

# MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DO SEGUIMENTO DA POPULAÇÃO COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

## CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE PATIENTS IN A FAMILY HEALTH CENTRE – FOLLOW-UP QUALITY IMPROVEMENT

Autores:

Joana Costa e Silva<sup>1</sup>, Ana Catarina T. Rodrigues<sup>1</sup>, Ana Margarida Pinho<sup>1</sup>, Filipa Morais Teixeira<sup>1</sup>, João Teixeira Sousa<sup>1</sup>, José Pedro Águeda<sup>1</sup>, Mafalda Ferreira da Silva<sup>1</sup>, Maria Miguel Sá<sup>1</sup>, Maria Rafaela Oliveira<sup>1</sup>, Teresa Barão<sup>1</sup>, Tiago Silva Leite<sup>1</sup>, Nunes de Sousa<sup>2</sup>

### RESUMO

**Introdução:** A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma das principais causas de morbimortalidade no mundo, apesar de poder ser prevenida e tratada. Com este estudo pretendeu-se avaliar e melhorar a qualidade do seguimento dos utentes com DPOC numa Unidade de Saúde Familiar (USF).

**Material e métodos:** Estudo de melhoria contínua da qualidade, de dimensão técnico-científica. A população em estudo incluiu os indivíduos com diagnóstico de DPOC inscritos numa USF, sendo excluídos os utentes com espirometria sem critérios de DPOC, sem consulta na USF no último ano e falecidos. As variáveis analisadas foram: idade, sexo, espirometria, volume expiratório forçado no primeiro segundo (FEV1), sintomatologia, agudizações, hospitalizações e terapêutica farmacológica. Foram criados padrões de qualidade para os registos e adequação terapêutica. As duas avaliações realizadas tiveram um ano de intervalo. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos para  $p < 0,05$ . Na intervenção divulgaram-se as recomendações da *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2018*.

**Resultados:** Da primeira para a segunda avaliação verificou-se uma melhoria do registo de espirometrias (64,9% para 72,3%;  $p = 0,05$ ), do registo do valor do FEV1 (37,5% para 50,2%;  $p = 0,0002$ ) e da adequação da terapêutica (20,4% para 38,2%;  $p = 0,001$ ). O padrão de qualidade global melhorou de insuficiente para suficiente.

**Discussão:** As melhorias observadas ao longo deste trabalho podem ser associadas à implementação das medidas corretoras e a uma preocupação crescente da equipa por esta patologia. As principais dificuldades consistiram no atraso na realização das espirometrias, na ausência de consulta específica para patologia respiratória e na multimorbilidade presente nestes doentes.

**Conclusão:** Este trabalho permitiu perceber as várias lacunas existentes na vigilância dos doentes com DPOC, criar estratégias para a sua correção e melhorar os seus registos e seguimento.

**Palavras-chave:** doença pulmonar obstrutiva crónica; diagnóstico; terapêutica; cuidados de saúde primários; melhoria da qualidade

**Keywords:** pulmonary disease; chronic obstructive; diagnosis; therapeutics; primary health care; quality improvement

### INTRODUÇÃO

A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma das principais causas de morbidade crónica e mortalidade. Estima-se que seja, atualmente, a quarta causa de morte no mundo, contudo devido à exposição contínua a fatores de risco e ao aumento da esperança média de vida, prevê-se que em 2020 seja a terceira causa.<sup>1,2</sup> Segundo os dados do *European Health Interview Survey*, realizado em 2014 em diferentes países da União Europeia, a prevalência de DPOC em Portugal foi de 5,8%.<sup>3</sup>

A DPOC é uma doença comum, prevenível e

tratável, caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitação ao fluxo de ar, resultante de alterações alveolares e/ou das vias aéreas, causadas pela exposição significativa a partículas ou gases nocivos. O principal fator de risco para o desenvolvimento da doença é a exposição ao fumo do tabaco. Outros fatores que podem contribuir são a exposição ocupacional e a poluição exterior e em ambientes fechados. Apesar de ser uma doença muito comum, a DPOC é ainda subdiagnosticada. Esta deve ser considerada nos utentes com dispneia, tosse crónica e/ou história de exposição aos fatores de risco.<sup>1</sup> A espirometria é essencial para determinar a limitação do fluxo aéreo, sendo que a presença de uma relação volume expiratório forçado no 1º segundo (FEV1) / capacidade vital forçada (FVC) pós-broncodilatação inferior a 0,70 confirma o diagnóstico de DPOC. Na avaliação global do utente com DPOC é importante

