

CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE EVENTO ADVERSO E OS DESAFIOS PARA A SUA NOTIFICAÇÃO

Jamilly Santos Araujo¹, Hertaline Menezes Nascimento², Anny Giselly Milhome da Costa Farre³, Rosângela de Oliveira Brito¹, José Paulo dos Anjos Santos¹, Talmay Tavares Santos Vasconcelos⁴

RESUMO: Estudo descritivo transversal com abordagem quanti-qualitativa, que objetivou investigar o conhecimento e percepção dos enfermeiros sobre os eventos adversos, sua notificação e os fatores que limitam a sua realização. A coleta de dados foi realizada entre novembro e dezembro de 2015 em um hospital público da região centro sul de Sergipe. A amostra foi composta por 28 enfermeiros, que responderam a um formulário semiestruturado analisado com estatística descritiva e análise de conteúdo. Dentre os participantes, 16 (57%) demonstraram conhecimento deficiente sobre evento adverso, entretanto 27 (96%) dos envolvidos no estudo tem percepção da importância da notificação, porém existe subnotificação devido a fatores como o medo de punições. Conclui-se que devem ser realizadas ações educativas a fim de esclarecer o que são eventos adversos e medidas que incentivem a notificação.

DESCRIPTORIOS: Segurança do paciente; Enfermagem; Incidentes; Notificação; Hospital.

NURSES' KNOWLEDGE ABOUT ADVERSE EVENTS AND THE CHALLENGES OF REPORTING THESE EVENTS

ABSTRACT: A descriptive cross-sectional study with quantitative and qualitative approach that aimed to investigate the nurses' knowledge and perception of adverse effects, reporting of such events and factors that may limit reporting. Data collection was performed between November and December 2015 in a public hospital of the Center-South region of the state of Sergipe. The sample was composed of 28 nurses who completed a semi-structured form analyzed through descriptive statistics and content analysis. Among the participants, 16 (57%) showed little knowledge on adverse events, and, 27 (96%) respondents perceived the importance of reporting. However, these events are underreported due to fear of punishment, among other factors. It is concluded that educational actions and measures aimed to clarify these health professionals on adverse events and encourage reporting are needed.

DESCRIPTORS: Patient safety; Nursing; Incidents; Reporting; Hospital.

CONOCIMIENTO DE LOS ENFERMEROS ACERCA DEL EVENTO ADVERSO Y LOS DESAFÍOS PARA SU NOTIFICACIÓN

RESUMEN: Estudio descriptivo transversal de abordaje cuantitativa cualitativa, cuya finalidad fue investigar el conocimiento y percepción de los enfermeros acerca de eventos adversos, su notificación y los factores que limitan su realización. Los datos fueron obtenidos entre noviembre y diciembre de 2015 en un hospital público de la región centro sur de Sergipe. La muestra fue compuesta por 28 enfermeros, que contestaron a un formulario semiestructurado analizado con estadística descriptiva y análisis de contenido. Entre los participantes, 16 (57%) demostraron conocimiento deficiente acerca de evento adverso, sin embargo 27 (96%) de las personas abarcadas en el estudio tienen percepción de la importancia de la notificación, pero hay subnotificación a causa de factores como el miedo de puniciones. Se concluye que se deben realizar acciones educativas para aclarar lo que son eventos adversos y medidas que incentiven la notificación.

DESCRIPTORIOS: Seguridad del paciente; Enfermería; Incidentes; Notificación; Hospital.

¹Enfermeira. Universidade Federal de Sergipe. Lagarto, SE, Brasil.

²Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Lagarto, SE, Brasil.

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Lagarto, SE, Brasil.

⁴Médico. Residente em Cirurgia Geral no Hospital Universitário de Sergipe. Aracaju, SE, Brasil.

