

Contribuições para o processo de cuidado: perfil da clínica de ortopedia de um hospital público.

Contributions to the care process: profile of the orthopedic clinic of a public hospital.

Claudia Natsumi Yoshida¹
June Barreiros Freire²

¹Terapeuta Ocupacional, Conjunto Hospitalar de Sorocaba. Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – FCM/UNICAMP

²Médica. Doutora e Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - FCM/UNICAMP

Correspondência

Rua Benedito Wenceslau Mendes, 171,
apto B13, Sorocaba, SP, CEP. 18052-000,
(15)98119-2244.
E-mail: claudianatsumi@gmail.com

Recebido em 31.01.20
Aprovado em 14.07.20

RESUMO

Objetivo: caracterizar a clínica de ortopedia e o perfil clínico e demográfico dos pacientes que participaram da avaliação do hospital.

Método: estudo exploratório, transversal com abordagem quantitativa da enfermagem de ortopedia de um hospital público estadual, no período de abril à outubro de 2018.

Resultados: média de permanência de 13,13 dias, baixa rotatividade, sobretaxa de ocupação, cirurgias canceladas de ortopedia. Das queixas apresentadas na ortopedia, 17,74% são demora para realização de cirurgia.

Conclusão: de acordo com os resultados apresentados nesta pesquisa é necessário melhorar os processos de cuidados dos usuários na clínica de ortopedia.

Palavras-chave: Cuidado; Paciente; Ortopedia.

ABSTRACT

Objective: to characterize the orthopedics clinic and the demographic and clinical profile of the patients who participated in the hospital evaluation.

Method: an exploratory, cross-sectional study with a quantitative approach to the orthopedics ward of a state public hospital, from April to October 2018.

Results: average stay of 13.13 days, low turnover, occupancy surcharge, surgeries canceled from orthopedics. Of the complaints presented in orthopedics, 17.74% are delays in performing surgery.

Conclusion: According to the results presented in this research, it is necessary to improve the care processes of users in the orthopedics clinic.

Keywords: Care, Patient, Orthopedics

INTRODUÇÃO

Os acidentes de trânsito são, dentre as causas externas, a segunda maior causa de internação na Região Metropolitana de Sorocaba, sendo ainda a terceira causa de morte entre as Regiões Metropolitanas do Estado de São Paulo. Os casos de morte em acidente de trânsito, em sua maior concentração, ocorrem entre jovens de 15 a 34 anos na Região Metropolitana de Sorocaba, com taxa de mortalidade de 107,92 por cem mil habitantes, acima da média estadual que é de 102,19 por cem mil habitantes¹. Além dos casos de óbito, os danos causados no pós trauma podem ocasionar sequelas físicas e emocionais em idade produtiva com custos elevados para o Estado e para as famílias².

Neste cenário, o Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS), hospital público que atende média e alta complexidade, é referência em traumatologia e ortopedia para a região de saúde de Sorocaba. Neste estudo, a partir de alguns indicadores levantados observaram-se algumas fragilidades nos processos de cuidado e na gestão³, que dificultam no atendimento de qualidade ao usuário, demonstradas nas Pesquisas de Satisfação ao Usuário (PSAT) e nas reclamações dos usuários pela Ouvidoria do CHS.

Após a aprovação da Lei Orgânica de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), a Lei 8080/90⁴, foram criados vários programas e ações que aprimoraram o SUS, sobretudo a partir de 1999. Em relação a reforma hospitalar a Política Nacional de Atenção Hospitalar foi publicada em 2013, após o Plano de Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira (RAHB) em 2004⁴. Em 2000, foi realizada a XI Conferência Nacional de Saúde com o tema “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, em razão de um diagnóstico de insatisfação dos usuários em relação ao atendimento e foi formulado, no mesmo ano, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Para promover uma nova cultura de atendimento à saúde, foram apresentadas propostas para melhorar a assistência aos usuários nos hospitais públicos do país e metas para aprimorar as relações entre usuários e profissionais, a gestão dos hospitais e a comunidade⁵. O intuito principal do PNHAH era o fortalecimento da cultura de participação, cooperação e corresponsabilidade, respeitando as singularidades regionais dos estados, para garantir uma construção coletiva, a partir das diversidades e experiências das regiões do país⁵. Em

2003, o PNHAH, foi instituída como uma Política Nacional de Humanização (PNH), que enfatizou a indissociabilidade entre assistência e gestão humanizada e trouxe o caráter transversal da humanização⁵.