1. Médico(a) Interno(a) de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Famílias, ACES Entre Douro e Vouga I

2. Assistente Graduado Sénior em Medicina Geral e Familiar, USF Famílias, ACES Entre Douro e Vouga I

classificar a gravidade da doença, o impacto atual dos sintomas e o risco futuro, sendo a espirometria, a sintomatologia e a história de exacerbações vitais para o correto diagnóstico e orientação terapêutica destes doentes (Figura 1). A avaliação clínica através da Escala do *Medical Research Council* modificada (mMRC) e/ou do *Chronic obstructive pulmonary*

*disease Assessment Test* (CAT), permite uma avaliação global dos sintomas (Figuras 2 e 3). A história de exacerbações corresponde às agudizações de sintomas respiratórios com necessidade de terapêutica adicional, com ou sem necessidade de hospitalização, durante o último ano.<sup>1,4</sup>



**Figura 1.** Orientações da GOLD 2018 para o diagnóstico e classificação do grupo ABCD da DPOC.

**Legenda:** VEF<sub>1</sub>/CVF - relação Volume Expiratório Forçado no 1º segundo / Capacidade Vital Forçada (CVF); mMRC - Escala do *Medical Research Council* modificada; CAT - *Chronic obstructive pulmonary disease Assessment Test*; GOLD - *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*.

Assinale com uma cruz (X), o quadrado  correspondente à afirmação que melhor descreve a sua sensação de falta de ar.

**GRAU 0**

**Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício intenso.**

“Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso”.

**GRAU 1 Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado.**

“Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado”.

**GRAU 2**

**Andar mais devagar que as pessoas da minha idade devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando anda no seu passo normal.**

“Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal”.

**GRAU 3**

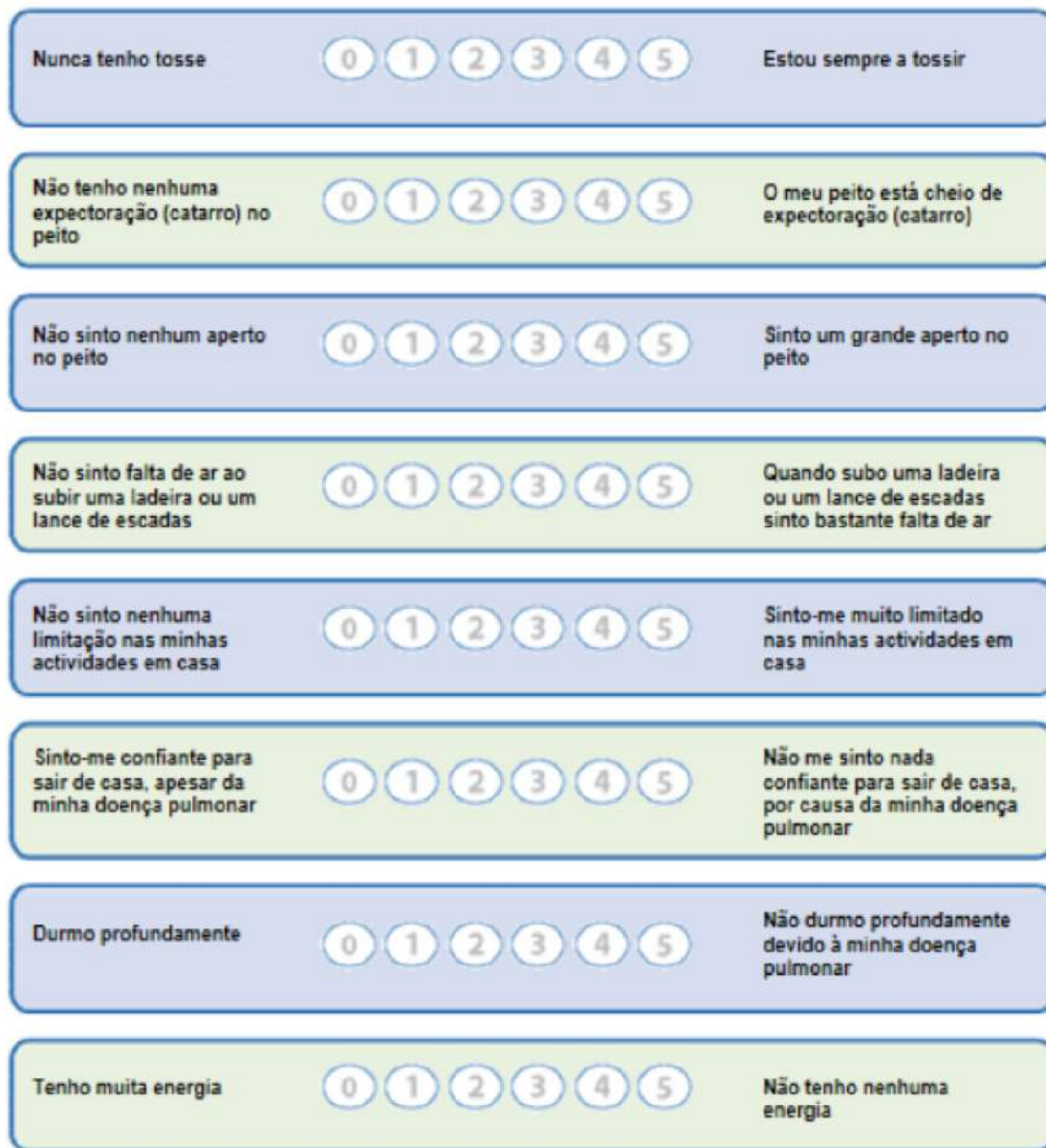
**Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos.**

“Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passados alguns minutos”.

**GRAU 4 Demasiado cansado/a ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir.**

“Estou sem fôlego para sair de casa”.

**Figura 2.** Escala do *Medical Research Council* modificada (mMRC). Fonte: Direção-Geral de Saúde. Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Norma nº 028/2011 de 30/09/2011, atualizada a 10/09/2013.

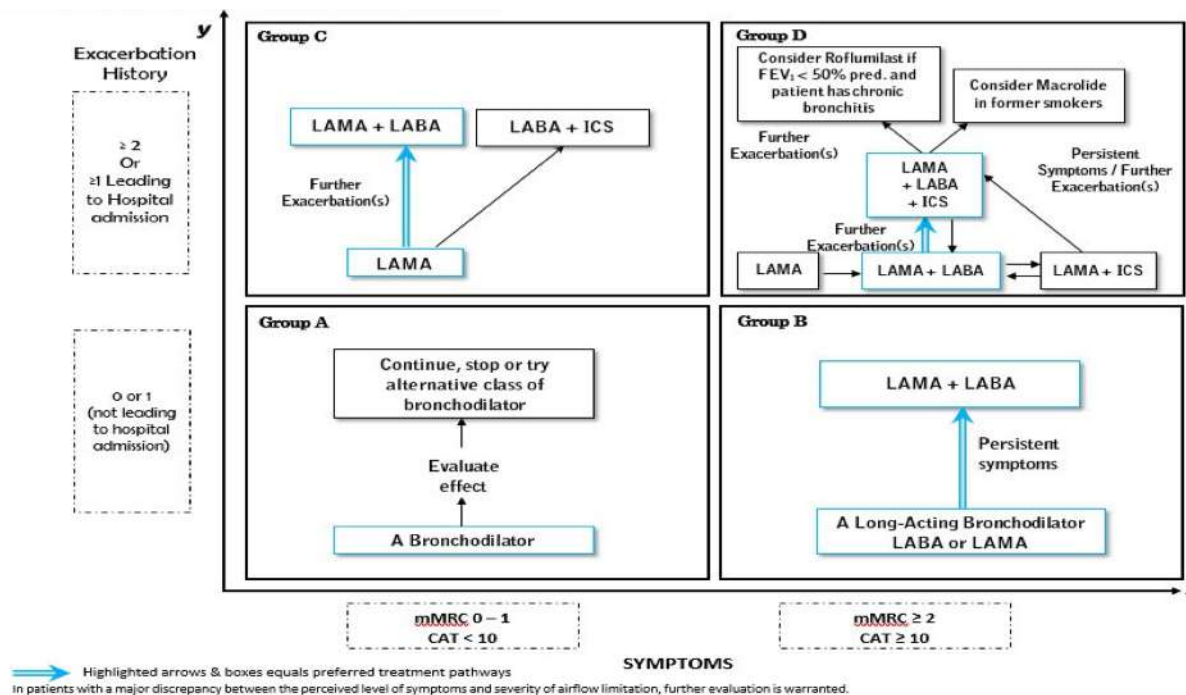


**Figura 3.** COPD Assessment Test (CAT). Fonte: Direção-Geral de Saúde. Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Norma nº 028/2011 de 30/09/2011, atualizada a 10/09/2013.

Segundo o Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (2017), o número de utentes com o diagnóstico ativo de DPOC, ao nível dos cuidados de saúde primários, tem aumentado de forma sustentada nos últimos anos. Contudo, verifica-se que o número de utentes com espirometria diagnóstica é baixo, correspondendo a 32,3% a nível nacional (48% na região norte).<sup>2</sup>

Considerando estes valores registados a nível nacional, bem como o baixo resultado da unidade no indicador que mede a “Proporção de utentes com DPOC, com pelo menos um registo de avaliação de FEV1 nos últimos 3 anos”, a equipa de investigadores considerou importante avaliar a qualidade do seguimento dos utentes com DPOC na unidade,

realizando inicialmente um trabalho de investigação que posteriormente originou este trabalho de melhoria contínua da qualidade. Assim, o principal objetivo deste estudo consistiu em melhorar a qualidade do seguimento dos doentes com DPOC numa Unidade de Saúde Familiar (USF), após terem sido detetadas falhas tanto a nível do diagnóstico como da orientação terapêutica neste grupo de doentes. De uma forma geral, a equipa propôs-se atingir no mínimo um padrão de qualidade global suficiente assegurando assim uma melhor qualidade dos cuidados prestados a estes doentes. Portanto, foram implementadas estratégias para a melhoria dos registos espirométricos de diagnóstico e adequação da terapêutica farmacológica.



