

**Visita domiciliar como um instrumento de atenção à saúde**

**Home visit as an instrument of health care**

**Visita domiciliaria como instrumento de atención la Salud**

Recebido: 25/05/2020 | Revisado: 27/05/2020 | Aceito: 28/05/2020 | Publicado: 16/06/2020

**Marcelino Maia Bessa**

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6699-5109>

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil

E-mail: marcelino.maia.18@outlook.com

**Matheus Fernandes Carvalho**

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1727-1240>

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil

E-mail: matheuscarvalho-uzl@hotmail.com

**Joyce Oliveira de Souza**

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3304-2202>

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil

E-mail: joycesousa1730@gmail.com

**Samara Wiliane dos Santos Silva**

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9679-2406>

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil

E-mail: samarawsantoss@gmail.com

**Jaira Gonçalves Trigueiro**

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8597-4167>

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil

E-mail: jairatrigueiro@hotmail.com

**Rodrigo Jacob Moreira de Freitas**

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5528-2995>

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil

E-mail: rodrigojmf@gmail.com

**Resumo**

O objetivo desse estudo é relatar a experiência vivenciada por alguns alunos em uma visita domiciliar. Ressalta-se a importância que esta assume na formação do enfermeiro e no

processo saúde/doença, assim como a possibilidade de uma vivência na prática de como se dá essa realidade, contribuindo então para a formação acadêmica/humana. Estudo do tipo de relato de experiência, realizado por meio de uma visita domiciliar por alunos do 4º período de graduação em Enfermagem. A atuação junto à família possibilita a visualização de uma forma geral às necessidades, vulnerabilidades entre outros condicionantes e/ou determinantes que possam dificultar a prevenção, acompanhamento ou tratamento de doenças, problemas sociais ou psicológicos. Além disso, observou-se um impasse na busca pelos serviços da Atenção Básica e vice versa. Ademais, notou-se a quebra na integralidade do cuidar. Portanto, é necessário uma reestruturação dos serviços para atender a demanda, assim como, a necessidade de respeitar as especificidades de cada sujeito em seu contexto.

**Palavras-chave:** Visita Domiciliar; Atenção à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem.

### **Abstract**

The purpose of this study is to report the experience of students from the 4th period of the Nursing course during a home visit. Thus, the importance this experience assumes in the training of nurses and in the health/disease process is highlighted, showing itself as a possibility of practical experience of how this reality occurs, contributing to the academic/human formation. It is noticed the work with the family provides an overview of the needs, vulnerabilities and other conditions and / or determinants that may hinder the prevention, monitoring or treatment of diseases and social or psychological problems. In addition, it was also noticed an impasse in the search for Primary Care services and vice versa, showing a break in the integrality of care. Therefore, it is necessary to restructure the services to meet the demand, as well as the need to respect the specificities of each subject in their context.

**Keywords:** House Calls; Health Care (Public health); Primary Health Care; Nursing..

### **Resumen**

El objetivo de este estudio es informar la experiencia de algunos estudiantes durante una visita al hogar. Destaca la importancia que esto asume en la formación de enfermeras y en el proceso de salud / enfermedad, así como la posibilidad de una experiencia en la práctica de cómo ocurre esta realidad, contribuyendo así a la formación académica / humana. Estudio del tipo de informe de experiencia realizado a través de visitas domiciliarias. El trabajo con la familia permite visualizar en general las necesidades, vulnerabilidades y otras condiciones y / o determinantes que pueden dificultar la

prevención, el monitoreo o el tratamiento de enfermedades, problemas sociales o psicológicos. Estancamiento en la búsqueda de servicios de atención primaria y viceversa. Romper en la integralidad de la atención. Reestructuración de servicios. Necesidad de respetar las especificidades de cada tema en su contexto.

**Palabras clave:** Visita a domicilio. Atención de salud. Atención primaria de salud. Enfermería.

## 1. Introdução

A prática em saúde coletiva vem sendo transformada em decorrência da incorporação de novos conhecimentos que se propõem intervir no processo saúde-doença. A assistência em saúde coletiva em um contexto histórico é compreendida como uma interferência consciente (sistemizada, planejada e dinâmica) no processo saúde/doença de uma dada coletividade, consideradas as distinções dos grupos sociais realizadas pelo conjunto dos trabalhadores de saúde com a coletividade, objetivando a transformação do perfil saúde/doença (Menezes et al., 2020). Diante disso, como maneira de melhorar essa assistência/cuidado, diversos instrumentos são utilizados nesse intuito, dentre eles a visita domiciliar, a educação popular em saúde como também a clínica ampliada.

