



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

GABRIEL MASTRANGE PUGIN

GRUPO DE HIPERTENSOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA VILA NERY EM  
SÃO CARLOS - SP: UMA ESTRATÉGIA PARA OTIMIZAR RECURSOS HUMANOS E  
DIMINUIR A MORBIMORTALIDADE PELA HIPERTENSÃO ARTERIAL.

SÃO PAULO  
2020

GABRIEL MASTRANGE PUGIN

GRUPO DE HIPERTENSOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA VILA NERY EM  
SÃO CARLOS - SP: UMA ESTRATÉGIA PARA OTIMIZAR RECURSOS HUMANOS E  
DIMINUIR A MORBIMORTALIDADE PELA HIPERTENSÃO ARTERIAL.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de São Paulo  
para obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família

Orientação: VERA DIB ZAMBON

SÃO PAULO  
2020

## **Resumo**

A UBS Vila Nery é uma unidade de atenção básica de modelo tradicional com um território grande e, devido a isso, há uma grande demanda em saúde com fila de espera de cerca de 2 meses para atendimento médico. Além disso, possuímos uma população adscrita predominantemente adulta e idosa com isso temos uma alta prevalência de doenças crônicas como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HA). Estudos mostram a prevalência de HA em cerca de 32% na população brasileira, chegando ser maior de 60% nos idosos. O controle pressórico está em cerca de 30%, e sabemos que HA não controlada é fator de risco para outras doenças como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico. Conhecendo a alta demanda de atendimentos necessários para a enfermidade e a morbimortalidade relacionado ao baixo controle da doença, propomos a criação de grupo de hipertensos para enfrentarmos tais desafios. Sabemos que grupos de educação em saúde na atenção básica são excelentes ferramentas para aumentar a adesão terapêutica e o vínculo dos pacientes com a equipe, mantendo autonomia dos pacientes. O objetivo do trabalho é iniciar um atendimento em grupo de pacientes portadores de HA de baixo e médio risco com enfoque em otimizar os recursos humanos da UBS e em promoção de hábitos de vida saudáveis com ajustes medicamentosos para melhorar o controle pressórico dos pacientes.

## **Palavra-chave**

Educação em Saúde. Doenças Cardiovasculares. Qualidade de Vida

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

São Carlos é uma cidade situada no Centro-Leste do Estado de São Paulo a cerca de 230 km da capital. Possui uma população estimada de 251.983 habitantes (IBGE 2019). A cidade possui 12 Unidades Básicas de Saúde e 21 Equipes da Saúde da Família. Também há 2 Hospitais e 3 Unidades de Pronto atendimento. Temos CAPS e CAPS-AD para atendimento de saúde mental, um Centro Municipal de Especialidades Médicas, um Ambulatório Médico de Especialidades (estadual), a Unidade da Saúde Escola da UFSCar para atendimento multiprofissional e os Ambulatórios do Hospital Escola. Também há quatro CRAS e mais oito centros comunitários, um Centro de Referência do Idoso e um CREAS.

A UBS onde trabalho atende cerca de 20.000 usuários. No seu território temos três escolas de Ensino Fundamental, um CEMEI (Centro Municipal de Educação Infantil), e a FESC (Fundação Educaconal de São Carlos - onde oferece diversas oportunidades de atividades físicas). A população do território possui em geral, uma boa condição financeira, como o território é extenso, a população mais próxima ao centro possui uma condição socioeconômica mais elevada e, muitos deles, possuem planos privados de saúde, já os mais afastados estão entre classe C1, C2, D e E. A grande maioria dos habitantes possui pelo menos ensino fundamental completo. Dentre a população que frequenta a unidade, a maioria é idosa (cerca de 80%) que condiz com a idade do bairro. Há um pequeno bolsão onde há usuários de substâncias ilícitas no extremo mais afastado do centro. Há diversos bares na área de abrangência da unidade, que reflete um dos problemas que explicarei mais adiante.

A equipe da UBS é composta por duas EAB sem território definido com dois médicos generalistas de 40 horas semanais, uma Enfermeira, três Técnicas de Enfermagem três Auxiliares Administrativos, duas Dentistas, um Auxiliar de Dentista, um Fisioterapeuta. Também contamos com um Pediatra e um Ginecologista, e uma Faxineira. Na unidade temos sala de vacinação, sala para medicação e procedimentos, um consultório comum, um consultório pediátrico, um consultório ginecológico (com estrutura adequada), uma copa, um banheiro, recepção, sala de acolhimento, sala de pós consulta e sala para procedimentos burocráticos. A estrutura é pequena, muitas vezes durante a manhã faltam salas para os atendimentos médicos (três salas para quatro médicos) devido ao atendimento do pediatra e do ginecologista pela manhã. Além disso, faltam equipamentos para emergências médica. O modelo de Atenção da UBS não contempla o ESF e seu horário de funcionamento é das 7h às 17h.