**Figura 4.** Recomendações terapêuticas da GOLD 2018, segundo o grupo ABCD da DPOC.  
**Legenda:** GOLD - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease; DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

### MATERIAL E MÉTODOS

Estudo de garantia e melhoria contínua da qualidade de dimensão técnico-científica, realizado numa USF em área urbana, após aprovação pela Comissão de Ética. O estudo teve a duração aproximada de um ano, sendo a primeira avaliação realizada em julho de 2017 (tendo em conta os utentes inscritos em abril de 2017) e a segunda avaliação em agosto de 2018 (tendo em conta os utentes inscritos em maio de 2018).

A população em estudo incluiu todos os indivíduos inscritos nessa USF com diagnóstico de DPOC ativo (presença do código R95 - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica da Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários 2 na lista de problemas do registo clínico individual), tendo sido obtida através da aplicação *MIM@UF*<sup>®</sup>. Os utentes com espirometria sem critérios de DPOC, sem consulta na USF no último ano ou falecidos foram excluídos.

As variáveis analisadas foram: idade, sexo, registo de espirometria e do valor percentual do FEV1 pós-broncodilatação, sintomatologia (grau de dispneia, pontuações nas escalas de mMRC e/ou CAT), número de exacerbações, necessidade de hospitalização e terapêutica em uso. Estes dados foram obtidos através da consulta do processo clínico eletrónico acessível no programa *SClinico*<sup>®</sup> e na Plataforma de Dados de Saúde (PDS<sup>®</sup>) (atual Registo de Saúde Eletrónico - RSE<sup>®</sup>).

