

**Atuação no território de um centro de atenção psicossocial em um município da região metropolitana do Estado Rio de Janeiro: relato de experiência**

**Performance in the territory of a psychosocial care center in a municipality metropolitan region of the State of Rio de Janeiro: experience report**

**Desempeño en el territorio de un centro de atención psicosocial en un municipio región metropolitana del Estado de Rio de Janeiro: informe de experiencia**

Recebido: 02/12/2020 | Revisado: 05/12/2020 | Aceito: 07/12/2020 | Publicado: 10/12/2020

**Vagner Marins Barcelos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2826-1996>

Centro Universitário Anhanguera de Niterói, Brasil

E-mail: [vagnerbarcelos@hotmail.com](mailto:vagnerbarcelos@hotmail.com)

**Enéas Rangel Teixeira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1721-2056>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: [eneaspsi@hotmail.com](mailto:eneaspsi@hotmail.com)

**Diego Pereira Rodrigues**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8383-7663>

Centro Universitário Anhanguera de Niterói, Brasil

E-mail: [diego.pereira.rodrigues@gmail.com](mailto:diego.pereira.rodrigues@gmail.com)

**Daina Alves Albino**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6712-5324>

Prefeitura Municipal de Niterói, Brasil

E-mail: [daianaalbino@hotmail.com](mailto:daianaalbino@hotmail.com)

**Maria Isabel Silva Santos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2738-8183>

Centro Universitário Anhanguera de Niterói, Brasil

E-mail: [mariaisabel2610@hotmail.com](mailto:mariaisabel2610@hotmail.com)

**Karla Camila Correia da Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1538-7028>

Instituto Educacional Santa Catarina, Brasil

E-mail: [karlacamilac@yahoo.com.br](mailto:karlacamilac@yahoo.com.br)

**Alana Priscilla da Silva Viana**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4591-786X>

Centro Universitário Anhanguera de Niterói, Brasil

E-mail: alanapriscilla28@yahoo.com.br

## **Resumo**

A Rede Atenção Psicossocial é composta por vários dispositivos de atenção à saúde que garantem a assistência aos usuários portadores de transtorno mental, sendo eles a Rede de Atenção Básica, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Este estudo teve como objetivo descrever a experiência de equipes multiprofissionais dos Centros de Atenção Psicossocial no território de Rio Bonito, demonstrando toda a atuação e a realidade dos usuários. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, de abordagem qualitativa, realizado no Centro de Atenção Psicossocial Dr. Cleber Paixão no município de Rio Bonito, Rio de Janeiro, Brasil, nos anos de 2013 a 2016. Foram observados durante o processo que a divisão dos profissionais do CAPS em equipe por território foi um facilitador da qualidade da assistência, contribuindo pela melhoria do serviço ofertado. O trabalho no território foi fundamental para a compreensão da realidade do usuário, o que possibilitou novas formas de cuidado.

**Palavras-chave:** Saúde mental; Atenção primária à saúde; Territorialidade.

## **Abstract**

The Psychosocial Care Network is composed of several health care devices that guarantee assistance to users with mental disorders, being the Primary Care Network, the Psychosocial Care Centers (CAPS). This study aimed to describe the experience of multiprofessional teams from the Psychosocial Care Centers in the territory of Rio Bonito, demonstrating all the performance and the reality of the users. This is a descriptive study, an experience report, with a qualitative approach, carried out at the Dr. Cleber Paixão Psychosocial Care Center in the city of Rio Bonito, Rio de Janeiro, Brazil, from 2013 to 2016. They were observed during the process that the division of CAPS professionals into a team by territory was a facilitator of the quality of care, contributing to the improvement of the service offered. The work in the territory was fundamental for the understanding of the user's reality, which enabled new forms of care.