Sobre o processo saúde-doença, os clientes, devido a idade, são mais susceptíveis às doenças crônicas e suas complicações. Há também uma alta incidência e prevalência de doenças ósteo-musculares degenerativas. Durante os atendimentos também observei uma alta prevalência de etilismo principalmente em homens de 40-70 anos Sabendo disso e pesquisando a história da unidade, há um lapso no enfrentamento dos fatores de risco, como a falta de promoção à saúde, prevenção secundária e terciária. A unidade não dispõe de grupos, de nenhum tipo, a única atividade de prevenção é a campanha de vacinação. A intersetorialidade também é restrita, se resume ao atendimento do bolsa família, não há ações conjuntas nas escolas, e nos centros de lazer e esportes do bairro. Nos meus atendimentos atuo principalmente na prevenção secundária e quaternária (há uma grande quantidade de idosos com polifarmácia e interação medicamentosa) e, em alguns casos, na promoção de saúde, visando alimentação saudável, prevenção do sedentarismo, controle de tabagismo e etilismo. Porém os esforços dessa maneira são pouco eficazes, devido a alta

demanda e a exigência do município e atendermos retornos em 15 minutos.

A demanda é controlada pela agenda. Infelizmente, por ser uma UBS, a população pertencente ao território é muito maior do que a preconizada por equipe da saúde da família, consequentemente, há uma restrição da demanda que ainda não conseguimos solucionar. Atualmente a agenda dos clínicos possui cerca de 75% de consultas agendadas e 25% de demanda espontânea, o que melhorou um pouco a espera da demanda espontânea (comparado ao antigo modelo de 100% de consultas agendadas). O acolhimento é realizado por toda a equipe, porém a responsável pela escuta inicial é a enfermeira, mas devido ao acúmulo de funções, o período disponível para os acolhimentos é somente das 7h às 8h, o que ainda acaba restringindo a demanda. A enfermeira também possui agenda própria como consultas a tarde, priorizando o atendimento pré-natal. Ainda durante a semana há 1 hora reservada para retornos e procedimentos marcados por mim.

A gestão do cuidado é restrita à enfermeira, aos médicos e às técnicas. Ainda não há discussões de casos na nossa unidade, como não há ACSs fica comprometida a análise da comunidade e a atenção. As reuniões de equipes são quinzenais nas sextas-feiras a tarde.

Sabendo da alta prevalência de HAS em adultos e idosos, e tendo em vista a tentativa de abordar tanto o problema de grandes filas de espera e a prevenção secundária, consideramos o início de grupo de hipertensos com o objetivo primário de otimizar os recursos humanos em relação a sua demanda e aprimorar o controle da PA com ações não medicamentosas e medicamentosas em indivíduos hipertensos visando uma diminuição da sua morbimortalidade.

## **ESTUDO DA LITERATURA**

Irei dividir o estudo da literatura para melhor entendermos o problema e por último a solução encontrada.

### **\* Prevalência**

Segundo estudo de Mills *et al.* (2016) que apresenta as disparidades globais na prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HA), a prevalência mundial é de 31% com uma pequena diferença por sexo, onde nos homens é de 31,9% e nas mulheres é de 30,1%. Também há diferença entre os países ricos e pobres, sendo que nestes a prevalência é maior. Em 10 anos, o número de portadores de HA aumentou em 7,7% no mundo subdesenvolvido e diminuiu 2,6% no primeiro mundo, resultando em um aumento de 5,2% na prevalência de HA. Esse aumento possivelmente foi causado devido ao envelhecimento da população e a urbanização, associado a um estilo de vida pouco saudável.

Na América Latina e Caribe temos a prevalência de 30,4% nos homens e 32,7% nas mulheres, segundo dados de 2010 em estudo de Mills *et al.* (2016). Já no Brasil, é de 32,5%, e mais de 60% nos idosos em revelado na sétima diretriz de HA da Sociedade Brasileira de Cardiologia por Plavnik *et al.* (2016).