Neste contexto, a visita domiciliar (VD) configura-se como uma oportunidade diferente de cuidado: visando à promoção da saúde da comunidade com suporte técnico-científico, a ação desenvolve-se em um espaço extra-unidade de saúde. Na prática, entretanto, o que se tem observado com maior frequência é a realização da VD para intervir ou minimizar o processo saúde-doença (Andrade et al., 2014).

A VD é considerada a atividade externa à unidade de saúde mais desenvolvida pelas equipes de saúde. Ela se caracteriza por utilizar uma tecnologia leve, a consulta de enfermagem por exemplo, permitindo o cuidado à saúde de forma mais humana, acolhedora, estabelecendo laços de confiança entre os profissionais e os usuários, a família e a comunidade, ampliando o acesso da população às ações da Saúde em um dos pontos de sua rede de atenção: o domicílio, a unidade residencial de determinada família (Furlanetto et al., 2019).

Concomitante a isso, surge a necessidade da educação popular, que além de permitir a inclusão de novos atores no campo da saúde, fortalece a organização popular, permitindo também que as equipes de saúde ampliem suas práticas, dialogando com o saber popular. Sendo assim, busca-se empreender uma relação de troca de saberes entre o saber popular e o

científico, em que ambos têm a enriquecer reciprocamente (Gomes & Merhy, 2014).

Na perspectiva da diminuição da lógica curativista/biológica, a proposta da clínica ampliada consiste em rever a forma de trabalhar reduzida ao modelo médico-centrado e biológico fragmentado ampliando as possibilidades de intervenções retirando o foco na doença passando o usuário para o centro das atenções (Siqueira et al., 2019). Isto implica em estabelecer parceria com o usuário, sua família e sociedade buscando um equilíbrio na produção da saúde e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida. Nesta perspectiva, a clínica ampliada propõe um compromisso radical dos profissionais de saúde com os seus usuários ampliando sua responsabilidade e ética no sentido de evitar as exclusões e dar resolutividade as suas demandas (Almeida et al., 2019).

Essa reorientação do processo de trabalho em saúde cria uma relação mais próxima favorecendo o vínculo e compromisso dos profissionais na resolutividade dos problemas dos usuários de forma mais integral e integrada. Sendo assim, o campo do saber da clínica ampliada passa a ser multiprofissional e intersetorial, e essa ampliação da clínica e das práticas de atenção integral dependem da reorganização dos novos padrões para o atendimento (Matumoto et al., 2011).

A justificativa desse trabalho está na relevância que estes temas assumem na formação do enfermeiro e no processo saúde/doença, assim como a possibilidade de uma vivência na prática de como se dá essa realidade, contribuindo então para a formação acadêmica/humana. Sendo assim, o objetivo desse estudo é relatar a experiência vivenciadas por alunos em uma visita domiciliar.

## **2. Metodologia**

Este artigo trata-se de estudo do tipo relato de experiência, que foi proposto pelo Componente Curricular Enfermagem e Saúde Coletiva no 4º período do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Foi realizado por meio de uma visita domiciliar feita por alunos do respectivo componente, ocorrendo no dia 26 de Novembro de 2018, que tinha como principal objetivo reconhecer a importância desse instrumento de atenção à saúde na prática. A visita foi realizada em um domicílio de um bairro da cidade de Pau dos Ferros – RN, dentro da área coberta por uma das unidades de saúde. A família visitada foi escolhida pela agente comunitária da que faz a cobertura da área.

### 3. Resultados e Discussão

As visitas foram iniciadas com a apresentação e explicação da proposta, de conhecermos a realidade mais subjetiva e intrínseca que muitas vezes passa despercebida pelos serviços de saúde.

Tal perspectiva advém da influência da clínica construída sobre o modelo hegemônico de atenção à saúde, modelo biomédico, com sua forte característica de diagnóstico de enfermidades e patologias biológicas ou doenças e eventos que tragam traumas e lesões para o corpo humano de forma acidental ou excepcional.<sup>8</sup> Dessa forma, problemas muito mais preocupantes e que determinam certas condições de saúde são priorizados terceiramente, colocando aquilo que se observa empiricamente ou por meio de exames como o objetivo principal.

O decurso da visita teve uma duração longa, assim sendo, permitiu compreender melhor a situação dos indivíduos. Foram identificados algumas patologias citadas pelos indivíduos, como anemia, labirintite, artrite, artrose, hipercolesterolemia, além disso, uma pessoa com deficiência física, devido uma amputação do membro inferior esquerdo (MIE) por complicações da diabetes mellitus (DM).