No Estado de São Paulo, foi publicada a resolução da Secretaria de Saúde 116 de 27/11/2012, que implementou as diretrizes e os Centros Integrados de Humanização (CIH) em hospitais, ambulatórios e outros serviços de saúde, com o objetivo de disseminar a prática de humanização nos serviços de saúde e contribuir para integração entre os serviços e as redes regionais de saúde⁶⁻⁷. Em relação ao apoio no monitoramento e acompanhamento dos pacientes internados para gestão de leitos, foi instituída pelo Ministério da Saúde em 2017, o Núcleo Interno de Regulação (NIR)⁸.

Esse processo histórico desde a Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira, indica que a gestão hospitalar teve processos tardios em relação às ações para o processo do cuidado associado à gestão hospitalar. Além da complexidade da organização hospitalar, que de forma isolada realizou ações desintegradas às políticas de saúde³, vários estudos apontam problemas na gestão hospitalar do SUS³.

Nos poucos artigos encontrados relacionados à gestão hospitalar e a produção do cuidado, vemos que há resultados positivos⁹⁻¹⁰, além da satisfação do usuário, como a qualidade de atendimento do paciente como a redução de permanência no hospital, o que reduz a chance de adquirir comorbidades^{2,9-11}.

O elevado número de reclamações similares de pacientes notificadas na Ouvidoria e na Pesquisa de Satisfação apontam a pouca efetividade nos processos de trabalho da equipe, a partir das discussões de casos na Comissão de Humanização (CH), a dissociação entre a gestão e o cuidado do paciente, devido aos indicadores divergentes entre as notificações realizadas no sistema informatizado e as reclamações dos pacientes, falta de indicadores para monitorar os processos de cuidado dos pacientes internados na ortopedia, e o não reconhecimento dos gestores da função do Centro integrado de Humanização (CIH), como estratégia de apoio à gestão nos processos de cuidado e de trabalho, justificaram a realização dessa pesquisa.

Assim, este estudo tem como objetivo apresentar a caracterização do perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes internados na ortopedia e trau-

matologia do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, que participaram da avaliação dos processos de cuidado desta unidade hospitalar. Os objetivos específicos foram levantar o perfil sociodemográfico dos usuários, caracterizar a unidade de ortopedia do CHS, identificar e descrever as principais queixas apresentadas pelos usuários da unidade de ortopedia do CHS.

MÉTODO

Foi realizado um estudo observacional, exploratório, transversal quantitativo com a população de pacientes internados na enfermaria de ortopedia do Conjunto Hospitalar de Sorocaba no período de abril a outubro de 2018.

O estudo analisou 1101 pacientes internados, com mais de 18 anos. Foram excluídos os pacientes com internação menor que 24 horas e pacientes com idade menor que 18 anos.

Os dados foram coletados da planilha Excel de monitoramento e acompanhamento dos pacientes internados na ortopedia e as queixas dos usuários sistematizadas em planilhas Excel da Pesquisa de Satisfação do Usuário (PSAT) e da Ouvidoria, desenvolvidas pelo Centro Integrado de Humanização, validadas pela então Diretoria do Conjunto Hospitalar de Sorocaba e ciência pelo Núcleo Técnico de Humanização da Secretaria do Estado de São Paulo (SES-SP). Os dados da entrevista da Pesquisa de Satisfação do Usuário são coletados mensalmente e inseridos no Sistema PSAT da SES-SP, durante o período de internação dos pacientes de forma presencial, pelos colaboradores do Centro Integrado de Humanização, por meio de amostragem, e de forma opcional pelo paciente e/ou acompanhante.

As variáveis de desempenho hospitalar selecionadas foram a média de permanência do período de internação maior que 24 horas, somando-se os dias no pronto socorro, UTI e/ou enfermaria, taxa de ocupação, taxa e densidade de infecção hospitalar e taxa de mortalidade. Nos dados clínicos foram incluídas a quantidade e tipo de cirurgias canceladas e o diagnóstico (CID). Para modo de saída, a alta hospitalar e transferência. Das variáveis demográficas foram incluídas faixa etária dividida em menor de 60 anos e 60 anos ou mais, e o município de residência dos pacientes internados.