**Keywords:** Mental health; Primary health care; Territoriality.

## Resumen

La Red de Atención Psicosocial está compuesta por varios dispositivos asistenciales que garantizan la asistencia a los usuarios con trastornos mentales, siendo la Red de Atención Primaria, los Centros de Atención Psicosocial (CAPS). Este estudio tuvo como objetivo describir la experiencia de equipos multiprofesionales de los Centros de Atención Psicosocial en el territorio de Rio Bonito, demostrando todo el desempeño y la realidad de los usuarios. Se trata de un estudio descriptivo, relato de experiencia, con enfoque cualitativo, realizado en el Centro de Atención Psicosocial Dr. Cleber Paixão en la ciudad de Rio Bonito, Rio de Janeiro, Brasil, de 2013 a 2016. Fueron observados durante el proceso que la división de los profesionales CAPS en un equipo por territorio fue un facilitador de la calidad de la atención, contribuyendo a la mejora del servicio ofrecido. El trabajo en el territorio fue fundamental para la comprensión de la realidad del usuario, lo que permitió nuevas formas de cuidado.

**Palabras clave:** Salud mental; Atención primaria de salud; Territorialidad.

## 1. Introdução

A saúde mental é cada vez mais um relevante tema de discussão em todo o mundo, sobretudo quando o foco é a assistência às pessoas portadoras de transtornos mentais visando a melhoria de sua qualidade de vida

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica surge de forma contemporânea com o advento da Reforma Sanitária, na década de 1970, em favor da mudança dos modelos de cuidados e gestão nas práticas de saúde, proteção coletiva da saúde, equidade na prestação de serviços a trabalhadores e usuários de serviços de saúde, nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (Brasil, 2005; Marinho *et al.*, 2011).

Esse processo, com início na década de 70, ganhou visibilidade e engajamento 31 anos após seu início com a aprovação da Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001 (Lei n. 10. 2016/2001), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental e com a Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 (Portaria n. 3.088/ 2011), que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil 2012).

A Rede Atenção Psicossocial é composta por vários dispositivos de atenção à saúde que garantem a assistência aos usuários portadores de transtorno mental, sendo eles a Rede de Atenção Básica, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Terapêuticos

Residenciais (SRT), os leitos em hospitais gerais, os ambulatórios, e o Programa de Volta para Casa, que subsidia o retorno do usuário à vida familiar. A rede trabalha de forma articulada, onde o CAPS é visto como um serviço estratégico na organização (Brasil, 2011).

O CAPS possui uma ampla cobertura populacional. Eles são divididos em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPs ad (álcool e drogas) e CAPs ad III (Brasil, 2015). O CAPS fornece a experiência das inter-relações culturais, valores e papéis que possibilitam ao engajamento diferenciado na construção e na relação de sua totalidade. Nesse ambiente, a família é um importante diferencial no tratamento desses indivíduos. O CAPS deve ser integrado a uma rede de atendimento que visa satisfazer a complexidade das demandas de inclusão e seus objetivos (Brasil, 2003; Brasil 2015).

O CAPS é o dispositivo central da Rede Atenção Psicossocial e deve tomar o território como referência para a assistência e o desenvolvimento de exercícios de práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (Brasil, 2012).

O trabalho de uma equipe multiprofissional auxilia na contribuição de uma assistência generalizada, e se caracteriza por um somatório de atividades, que visam a troca de informações entre os membros da equipe. Descrever a experiência de equipes multiprofissionais dos Centros de Atenção Psicossocial nos territórios de Rio Bonito.

## **2. Metodologia**

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, de abordagem qualitativa, realizado no Centro de Atenção Psicossocial Dr. Cleber Paixão no município de Rio Bonito, Rio de Janeiro, Brasil, nos anos de 2013 a 2016, referente à implantação da equipe multiprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial por território do município.

Desse modo, o relato de experiência se baseou na implantação destas equipes e seus resultados.

## **3. Resultados e Discussão**

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são alternativas extra-hospitalares propostas na reforma psiquiátrica e substitutivas ao manicômio, que funcionam nos territórios e devem se articular com diversos segmentos da sociedade, com o objetivo de integrar os

usuários do serviço. Deve atuar em rede, considerando que a integralidade do sujeito e a compreensão da saúde mental prescindem de vários olhares. Desse modo, o CAPS deve atuar em parcerias com outros dispositivos (Delgado, 2011).

O CAPS é um serviço substitutivo de atenção de saúde mental que tem demonstrado efetividade na substituição da internação de longos períodos, através de um tratamento que não isola os pacientes de suas famílias e da comunidade, mas que envolve os familiares no atendimento com a devida atenção necessária, ajudando na recuperação e na reintegração social do indivíduo com sofrimento psíquico (Ferreira *et al.*, 2016).