Em um estudo realizado por Zangirolani *et al.* (2016) em Campinas, município situado a cerca de 150 km de São Carlos, com o mesmo IDHM, de 0,805, porém com uma população 4,8 vezes maior (IBGE 2010), utilizando os dados referente ao inquérito de saúde local, a prevalência de HA autorreferida foi de 14,1%. Foi encontrado uma prevalência superior no sexo feminino, em indivíduos com filhos, de cor preta e com menor escolaridade. Também foi encontrado aumento de prevalência de 1.000% nos indivíduos maiores de 50 anos em comparação aos de 20 a 29 anos.

Os dados referentes aos estudos podem diferir devido ao método de coleta dos dados como levantado por Malta *et al.* (2018). O método mais utilizado no Brasil é determinado pela HA autorreferida, onde o entrevistado afirma se tem ou não HA. Existem outras duas formas de coletar os dados, a HA determinada por instrumento, onde mede-se a PA dos indivíduos e aqueles que possuem PAS  $\geq$  140 mmHg ou PAD  $\geq$  90 mmHg são considerados portadores de HA e aquela determinada pela aferição da PA (onde se enquadra a anterior) e/ou uso de medicações anti-hipertensivas. Devido a diferença entre as formas de coleta temos no Brasil, em estudo de 2018, a prevalência de 21,4% com HA autorreferida; 22,8% de HA determinada por instrumento; e 32,3% de HA determinada por instrumento e/ou uso de medicações anti-hipertensivas.

Apesar da alta prevalência de HA há uma baixa taxa no diagnóstico de Hipertensão. Segundo Plavnik *et al.* (2016), estima-se que de 23 a 78% dos portadores não foram diagnosticados e o controle da HA também é baixo, variando em torno de 10,1 a 35,5%.

### **\* Fatores de Risco para Hipertensão Arterial**

Os fatores de risco para HA são bem conhecidos devido a diversos estudos de coorte

realizados em Framingham - MA, EUA que foram reforçados na última Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia por Plavnik *et al.* (2016) e a da ACC e AHA (2017). Temos o envelhecimento populacional, sobrepeso e obesidade, ingestão de sal, etilismo, sedentarismo, baixa escolaridade, baixa renda como fatores de risco. Nos EUA há a sugestão de que a cor negra é fator de risco para HA, porém no Brasil, estudos com a população quilombola não evidenciam esta associação.

#### ♦ **Diagnóstico de Hipertensão Arterial**

Temos diversos meios para o diagnóstico de HA. Segundo Gomes *et al.* (2016) publicado na última Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, pode ser realizada como duas aferições em momentos distintos com Pressão Arterial compatível com HA estágio I ou II, ser utilizado o MAPA (monitorização ambulatorial da pressão arterial) ou através do MRPA (monitorização residencial da pressão arterial).

De acordo com ACC e AHA (2017) na nova diretriz americana de Hipertensão Arterial da houve uma mudança em relação ao diagnóstico da HA em relação a diretriz anterior, agora é possível classificar a pressão arterial em 4 estágios, sendo 2 normais e 2 patológicos, respectivamente:

- ♦ Pressão arterial normal: PAS < 120 mmHg e PAD < 80 mmHg;
- ♦ Pressão arterial elevada: PAS de 120 a 129 mmHg e PAD < 80 mmHg;
- ♦ Hipertensão arterial estágio I: PAS de 130 a 139 mmHg ou PAD de 80 a 89 mmHg;
- ♦ Hipertensão arterial estágio II: PAS ≥ 140 mmHg ou PAD ≥ 90 mmHg.

#### ♦ **Tratamento da Hipertensão Arterial**

De acordo com a diretriz americana pela ACC e AHA (2017) e brasileira por Gomes *et al.* (2016), temos como objetivo do tratamento da HA a redução do risco cardiovascular individualizado para cada paciente. A estratégia de intervenção é composta pelo tratamento não medicamentoso e medicamentoso. O tratamento não medicamentoso aborda tanto uma alimentação saudável, baixa ingestão de sódio e aumento da ingestão de potássio, atividades físicas, perda de peso e mudança nos hábitos de ingestão de álcool. Já o tratamento farmacológico pode ser iniciado após uma tentativa fracassada de 3 a 6 meses de tratamento não farmacológico em indivíduos com HA estágio I sem alto risco cardiovascular (estimado pelo algoritmo ASCVD). Já nos indivíduos com alto risco cardiovascular e com HA estágio II, iniciamos tanto com o tratamento farmacológico e o não farmacológico.

