

## 1. ANDANÇAS E HISTÓRIAS DE UM PSICÓLOGO EM CONSTRUÇÃO

Nasci em Catalão, no estado de Goiás, em uma família com três irmãs mais velhas e eu como o único menino. A separação de gênero sempre foi muito marcada, de modo que, a mim, cabia acompanhar meu pai nas atividades da roça. No entanto, eu não pretendia continuar essa “tradição” familiar e perpetuar esse estilo de vida. Eu tinha um projeto de morar em uma cidade maior, onde pudesse ter acesso a variadas atividades e a uma formação profissional que desse outro sentido a minha vida.

Ao completar 19 anos, fui estudar em Uberlândia, que fica a aproximadamente 100 quilômetros da minha cidade de origem. Enquanto prestava vestibular, pensava em fazer alguma engenharia, pois gostava da área de exatas, mas depois de um ano e meio fazendo esse curso preparatório, mudei de ideia e resolvi fazer psicologia. Esta opção se deu pelo interesse em buscar uma área que me acrescentaria em minha formação humana.

Em 2006, entrei na graduação em psicologia na Universidade Federal de Minas Gerais e busquei explorar os diversos campos de estudo. Realizei estágios em diferentes áreas como no sistema prisional, assistência social, saúde mental, clínica, entre outras, o que me proporcionou um amplo conhecimento sobre as possibilidades de atuação profissional do psicólogo. Concomitante à graduação, no ano de 2012, fiz uma formação com duração de três anos no Projeto “Corpo em Movimentos”, que tinha como objetivo a preparação de terapeutas para o trabalho energético/emocional do corpo, fundamentado na teoria e prática da análise bioenergética.

Ao concluir a graduação, investi em diversos processos seletivos como forma de encontrar oportunidade de trabalho. Tentei inserção em diferentes campos, muitos deles tinham despertado meu interesse durante os estágios da faculdade. O primeiro trabalho enquanto psicólogo foi na área clínica, na qual atuei por dois anos. Com essa experiência, aprendi e cresci significativamente, mas também comecei a questionar o lugar da prática do psicólogo, suas bases e delimitações,

compreendendo melhor esse campo do conhecimento e fundamentando a minha prática, como forma de compor minha jornada profissional.

Fiz uma pós-graduação em Psicodrama, quando me submeti a supervisão clínica, o que me proporcionou uma melhor compreensão da psicologia como ciência e os seus diferenciais enquanto prática terapêutica.

Ainda na ânsia de considerar todas as possibilidades de formação que estavam ao meu alcance, apesar de gostar da atuação clínica, decidi, no ano de 2015, fazer a seleção para a residência multiprofissional no Complexo Hospital de Clínicas (CHC) da UFPR, em Atenção à Saúde da Mulher em Curitiba-PR. A motivação maior dessa escolha foi o enfoque na abordagem em Psicodrama, área que continua me atraindo bastante. Esperava também que essa formação me capacitasse para uma atuação multiprofissional, uma vez que teria a supervisão de um psicólogo mais experiente nesta abordagem da psicologia, ao passo que pudesse conhecer outros campos de atuação. Com muito apoio de colegas e preceptores, participando de discussões, estudos de caso, na atuação multiprofissional, mas, sobretudo, com uma formação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pude ampliar a minha visão do que é a saúde, como seus cuidados devem ser prestados à comunidade, cuidado humanizado e compreensão do usuário em todas as suas dimensões. Junto a isso, pude aperfeiçoar a atuação conjunta e a articulação de ações com os outros profissionais, o desenvolvimento do vínculo com os usuários, aprofundando o entendimento sobre o SUS. Compreendi, a partir disso, como melhor utilizar as ferramentas do psicodrama para pensar o cuidado dos usuários.

Apesar de toda riqueza dessa experiência, o estresse causado pela rotina do CHC, somado ao *modus operandi* do seu processo formativo, interrompi essa residência depois de aproximadamente 1 ano.

No ano seguinte, fui aprovado em outro processo seletivo de uma Residência Multiprofissional em Neonatologia, no Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte-MG, buscando maior identificação com o modelo pedagógico da instituição e dando continuidade à relação com o cuidado da saúde da mulher, iniciada na residência anterior.

No cenário de práticas desta formação, por haver poucas salas para atendimento, tive um singular aprendizado sobre atender pessoas nos corredores da instituição, condição, muitas vezes, ruim e não adequada de atendimento e realização do cuidado, pois o espaço não estava preparado em termo de acomodação e privacidade para a escuta do usuário. A clínica tradicional distingue-se desse modelo, pois corresponde a um formato de psicoterapias de longa duração e que ocorrem dentro de um consultório privado desconectado do contexto social da pessoa. Esse acompanhamento diferenciado, por vezes, desenvolvidos nos corredores, geralmente, era a única forma encontrada para acompanhar os diversos usuários que passavam muito tempo dentro da instituição e que, aparentemente, não demonstravam suas fragilidades, mas com as notícias que recebiam da equipe sobre o quadro clínico dos seus bebês, perdas e outras situações, acabavam muito abalados e, muitas vezes, tinham dificuldades para procurar ajuda.