Foram definidos quatro critérios de qualidade: registo no processo clínico de uma espirometria com

critérios diagnósticos de DPOC (critério um), registo no relatório da espirometria do valor percentual de FEV1 pós-broncodilatação (critério dois), registo do grau de sintomatologia do utente (critério três) e adequação da terapêutica broncodilatadora ao grupo ABCD (critério quatro). Para cada critério, foi estabelecido um padrão de qualidade, definido pelos autores: > 75% “bom”; 50 - 75% “suficiente”; < 50% “insuficiente”. Posteriormente os critérios de qualidade foram agrupados em dois padrões de qualidade: padrão de qualidade dos registos (padrão A) para estudo dos critérios de qualidade dos registos clínicos (três primeiros critérios), e padrão de qualidade da terapêutica (padrão B) considerando o quarto critério de qualidade. O padrão de qualidade A foi considerado “bom” se pelo menos dois dos três critérios tivessem padrão de qualidade “bom” e nenhum deles “insuficiente”; foi “insuficiente” se os três critérios tivessem padrão de qualidade “insuficiente”; e “suficiente” em todas as restantes situações. O padrão de qualidade B correspondeu ao padrão de qualidade do critério quatro. Finalmente, foi definido um padrão de qualidade global do estudo, considerando o padrão A e B. Assim, foi considerado “muito bom” se boa qualidade nos padrões A e B; “bom” se boa qualidade apenas no padrão A ou B, com suficiente no outro padrão; “insuficiente” se insuficiente qualidade nos padrões A e B; e “suficiente” nas restantes situações.

A análise estatística dos dados foi feita no *Microsoft Office Excel*<sup>®</sup>, tendo sido realizada uma

análise descritiva dos dados em cada uma das avaliações (pré e pós intervenção). Posteriormente foi realizada uma análise exploratória para percepção do impacto da intervenção, sendo as melhorias consideradas estatisticamente significativas quando  $p < 0,05$ . A recolha e análise dos dados foi realizada na íntegra pelos autores do trabalho.

A intervenção realizada foi de caráter educacional, através de uma apresentação teórica na USF, tendo por base as recomendações da GOLD 2018 relativamente à orientação diagnóstica e terapêutica farmacológica da DPOC (Figura 4). A terapêutica foi considerada adequada quando os utentes com DPOC grupo A realizavam um agonista beta de longa ação (LABA) ou um antimuscarínico de longa ação (LAMA) associado ou não a medicação de alívio (agonista beta de curta ação - SABA ou antimuscarínico de curta ação - SAMA) ou medicação de alívio isoladamente. Para os utentes nos estádios B e C foi considerada terapêutica adequada a realização de um LAMA ou LABA isoladamente ou em conjunto, em associação ou não a medicação de alívio. Nos utentes do grupo D foi considerada terapêutica adequada quando realizavam um LAMA associado a um LABA, com ou sem associação a corticoterapia inalada, oxigenoterapia e medicação de alívio. A apresentação realizada na USF, dirigida aos médicos, foi realizada em março de 2018 e teve como objetivo estimular a melhoria do seguimento dos doentes com DPOC inscritos na USF. Foram também divulgados os resultados da primeira avaliação, alertando para os principais problemas detetados na fase pré-intervenção do estudo. Nesta reunião foram analisados os resultados, bem como possíveis limitações, e foram propostas algumas medidas corretoras. Assim, foram colocados lembretes e resumos com as informações chave para o correto diagnóstico e seguimento dos utentes com esta patologia, nos computadores de todos os gabinetes médicos. Após a segunda avaliação (pós-intervenção) foram divulgados os resultados finais do estudo.

## RESULTADOS

### Primeira avaliação (pré-intervenção):

Em abril de 2017, 339 utentes tinham o diagnóstico de DPOC na sua lista de problemas, o que corresponde a uma prevalência de DPOC na unidade de 2,6%. Foram excluídos 43, pelo que foram estudados 296 doentes, maioritariamente do sexo masculino (67,6%) e com uma idade média de 67 anos.

Nesta avaliação verificou-se que 64,9% dos doentes apresentavam no processo clínico uma

espirometria com critérios diagnósticos de DPOC (critério um “suficiente”); 37,5% tinham registado o valor percentual de FEV1 pós-broncodilatação (critério dois “insuficiente”); 38,2% possuíam registo do grau de sintomatologia (critério três “insuficiente”); e 20,4% realizavam a terapêutica broncodilatadora mais adequada ao seu grupo ABCD (critério quatro “insuficiente”). Assim, considerando os padrões de qualidade adotados pelos autores, foi atribuída qualidade “insuficiente”, tanto ao padrão A (padrão de qualidade dos registos) como ao padrão B (padrão de qualidade terapêutica), resultando num padrão de qualidade global “insuficiente”.