#### ♦ **Estratégia de Grupos na Atenção Primária à Saúde**

Segundo Furlan e Campos (2010) em capítulo publicado no Caderno Humaniza SUS, os grupos na atenção primária são importantes ferramentas para melhorar a comunicação entre

os usuários e a equipe, aprimorar os resultados esperados no tratamento das enfermidades, otimizar os recursos humanos e tecnológicos, proporcionar horizontalidade na relação dos participantes equipe e usuários, e aumentar o vínculo.

Ainda de acordo com Furlan e Campos (2010), os grupos podem ser fechados ou abertos. Nesses há limite de participantes, de encontros, determinantes clínicos para participação, manutenção dos usuários participantes do grupo do início ao fim, proposta terapêutica determinada desde o início. Já nestes, a temática é aberta a todos os interessados, não há compromisso em relação a presença dos convidados, os usuários podem agregar conhecidos e familiares.

Em estudo da experiência de Grupo de Hipertensos e Diabéticos em uma UBS em São Paulo por Silva *et al.* (2006) com 191 participantes e com seguimento por 30 meses foi reveladora em relação aos desafios enfrentados e os benefícios conquistados. Os maiores desafios encontrados foram em relação ao apoio municipal, capacitação e apoio da equipe, falta de funcionários e baixa participação da comunidade. As conquistas foram em relação a maior adesão do tratamento, participação dos pacientes no próprio processo de saúde-doença e maior controle das duas doenças.



## **AÇÕES**

Desde que entrei na UBS em outubro de 2018, o tema das grandes filas para consultas tem sido debatido nas reuniões. Antes de eu entrar na UBS o antigo médico costumava renovar as receitas para todos os pacientes que frequentavam a unidade sem consulta agendada, e com isso as filas de espera eram menores. Além disso na mesma época existiam três EABs na unidade por número de consultas, que também proporcionava maior número de consultas disponível na agenda. Com a nova realidade, de duas EAB e a política de abolir as “consultas de corredor” (consultas sem registro no prontuário - muitas vezes só renovando receitas e realizando encaminhamentos) houve um grande aumento na espera para o atendimento médico.

Durante diversas reuniões no ano foi debatido o problema da fila de espera para consulta na UBS. Diversos problemas foram levantados pela a equipe como: baixa educação em saúde dos usuários; a falta de acolhimento por toda a equipe; falta de treinamento da equipe; número insuficiente de funcionários; excesso de abstenção.

Por todo ano de 2018, trabalhamos para diminuir as filas de espera: criamos um período sem agenda para atender a demanda espontânea; iniciamos o processo de acolhimento com classificação de risco dos pacientes da demanda espontânea; diminuimos os tempos das consultas e aumentamos número de consultas disponíveis. Não temos um cuidado específico para condições crônicas o que também contribui para aumento da espera por consultas de pacientes com maior risco. Mas apesar dos esforços a fila ainda era grande, de cerca de 2 meses em média. Os funcionários administrativos se mostraram resistentes em relação a capacitação para o acolhimento qualificado, dificultando o processo.

Continuando as discussões sobre as filas de esperas iniciei uma conversa sobre a possibilidade de implantar um grupo de hipertensos para otimização do recurso humano em relação a demanda dos usuários. De início o projeto foi visto com desconfiança, pois daria muito trabalho para os funcionários e que a unidade já estava sempre lotada e não haveria espaço para o grupo. Em reuniões seguintes, o assunto foi abordado sempre com desconfiança dos outros funcionários mas encontrei na Enfermeira Wania uma possível aliada e juntos traçamos alguns desafios para serem superados.

O primeiro desafio seria convencer os funcionários a aderir o projeto. Começamos elaborar uma linha de argumentação tanto em relação aos benefícios dos grupos e quanto a melhora do processo de trabalho.

Em relação a isso em reunião no meio de fevereiro expomos os objetivos do grupo e como a presença do grupo aumentaria o vínculo equipe-usuário. Explicitamos a proposta e como seria inicialmente implantada. De início agiríamos com um grupo fechado com reuniões mensais e com duração de 6 meses para realizar um teste com a equipe e para no futuro transformá-lo em um grupo aberto. O grupo se reunirá na sala de recepção (a maior sala da unidade).

Para realizar os encontros, selecionaremos 28 pacientes hipertensos com um bom vínculo com a unidade e com risco cardiovascular baixo e moderado Durante o grupo, o médico e a enfermeira irão expor temas relacionados a HA com duração de cerca de 30 minutos. Após a exposição do tema abriremos para uma troca de experiências entre os usuários e a equipe.