Quando faço um contraponto entre a assistência oferecida nesse contexto e as minhas experiências anteriores, constato que, no ato clínico, busca-se perceber a subjetividade da pessoa de determinada realidade social, com uma qualidade da escuta que, independe do local onde acontece, acolhe a demanda do outro e o seu sofrimento em uma relação que possibilita formar sentidos (DUTRA, 2004).

No período de finalização dessa residência, decidi pela continuidade da formação em saúde da família com o intuito de aprimorar meus conhecimentos no sistema de saúde e compreender a trajetória do usuário no Sistema desde a sua entrada principal, ingressei na residência Multiprofissional em Saúde da Família da FESF-SUS/Fiocruz, na qual entrei para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), em 2018.

De acordo com a Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, o trabalho do NASF deve ser desenvolvido em um determinado território e compartilha as responsabilidades assistenciais e sanitárias com equipes de saúde da família com o objetivo de ampliar as ações e a resolutividade da atenção básica. O acesso ao NASF acontece a partir das equipes de saúde da família e/ou Academia da Saúde, as quais atuam de forma conjunta. Não atua em uma estrutura física independente ou especial e suas demandas são identificadas junto com a equipe mínima. O NASF

integra a Rede de Atenção à Saúde e seus serviços, além de participar de outras redes como as comunitárias, sociais e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

A partir do que é preconizado pelo modelo de funcionamento da saúde da família e do trabalho no NASF, compreendi que a atuação conjunta dos profissionais possibilita um melhor cuidado da saúde dos usuários e que, o contato com a comunidade é importantíssimo para o acompanhamento da situação de saúde de determinada região. Esse aprendizado me proporcionou um maior aprofundamento do que é atuar em comunidade através do NASF, de modo transdisciplinar, pois, nessa residência, colaborei de maneira conjunta com diversos atores.

Neste memorial, esboço algumas reflexões que desenvolvi com base nos conhecimentos adquiridos do campo da saúde pública, ao longo do trabalho desenvolvido no NASF, organizadas em quatro seções: a inserção na saúde da família; instituições, território e a participação social; a psicologia enquanto profissão nesses espaços e atuação conjunta dos profissionais de saúde.

## **2. A INSERÇÃO NA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Na atenção básica, observa-se um campo de atuação interprofissional no qual há uma intensa construção de ações a partir dos conhecimentos dos trabalhadores que atuam neste nível de atenção à saúde. Os diversos saberes são compartilhados entre os profissionais que embasam suas práticas, especialmente, nos conhecimentos produzidos pela saúde coletiva e da educação popular, além dos saberes específicos de cada profissão.

Esse campo disputa com o modelo formativo tradicional da academia no qual, cada profissão possui um conjunto de saberes e práticas que são reivindicados como exclusivos de cada categoria, o que estimula a lógica corporativista e de mercado. Segundo alguns autores, quando o profissional tem que lidar com a sua atuação prática, geralmente, encontra dificuldade na vivência interprofissional, desconsiderando a complexidade e diversidade das necessidades de saúde da população e limitando a sua resolutividade (CAMPOS, 2000; ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013).



Girardi e Seixas (2002, p.37), ao falarem sobre o modo de funcionamento do sistema de saúde, reforçam a importância do trabalho interprofissional e colaborativo:

a universalidade e equidade de acesso, maior eficiência econômica, uso pleno das potencialidades e competências dos recursos humanos, maior cooperação entre as profissões, capacidade para promover e ajustar-se às inovações tecnológicas, desenvolver novas modalidades de tratamento e ampliar o escopo de alternativas terapêuticas para os usuários. (GIRARDI E SEIXAS, 2002, p.37)

Deste modo, espera-se que os profissionais atuem em uma perspectiva colaborativa, compreendendo as limitações da sua capacidade de intervir sozinho na complexidade da vida, sem perder de vista a ética profissional e assim garantir um cuidado qualificado nos serviços de saúde.

A experiência na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, através da atuação no NASF, possibilitou constantes construções junto com outros profissionais, ampliando a minha percepção acerca da interprofissionalidade. Inicialmente, esse modo de trabalhar foi um choque diante das minhas experiências profissionais e de formações anteriores, mesmo tendo feito três anos de residência multiprofissional. Naquelas formações, que ocorreram em ambiente hospitalar, fui exigido mais em meus saberes e práticas da psicologia, o que limitou minha atuação em, pelo menos, dois sentidos: a ampliação das ações em saúde e para atuações multidisciplinares.

A inserção na saúde da família me ajudou a questionar esse lugar de núcleo da psicologia. A forma como a atenção básica se estrutura e como suas ações são propostas junto com o NASF permite maior interação com os outros profissionais ampliando, conseqüentemente, minhas ações.

A proposta do NASF é dar apoio e atuar em conjunto com a saúde da família é algo que, na prática profissional, coloca em xeque e desafia o saber posto em diversas situações, instigando a busca por mais informações. Como exemplo, quando a demanda do usuário chegou diretamente para o NASF, logo, exigiu toda uma articulação para entender a situação e fazer o encaminhamento dentro do que é proposto, sem perder a qualidade da assistência e o usuário possa se senti-se

acolhido. Nesse sentido, as descobertas sobre como lidar com diversas situações, a convivência com os colegas de trabalho e o suporte pedagógico da própria formação da residência colaboraram para desenvolver ferramentas para lidar com o trabalho interprofissional e a ampliação da clínica.