Inicialmente, o município foi dividido em quatro territórios, onde cada equipe foi composta por um médico e um psicólogo. Os enfermeiros, os assistentes sociais e os terapeutas ocupacionais participaram das equipes, porém o quantitativo era variável.

Dentro desta perspectiva, as equipes foram organizadas do seguinte modo: **Equipe 1:** um médico, um psicólogo e um assistente social; **Equipe 2:** um médico, um psicólogo e um enfermeiro; **Equipe 3:** um médico, um psicólogo e um terapeuta ocupacional; **Equipe 4:** um médico, um psicólogo e um assistente social, que se responsabilizaram pela assistência das pessoas por território.

No Município de Rio Bonito, visando à redução dos estigmas e a aproximação das equipes montadas pelos Centros de Atenção Psicossocial da realidade da população dentro dos seus territórios, buscou-se aproximar as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), agendando reuniões para apresentar a forma de funcionamento do CAPS e a estruturação das equipes multiprofissionais.

Após o primeiro contato, foi proposto às equipes da ESF montar um livro na unidade com os nomes dos usuários que possuem transtorno mental, para que desta forma fosse feita uma comparação entre os usuários cadastrados no CAPS e a lista de moradores cadastrados pela ESF. Surpreendentemente, havia divergência entre os usuários acompanhados pelas unidades de ESF e o CAPS em todas as quatro equipes. Identificou-se que a ESF possuía mais pacientes cadastrados como portadores de transtorno mental do que os acompanhados pelo CAPS.

Evidenciadas as divergências, foi possível montar estratégias para unificar os diagnósticos e tratamento. A equipe entrou em contato apenas com os portadores de deficiências cadastrados na ESF. Cada equipe do CAPS - em seus respectivos territórios - realizou um trabalho com os pacientes em consonância entre o CAPS e a ESF para conhecê-los e entender se de fato, seriam portadores de transtorno mental, reiterando a importância da atenção primária como “porta de entrada” do usuário no sistema de saúde.

O documento *Integrating mental health into primary care: a global perspective*, editado em conjunto pela Organização Mundial de Saúde (WHO) e pela Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA), reúne diretrizes globais e relatos de experiências exitosas, de diversos países, de integração entre saúde mental e Atenção Primária à Saúde (APS). O documento é dividido em duas partes: na primeira parte, são apresentados princípios gerais que fundamentam esta integração; na segunda, são descritas experiências desta integração em diversos países do mundo. Quanto aos princípios, o documento indica que, em um sistema hierarquizado de saúde, a APS deve incluir, rotineiramente, entre seus serviços essenciais: a identificação precoce de transtornos mentais, o tratamento de transtornos mentais comuns, o manejo de pacientes psiquiátricos estáveis, a referência para outros níveis quando necessário, a atenção às necessidades de saúde mental de pessoas com problemas de saúde física e, por fim, a prevenção e promoção da saúde mental (World Health Organization, 2008).

É importante ressaltar ainda que a continuidade do cuidado é fator fundamental de uma atenção primária efetiva; através da existência de um relacionamento contínuo entre profissional de saúde e paciente, a qualidade dos serviços de saúde mental na atenção primária tende a aumentar. Os serviços de atenção primária são, geralmente, os mais acessíveis, disponíveis e aceitos pelas comunidades. Onde a saúde mental está integrada como parte desses serviços o acesso melhora, os transtornos mentais são mais facilmente identificados e tratados e a comorbidade de problemas físicos e mentais também é manejada de forma mais adequada (Wenceslau & Ortega, 2015).

Após as divergências terem sido sanadas, foi realizada a atualização de cadastro dos usuários e foi delineado um projeto de trabalho para cada equipe, assim como a revisão dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) de cada paciente.

O PTS é definido como uma estrutura de organização e gestão do cuidado, um processo de compartilhamento de saberes com foco no usuário. Por meio de um conjunto de condutas terapêuticas articuladas, que surge através de discussão em equipe interdisciplinar, visando melhoria do usuário com uma melhora do sistema, da contratualidade e da ampliação da rede social, com o objetivo de modificar o processo adoecimento, respondendo as demandas objetivas e subjetivas dos usuários e a produção de sua autonomia (Silva *et al.*, 2013).