Foi observado ainda, relatos sobre a dificuldade em sair de casa devido a mobilidade, na qual refletiu-se sobre o fato de ficar entristecida por não desempenhar algumas atividades. Além disso, um outro indivíduo é frequentador do Alcoólicos Anônimos há 24 anos.

Relacionado as condições econômicas, foi possível perceber uma dificuldade, uma vez que foi relatado o uso do dinheiro em sua maioria para gastos com a saúde. Dentro dessa perspectiva, levou-se a reflexão de que como discutido, que não há um custeamento por parte do Sistema Único de Saúde, e que ainda, que não há uma busca pela UBS, utilizando-se mais frequentemente os serviços de média e alta complexidade no Hospital de médio porte.

Aqui vemos um dos grandes nós-críticos que a cultura biomédica implantou e ainda semeia nos novos tempos, na mente e na prática de saúde da população: o hospital como sendo “o” local de cura, onde patologias são curadas, traumas são resolvidos com cirurgias e as enfermidades são expulsas (Sundefeld, 2010; Silva & Machado, 2020). Assim sendo, a UBS é vista como um não-lugar, ou apenas um espaço a mais na sociedade, sem razão para existência ou sem a devida compreensão de sua necessidade.

Pode-se refletir assim, que a culpabilidade para que essa ideia ainda esteja impregnada na sociedade é da própria Atenção Básica em Saúde e de sua gestão, que ao não se planejarem corretamente sobrecarregam profissionais com atividades burocráticas e que levam uma

grande demanda de tempo, quebra na integralidade do cuidar, além da sobrecarga de tarefas para a Atenção Básica (AB), que não possui estruturas, pessoal, materiais e caminhos viáveis necessários para se obter o que preconiza o Pacto pelo SUS de 2006, com a resolutividade de no mínimo 70% da população (Guimarães, 2014).

Foi então discutido sobre as visitas relacionados pelos profissionais da UBS, em especial, enfermeiro(a), mas que no decorrer do diálogo relatou-se que a visita era feita com frequência pelo Agente Comunitário de Saúde, mas os demais profissionais pouco iam. Nessa perspectiva, percebe-se assim como um contexto complexo, observa-se uma preferência à atenção hospitalar ao invés da Atenção Básica, e como uma situação de saúde identificada configurou-se em um nível de complexidade mais elevada, ultrapassa as possibilidades da AB ofertar serviços mais arrojados para tais, havendo novamente uma quebra na integralidade do cuidar, onde a equipe da AB seria responsável por ser a referência que faria os encaminhamentos para as especialidades e para a alta complexidade.

A integralidade é característica da Clínica Ampliada, um dos instrumentos da Saúde Coletiva, tendo como objetivo olhar para os processos de morbidade e mortalidade com diversos olhares, fazendo do cuidar algo mais amplo que não gire em torno do biológico (Vergilio & Oliveira, 2010; Nunes, 2012), algo que já supracitado, é característico do modelo hegemônico curativista biologicista hospitalocêntrico.

Portanto, nada disso retira de alguma forma a responsabilidade da AB para com eles: pelo contrário, a UBS e sua equipe de referência devem ser os primeiros a se colocarem em disposição e prontidão para ajudá-los iniciando o movimento de integralidade no cuidar, mas observa-se uma relação é passiva, não havendo interação e por isso dificultando qualquer intervenção ali (Gomes & Fracoli, 2015). A única pessoa que tem mais proximidade é a agente de saúde, mas ela sozinha não tem capacidade de dar conta de uma realidade como a descrita.

Diante do exposto, analisamos com cuidado todo o contexto da realidade da família, tendo minuciosamente pensado em identificar os principais problemas, mesmo que estes se desvelassem de forma mais silenciosa e imperceptível.

Como necessidades, foi possível identificar a dificuldade de locomoção, o custeio elevado de despesas em saúde, a não busca dos serviços da AB e sim dos serviços Hospitalares de média e alta complexidade sem o encaminhamento da equipe de referência da UBS, a negligência de ambas as partes nesse ponto, a quebra na integralidade do cuidar e a elevada taxa de colesterol de seu J. podendo levar a futuros problemas cardíacos e vasculares.

Trabalhando em perspectiva de prioridade de diagnósticos das necessidades,

colocamos como prioridade a insuficiência do serviço prestado pela AB nos problemas da família e a busca dos serviços hospitalares, públicos ou privados; a falta de locomoção; e por fim, a hipercolesterolemia. A definição de prioridade de diagnósticos facilita na organização do cuidado prestado à saúde interferindo positivamente na superação de problemáticas como essas (Nanda, 2010).