A equipe do NASF da residência em que eu estava inserido era composta por dois profissionais de cada uma das seguintes categorias: psicologia, nutrição, educação física e fisioterapia. Atuamos em um território compartilhado com cinco equipes de saúde da família da USF São Judas Tadeu no município de Lauro de Freitas, município da região metropolitana de Salvador-BA. Com essa estrutura, o NASF busca dar apoio de maneira integrada a essas equipes mínimas, através do compartilhamento de saberes e práticas, auxiliando na resolução de situações em saúde (PERRELA, 2015).

Somado a essa complexidade quanto à atuação do psicólogo no NASF e à atuação na saúde da família, no início da residência, havia muitos outros desafios e incertezas, como a novidade de morar pela primeira vez na Bahia, o desconhecimento da cultura local do município de Lauro de Freitas, conhecer o funcionamento do local de atuação e a comunidade na qual estaria inserido e aprender a lidar com a equipe na qual trabalharia no sentido de buscar uma construção cuidadosa das relações.

Diante dessas situações e considerando que o vínculo com a comunidade é um elemento central para a atuação na Estratégia da Saúde da Família, optar por morar na região de Itinga, em Lauro de Freitas, próximo ao posto de saúde, foi uma decisão significativa em meu processo de compreensão, envolvimento e amadurecimento. O desafio de me inserir em uma cultura nova, com um modo diferente do que estava acostumado, com um comportamento linguístico diferente e com outros hábitos alimentares foi muito estranho e, ao mesmo tempo, positivo, pois as pessoas foram acolhedoras e receptivas.

Nesse processo, tanto os profissionais quanto os usuários foram muito abertos a aproximação e interação, colaborando para construção de um ambiente mais descontraído e, muitas vezes, divertido, mostrando muita animação na interação, com as pessoas. Isso possibilitou uma boa convivência e me ajudou a lidar com a formação da residência, tornando-se uma experiência de vida muito

enriquecedora.

A existência de um suporte pedagógico, com a importante força de apoio de preceptores e apoiadores de núcleo e campo, fortaleceu e assegurou o meu crescimento no ambiente da unidade enquanto profissional. Somado a isso, o Grupo Diversidade (GD) foi um espaço rico de troca de conhecimento e de vivência dos residentes dos municípios de Lauro de Freitas, Camaçari e Dias D'Ávila, enriquecendo o aprendizado através das experiências dos colegas e dos coordenadores do GD, os quais colaboraram para lidar com as dificuldades da unidade de saúde.

A construção e o reconhecimento de uma rede afetiva também foram significativos para esse processo. Tive a sorte de encontrar colegas que moravam bem próximos a mim e outros que saíam junto comigo após as atividades dispostos a construir um ambiente de convivência saudável para além do espaço laboral, o qual servia, também, para discutir questões do trabalho e planejar atividades. Isso foi me encorajando a lidar com as incertezas desse campo novo – o trabalho com a saúde da família – e explorá-lo significativamente, possibilitando um grande crescimento nesse processo.

### **3. INSTITUIÇÕES, TERRITÓRIO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

A saúde da família pode ser melhor compreendida a partir da inserção no território e da articulação com as dinâmicas da comunidade. Com base nessa premissa, a equipe da residência teve a iniciativa de promover um dia vivenciado com um usuário do serviço de saúde ligado a USF, mesmo que esse serviço também estivesse sendo feito pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Quando exposto a essa situação, tive a oportunidade de perceber, em contato com uma usuária do serviço, o quanto o envolvimento com a comunidade é importante. Ao estar inserido naquela comunidade como profissional de saúde e também pertencer ao ambiente na condição de morador daquele bairro, pude perceber o contexto e dificuldades dos usuários daquele local, os problemas sociais ali presentes, as potencialidades, as redes de apoio e a rotina daquele espaço.

Acerca do lugar da cidade que paulatinamente vai sendo construído, concordo com Lefebvre (2001, p. 46), quando o autor afirma que:

(...)a cidade é obra, a ser associada mais com a obra de arte do que com o simples produto material. Se há uma produção da cidade, das relações sociais na cidade, é uma produção e reprodução de seres humanos por seres humanos, mais do que uma produção de objetos. A cidade tem uma história; ela é a obra de uma história, isto é, de pessoas e de grupos bem determinados que realizam essa obra nas condições históricas (2001, p.46).

Nos espaços urbanos compostos por objetos, ações humanas, formas, funções, usos e modos heterogêneos, os usuários modificam o local onde vivem de acordo com a sua possibilidade.

Entender como ocorre as interações com o espaço urbano, influencia, portanto, na forma como as pessoas lidam com a sua saúde, pois esses espaços expressam suas concepções de mundo. Isso se relaciona aos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) que acoplam fatores culturais, econômicos, étnicos/raciais, comportamentais e psicológicos, estabelecendo relações com questões de saúde da população e os seus fatores de risco (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

O reconhecimento do território em que o usuário está inserido é uma importante ferramenta para o desenvolvimento das ações pelas equipes da saúde da família. Esse reconhecimento envolve, não apenas locais e equipamentos sociais existentes na comunidade em que a USF está inserida, mas também a forma como as pessoas vivem naquele território.