Autor Correspondente:

Jamilly Santos Araujo
Universidade Federal de Sergipe
R. José Mecenas Filho - 49525-000 - Lagarto, SE, Brasil
E-mail: jamilly142009@gmail.com

Recebido: 24/02/2016

Finalizado: 07/10/2016

● INTRODUÇÃO

As instituições de saúde têm como fator primordial oferecer aos seus clientes bens e serviços com o mínimo ou ausência total de riscos e falhas que possam comprometer a segurança destes⁽¹⁾. Entretanto, sabemos que o profissional da saúde, assim como qualquer ser humano, é passível a cometer falhas e essas podem predispor a ocorrência de eventos adversos⁽²⁾.

Evento adverso (EA) é definido no contexto de segurança do paciente como um incidente que resulta em dano desnecessário ao paciente, decorrente de um erro, sendo, portanto, não intencional. Frente aos diversos prejuízos que os eventos adversos podem trazer aos pacientes, é importante que os profissionais de enfermagem façam o uso do sistema de notificação desses eventos⁽³⁾.

É importante que os profissionais de enfermagem se conscientizem de que a notificação dos EA implica positivamente na melhoria da qualidade da assistência. Por meio da notificação, é possível aprender com os erros cometidos, detectar e monitorar potenciais erros para o futuro e auxiliar na busca de alternativas para solucionar problemas relacionados à assistência em saúde. O sistema de notificação se constitui em um conjunto de ações que visam conhecer, analisar e prever situações de riscos para EA, a fim de melhorar a segurança dos pacientes⁽⁴⁾.

Apesar dos benefícios trazidos pelo sistema de notificação de eventos adversos, muitos enfermeiros não o utilizam. Isso se deve ao fato de sentirem medo de punições, vergonha ao associarem a ocorrência dos EA à condição de despreparo profissional, ou ainda à falta de atenção e responsabilidade na execução de suas técnicas⁽⁵⁾.

Contudo há necessidade de mudança nas medidas que são adotadas para com os profissionais, frente à ocorrência dos EA, substituindo a abordagem punitiva pela adoção da abordagem de aprendizagem contínua. Nesta abordagem, a notificação dos eventos adversos e conhecimento de suas causas são vistos como elementos que auxiliam na melhoria da assistência⁽⁶⁾.

O interesse em estudar esse tema surgiu a partir da possível relação existente entre o conhecimento limitado de enfermeiros sobre os eventos adversos, a importância de sua notificação e a falta de adesão de alguns enfermeiros ao sistema de notificações dos EA. Desta forma, o presente estudo tem como objetivo investigar o conhecimento e percepção dos enfermeiros sobre eventos adversos, sua notificação e os fatores que limitam a sua realização.

● MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo transversal de abordagem quanti-qualitativa realizada em um Hospital Regional, sendo este a principal porta de entrada para atendimento em urgências e emergências na região centro-sul do estado de Sergipe.

A população total de enfermeiros na instituição era de 37 enfermeiros, contudo a amostra final deste estudo foi de 28 (75%), uma vez que quatro se encontravam de férias, três se recusaram participar da pesquisa e dois não foram encontrados na instituição durante o período da coleta de dados. Teve como critério de inclusão ser enfermeiro que trabalhasse no hospital durante os três turnos e foram excluídos do estudo os profissionais que não se encontravam ativos no serviço durante a coleta de dados.

O processo de coleta de dados ocorreu entre os meses de novembro e dezembro de 2015. Os dados foram coletados com aplicação de um formulário semiestruturado composto por cinco perguntas: 1ª) Você sabe o que é um evento adverso? Conceitue; 2ª) Na sua opinião o que leva a ocorrência desses eventos? 3ª) Você notificaria um evento adverso? Justifique sua resposta. 4ª) O que levaria um profissional à não notificação? 5ª) Você considera importante a notificação desses eventos adversos? Por quê?

Os dados coletados foram armazenados em uma planilha no programa Excel®, posteriormente foi realizada estatística simples, com avaliação por porcentagem e análise de conteúdo. Os dados foram então codificados, tabulados e apresentados na forma de tabelas e gráficos com suas respectivas distribuições percentuais.

