



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Luiz Roberto Toshiyuki da Conceição Hamada

Atenção integral e multiprofissional aos usuários com
Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Unidade
Encruzo, Jaguaruna-SC

Florianópolis, Março de 2023

Luiz Roberto Toshiyuki da Conceição Hamada

Atenção integral e multiprofissional aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Unidade Encruzo, Jaguaruna-SC

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Larissa Pruner Marques
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Luiz Roberto Toshiyuki da Conceição Hamada

Atenção integral e multiprofissional aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Unidade Encruzo, Jaguaruna-SC

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Larissa Pruner Marques
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: O controle de doenças crônicas, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), perpassa um atendimento multiprofissional, uma vez que depende de mudanças de hábitos e cultura, além do tratamento medicamentoso. Esta linha de cuidado, das doenças crônicas, é reconhecida como uma das principais responsabilidades da Atenção Básica e precisa ser desempenhada de forma integrada pela Equipe de Saúde da Família, de forma que o cuidado bem estruturado contribua para a organização de outros níveis de atenção. Objetivo: Melhorar o controle terapêutico das pessoas com hipertensão e diabetes da área de abrangência da Unidade 004 - Encruzo, Jaguaruna, SC. Metodologia: Será feito o controle/cadastro de usuários com HAS e DM da Unidade 004 - Encruzo no sistema de saúde de Jaguaruna/SC (CELK). Será realizado, com auxílio de toda ESF, consultas interdisciplinares com esses usuários para avaliação, e os que apresentarem controle inadequado dessas morbidades serão encaminhados: i. consulta com o médico para estratificação de risco cardiovascular (Escore de Risco de Framingham), controle de pressão arterial e/ou MAPA 24 horas, para verificar a resposta terapêutica adequada ao tratamento medicamentoso utilizado; ii. palestras com especialistas para melhor aderência ao tratamento proposto; iii. promoção de grupos sobre HAS e DM para discussão do tratamento não farmacológico e melhor adesão ao tratamento. Resultados esperados: Espera-se um melhor controle pressórico e glicêmico dos usuários com HAS e DM, através do acompanhamento multiprofissional, mas também pelo fortalecimento do vínculo entre equipe e usuário. Também, o fortalecimento dos profissionais enquanto equipe ao propor uma atenção integral e multiprofissional aos usuários. Por fim, que a percepção sobre a necessidade e a importância do controle das doenças reduzam as complicações da DM e da HAS, assim como internações hospitalares.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Hipertensão, Integralidade em Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo geral	11
2.2	Objetivos específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1	Hipertensão arterial	13
3.1.1	Fatores de risco para hipertensão arterial	14
3.2	Diabetes	15
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	19
	REFERÊNCIAS	21

1 Introdução

O município de Jaguaruna/Santa Catarina tem cerca de 20.024 habitantes. A população da área de abrangência da Estratégia da Saúde da Família (ESF) 004 – ENCRUZO possui cerca de 2.078 habitantes.

A Secretária de Saúde de Município de Jaguaruna / SC apresenta proatividade e empenho para a melhora do serviço de saúde da comunidade do Encruzo. Desde 2019 foram realizados vários cursos de atualização para os profissionais de saúde aperfeiçoarem e melhorarem o atendimento, como por exemplos cursos sobre auriculoterapia e cursos de capacitação para abordagem de pacientes psiquiátricos.

A equipe de saúde do ESF Encruzo tem colaboradores de longa data e, consequentemente, conhecem a grande maioria das pessoas e familiares, o que melhora muito a relação paciente e equipe. A equipe tem o conhecimento sobre quais famílias se encontram em situações vulneráveis, e que necessitam de maior atenção de toda a equipe de saúde (agentes comunitárias de saúde, técnicas de enfermagem, enfermeira).

A Equipe do ESF Encruzo é composta por 01 médico, 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem, 01 dentista, 01 auxiliar de dentista, 01 serviços gerais e 08 agentes comunitárias de saúde. A equipe apresenta uma boa dinâmica de trabalho coletivo, visto que atuam juntos há muitos anos.

Com relação aos agravos de saúde da área de abrangência da ESF Encruzo, atualmente 578 pessoas tem Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 230 pessoas tem Diabetes Mellitus (DM). As queixas mais comuns no ESF 004 envolvem principalmente idosos e pessoas com multimorbidade, portadores de HAS, DM2, dislipidemia, Hipotireoidismo, Transtorno Depressivo Maior (TDM) e Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG).