Nessa experiência no NASF, pude explorar os diversos locais da comunidade e refletir muitas vezes sobre suas diversas nuances. O trabalho junto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foi fundamental para o reconhecimento do território e compreensão das suas características e especificidades.

Um dos lugares visitados foi A Casa Amarela, que é uma instituição religiosa que busca dar assistência no âmbito social e atualmente está trabalhando com as crianças nas atividades escolares. Outro lugar interessante foi o abrigo do pastor Biro Biro, que acolhe, como moradia e espaço de tratamento, homens usuários de álcool e outras drogas da cidade de Lauro de Freitas. A relação com esses lugares da comunidade foi uma importante forma de conhecer a sua dinâmica, saber onde o

usuário circula e, com isso, permitir uma maior aproximação dos profissionais de saúde com as pessoas que tinham a USF como referência para o cuidado da sua saúde e envolvê-las nas ofertas do serviço.

Trazer a população para participar da unidade de saúde é uma estratégia para escutá-la e fazer com que se sinta parte do espaço de cuidado em saúde, pois a comunidade pode participar das atividades do posto, cobrar ações e participar da construção do serviço.

Articulações institucionais também fazem parte do papel do profissional de saúde. Nesse aspecto, as associações de bairro são locais significativos como referências da população em termos de mobilização social e política, que podem colaborar para mobilizar os usuários e fortalecer a luta pela saúde pública. Durante esse período, estive em contato com a Associação dos Moradores do Jardim Pouso Alegre (AMPA), na qual, juntamente com os demais membros e residentes pude articular ações para alcançar o usuário na atenção à saúde, as quais, infelizmente, não foram aperfeiçoadas e implementadas naquele momento.

Além da busca ativa dos usuários com necessidades de saúde identificadas e que não estão acessando o serviço, a aproximação do usuário em seus espaços de circulação facilita a construção do vínculo<sup>1</sup>, pois, conforme o usuário vai participando e criando confiança na equipe e serviço, torna-se mais fácil acessar questões acerca da sua saúde e da região. Essa aproximação possibilita também a ampliação da referência do serviço para a população, aumentando o acesso às ofertas da USF.

A aproximação com as pessoas em seu próprio território possibilita o reconhecimento dos aspectos culturais, religiosos e a dinâmica local, sendo mais um aspecto que possibilita a aproximação com os sujeitos e a produção de espaços para expressar suas necessidades e valorizar a cultura local.

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) Gregório de Matos, campo de estágio pelo qual passei durante a residência, no período de transição de campo de prática de Lauro de Freitas para Camaçari foi um local onde percebi que os profissionais valorizam de forma muito intensa a cultura e as

---

<sup>1</sup> Vale registrar que o trabalho que é produzido em ato, a partir das relações que se estabelecem nos encontros entre os sujeitos, centrado no uso das tecnologias leves, deve ser hegemônico na atenção básica para que haja produção de vínculo, acolhimento às reais necessidades de saúde do território e integralidade do cuidado (MERHY, 2007).

experiências de vida de cada usuário do serviço. Segundo Bragal e Schmacher (2013) a participação na vida social, com relações de reconhecimento e individuação são fundamentais para o cuidado de usuários que estão em acompanhamento por CASP do tipo álcool e outras drogas. Nesse serviço, há reunião de usuários e profissionais que busca produzir um espaço de cogestão e estimular a proatividade, através de discussões e pactos. Além desse espaço estruturado, chamou a minha atenção a utilização do pátio como área de convivência e produção do cuidado e autonomia, pois os profissionais se aproveitam dos encontros espontâneos com os usuários para construir vínculos e intervir com intencionalidade terapêutica, ampliando os espaços de convivência e atuar na perspectiva do paradigma da redução de danos<sup>2</sup>.

A partir de uma breve aproximação com a Organização Não-Governamental (ONG) UNIRAAM: Ponto de Cultura Boiada Multicor, no Pelourinho, pude reconhecer o quanto a educação popular é uma importante estratégia/ferramenta de aproximação com as pessoas que vivem nos territórios, produzindo aproximação entre os diferentes universos e interesses daqueles que cuidam e são cuidados, sobretudo nos aspectos culturais e conhecimentos tradicionais.