Este estudo foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa da instituição envolvida no projeto de pesquisa, sob o parecer de número 1.313.955.

● RESULTADOS

Para melhor entendimento e visualização, os resultados foram agrupados em três eixos: caracterização da amostra; conhecimento sobre evento adverso; e importância da notificação e seus fatores impeditivos.

Caracterização da amostra

O estudo contou com a participação de 28 (100%) enfermeiros, sendo 19 (68%) do sexo feminino e nove (32%) do sexo masculino. Quanto à faixa etária, predominou um perfil de adultos jovens com idade entre 25 e 35 anos. Com relação ao turno de trabalho, 17 (61%) eram do diurno e 11 (39%) do noturno. Quanto ao setor em que trabalhavam, 12 (43%) enfermeiros eram do pronto socorro, seis (21%) da clínica médica, (11%) três da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), dois (7%) da pediatria, dois (7%) da gerência, um (3%) da Vigilância epidemiológica, um (3%) do Núcleo Interno de Regulação e um (3%) da Clínica cirúrgica. Quanto ao tempo de trabalho, 12 (43%) trabalham >1 a 5 anos, 14 (50%) trabalham >6 a 10 e dois (7%) trabalha >11 a 15 anos.

Tabela 1 - Dados dos participantes da pesquisa quanto sexo, faixa etária, turno de trabalho, local de atuação, tempo de trabalho e tempo de formação. Lagarto, SE, Brasil, 2015 (continua)

Dados dos Participantes	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Sexo		
Feminino	19	68
Masculino	9	32
Faixa etária		
>25 a 35	17	38
>35 a 45	8	35
>45 a 50	3	27
Turno de trabalho		
Diurno [matutino e vespertino]	17	61
Noturno	11	39
Local de atuação		
Pronto Socorro	12	43
Clínica médica	6	21
UTI	3	11
Pediatria	2	7
Gerência	2	7
Vig. Epidemiológica	1	4
Núcleo Interno de Regulação	1	4
Clínica cirúrgica	1	3
Tempo de trabalho		
Menos de 1 ano	-	-
de 1 a 5 anos	12	43
de 6 a 10 anos	14	50
de 11 a 15 anos	2	7
Tempo de formação		
de 1 a 5 anos	9	32
de 5 a 10 anos	15	53

de 10 a 15 anos	2	7
de 15 a 20 anos	2	7
Total de participantes	28	100

Conhecimento sobre evento adverso

O primeiro item a ser questionado foi o conhecimento dos profissionais sobre o que é um evento adverso. Destaca-se neste item a maior concentração de resposta positiva, sendo que 18 (64%) participantes responderam sim e 10 (36%) responderam não. Tal dado diverge quando foi analisado o conceito de evento adverso, em que 16 (57%) apresentaram respostas insatisfatórias e 12 (43%) apresentaram respostas satisfatórias.

São exemplos satisfatórios:

É tudo que venha a prejudicar o paciente, causando riscos para o mesmo. (E. 01)

É um dano causado ao paciente, que pode levar a algum tipo de incapacidade temporária ou permanente. (E. 14)

São exemplos insatisfatórios:

É uma reação esperada de uma medicação. (E. 05)

É uma situação inesperada em determinado momento. (E. 08)

Com relação às causas dos EA (Gráfico 1), a maioria dos participantes citou a falta de atenção (n=15;31%) e sobrecarga de trabalho (n=12;25%). O déficit de conhecimento (n=11;22%), a negligência (n=seis;12%) e o despreparo (n=cinco;10%) também foram citados como causas que levam ao desencadeamento dos eventos adversos.