### Segunda avaliação (pós-intervenção):

Em maio de 2018, do total de 325 utentes com diagnóstico de DPOC foram excluídos 36 resultando em 289 doentes analisados, sendo 68,2% do sexo masculino e a idade média de 68 anos.

Na avaliação pós-intervenção, 72,3% dos doentes apresentavam uma espirometria com critérios diagnósticos de DPOC (critério um “suficiente”); 50,2% tinham registado o valor percentual de FEV1 pós-broncodilatação (critério dois “suficiente”); 35,3% possuíam registo do grau de sintomatologia (critério três “insuficiente”); e 38,2% realizavam a terapêutica broncodilatadora mais adequada ao seu grupo ABCD (critério quatro “insuficiente”). Assim, considerando os padrões de qualidade adotados foi atribuída qualidade “suficiente” ao padrão A (padrão de qualidade dos registos) e qualidade “insuficiente” ao padrão B (padrão de qualidade terapêutica), resultando num padrão de qualidade global “suficiente”.

Assim, da primeira para a segunda avaliação, houve melhoria, embora não estatisticamente significativa ( $p = 0,05$ ), do registo das espirometrias no processo clínico dos utentes com diagnóstico de DPOC. O registo do valor percentual de FEV1 pós-broncodilatação ( $p = 0,0002$ ) e da adequação da terapêutica broncodilatadora ao grupo ABCD ( $p = 0,001$ ) apresentaram melhorias estatisticamente significativas. Relativamente ao registo do grau de sintomatologia houve uma diminuição, não estatisticamente significativa ( $p = 0,47$ ), entre a primeira e a segunda avaliação.

No final do estudo, houve melhoria do padrão A (padrão de qualidade dos registos) e, conseqüentemente do padrão de qualidade global, de insuficiente para suficiente.

## DISCUSSÃO

Nos últimos anos tem-se vindo a registar um

progressivo aumento da prevalência da DPOC, com várias consequências ao nível da morbimortalidade destes doentes.<sup>1</sup> Assim, torna-se fundamental existir um correto diagnóstico e orientação terapêutica, sendo os cuidados de saúde primários o local ideal para estabelecer um reconhecimento precoce da DPOC e uma prescrição adequada aos estádios iniciais da doença.

Neste momento não existem trabalhos publicados, quer a nível nacional como internacional, que avaliem a qualidade global do seguimento dos doentes com DPOC. O único dado que existe está disponível no Programa Nacional para as Doenças Respiratórias publicado em 2017, referindo que o número de utentes com DPOC e registo de espirometria é de 32,3% a nível nacional, sendo 48% na região norte. O nosso estudo apresenta resultados superiores comparativamente ao detetado a nível nacional e mesmo na região norte, tanto na primeira como na segunda avaliação. No entanto, é de realçar que foram encontradas algumas espirometrias sem critérios de DPOC em utentes com diagnóstico ativo de DPOC, o que levou à exclusão destes utentes do estudo. Na apresentação final dos resultados do trabalho na USF, estes utentes foram divulgados, com o objetivo de posteriormente cada médico de família realizar uma avaliação caso a caso, para esclarecimento do correto diagnóstico e melhoria na codificação dos diagnósticos no processo clínico do utente.

No nosso Agrupamento de Centros de Saúde, as espirometrias são realizadas por uma técnica de cardiopneumologia que se desloca às várias unidades. Este aspeto, apesar de funcionar como uma mais-valia na oferta dos cuidados de saúde prestados aos nossos utentes, constituiu uma limitação ao nosso estudo devido ao atraso na realização das mesmas, que chegou a ser superior a seis meses.

Na avaliação inicial verificou-se que os doentes com DPOC apresentavam um seguimento insuficiente considerando os padrões de qualidade estabelecidos pelos autores. Constatou-se que existiam erros no registo do valor de FEV1 da espirometria, que não existia o hábito de registo do grau de sintomatologia do doente no processo clínico e que a terapêutica utilizada não estava de acordo com as recomendações mais recentes elaboradas pela GOLD.