Na USF São Judas Tadeu a estratégia utilizada para trazer o usuário – enquanto sujeito político e sócio-histórico – para participar do serviço, foi a estruturação do conselho local de saúde. Por meio de reuniões com a comunidade os usuários foram participando cada vez mais desse espaço durante o período que a atuação da residência estava presente em Lauro de Freitas e esta estratégia mostrou-se muito exitosa.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Lauro de Freitas ajudou bastante nessa ação, capacitando e orientando como construir o conselho local de saúde. Inicialmente a sua aproximação se deu com o objetivo de buscar soluções referentes a uma situação relacionada à saúde mental de um usuário que

---

<sup>2</sup>Essa perspectiva considera multicausal a saúde dos usuários de drogas, em que o consumo de substância está relacionado a uma série de questões. A partir disso, a abstinência deixou de ser o foco único do tratamento e a droga não é mais o problema central. Nesse sentido, as ações de saúde tem como centro produzir medidas para reduzir os danos consequentes do uso/abuso de droga, respeitando a liberdade de escolha das substâncias utilizadas pelo indivíduo e o seu estilo de vida (MOREIRA *et al.*, 2019)

acompanhei junto com os meus colegas. De maneira geral, essa situação resultou de uma demanda específica: o usuário mencionado, embora não se vinculasse ao serviço de saúde, se envolveu, ao longo de alguns anos, em diversos conflitos com os vizinhos, o que gera um desconforto na região e a necessidade de discutir a situação desse usuário para articular a rede de atenção à saúde com o intuito de dar encaminhamentos efetivos para resolutividade. Observei, no entanto, que havia uma singular dificuldade dos serviços em se disponibilizarem para colaborar nas ações de saúde.

Com isso, houve alguns encaminhamentos levados pela conselheira para a reunião do CMS, como por exemplo, a possibilidade de uma reunião com a coordenação da Saúde Mental do município para pensar e estimular capacitações no âmbito da saúde mental no município, o que poderia qualificar a rede no cuidado dos cidadãos em suas demandas de saúde mental. .

Ressalto aqui que, participar das reuniões do CMS nos possibilitou escutar as demandas dos usuários com relação à saúde, entender essas necessidades, refletir sobre as práticas dos serviços e construir com as equipes ofertas para ampliação do cuidado, podendo então dar um retorno nas reuniões de comunidade.

Essa parte política de lidar com a gestão integra o papel dos profissionais de saúde, dos quais é possível cobrar ações relacionadas à determinada questão de saúde, interligadas com as necessidades da população, junto com o controle social. Tais ações, contudo, só funcionarão bem diante dessas demandas se houver uma rede de saúde ativa e interligada.

Nesse aspecto, participar da reunião de rede permitiu que eu conhecesse os diversos serviços, entendendo melhor suas responsabilidades na atenção aos usuários. Aprimorei também a minha compreensão do quanto as redes se dão em produção, através das articulações entre usuários e trabalhadores na busca da garantia da integralidade do cuidado, construindo ações conjuntas e realizando a construção de parcerias entre os profissionais e usuários.

A estruturação do cuidado envolvendo diversos atores e serviços possibilita que as ações sejam mais acertadas, oportunizando pensar em diversas possibilidades e nuances, com a contribuição da expertise de cada serviço.

Através de convites de profissionais da USF, serviços como CRAS, CAPS e o Consultório na Rua discutiram juntamente com a equipe da unidade situações dos usuários ideias, o que motivou o surgimento de sugestões, ideias e ações de intervenção. Tal evento colaborou para articulação da rede e a participação de seus profissionais nas ações desenvolvidas pela equipe da qual eu fazia parte, possibilitando que esse sistema ganhasse força e ânimo para buscar soluções das diversas circunstâncias.

Vejo que essa colaboração, também, ganha força com os próprios profissionais da unidade através diversas ações. A passeata do Dia Mundial da Tuberculose teve como produto uma ação informativa para a população através de dois vídeos e da utilização de paródias referentes aos sintomas e à importância de buscar o tratamento. Toda a empolgação, energia e criatividade dos residentes que estavam chegando a USF São Judas Tadeu ficou em evidência nessa iniciativa. Logo, acredito e defendo que a abertura dos profissionais possibilita o surgimento de ações de saúde e, com a colaboração, é possível gerar um ambiente de trabalho mais produtivo e saudável.

#### **4. A PSICOLOGIA ENQUANTO PROFISSÃO NESSES ESPAÇOS**

Ao iniciar as atividades da residência, pude perceber que uma das minhas fragilidades enquanto psicólogo no NASF era a articulação com as outras categorias profissionais. Permanecia focado dentro da minha atuação enquanto núcleo profissional, não me aproximando da integração das ações com as outras profissões e com dificuldade de pensar em atividades para além da clínica. Essa lacuna ficava bem evidente na realização de visitas domiciliares com as outras categorias do NASF e da equipe mínima. Como psicólogo, estava aberto para a continuidade na desconstrução do modelo clínico tradicional, no entanto, rapidamente constatei que era um grande desafio pensar e atuar como profissional de saúde nesse âmbito da prevenção e da promoção na saúde pública, uma vez que havia um déficit em minha formação para atuar nesse modelo.

O papel do psicólogo nesse campo é apoiar a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos usuários, sobretudo na dimensão da saúde mental;



realizar atendimento individual e coletivo; colaborar na construção e execução das atividades coletivas ofertadas pelas equipes; participação no Programa Saúde na Escola; realizar apoio matricial a outros profissionais; atuar na perspectiva da educação permanente em saúde; realizar atividades no território para contribuir na promoção da saúde da população; contribuir no fortalecimento do controle social; apoiar as equipes na organização do processo de trabalho e co-gestão do serviço com foco na ampliação do acesso e integralidade do cuidado (OLIVEIRA et al, 2017; NEPOMUCENO; BRANDAO, 2011).