As queixas dos pacientes foram coletadas por meio da ouvidoria e da pesquisa de satisfação ao usuário (PSAT), realizadas no atendimento do ambulatório e no período de internação (pronto socorro, UTI e enfermaria), para avaliação em relação à atenção da equipe, cancelamentos de cirurgias, demora na realização de cirurgias, e as questões de estrutura física da unidade hospitalar. Foi realizado cálculo estatístico simples, apresentado resultados por meio de gráfico.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética do Conjunto Hospitalar de Sorocaba e pela Comissão de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp sob parecer número: 3.061.367, com dispensa do TCLE por trata-se de coleta de dados secundários.

RESULTADOS

Dados clínicos e demográficos

Em relação às variáveis clínicas verificamos que a maioria das internações ocorreu por fratura de colo do fêmur com 205 internações, seguidas das fraturas de rótula com 148 e fratura da extremidade superior do cúbito com 86 internações no período pesquisado.

Das 156 cirurgias canceladas no período, o maior número são subnotificações com 27,56%, ou seja, não consta o motivo do cancelamento. A segunda maior causa são os atrasos na cirurgia anterior com 17,94%, em terceiro a falta de material cirúrgico com 16,66%, e em quarto, mudança de conduta do médico com 7,69%. Outros motivos são erro de programação, falta de leito na UTI, paciente não respeitou o jejum, falta de anestesistas, evasão do paciente, falta de sala cirúrgica, que estão entre 1% ou 2% cada uma das razões.

Nas variáveis demográficas, em relação à faixa etária, 78,56% pacientes com idade menor que 60 anos, e 21,43% maior e igual a 60 anos. Sobre a origem dos pacientes internados no CHS, a maior parte das internações são dos munícipes de Sorocaba com 320 internações, que correspondem à 28,6% em relação aos outros municípios da região. O município de Votorantim está em segundo lugar entre as internações, com 99 internações, que correspondem a 8,8% e em terceiro lugar está Piedade com 44 internações, 6,6% das internações.

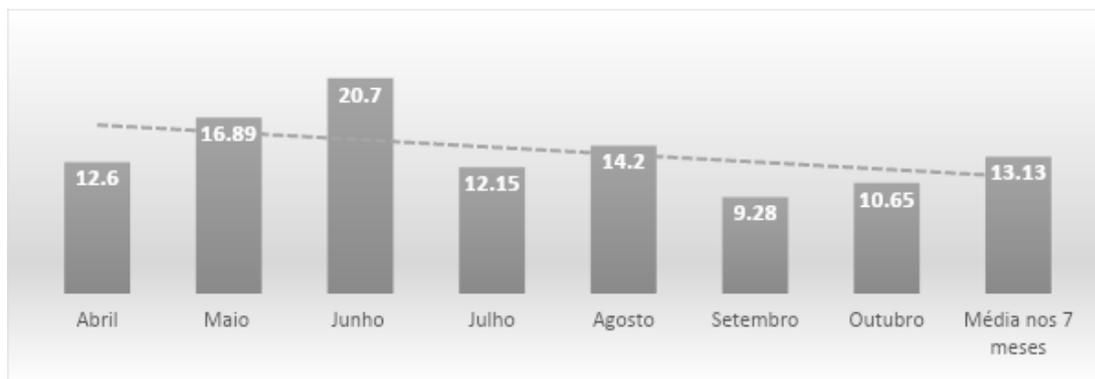
Os outros municípios têm menos de 10 internações, que correspondem a menos de 1 % cada um, que representam no total de 7,6%.

Na variável modo de saída, destaca-se os pacientes munícipes de Sorocaba que aguardam transferência para a Santa Casa de Sorocaba, que

correspondem a 34,68 % em relação ao total de atendimento pela unidade hospitalar, com ocupação média de 5,98 dias destes pacientes. Referente a alta hospitalar, houve uma média de 12, 3 % que não realizam cirurgia durante o período de internação, que são pacientes que retornam para cirurgia posterior.

Gráfico 1

Média de permanência Ortopedia (dias)- Conjunto Hospitalar de Sorocaba, Sorocaba, SP, Brasil, 2018.