A grande maioria das pessoas com HAS e DM relatam apresentar bom controle glicêmico e pressórico, entretanto durante a consulta esses apresentam controle da pressão arterial e índice glicêmico fora de valores aceitáveis. A conduta profissional após ajustes nos medicamentosos, são a solicitação de exames, realizados no laboratório de referência da cidade; o controle pressórico e de níveis glicêmicos realizados na unidade pela equipe, a fim de verificar o risco cardiovascular e a necessidade de manter ou não as medicações em uso contínuo. Ainda assim, o controle de doenças crônicas perpassa a necessidade de um atendimento multiprofissional, depende de mudanças de hábitos e cultura, o que vai além do tratamento medicamentoso.

O controle das doenças crônicas é um tema muito importante de um ponto de vista social. Melhorando o controle de doenças crônicas, como HAS e DM, sendo esses os principais marcadores da unidade, contribuem para reduzir o risco de complicações, como as doenças cardiovascular e reduzem o risco de morbimortalidade por doenças sensíveis a atenção primária. Esta linha de cuidado, das doenças crônicas, é reconhecida como uma

das principais responsabilidades deste nível de atenção e precisa ser desempenhada de forma integrada pela Equipe de Saúde da Família, de forma que o cuidado bem estruturado contribui para a organização de outros níveis de atenção regionais. Mesmo com a situação atual causada pela pandemia da COVID-19, é possível e imprescindível estar atento a outros agravos de saúde. Possível realizar o cuidado evitando a aglomeração das pessoas, e inclusive este momento pode ser a oportunidade para buscar outras formas de realizar atividades de prevenção e promoção da saúde, até mesmo realizado palestras por vídeoconferência.

2 Objetivos

2.1 **Objetivo geral**

Melhorar o controle terapêutico das pessoas com hipertensão e diabetes da área de abrangência da Unidade 004 - Encruzo, Jaguaruna, Santa Catarina.

2.2 **Objetivos específicos**

Promover consultas interdisciplinares entre profissionais da equipe de saúde da família e profissionais de outras especialidades, como psicólogos e nutricionistas.

Desenvolver estratégias integradas com fisioterapeuta e profissional de educação física para a criação de um grupo de atividade física.

Criar um grupo de apoio para a promoção da saúde e prevenção das complicações relacionadas à hipertensão e diabetes.

3 Revisão da Literatura

3.1 Hipertensão arterial

Hipertensão arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou ≥ 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM) (PRAXEDES; SANTELLO; AMODEO, 2020). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (PRAXEDES; SANTELLO; AMODEO, 2020)(MARTIN et al., 2020).

Dados norte-americanos de 2015 revelaram que HA estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de IAM, 77% de AVE, 75% com IC e 60% com DAP. A HA é responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de AVE (GIFFORD; ALDERMAN, 1993).

No Brasil, Hipertensão Arterial atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV) (VAUGHAN; DELANTY, 2000). Junto com DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (BLUMENFELD; LARAGH, 2001). Em 2013 ocorreram 1.138.670 óbitos, 339.672 dos quais (29,8%) decorrentes de DCV, a principal causa de morte no país (GIFFORD; ALDERMAN, 1993).

As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, com custos socioeconômicos elevados. Dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) apontam significativa redução da tendência de internação por HA, de 98,1/100.000 habitantes em 2000 para 44,2/100.000 habitantes em 2013 (MALACHIAS et al., 2016).

Dados do VIGITEL (2006 a 2014) indicam que a prevalência de HA autorreferida entre indivíduos com 18 anos ou mais, residentes nas capitais, variou de 23% a 25%, respectivamente, sem diferenças em todo o período analisado, inclusive por sexo. Entre adultos com 18 a 29 anos, o índice foi 2,8%; de 30 a 59 anos, 20,6%; de 60 a 64 anos, 44,4%; de 65 a 74 anos, 52,7%; e ≥ 75 anos, 55%. O Sudeste foi a região com maior prevalência de HA autorreferida (23,3%), seguido pelo Sul (22,9%) e Centro-Oeste (21,2%). Nordeste e Norte apresentaram as menores taxas, 19,4% e 14,5%, respectivamente (MALACHIAS et al., 2016).