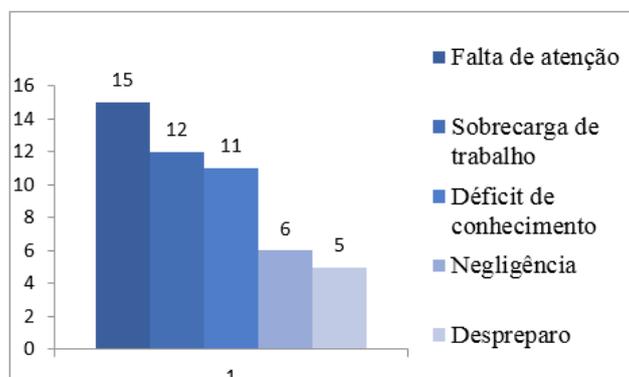


Gráfico 1 - Causas dos EA. Lagarto, SE, Brasil, 2015

Importância da notificação e seus fatores limitantes

Quanto à realização da notificação dos EA, a grande maioria tem consciência dos benefícios desta, sendo que 27 (96%) afirmaram que notificariam na ocorrência de qualquer EA e um (4%) afirmou não realizar a notificação.

A grande maioria dos participantes tem percepção correta sobre a execução da notificação dos EA (Gráfico 2), a qual fornece informações para evitar a reincidência dos EA (n=17; 61%), auxilia no processo de investigação das causas que levam à ocorrência dos EA (n=cinco; 18%), traz melhoria na qualidade da assistência (n=cinco; 18%).

Exemplos destes resultados foram:

Porque a notificação traz inúmeros benefícios, é possível investigar as causas desses eventos e melhorar a assistência. (E. 16)

Porque ajuda na não repetição dos EA e a detectar falhas. (E. 03)

O único participante que respondeu que não notificaria, justificou:

Porque não saber se existe um protocolo para notificação dentro do hospital. (E. 07)

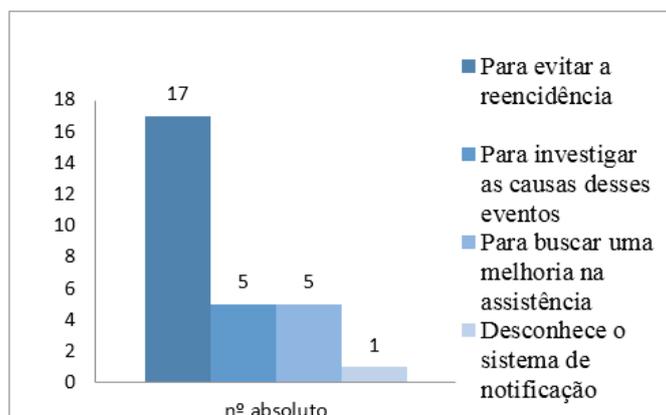


Gráfico 2 - Por que notificar um EA? Lagarto, SE, Brasil, 2015

Quanto aos fatores que limitam a notificação dos EA (Gráfico 3), 17 (37%) dos participantes referem a falta de conhecimento por parte dos profissionais, oito (17%) negligência, quatro (9%) falta de fiscalização, quatro (9%) falta de informação e 13 (28%) referem ter medo de punições, de represálias, de serem responsabilizados e de ter seu nome comprometido por ter cometido um erro.

Em uma das falas é possível verificar alguns fatores que limitam a notificação:

Falta ou limitação no conhecimento de sua importância, medo de se expor, falta de cobrança[...].(E. 11)

Em outra fala é possível verificar o medo das punições como causa da subnotificação:

Medo de punições, represálias, processos jurídicos[...] nem todos entendem que somos seres humanos imperfeitos, suscetíveis a erros.(E.09)