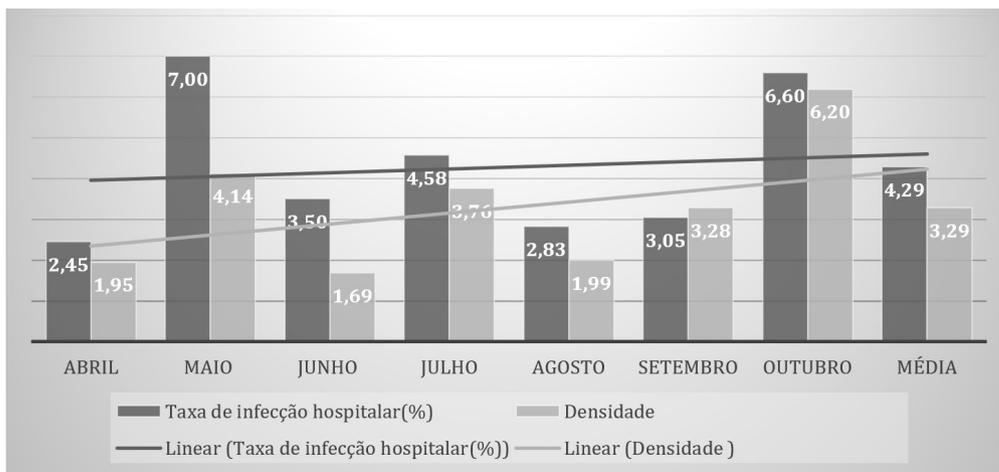
Fonte: Planilha Excel Monitoramento e Acompanhamento CIH/CHS-2018.

Para as variáveis de desempenho hospitalar a média de permanência é de 13,1 dias dos pacientes ortopédicos (gráfico1), a taxa de ocupação é de

129,66%, a taxa de infecção hospitalar de 3,82% (gráfico 2), e a mortalidade é de 2,98 % (gráfico 3) na unidade hospitalar.

Gráfico 2

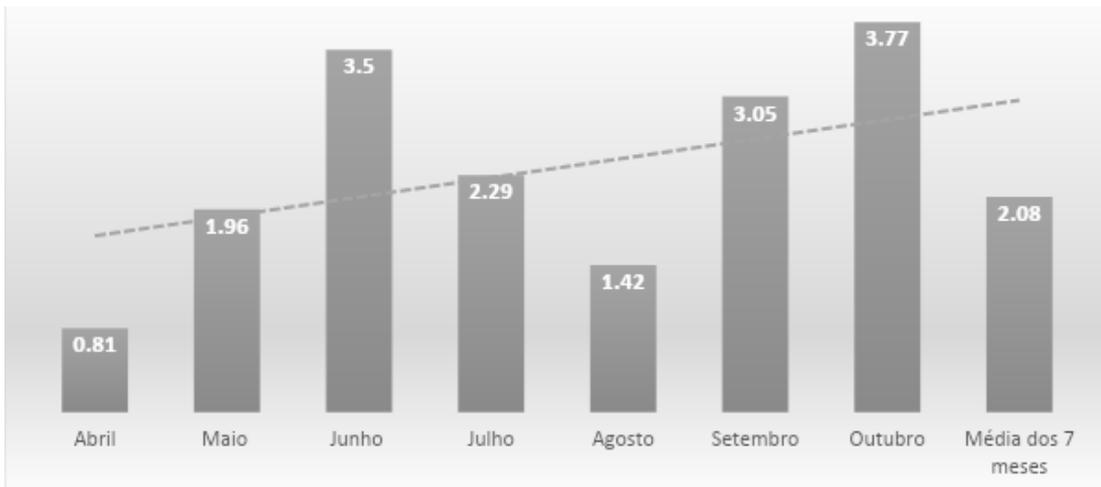
Taxa de infecção hospitalar (%) e densidade (n) - Conjunto Hospitalar de Sorocaba, Sorocaba, SP, Brasil, 2018.



Fonte: Sistema interno do CHS.

Gráfico 3

Mortalidade hospitalar ortopedia (%) - Conjunto Hospitalar de Sorocaba, Sorocaba, SP, Brasil, 2018.



Fonte: Planilha Excel Monitoramento e Acompanhamento CIH/CHS-2018.