Em 2014, a PNS mediu a pressão arterial (PA) de moradores selecionados em domicílios sorteados, utilizando aparelhos semiautomáticos digitais, calibrados. Foram realizadas três medidas de PA, com intervalos de dois minutos, considerando-se a média das duas últimas, inseridas em smartphone. A prevalência geral de PA 140/90 mmHg foi 22,3%, com predomínio entre os homens (25,3% vs 19,5%), variando de 26,7% no Rio de Janeiro a 13,2% no Amazonas, com predomínio na área urbana em relação à rural (21,7% vs 19,8%) (MARTIN *et al.*, 2020).

No Brasil, dados do VIGITEL de 2014 revelaram, entre 2006 e 2014, aumento da prevalência de excesso de peso (IMC ≥ 25 kg/m²), 52,5% vs 43%. No mesmo período, obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²) aumentou de 11,9% para 17,9%, com predomínio em indivíduos de 35 a 64 anos e mulheres (18,2% vs 17,9%), mas estável entre 2012 e 2014 (TRUELSEN; HEUSCHMANN; BONITA, 2007).

Uma revisão mostrou que as taxas de conhecimento (22% a 77%), tratamento (11,4% a 77,5%) e controle (10,1% a 35,5%) da PA também variaram bastante, dependendo da população estudada.

A pré-hipertensão (PH) é uma condição caracterizada por PA sistólica (PAS) entre 121 e 139 e/ou PA diastólica (PAD) entre 81 e 89 mmHg. A PH associa-se a maior risco de desenvolvimento de HA e anormalidades cardíacas. Cerca de um terço dos eventos cardiovasculares (CV) atribuíveis à elevação de PA ocorrem em indivíduos com PH (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA., 2020).

Meta-análises do risco de incidência de DCV, DIC e AVE em indivíduos pré hipertensos mostrou que o risco foi maior naqueles com níveis entre 130 e 139 ou 85 e 89 mmHg do que naqueles com níveis entre 120 e 129 ou 80 e 84 mmHg. A implicação clínica dessas evidências epidemiológicas é que a PA de indivíduos pré-hipertensos deve ser monitorada mais de perto, pois uma significativa proporção deles irá desenvolver HA e suas complicações (MALACHIAS *et al.*, 2016).

3.1.1 Fatores de risco para hipertensão arterial

Idade

Há uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HA, relacionada ao: i) aumento da expectativa de vida da população brasileira, atualmente 74,9 anos; ii) aumento na população de idosos ≥ 60 anos na última década (2000 a 2010), de 6,7% para 10,8%. Meta-análise de estudos realizados no Brasil incluindo 13.978 indivíduos idosos mostrou 68% de prevalência de HA (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Sexo e raça/cor da pele

Na PNS de 2013, a prevalência de HA autorreferida foi estatisticamente diferente entre os sexos, sendo maior entre mulheres (24,2%) e pessoas de raça negra/cor preta (24,2%) comparada a adultos pardos (20,0%), mas não nos brancos (22,1%). O estudo Corações do Brasil observou a seguinte distribuição: 11,1% na população indígena; 10%

na amarela; 26,3% na parda/mulata; 29,4% na branca e 34,8% na negra. O estudo ELSA-Brasil mostrou prevalências de 30,3% em brancos, 38,2% em pardos e 49,3% em negros (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA., 2020).

Excesso de peso e obesidade

No Brasil, dados do VIGITEL de 2014 revelaram, entre 2006 e 2014, aumento da prevalência de excesso de peso (IMC \geq 25 kg/m²), 52,5% vs 43%. No mesmo período, obesidade (IMC \geq 30 kg/m²) aumentou de 11,9% para 17,9%, com predomínio em indivíduos de 35 a 64 anos e mulheres (18,2% vs 17,9%), mas estável entre 2012 e 2014.