Essas ações possibilitam trazer o olhar da psicologia para os outros profissionais, com o foco nas necessidades de saúde da pessoa, sempre na perspectiva do cuidado antimanicomiais. Para esse trabalho, conhecer a interação social da área na qual atuou é uma estratégia importante para gerar um bom diagnóstico, juntamente com a análise epidemiológica, tendo foco na intervenção e considerando os saberes daquele local (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019).

A partir dessa forma de trabalhar e do modelo de atenção à saúde, busca-se olhar o sujeito de forma integral, visando um tratamento efetivo, percebendo todos os aspectos relacionados ao processo do adoecer: ambientais, sociais, fisiológicos, psicológicos dentre outros, com o objetivo de criar um vínculo com o usuário, numa comunicação adequada e eficaz, conforme o modelo biopsicossocial

O modelo biopsicossocial contrasta significativamente do biomédico, ainda hegemônico, no qual a perspectiva psicossocial, muitas vezes, não é considerada, pois a pessoa é vista de modo descontextualizado, trazendo evidência para os aspectos biofisiológicos, em uma visão fragmentada e reducionista, buscando só pensar em curar a patologia e sendo marcada pela medicalização (SILVA; VIANA; PAULINO, 2011).

Com esse pensamento da atuação na atenção básica, conhecer o território, interagir com as pessoas nos seus ambientes ao fazer as visitas domiciliares possibilitou, em minha formação, a construção de um arsenal terapêutico que vai além do consultório privado. Fui convocado a expandir a dimensão da clínica de forma mais ampla do que o âmbito curativista, considerando a micro e a macro política e procurando tecer ligações entre as políticas de saúde e o contexto em que

a pessoa está inserida, e assim pude transformar as minhas práticas. Além disso, reconheço esses espaços como integrantes e colaboradores do processo terapêutico que influenciam e produzem a subjetividade (ALEXANDRE; ROMAGNOLI, 2017).

Diante do exposto, ratifico que todo o território de atuação da saúde da família pode ser a oportunidade para um ato clínico, transpondo os espaços institucionais, numa clínica praticada em movimento, considerando o deslocamento pelo território do usuário e proporcionando encontros com a possibilidade de buscar afetar e ser afetado, além da produção de subjetividades. Isso se alinha às ações dos outros profissionais, interconectando os saberes e possibilitando a produção da saúde (ALEXANDRE; ROMAGNOLI, 2017).

A forma como o psicólogo atua dentro do NASF deve ser ampliada. Seu conhecimento, ao atuar junto com a equipe, deve compor o conjunto de saberes, com foco no usuário, não deixando de considerar a especificidade da área profissional e suas contribuições específicas. (CELA; OLIVEIRA, 2015).

Essa ampliação de perspectiva ficou muito evidente no “baba da saúde”, uma ação de saúde coordenada por um profissional de educação física que contou com a participação do CAPS, Consultório na Rua e apoio da comunidade com a doação de alimentos. Nesse jogo de futebol com os usuários que faziam uso abusivo de álcool, pude contribuir com a equipe na produção de um espaço de lazer e diálogo sobre o processo de cuidado à saúde, em uma perspectiva da redução de danos, buscando respeitar as escolhas das pessoas e a sua possibilidade de decidir sobre si, ampliando sua autonomia, procurando construir atos de cuidado e autocuidado com o usuário, por meio da construção do vínculo, com o foco na minimização dos efeitos danosos do uso nocivo/abusivo de drogas (SILVEIRA, 2016).

Nas consultas compartilhadas com os profissionais da equipe mínima, pude colaborar no cuidado aos usuários, possibilitando o acompanhamento e a resolução das situações de saúde, a partir da troca de aprendizados e proporcionando a abertura de horizontes e de outras possibilidades de olhar.

Desse modo, fui percebendo que a saúde da família oferecia outras perspectivas para ampliar minha ação profissional e desenvolver a atuação interprofissional, entendendo melhor o meu papel de psicólogo junto a equipe do

NASF, o fazer da clínica ampliada e o cuidado com a saúde mental, oportunizando perceber o indivíduo em todo o seu âmbito.

## **5. ATUAÇÃO CONJUNTA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

No atendimento compartilhado ou conjunto, percebia que precisava desenvolver minha atuação interprofissional. Para o desenvolvimento desta competência, destinei um a dois turnos semanais fixos para atendimentos individuais dei mais ênfase às atividades grupais compartilhadas ou coletivas no território com as diversas categorias profissionais e contribui com ofertas para as demais categorias para que ampliassem suas ferramentas de cuidado no âmbito da Saúde mental na atenção básica.

Com essa perspectiva, os profissionais que são tradicionalmente formados separadamente, ao atuarem nas políticas públicas de saúde, são expostos a uma prática interprofissional, visando uma interação entre diversas áreas do conhecimento, como um caminho para dar conta das necessidades, no qual o usuário é o foco de trabalho dos profissionais.

Nesse sentido, surgiram os conceitos de campo, no qual as disciplinas e profissões buscam apoio em diversos saberes, num espaço de limites imprecisos, para dar soluções às situações, e de núcleo de atuação específica, em que uma prática e saber profissional são demarcados por uma identidade. Tais conceitos me permitiram abarcar as perspectivas de profissionalização e de interprofissionalidade (CAMPOS, 2000; ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013).