Enquanto acontece essa conversa, as técnicas de enfermagem irão aferir a PA e pesar os pacientes com apoio das técnicas administrativas, e o médico renovar ou otimizar as receitas e solicitar exames conforme necessidade. Com esse teste iremos estimar o tempo necessário para a realização do grupo para possível estratégia do grupo aberto.

Temos como foco, além de diminuir a fila de espera para consultas, melhorar o controle pressórico evitando o uso de medicações, focando em mudanças comportamentais promovendo alimentação saudável com atividades físicas regulares respeitando a autonomia e as necessidades individuais dos usuários. Com isso esperamos diminuir a morbimortalidade da HA.

Com isso na reunião estabelecemos que em reunião de equipe iremos escolher os pacientes e determinar a data para o início das atividades.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Sabendo-se que a população do território da Unidade é predominantemente idosa e adulta, o projeto foi pensado como uma proposta para enfrentar o desafio de organizar a linha de cuidado e atender a fila de espera e obter um maior controle da principal doença crônica referida na unidade. Com a introdução do grupo de Hipertensos visamos controlar a PA de forma medicamentosa e não medicamentosa para diminuir a morbimortalidade da doença, melhorar adesão terapêutica e aumentar o vínculo do usuário com a unidade de saúde.

Com a estratégia já traçada e com a enfermeira como aliada do projeto, inicialmente, devido a pouca receptividade da ideia, o primeiro resultado seria o início do grupo de hipertensos com adesão dos funcionários à ideia e seu nascimento. Como iniciaremos com um grupo fechado e reduzido, após a experiência, de seis meses, e com a expansão do grupo para um grupo aberto quinzenal como adesão da equipe esperamos atingir o potencial de reduzir as filas e aumentar a adesão terapêutica. E se conseguirmos apoio da comunidade e do município com aumento no número de funcionários, expandir o projeto e capacitar novas unidades para o grupo de hipertensos e outros grupos.

Com o grupo em funcionamento esperamos fortalecer a linha de cuidado da HAS na unidade, aumentar a adesão aos tratamentos e incorporação de hábitos de vida mais saudáveis. Também esperamos uma equipe mais disposta a enfrentar os problemas de saúde da população, com maior receptividade em adotar novas práticas de cuidado e se responsabilizando com o cuidado dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

- ♦ MILLS, K. et al. Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population-based Studies from 90 Countries, EUA: *Circulation*, 2016. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27502908>>. Acesso em 05 Abr. 2020.
- ♦ ZANGIROLANI, Lia Thieme Oikawa et al . Hipertensão arterial autorreferida em adultos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência, fatores associados e práticas de controle em estudo de base populacional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 4, p. 1221-1232, Apr. 2018 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000401221&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000401221&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05 Abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.16442016>.
- ♦ PLAVNIK, F. et al. Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária IN: Sociedade Brasileira de Cardiologia - SBC.7ª Diretriz Brasileira De Hipertensão Arterial. Rio de Janeiro-RJ: **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2016. cap 1. Disponível em <[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf)>. Acesso em 05 Abr. 2020.
- ♦ MALTA, Deborah Carvalho et al . Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 21, supl. 1, e180021, 2018 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2018000200419&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2018000200419&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05 Abr. 2020. Epub Nov 29, 2018. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180021.supl.1>.
- ♦ AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY FOUNDATION - ACC, American Heart Association - AHA. Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. EUA: Hypertension. 2017. Disponível em <<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/HYP.000000000000065>>. Acesso em 05 Abr. 2020.
- ♦ GOMES, M. et al. Diagnóstico e Classificação IN: Sociedade Brasileira de Cardiologia - SBC. 7ª Diretriz Brasileira De Hipertensão Arterial. Rio de Janeiro-RJ: **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2016. cap 2. Disponível em <[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf)>. Acesso em 05 Abr. 2020.
- ♦ FURLAN, Paula Giovana; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Os Grupos na Atenção Básica à Saúde. IN: Ministério da Saúde - MS. Cadernos Humaniza SUS: Série B. Textos Básicos de Saúde, Volume 2. Brasília-DF: Ministério da Saúde. 2010. cap 7. Disponível em <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizasus\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf)>. Acesso em 05 Abr. 2020.
- ♦ SILVA, Terezinha Rodrigues et al . Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com

\* grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saude soc.**, São Paulo , v. 15, n. 3, p. 180-189, Dec. 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902006000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000300015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05 Abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000300015>.