Após o aprimoramento dos pacientes e a reestruturação do serviço pelas equipes do CAPS, ficou estipulado que a cada quinze dias seria realizada uma reunião com todas as equipes de saúde mental, para que os profissionais das diversas áreas pudessem trocar experiências e discutirem casos mais complexos. Também ficou acordado que os pacientes

não poderiam transitar entre as equipes do CAPS, devendo respeitar o território de abrangência, com exceção das situações de urgência onde poderiam ser atendidos pelos profissionais que estivessem no CAPS no dia. Cada membro da equipe cumpria sua função, não compartilhando as informações, apenas no dia da reunião, reforçando a importância dos diversos saberes da equipe multiprofissional.

Equipe multiprofissional é um grupo com diferentes especializações funcionais que trabalham para alcançar um objetivo comum, favorece a articulação do conhecimento de várias áreas com os seus saberes e os seus fazeres, de forma a dar mais sentido à teoria, ampliando a compreensão dos problemas de saúde e, conseqüentemente, melhorando a prática. A equipe multiprofissional hoje é essencial em todos os espaços onde se praticam ações que visam melhorar a qualidade de saúde e de vida das populações (Filho e Souza, 2017).

Com o início da operacionalização das atividades, observou-se que o trabalho com divisão em equipes multiprofissionais teve um impacto positivo imediato na revisão das prescrições e na redução dos medicamentos por paciente, pois para reestruturar o serviço e PTS foi necessário reavaliar os prontuários. Também foi observada uma redução no número de internações: em 2013, havia oito pacientes internados em hospitais psiquiátricos e em 2016, havia apenas uma internação.

As internações de urgência nas UPAS e nos leitos de saúde mental, onde havia uma média de dez internações por mês no ano de 2013, foram reduzidas para três a cada dois meses no ano de 2016.

As reduções no número de internações em hospitais psiquiátricos se devem ao fato das equipes estarem mais próximas dos pacientes internados em longa permanência. Como as equipes estão divididas por área, o quantitativo de pacientes foi redistribuído por equipes deixando-os em foco, fazendo com que as equipes desenvolvessem ações de desinstitucionalização com melhores resultados.

As internações de urgência também diminuíram; devido ao acompanhamento mais próximo no CAPS em conjunto com as equipes de ESF e maior atenção à saúde mental, ocorreu uma intervenção cada vez mais rápida, evitando-se assim o agravamento dos casos e a evolução para internação.

Além dos resultados com os usuários, a divisão das equipes por território também proporcionou a aproximação dos profissionais. A responsabilização em conjunto ESF e CAPS fez com que se estreitassem os laços entre os membros da equipe, melhorando assim os resultados na assistência com os pacientes.

No que diz respeito aos cuidados aos usuários do CAPS, após a divisão da assistência por territórios, as equipes buscam intensificar suas ações envolvendo cada vez mais os familiares/cuidadores no processo de conhecimento de transtornos mentais, e como lidar com eles no dia a dia. Ofertar grupos terapêuticos em horários proporcionais a sua rotina, visto que os familiares são um dos principais atores envolvidos neste processo e seu suporte, é um aspecto fundamental na inclusão social, e no bem estar do indivíduo. Tal ação foi de grande importância, pois o dispositivo recebe muitos usuários beneficiados pelo processo de desinstitucionalização. Tornou-se patente a necessidade de levar informações acerca deste processo, tendo em vista que o manicômio não o fez durante anos, dificultando o convívio do familiar com o usuário /doença, levando-os a crises que na maioria das vezes poderiam ser evitadas ou terem seus danos minimizados. No momento da crise, em que o usuário necessita estar em unidade de pronto atendimento-UPA ou leito do Hospital Regional, também é realizado um trabalho com ênfase na participação da família acerca de cuidados durante o período de internação.

Referente ao contato diário da atenção básica de saúde, foi ofertado trabalho junto à equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e Educação Permanente, às equipes das ESFs.