Em relação a Pesquisa de Satisfação do Usuários, das 86 reclamações/sugestões da especialidade ortopedia, a demora para realização de cirurgia (6,17%), cancelamento de cirurgia (3,7%) e a conduta médica (7,4%), que se refere às divergências de informações dos médicos para a família e/ou paciente sobre as condições clínicas e datas de cirur-

gias. Em relação a conduta de enfermagem (11,11%) a maioria das reclamações é sobre o desrespeito da enfermagem com os usuários. Quanto a estrutura com 50,61%, sendo o maior número de reclamações relacionadas aos banheiros com mal cheiro, poltronas quebradas, porta de banheiro quebrada, vaso entupido, falta de papel higiênico (Gráfico 4).

Gráfico 4

Tipos de reclamação/sugestão PSAT (Pesquisa de Satisfação do Usuário) da clínica de Ortopedia (%) - Conjunto Hospitalar de Sorocaba, Sorocaba, SP, Brasil, 2018.



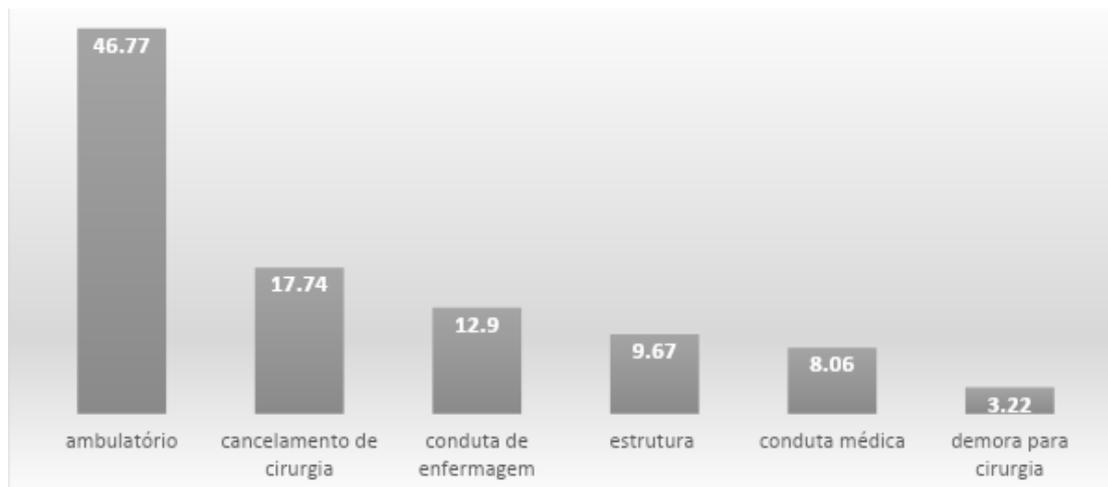
Fonte: Planilha Excel PSAT CIH/CHS-2018.

Em relação às reclamações na Ouvidoria, houveram 426 reclamações, sendo as três com maior número de reclamações as dos setores de ortopedia com 14,55%, neurologia com 12,20 % e cirurgia geral com 6,98%.

Sobre as reclamações da ortopedia, o maior número é do ambulatório, com 46,77%, que são casos eletivos e que aguardam cirurgia, principalmente para especialidade joelho. Em segundo lugar, com 17,74%, são as reclamações sobre cancelamento de cirurgias de pacientes internados (Gráfico 5).

Gráfico 5

Tipos de Reclamações no Ambulatório e Internação (cancelamento de cirurgia, conduta de enfermagem, estrutura, conduta médica e demora para cirurgia) na Ouvidoria em Ortopedia- - Conjunto Hospitalar de Sorocaba, Sorocaba, SP, Brasil, 2018.



Fonte: Planilha Excel Monitoramento e Acompanhamento CIH/CHS-2018.

DISCUSSÃO

Com os avanços de estratégias inovadoras para o cuidado integral dos usuários no SUS, a gestão do CHS, assim como apontam vários estudos de hospitais públicos⁴, refere que não acompanhou a implantação das diretrizes da PNH (Política Nacional de Humanização) e PEH (Política Estadual de Humanização) na sua organização interna, como elaboração do projeto terapêutico singular, reuniões de equipe, gestão compartilhada, além da pouca superação das dificuldades para a regionalização dos serviços de saúde^{3,5,12-13}.