Durante a atuação na equipe que estava alocado junto com os colegas de outras profissões, com seus conhecimentos de núcleo e o campo da saúde da família, aprendi sobre a atuação do NASF, como desenvolver ações coletivas, compartilhar saberes, compartilhar práticas de cuidado, articular o cuidado entre os membros da equipe e com outros setores como o Centro de Referência de Assistência Social (CREAS), CAPS, entre outros. Diante disso, a proposta do NASF possibilita que suas atuações caminhem em três significativas iniciativas: a clínica ampliada, o apoio matricial e o PTS (BRASIL, 2009, 2014).

De acordo com as Diretrizes do NASF, na clínica ampliada não é mais

possível que os profissionais atuem apenas em consultas individualizadas, delineado no contexto subjetivo do indivíduo em sofrimento, mas, é preciso também desenvolver o trabalho na rede subjetiva que o envolve (BRASIL, 2009).

Nos acompanhamentos do usuário, é possível verificar como motivações do adoecimento, fatores subjetivos, o que evidencia que o usuário compreenda a doença, respeitando a sua autonomia e se responsabilizando pelo seu cuidado em saúde. Observo, assim, que os profissionais buscam os saberes das outras profissões e outras estratégias de cuidado, como as Práticas Integrativas e Complementares (PICS) na perspectiva de desenvolver um modo de atuação ampliado em saúde, observando as condições de vida do usuário, ou seja, os seus DSS que influenciam os processos de saúde-doença e suas necessidades para assim buscar uma resolutividade (BRASIL, 2009, 2014).

Associado a essa perspectiva, percebo também que ocorre o apoio matricial, possibilitando a troca de conhecimentos e práticas entre os vários profissionais, proporcionando pactuar e estruturar intervenções, visando a parte técnico-pedagógico e assistencial. Nessa direção, o PTS busca organizar o cuidado em saúde, articulando ações entre a equipe e o usuário dentro das especificidades de cada situação (Brasil, 2009, 2014).

Registro também que a visão da clínica ampliada, do apoio matricial e do PTS colaboram com o trabalho interprofissional na saúde da família, sendo um processo dinâmico, demandando que a equipe se capacite, sinta-se pertencente àquele grupo, interaja num trabalho conjunto, aprenda a atuação do outro profissional e planeje os cuidados de saúde de forma compartilhada (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Considero que é necessário desenvolver no trabalho com os usuários, aspectos no âmbito social, econômico, político, entre outros, uma vez que é significativo conhecer o perfil da população adscrita ao território e construir de forma compartilhada a intervenção nas situações de maior complexidade. Além do mais, é evidente que a colaboração que acontece no trabalho interprofissional pode se articular de três maneiras: tanto entre a própria equipe que busca apoio em si, entre as equipes da própria unidade de saúde e através de um trabalho intersetorial, com a participação social e da família como forma de aumentar a colaboração do usuário

no seu autocuidado (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Vale notar que a visão de trabalho integrado de forma interprofissional se insere dentro do modelo que o Sistema Único de Saúde (SUS) adota como referência, colocando o usuário e a sua necessidade no foco da ação, buscando a integralidade. O profissional de saúde necessita fazer uma articulação intersetorialmente com uma rede de cuidado, em que o seu fazer está totalmente focado na demanda de um usuário inserido e ligado ao seu território. A resolutividade das situações demanda, portanto, a ligação de diversos saberes com o objetivo de cuidar da coletividade, inserindo-se em uma prática de saúde coletiva (CAMPOS; GUARIDO, 2007).

Diante desse campo tão vasto, percebo que na interprofissionalidade fui aos poucos me abrindo para planejar atividades junto a outros profissionais, mesmo que não estivesse à frente da atividade, em uma tentativa de contribuir com as especificidades dos saberes e práticas enquanto psicólogo poderia colaborar. Desse modo, foi muito rico perceber que é possível haver a contribuição do psicólogo em qualquer atividade, apoiando as ações com os saberes dessa área psi e aprendendo junto com o outro, sendo o matriciamento muito presente e enriquecedor para o crescimento profissional e qualificação do cuidado.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A trajetória durante a formação na residência trouxe muitos aprendizados. Pude entender melhor sobre a atuação na saúde da família, a rede de atenção à saúde, o aprendizado com outros profissionais, a aproximação do usuário no seu espaço e a interação com a comunidade.

Aprofundi a compreensão sobre o SUS e o seu funcionamento, bem como importância do acesso à assistência à saúde para toda a população, principalmente o público menos favorecido socioeconomicamente, e com isso, investindo mais recursos para dar conta da demanda de uma saúde pública de qualidade.

Diante desse contexto, ao chegar no final dessa formação, pude refletir sobre todos esses aprendizados e vivências, enriquecendo a minha atuação enquanto psicólogo. Como relatei neste memorial, pude, sobretudo, qualificar a forma como

percebo a prática profissional, através de uma visão mais ampliada de clínica e atuação interprofissional.