Após a intervenção realizada houve uma melhoria em todos os critérios estabelecidos, com exceção do critério três referente ao registo do grau de sintomatologia do utente no processo clínico. O reduzido registo do grau de sintomatologia do utente no processo clínico torna impossível a atribuição de

um grupo ABCD ao doente com DPOC, condicionando a avaliação do critério quatro relativamente à adequação da terapêutica broncodilatadora ao grupo ABCD. Por outro lado, no que diz respeito à contabilização do número de exacerbações e hospitalizações, essenciais para a posterior determinação do grupo ABCD, o estudo pode apresentar algumas limitações, uma vez que podem não ter sido contabilizadas exacerbações orientadas a nível do setor privado ou mesmo episódios ocorridos no estrangeiro, sem registo no Sistema Nacional de Saúde.

Relativamente à terapêutica, apenas foi considerada a terapêutica farmacológica, isto é não foi analisada informação acerca da vacinação, cessação tabágica ou reabilitação pulmonar. Em ambas as avaliações, observámos uma elevada percentagem de doentes que não está a realizar a terapêutica farmacológica mais adequada ao seu grupo ABCD, tendo-se detetado uma prescrição excessiva de corticóides inalados e uma prescrição, embora residual, de xantinas e antagonistas dos leucotrienos. Este facto poderá ser justificado por um diagnóstico ou início de tratamento prévios às mais recentes recomendações e à sua não atualização, mas também pelo facto dos doentes se encontrarem controlados e haver receio na alteração da sua terapêutica de base. A contínua alteração das recomendações da GOLD, publicadas anualmente, pode também dificultar a tomada de decisões na prática clínica diária ou mesmo não ser adotada por alguns médicos.

Por fim, o tempo reduzido das consultas na Medicina Geral e Familiar, a ausência de uma consulta específica para patologia respiratória e a multimorbidade comum nestes doentes dificultam o seu seguimento adequado, nomeadamente no que se refere à DPOC, que em muitas das consultas será ignorada. Neste sentido, consideramos que seria importante a implementação de uma consulta específica, bem como de uma ficha para a patologia respiratória, em que seriam colocados os aspetos importantes para o correto seguimento destes doentes, como por exemplo os resultados da espirometria, as escalas de avaliação da sintomatologia, o grupo ABCD e a terapêutica habitual.

Analisando globalmente o estudo, consideramos que este cumpriu o seu objetivo pois houve melhoria no padrão de qualidade global, o que poderá traduzir um aperfeiçoamento do seguimento dos utentes com DPOC na nossa unidade. No entanto, estes resultados estão ainda longe de ser o ideal, sendo necessário manter as medidas adotadas no futuro para que os resultados possam ser progressivamente melhores.

## CONCLUSÃO

O diagnóstico apropriado e seguimento correto dos doentes com DPOC permite uma gestão eficaz do seu estado de saúde e dos gastos associados, diminuindo as exacerbações, os custos em medicação e hospitalizações e, conseqüentemente o absentismo laboral e os anos de vida perdidos. Desta forma, cabe ao profissional de saúde procurar manter os registos atualizados, avaliar o grau de sintomatologia do utente em cada consulta e ajustar a medicação ao seu grupo ABCD.

Com este trabalho percebemos que o seguimento dos doentes com DPOC pode ser melhorado através da aplicação de protocolos de melhoria contínua da qualidade. Assim, a manutenção deste trabalho na unidade funcional deverá ser promovida, através de reavaliações futuras e implementação de novas medidas corretoras para que se possa verificar a efetividade destas medidas a longo prazo.



### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1 - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2018 Report. [consultado em fevereiro de 2018]. Disponível em: [https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov\\_WMS.pdf](https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf)
- 2 - Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para as Doenças Respiratórias 2017. [consultado em fevereiro de 2018]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-880758-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>
- 3 - Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR) - Relatório Completo 2017. [consultado em fevereiro de 2018]. Disponível em: [https://www.ondr.pt/files/Relatorio\\_ONDR\\_2017.pdf](https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2017.pdf)
- 4 - Direção-Geral da Saúde. Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Norma nº 028/2011 de 30/09/2011, atualizada a 10/09/2013.

### CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse no âmbito do estudo desenvolvido.

### AGRADECIMENTOS:

Os autores do estudo agradecem a disponibilidade e colaboração de todos os médicos da USF.

### CORRESPONDÊNCIA:

Joana Sofia da Costa e Silva  
joanasofiacostaesilva@gmail.com

RECEBIDO: 01 de maio de 2019 | ACEITE: 09 de setembro de 2019