Idosos

Aspectos especiais na medição da PA na população idosa decorrem de alterações próprias do envelhecimento, como a maior frequência do hiato auscultatório, que consiste no desaparecimento dos sons durante a deflação do manguito, resultando em valores falsamente baixos para a PAS ou falsamente altos para a PAD. A grande variação da PA nos idosos ao longo das 24 horas torna a MAPA uma ferramenta muitas vezes útil. A pseudohipertensão, que está associada ao processo aterosclerótico, pode ser detectada pela manobra de Osler, ou seja, a artéria radial permanece ainda palpável após a insuflação do manguito pelo menos 30 mmHg acima do desaparecimento do pulso radial. Maior ocorrência de EAB, hipotensão ortostática e pós-prandial e, finalmente, a presença de arritmias, como fibrilação atrial, podem dificultar a medição da PA (MALACHIAS et al., 2016).

3.2 Diabetes

Diabetes mellitus (DM) é um importante e crescente problema de saúde para todos os países, independentemente do seu grau de desenvolvimento. Em 2017, a Federação Internacional de Diabetes (International Diabetes Federation, IDF) estimou que 8,8% da população mundial com 20 a 79 anos de idade (424,9 milhões de pessoas) vivia com diabetes (BUCHWALD, 2020).

O aumento da prevalência do diabetes está associado a diversos fatores, como rápida urbanização, transição epidemiológica, transição nutricional, maior frequência de estilo de vida sedentário, maior frequência de excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional e, também, à maior sobrevivência dos indivíduos com diabetes (BLUMENFELD; LARAGH, 2001).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que glicemia elevada é o terceiro fator, em importância, da causa de mortalidade prematura, superada apenas por pressão arterial aumentada e uso de tabaco. Infelizmente, muitos governos, sistemas de saúde pública e profissionais de saúde ainda não se conscientizaram da atual relevância do diabetes e de suas complicações (MARTIN; KUNIYOSHI; ANDRADE, 2020).

As tentativas de estudos epidemiológicos para elucidar a história natural e a patogênese do diabetes baseiam-se apenas nas alterações glicêmicas, apesar da grande variedade

de manifestações clínicas e condições associadas. Nas últimas décadas, várias evidências foram acumuladas, sugerindo mecanismos etiologicamente diferentes, tais como genéticos, ambientais e imunológicos, os quais possuem importante papel na patogênese, no curso clínico e no aparecimento de complicações do diabetes (FEDERATION, 2020).

Tanto a frequência de novos casos (incidência) como a de casos existentes (prevalência) são informações importantes para o conhecimento da carga que o diabetes representa para os sistemas de saúde. A incidência traduz o risco médio da população em adquirir a doença, além de servir de parâmetro para a avaliação do impacto produzido por medidas de prevenção. A prevalência é um indicador da magnitude da carga atual que a doença representa para os serviços de saúde e para a sociedade, bem como um preditor da futura carga que as complicações crônicas do diabetes representarão.

Nos países desenvolvidos, o aumento da prevalência ocorrerá principalmente pela contribuição de indivíduos com diabetes nas faixas etárias mais avançadas, em decorrência do aumento da expectativa de vida e do crescimento populacional, já nos países em desenvolvimento, indivíduos de todas as faixas etárias serão atingidos, com destaque para a faixa etária de 20 a 44 anos, em que a prevalência deverá duplicar (FEDERATION, 2020).

4 Metodologia

O controle / cadastro de usuários do ESF 004 - Encruzo portadores de HAS e DM será feito utilizando o sistema de saúde do Município (CELK) que permite avaliar as pessoas que apresentam tais morbidades.

Será realizado, com auxílio de toda equipe do ESF, consultas interdisciplinares com todos os usuários portadores de tais patologias e será realizado uma avaliação de tais comorbidades tratamento o paciente como um todo.

Será avaliado a aderência ao tratamento farmacológico e não-farmacológico pelos usuários, será avaliado o uso correto das medicações prescritas e será realizado o controle glicêmico e pressórico de tais usuários, a fim de avaliar se apresentam resposta terapêutica adequada.

Os usuários que apresentarem controle inadequado das duas morbidades serão encaminhados primeiramente para consulta com o médico responsável pelo ESF, onde serão avaliados como um todo, solicitados exames complementares para estratificação de risco cardiovascular através do Escore de Risco de Framingham e controle de PA e/ou MAPA 24 horas para verificar a resposta terapêutica adequada ao tratamento medicamentoso utilizado atualmente.

Caso seja necessários os que apresentarem descontrole pressórico ou glicêmico fora da meta, será realizada a otimização do tratamento medicamentoso e adotado medidas não farmacológicas.