Sobre a faixa etária, a maioria dos pacientes pesquisados são abaixo de 60 anos, e com maior atendimento em fratura de fêmur. Um dado relevante são as altas sem realização das cirurgias, pacientes que aguardam material para realização de cirurgia em casa. O tempo de espera para a realização da cirurgia pode agravar a fratura e expor o paciente ao risco².

Em relação a transferência de pacientes munícipes de Sorocaba para a Santa Casa, também pode ocasionar risco ao paciente pelo tempo de espera

para realização de cirurgia e a transferência do paciente para outra unidade².

Destacamos os resultados das variáveis de desempenho hospitalar que impactam diretamente a qualidade de atendimento do paciente como a média de permanência dos pacientes internados na especialidade ortopedia, sendo quase o dobro preconizado pela ANS (Agência Nacional de Saúde) com 13,13 dias, quando o ideal 7 dias de permanência¹¹. A média permanência de outros hospitais da região metropolitana de Sorocaba é de 7,61 dias, abaixo da média do CHS. Em consequência desta alta média de permanência, houve uma sobretaxa na ocupação de leitos e os pacientes são internados em outros setores, pela baixa rotatividade dos leitos. O resultado da alta taxa de infecção hospitalar é um indicador que pode aumentar a comorbidade dos pacientes, representa 3,82% durante o período de internação no CHS, enquanto a média nacional em pacientes de sítio cirúrgico é 1,4 %¹¹.

Em relação a mortalidade, a região metropolitana de Sorocaba está entre as três maiores regiões metropolitanas do Estado de

São Paulo que apresentam óbitos decorrentes de acidentes de trânsito¹. A média de mortalidade hospitalar na Região Metropolitana de Sorocaba é de 6,4%¹, enquanto no CHS (Conjunto Hospitalar de Sorocaba) é de 2,98%. Esses dados podem indicar que muitos casos não estão conseguindo vaga no CHS ou existem altas taxas de mortalidade nos outros serviços, o que merece investigação. Esse dado é fundamental para discutir a reorganização do cuidado no CHS e na rede regional de saúde.

Sabemos que o tempo de permanência hospitalar prolongado eleva a taxa de ocupação da clínica, a falta de rotatividade dos leitos, e como consequência, o aumento das taxas de infecção hospitalar², de mortalidade por aumento ou piora das comorbidades já existentes ou daquelas que o paciente pode adquirir durante a internação^{2,9}.

Em relação às queixas dos usuários é possível verificar que a longa permanência dos pacientes no hospital causa grande impacto no grau de satisfação. O cancelamento de cirurgia, que é a segunda maior causa de reclamação na Ouvidoria e sexta pela Pesquisa de Satisfação do Usuário, indica falta de planejamento e organização na programação cirúrgica por fatores não identificados neste estudo.

A falta de informação médica, a fragmentação do cuidado por parte da equipe técnica, impressões dos usuários, descritas no artigo Fotografia na Enfermaria de Ortopedia¹⁵, são situações que ocorrem em outros hospitais e que nos levam a repensar as especificidades da assistência a este perfil de paciente.

Ressaltamos que podemos criar vários dispositivos, mas se estes não estiverem efetivamente voltadas para a produção do cuidado, numa reestruturação produtiva, centrado em um trabalho vivo em ato, não teremos uma mudança profunda na qualidade do cuidado¹⁶.

O estudo mostra que pouco tem sido realizado em relação a fragmentação do cuidado, a redução da burocratização e (des)organização interna, desde questões de informação clínica do paciente até a complexidade dos fluxos para aquisição do material cirúrgico^{3,9}.

A criação de ferramentas, como a tabela de acompanhamento dos pacientes internados na ortopedia, permite maior conhecimento do perfil de atendimento em ortopedia, no sentido de ter outros modos de olhar e operar a produção do cuidado, promover reflexão da gestão e da equipe, e desconstruir discursos hegemônicos, tidos como verdade absoluta, bem como traz a oportunidade de inventar práticas cuidadoras no individual e no coletivo¹⁷.

A partir destes dados, buscamos caracterizar a unidade hospitalar, assim como identificar os principais problemas relacionados às queixas dos usuários e contribuir para melhorar os processos de cuidado junto com a equipe e a gestão^{3,9}.