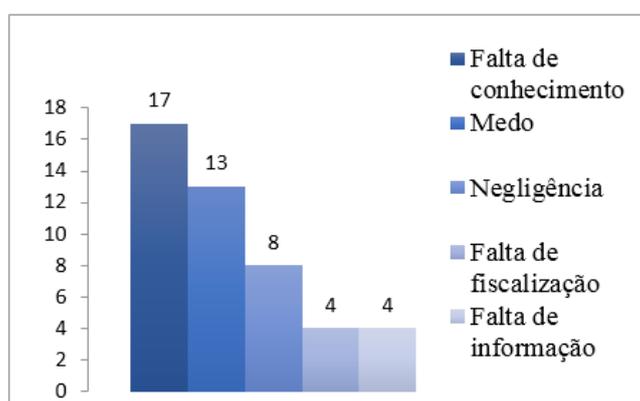


Gráfico 3 - Fatores que limitam a notificação dos EA. Lagarto, SE, Brasil, 2015

Quanto à importância da notificação (Gráfico 4), todos os participantes tem percepção clara e correta da sua importância. Para oito (25%) entrevistados fornece embasamento para melhorar a qualidade da assistência, sete (22%) evitar a reocorrência dos EA, seis (19%) investigar as possíveis causas que levam o aparecimento dos EA, cinco (16%) diminuir os números dos EA, quatro (12%) melhorar a segurança do paciente e dois(6%) nortear novas condutas a fim de evitar a ocorrência dos EA.

Exemplos sobre esta importância foram:

Pois é possível visualizar as principais dificuldades da equipe que leva a ocorrência dos erros e minimizar danos a outros pacientes. (E. 11)

Por que é possível diminuir os riscos de frequência desses eventos e ajudar na melhoria da assistência. (E. 02)

Ajuda na não reincidência dos eventos, melhora a assistência e a sobrevivência dos pacientes. (E. 07)

A notificação leva a uma investigação das falhas, podendo trazer possíveis soluções para melhoria da assistência e da segurança do paciente, além de qualificar a assistência que está sendo prestada. (E. 22)

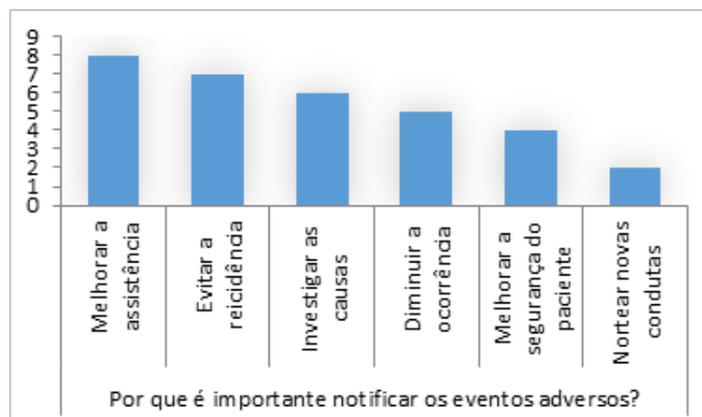


Gráfico 4 - Por que é importante notificar os EA. Lagarto, SE, Brasil, 2015

● DISCUSSÃO

Em relação ao sexo dos participantes da pesquisa, verifica-se na Tabela 1 que a maioria da amostra foi composta por mulheres (68%) e (32%) homens, explicado pela desigualdade de gêneros, ainda a enfermagem é vista como uma profissão predominantemente feminina⁽⁷⁾.

Com relação ao conhecimento sobre o que seriam EA, a maioria dos participantes da pesquisa 16 (57%) conceituaram de forma insatisfatória e 12 (43%) de satisfatória. Esses dados revelam que muitos profissionais não possuem compreensão sobre os erros, ao mesmo tempo em que alguns erros passam por despercebido por parte de alguns profissionais⁽⁸⁾.

Diante dos resultados apresentados, verificou-se que o fato de alguns profissionais demonstrarem conhecimento deficiente sobre o que é um evento adverso colabora para uma percepção desfavorável à cultura de segurança do paciente⁽⁹⁾. Apontam a necessidade de desenvolver ações voltadas para a educação continuada em saúde, que é definida pela Vigilância Sanitária como um “processo de permanente aquisição de informação pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento obtido formalmente, no âmbito institucional ou fora dele”^(10:79).