Reafirmo, por fim, que conhecer as diversas maneiras como ocorre o exercício do psicólogo no SUS me possibilitou perceber de forma ampliada a minha atuação em diversos contextos evidenciando a tecnologia leve do cuidado.

Pensar no campo de atuação dentro do SUS e das políticas públicas, enquanto psicólogo, necessita, assim, a articulação com o espaço da coletividade, considerando a comunidade, a família, o usuário, os aspectos contextuais e a alteridade. Desse modo, a partir dessa formação, buscarei atuações que figurem em um campo partilhado por várias profissões e com os usuários, buscando a resolutividade, mais do que a atuação restrita ao meu núcleo profissional.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, M. L.; ROMAGNOLI, R. C. Prática do Psicólogo na Atenção Básica - SUS: conexões com a clínica no território. **Contextos Clínic**, São Leopoldo, v. 10, n. 2, p. 284-299, dez. 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-34822017000200013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822017000200013&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 31 mar. 2020.

BRAGA, M. M. S.; SCHUMACHER, A. A. Direito e inclusão da pessoa com deficiência: uma análise orientada pela teoria do reconhecimento social de Axel Honneth. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 375-392, Ago. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69922013000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922013000200010&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 Mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Caderno de Atenção Básica: diretrizes do NASF. n.27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf). Acesso em: 27 Dez. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família-Volume 1: Ferramentas para gestão e para o trabalho cotidiano**. Caderno de Atenção básica. 39. Brasília, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf). Acesso em: 27 Dez. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011. **Diário Oficial da União**. Brasília, 24 Out. 2011. Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/592/Portaria%202.488a.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em: 27 Mar. 2020.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, Abr. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 08 Abr. 2020.

CAMPOS, F. C. B.; GUARIDO, E. L. O psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem procura. In: SPINK, M. J. P, organizadora. **A Psicologia em Diálogo com o SUS: Prática Profissional e Produção Acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27 Dez. 2019.

CELA, M.; OLIVEIRA, I.F. O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família:

articulação de saberes e ações. **Estud. psicol.**, Natal, v. 20, n. 1, p. 31-39, Mar. 2015. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2015000100031&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2015000100031&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 29 Sept. 2020.

CREPOP. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2009. Disponível em:

[https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/CFP\\_atencaoBasica-2.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/CFP_atencaoBasica-2.pdf). Acesso em: 29 Mar. 2020.

DUTRA, E. Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. **Estud. psicol**, Natal, v. 9, n. 2, p. 381-387, Ago. 2004.

Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2004000200021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000200021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 31 Mar. 2020.

ELLERY, A. E. L.; PONTES, R. J. S.; LOIOLA, F. A. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção.

**Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 415-437, jun. 2013.

Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312013000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 Dez. 2019.

ENCONTRO NACIONAL ABRAPSO, 16, 2011, Recife. **Apresentação Oral em GT**.

Recife: Abrapso, 2011. Disponível em:

<https://www.encontro2011.abrapso.org.br/trabalho/view?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyl7czo0OilyMzczljt9ljtzOjE6ImgiO3M6MzI6ImRjZTYyODBhYmFIZjI5MWEwNmNiMTk4YTNmZjAzMWQxIjt9>. acesso em: 05 Fev. 2020.

GIRARDI, S. N.; SEIXAS P. H. Dilemas da regulamentação profissional na área da saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. **Revista Formação**, Brasília, v. 2, n. 5, p. 29-43, 2002. Disponível em:

[https://bvsm.sau.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0203/pdfs/IS23\(2\)051.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/is_digital/is_0203/pdfs/IS23(2)051.pdf). Acesso em: 12 Fev. 2020.

LEFEBVRE, H. **O direito à cidade**. São Paulo: Centauro, 2008.

MERHY, E. E. **Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo, SP: Hucitec, 2007.

MOREIRA, C. R. et al. Redução de danos: tendências em disputa nas políticas de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, supl. 3, p. 312-320, dez. 2019. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000900312&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000900312&lng=pt&nrm=iso). Acessos em: 29 set 2020.

NEPOMUCENO, L. B.; BRANDAO, I. R. Psicólogos na estratégia saúde da família: caminhos percorridos e desafios a superar. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 31, n. 4, p. 762-777, 2011. Disponível em:



[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932011000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000400008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 29 Set. 2020.

OLIVEIRA, I. F. *et al.* The role of the psychologist in NASF: challenges and perspectives in primary health care. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 1, p. 291-304, mar. 2017. Disponível em:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2017000100017&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000100017&lng=pt&nrm=iso). Acessos em: 29 set. 2020.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 2, p. 1525-1534, 2018. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000601525&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601525&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 Fev. 2020.

PERRELLA, A. C. A experiência da Psicologia no NASF: capturas, embates e invenções. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Juiz de fora, v. 8, n. 2, p. 443-452, Dez. 2015. Disponível em:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-82202015000300012&lng=en&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000300012&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 26 Dez. 2019.

SILVEIRA, R. W. M. Redução de danos e acompanhamento terapêutico: aproximações possíveis. **Rev. NUFEN**, Belém, v. 8, n. 1, p. 110-128, 2016.

Disponível em:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-25912016000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912016000100008&lng=pt&nrm=iso). acessos em: 13 Abr. 2020.