A limitação deste estudo é que não foi possível identificar com maior profundidade e correlacionar os dados na produção do cuidado apresentados. Porém, são dados relevantes que servirão de base para estudos posteriores.

CONCLUSÃO

Os dados consolidados e apresentados nos resultados desta investigação caracterizaram o atendimento da especialidade ortopedia no CHS, e demonstram lacunas na qualidade de atendimento. Entendemos que é necessário buscar estratégias para melhorar os processos de cuidado, tendo como base, entre outros indicadores, as queixas apresentadas pelos usuários. Os resultados podem subsidiar futuros trabalhos para melhorar o cuidado ao paciente, para a unidade hospitalar e para a região de Sorocaba, no fortalecimento da rede de atendimento à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saude, <http://tabnet.datasus.gov.br> acessado em 04/08/2019.
2. Castro, RRM; Ribeiro, NF; Andrade, AM e Jaques, BD, Perfil dos pacientes da enfermaria de ortopedia de um hospital público de Salvador-Bahia, *Acta ortop. bras.* [online]. 2013, vol.21, n.4, pp.191-194. ISSN 1413-7852. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-78522013000400001>.
3. Campos, GW, Amaral, MA do. Clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital, *Artigo Ciência & Saúde Coletiva* (12):849-859, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>
4. Paim, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, [S. l.]. 2011 May;377(9779):11-32. Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf
5. Ministério da Saúde, Caderno HumanizaSUS, volume 1, Formação e Intervenção, Brasília -DF, 2010. Pág. 13-125. Disponível em: <http://redehumanizaus.net/acervo/cadernos-humanizaus-volume-1-formac%CC%A7a%CC%83o-e-intervenc%CC%A7o%CC%83es/>
6. Souza, LA de P, Mendes, VLF, O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH), @interface, Comunicação Saúde Educação, vl. 13, suppl.I, p. 681-8, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500018>
7. Governo do Estado de São Paulo, Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, Política Estadual de Humanização, Núcleo Técnico de Humanização/SES,2012, acessado em 24/10/2019. Disponível em <http://nephrp.com.br/site/wp-content/uploads/2017/03/03-Politica-Estadual-de-Humanizacao-Estado-de-S%C3%A3o-Paulo.pdf>
8. Soares, VS, Análise dos Núcleos Internos de Regulação hospitalares de uma capital, *Einstein*, 2017, 15(3):339-43. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/eins/v15n3/pt_1679-4508-eins-15-03-0339.pdf
9. Anschau, F, et al. Avaliação de intervenções de Gestão da Clínica na qualificação do cuidado e na oferta de leitos em um hospital público de grande porte. *Sci. med. (Porto Alegre, Online)*; 27(2): abr-jun 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-848125>
10. Ajimura, F Y, Pacientes de alta que permanecem dentro do hospital: quem são e por que permanecem?, 61 f., Dissertação de mestrado, Escola de Adm. de Empresas de São Paulo, São Paulo,2016, disponível em: https://fgvsaude.fgv.br/sites/gvsau-de.fgv.br/files/dissertacao_versao_final_fabio_0.pdf
11. Ministério da Saude, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Média de permanência geral, vol. 1.02 – Janeiro de 2013. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-05.pdf>
12. Passos, DF, Hennington, E. A, Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública, *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4541-4548, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a27v16n11.pdf>
13. Ministério da Saúde, Cartilha Redes de Produção de Saúde, Secretaria de atenção à saúde Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS, Brasília – DF 2009.
14. Franco, LMC. Ercole, FF, Mattia A, Infecção cirúrgica em pacientes submetidos a cirurgia ortopédica com implante, *Rev. SOBECC*, São Paulo, 163-170 p, 2015, <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/87>
15. Pereira, MLT, Sardenberg, T, Mendes, HWB, Fotografia na Enfermaria de Ortopedia: pesquisando espaços de comunicação, *Interface*, - Comunic, Saúde, Educ. Ago 2002; 6(11):153-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832002000200022>
16. Merhy EE, Ceccim RB. A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias: a educação da saúde nas práticas profissionais e a Política Nacional de Humanização. Niterói, UFF Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/#indexados>
17. Feuerwerker, LCM, Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p. - (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde). Pg. 35-62. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/T.6.2019.tde-16092019-101111>