A sobrecarga de trabalho associada ao número insuficiente de profissionais foi uma das principais causas de ocorrência de EA citadas pelos profissionais, isso demonstra que o número de profissionais de enfermagem altera os resultados do cuidado prestado aos pacientes. Esse fato tem gerado mudanças nas políticas públicas de países desenvolvidos, nos quais as evidências culminaram na criação de leis que regulamentam o número mínimo de profissionais por número de pacientes⁽¹¹⁾.

A ocorrência dos EA está associada a diversos fatores contribuintes, que desempenham um papel importante no seu aparecimento. Nos serviços de saúde esses fatores podem ser resumidos em três elementos: primeiro são as falhas latentes, segundo as condições que levam a ocorrência dos erros e violações como falta de atenção, sobrecarga de trabalho, e por último, estão as falhas ativas que são os episódios de negligência por parte dos profissionais para com os clientes⁽¹¹⁾.

A falta de compreensão sobre o erro pode acarretar ao profissional envolvido sentimentos de culpa, vergonha e medo, além de contribuir tanto para um aumento no número de mortalidade associada a EA graves, quanto para uma piora na qualidade de vida de pacientes, bem como para uma assistência não segura^(8,12).

Compreender os mecanismos de ocorrência dos EA, por meio da análise dos processos que desencadearam

o erro, permite que ações preventivas sejam planejadas e implantadas a fim de que um ambiente educativo seja estabelecido⁽¹³⁾, sugerindo assim a mudança da cultura punitiva para implantação de uma cultura de segurança⁽¹⁴⁾.

Apesar dos diversos fatores contribuintes para ocorrência dos EA, os profissionais deixam claro em suas falas a existência de um instrumento que colabora na melhoria da assistência prestada, a notificação. A cultura de notificação pode ser a primeira atitude, no sentido de promover a segurança do paciente, por meio do entendimento das falhas ocorridas e implementação de estratégias preventivas⁽⁸⁾.

A notificação é considerada um meio de comunicação simples e prático, que auxilia no conhecimento de fatos indesejados, ao tempo em que proporciona a construção de um banco de dados que ajuda no planejamento de processos mais seguros, permitindo a prevenção de futuros eventos adverso⁽¹⁵⁾.

Entretanto a notificação dos EA ainda é negligenciada. Mesmo os profissionais tendo conhecimento da sua importância para se conseguir uma melhoria da assistência prestada, alguns optam pela subnotificação. Essa escolha é decorrente do receio que muitos profissionais tem em serem submetidos a julgamentos, punições, demissões e enfrentar processos civis, legais e éticos⁽¹⁶⁾. Além da própria cultura punitiva que é adotada pela maioria das instituições, que acaba fazendo com que muitos profissionais omitam seus erros, tanto por sentirem vergonha em serem expostos, quanto por medo das punições⁽¹⁵⁾.

Pensando em reverter o quadro de subnotificação dos EA e buscando prevenir e monitorizar erros, organizações mostram que a busca pela punição dos culpados não tem proporcionado diminuição na frequência dos EA⁽¹⁷⁾. A excelência ao cuidado não é obtida por punição dos culpados, mas sim pela prevenção e/ou análise dos erros/inconformidades⁽¹⁶⁾.

É imprescindível que os enfermeiros vejam a notificação dos EA como um instrumento que auxilia na melhoria da qualidade da assistência prestada. Ao mesmo tempo em que lhes permitem compartilhar as responsabilidades com os administradores e estimular ações corretivas, com vistas à não repetição dos erros e prevenção de futuros EA⁽¹⁸⁾.

● CONCLUSÃO

Com base na abordagem utilizada, o desenvolvimento deste estudo possibilitou identificar que muitos profissionais ainda desconhecem o que é um evento adverso. Também que o número reduzido de notificações é decorrente da falta de conhecimento atrelada à cultura punitiva.

Conclui-se que há necessidade da implantação de ações educativas, juntamente com medidas que respaldem os profissionais em relação à ocorrência dos eventos adversos, ao mesmo tempo em que estimulem esses profissionais a notificarem os EA, a fim de analisá-los, corrigi-los e preveni-los.