Em trabalho de revisão, Rebello et al. apontam três estratégias que têm o potencial de reduzir substancialmente o hiato no tratamento e, conseqüentemente, a carga de doença produzida pelos transtornos mentais: a integração da atenção à saúde mental aos serviços de atenção primária à saúde, o compartilhamento e delegação de tarefas (*task sharing e task shifting*) e a incorporação de inovações tecnológicas nos modelos de ofertas de serviços existentes de saúde mental. A integração entre saúde mental e atenção primária pode cumprir um papel importante na redução do estigma e na abordagem da falta de sistemas estabelecidos de saúde mental em diversos países e localidades (Wenceslau & Ortega, 2015).

O que devemos afirmar aqui é que a comunicação entre equipe e familiares que assistem o paciente deve andar em consonância, a fim de que o usuário possa se sentir sob os cuidados daqueles em que o acompanham, desconstruindo a prática do abandono, que foi um marco no processo de longas internações psiquiátricas.

#### **4. Considerações Finais**

A implementação de uma equipe multiprofissional no CAPS no território e a aproximação com o serviço de atenção básica foi fundamental para a compreensão da

realidade do usuário, o que possibilitou novas formas de cuidado refletindo na melhora significativa das taxas de internação, revisão de prontuários e prescrições, além de garantir intervenções precoces em casos com maior eficiência.

A iniciativa mostrou que o trabalho desenvolvido de forma integrada se torna de suma importância para o acompanhamento eficaz e eficiente dos pacientes com transtornos mentais, com a garantia dos seus direitos e para a qualidade do cuidado.

## Referências

Brasil. (2003). *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>

Brasil. (2015). Saúde Mental em Dados 12. *Informativo eletrônico*, 12(10), 1-48. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de [https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf)

Brasil. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)

Brasil. (2005). *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)

Brasil. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

Delgado, P. G. G. (2011). Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(2), 4701-4706. Doi: 10.1590/S1413-81232011001300019

Ferreira, J. T., Mesquita, N. M. M., Silva, T. A., Silva, V. F., Lucas, W. J., & Batista, E. C. (2016). Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): uma instituição de referência no atendimento à saúde mental. *Revista Saberes da FSP*, 4(1), 72-86. Recuperado de <https://facs.aopaulo.edu.br/wp-content/uploads/sites/16/2018/05/ed5/7.pdf>

Filho, N. C. A., Souza, A. M. P. (2017). A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Revista Interface*. Recuperado de <https://scielosp.org/pdf/icse/2017.v21n60/63-76/pt>. Doi: 10.1590/1807-57622015.0428

Fonte, E. M. M. (2012). Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. *Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE*, 1(18), 1-20. Recuperado de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235/28258>

*Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001*. (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)

Marinho, A. M., Martins, A. K. L., Lima, H. P., Souza, A. M. A., & Braga, V. A. B. (2011). Reflexões acerca da reforma psiquiátrica e a (re)construção de políticas públicas. *Revista Mineira de Enfermagem*, 15(1), 141-147. Recuperado de <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/19>

*Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. (2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3088_23_12_2011_rep.html)

Silva, E. P., Melo, F. A. B. P., Souza, M. M., Gouveia, R. A., Tenório, A. A., Cabral, A. F. F., Pacheco, M. C. S., Andrade, A. F. R., & Pereira, T. M. (2013). Projeto terapêutico singular como estratégia de prática da multiprofissionalidade nas ações de saúde. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 17(2), 197-202. Doi: 10.4034/RBCS.2013.17.02.14

Wenceslau, L. D., & Ortega, F. (2015). Saúde mental na atenção primária e saúde mental global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface Comunicação, Saúde,*

*Educação*, 19(55), 1121-1132. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n55/1807-5762-icse-1807-576220141152.pdf>

World Health Organization. (2008). *Integrating mental health into primary health care: a global perspective*. Geneva: WHO. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/resources/mentalhealth\\_PHC\\_2008.pdf](https://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf)

#### **Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Vagner Marins Barcelos - 60%

Enéas Rangel Teixeira - 10%

Diego Pereira Rodrigues - 5%

Daina Alves Albino - 5%

Maria Isabel Silva Santos - 10%

Karla Camila Correia da Silva – 5%

Alana Priscilla da Silva Viana - 5%