Os usuários que apresentarem descontrole de tais morbidades serão inclusos em grupos especiais que receberão atenção multidisciplinar do ESF Encruzo. Serão realizadas reuniões com especialistas para palestras com intuito de melhor aderência ao tratamento proposto, promoção de grupos sobre HAS e DM para discussão do tratamento não farmacológico e melhor adesão ao tratamento medicamentoso.

Durante as consultas interdisciplinares e palestras será realizado análise dos fatores causadores da dificuldade em controle de tais patologias; será verificado a adesão ao tratamento farmacológico e as mudanças no estilo de vida em conjunto com toda a equipe do ESF.

5 Resultados Esperados

Espera-se com este projeto a diminuição da morbidade e mortalidade daqueles com hipertensão arterial e diabetes mellitus avaliados no ESF 004 - Encruzo e incluídos nos grupos multidisciplinares desenvolvidos para a elaboração deste TCC.

Espera-se um melhor controle pressórico e glicêmico após orientações sobre o esquema terapêutico, mudança de estilo de vida, a partir das palestras, conversas e acompanhamento com os diversos profissionais de saúde. Também, o fortalecimento da atenção integral e multiprofissional entre a equipe.

É esperado que a relação médico e paciente seja fortalecida visando a melhor adesão ao tratamento com o melhor entendimento das morbidades como um todo. Consequentemente espera-se que a percepção sobre a necessidade e a importância do controle das comorbidades para reduzir a necessidade de internações hospitalares, bem como redução das complicações da DM (retinopatia diabética, neuropatia diabética, vasculopatia diabética) e da HAS (IAM, AVC) se faça presente.

Referências

- BLUMENFELD, J. D.; LARAGH, J. H. *Management of Hypertensive Crises: The Scientific Basis for Treatment Decisions*. 2001. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11724216/>>. Acesso em: 21 Set. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 15.
- BUCHWALD, H. *Metabolic surgery: a brief history and perspective*. 2020. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/38114075_Metabolic_surgery_a_brief_history_and_perspective>. Acesso em: 02 Ago. 2020. Citado na página 15.
- CARDIOLOGIA, S. B. de; HIPERTENSÃO, S. B. de; NEFROLOGIA., S. B. de. *VI Brazilian Guidelines on Hypertension*. 2020. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em: 19 Jul. 2020. Citado na página 14.
- FEDERATION, I. D. *IDF Atlas. 8. ed. Bruxelas: International Diabetes Federation; 2017*. 2020. Disponível em: <<https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/134-idf-diabetes-atlas-8th-edition.html>>. Acesso em: 21 Set. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- GIFFORD, R. W.; ALDERMAN, M. H. *The fifth report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. 1993. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/616929>>. Acesso em: 19 Jul. 2020. Citado na página 13.
- MALACHIAS, M. et al. *7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL*. SP: Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 107, No 3, Supl. 3, Setembro 2016, 2016. Citado 3 vezes nas páginas 13, 14 e 15.
- MARTIN, J.; KUNIYOSHI, C.; ANDRADE, L. *Fatores preditores de mortalidade em pacientes com crise hipertensiva*. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abc/v107n3s3/pt_0066-782X-abc-107-03-s3-0079.pdf>. Acesso em: 02 Ago. 2020. Citado na página 15.
- MARTIN, J. et al. *Hypertensive crisis profile. Prevalence and clinical presentation*. 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15322655/>>. Acesso em: 19 Jul. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- PRAXEDES, J.; SANTELLO, J.; AMODEO, C. *Encontro Multicêntrico Sobre Crises Hipertensivas: relatório e recomendações*. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2016004800079&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 19 Jul. 2020. Citado na página 13.
- TRUELSEN, T.; HEUSCHMANN, P. U.; BONITA, R. *Standard method for developing stroke registers in low-income and middle-income countries: experiences from a feasibility study of a stepwise approach to stroke surveillance (STEPS Stroke)*. 2007. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17239800/#affiliation-1>>. Acesso em: 21 Set. 2020. Citado na página 14.

VAUGHAN, C. J.; DELANTY, N. *Hypertensive emergencies*. 2000. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10972386/>>. Acesso em: 21 Set. 2020. Citado na página 13.