Acredita-se que esta pesquisa apresenta uma perspectiva importante no que tange a melhoria da qualidade da assistência prestada e do padrão de segurança do paciente.

Como limitação do estudo, tem-se o fato da amostra ter sido composta por apenas uma categoria profissional, o que não permitiu generalizações. Contudo, poderá ser comparado com as percepções de outras categorias profissionais.

● REFERÊNCIAS

1. Padilha KG. Ocorrências iatrogênicas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI): análise dos fatores relacionados. Rev Paul Enf. 2006; 25(1): 18-23.
2. Madalosso ARM. Iatrogenia do cuidado de enfermagem: dialogando com o perigo do cotidiano profissional. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet] 2000; 8(3) [acesso em 11 ago 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692000000300003>.
3. Zambon LS. Segurança do paciente em terapia intensiva: caracterização de eventos adversos e pacientes críticos, avaliação de sua reação com mortalidade e identificação de fatores de risco para sua ocorrência (tese). São Paulo (SP):

Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo; 2014.

4. Bohomol E, Ramos LH. Erros de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. *Rev.bras.enferm.* 2007; 60(1): 32-6.

5. de Paiva MCMS, de Paiva SAR, Berti HW. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. *Rev.esc. enferm. USP.* 2010; 44(2) [acesso em 16 set 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200007>.

6. de Souza VS, Kawamoto AM, de Oliveira JLC, Tonini NS, Fernandes LM, Nicola AL. Erros e eventos adversos: a interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde. *Cogitare Enferm.* 2015; 20(3): 475-82.

7. Nascimento ER. Gênero e enfermagem. Salvador: Positiva; 1996

8. Duarte SCM, Stipp MAC, da Silva MM, de Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev. bras. enferm.* 2015; 68(1): 144-54.

9. Varela JS, Suárez JR. Cultura de seguridad del paciente y eventos adversos. Curso de Evaluación y Mejora de la Calida de Atención y la Seguridad del Paciente, 29. Ciudad del Mexico (Mexico): Comission Nacional de Arbitraje Medico – Centro Colaborador de la OPS; 2011.

10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução n. 2, de 25 de janeiro de 2010. Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. *Diário Oficial da União*, 26 jan 2010. Seção 1.

11. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *JAMA.* 2002; 288(3) [acesso em 07 fev 2016]. Disponível: <http://www.nursing.upenn.edu/media/Californialegislation/Documents/Linda%20Aiken%20in%20the%20News%20PDFs/jama.pdf>.

12. Oliveira RM, Leitão IMTA, da Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos as práticas baseadas em evidências. *Esc. Anna Nery.* 2014; 18(1): 122-9.

13. da Silva LG, Matsuda LM. Um olhar para a qualidade no processo de atendimento em um serviço de urgência público. *Cienc Cuid Saúde.* 2012; 11(Suppl): 121-8.

14. Pedreira MLG. Práticas de enfermagem baseadas em evidencia para promover a segurança do paciente. *Acta paul. enferm.* 2009; 22[especial- 70 anos]: 880-1.

15. da Silva FG, Junior NJO, Oliveira DO, Nicoletti DR, Comin E. Análise de eventos adversos em um centro cirúrgico ambulatorial. *Rev. Sobecc.* 2015; 20(4): 202-9.

16. dos Santos AE, Padilha KG. Eventos adversos com medicação em Serviços de Emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. *Rev. bras. enferm.* 2005; 58(4): 429-33.

17. de Mello JF, Barbosa SFF. Patient safety culture in intensive care: nursing contributions. *Texto Contexto Enferm.* 2013; 22(4): 1124-33.

18. Paiva MCMS, Popim RC, Melleiro MM, Tronchim DMR, Lima SAM, Juliani CMCM. Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet] 2014; 22(5) [acesso em 16 set 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3556.2476>.