Os resultados esperados para as intervenções propostas serão que a atenção básica em saúde consiga cumprir seu papel com essa família e essa possa se abrir ao serviço prestado pela AB, compreendendo as implicações benéficas desse movimento e como trabalhar promoção e prevenção podem muitas vezes ser mais eficazes que as atividades de recuperação, quando o problema já está instalado, assim, também protegendo a integralidade que deve haver em todo esse processo (Menezes et al., 2020); que a provedora do lar possa se locomover com maior facilidade ou crie mais hábitos de locomoção, com ou sem ajuda, melhorando sua qualidade de vida; que o provedor possa equilibrar seus níveis de colesterol plasmático, prevenindo futuras complicações cardíacas e vasculares.

Como proposta de intervenção, elegemos que haja uma criação de maior vínculo entre a equipe de referência da UBS para atender as necessidades daquela família: se o usuário não vai até a UBS, a UBS vai até ele. O apoio e acompanhamento do NASF é de extrema importância, já há necessidades mais complexas, como o caso da diabetes mellitus, tendo-se a necessidade de acompanhamento de nutricional e dos níveis glicêmicos. Em referência a mesma, a amputação de um membro é algo também a ser trabalhado, necessitando de acompanhamento psicológico, já que como observado, há uma dificuldade em sair de casa ou tem contato com o mundo externo limitado.

É importante também intervir na perspectiva de desmistificar a prática de buscar de imediato os serviços de média e alta complexidade ou hospitalares. Para tanto a criação de vínculo já citada é essencial, principalmente quando o enfermeiro conhecendo seu papel autônomo realiza a consulta de enfermagem. A equipe de saúde teria que se reorganizar de forma a atender essa nova situação, e o casal teria que também abrir-se a esse novo contexto. A atenção dada pela equipe da UBS também ajudaria com o trâmite de certos procedimentos de média e alta complexidade necessários para ela. Haveria então a busca pela AB e a integralidade começaria a ser efetivada (Matutomo et al., 2010).

Nisso se encaixa um novo horizonte para o tratamento da hipercolesterolemia, buscando junto ao NASF o acompanhamento nutricional, complementando-se com a prática de atividades físicas diárias que deverão ser indicadas pela referência. A educação popular em saúde (EPS) também entraria no caso dessa família. Essa EPS tem por finalidade usar dos

saberes populares para fazer aquilo que propõe: educação em saúde, transmitindo conhecimentos e formando aprendizagens sobre como lidar com situações adversas no processo saúde-doença, nas morbidades prevalentes ou incidentes na população e assim fazendo-o que ela se emancipe e possa tomar parte ativa no cuidado, alcançando o autocuidado que é a finalidade última da EPS (Siqueira et al., 2019; Ramon et al., 2015).

Quanto a locomoção citada, o acompanhamento psicológico supracitado e a reorganização familiar para atender as necessidades locomotivas e de lazer que a mesma habitualmente tinha são essenciais. Nessa perspectiva, a equipe e a família devem traçar estratégias que ajudem na locomoção com maior frequência, na cadeira de rodas ou no andador que possui, prevenindo complicações como lesões por pressão por movimentação limitada.

#### **4. Considerações Finais**

A atuação junto à família possibilita a visualização de uma forma geral às necessidades, vulnerabilidades entre outros condicionantes e/ou determinantes que possam dificultar a prevenção, acompanhamento ou tratamento de doenças, problemas sociais ou psicológicos, como os apresentados.

A equipe vê que a população não vai até ela e a população vê que a equipe não vai também a eles, e o impasse permanece. Há uma quebra na integralidade do cuidar e no processo de educação popular em saúde, que junto com a visita domiciliar formam um tripé na AB, por isto é tão importante o acompanhamento de agentes comunitários, enfermeiros e outros profissionais, para que então ocorra uma atenção integral, muitas necessidades, as vezes omitidas ou esquecidas podem fazer toda a diferença no tratamento, recuperação e bem estar dos usuários.

Buscar novos modos de abordagem, ou realmente sair de dentro da UBS seja um novo caminho a seguir. Reestruturar os serviços prestados, horários e tornar a população ativa no que é feito pela equipe seja um novo caminho para fazer um encontro proveitoso e tornar todo o processo mais efetivo e transformador, assim como, orientando sempre visando à integralidade do sujeito e o seu contexto social, econômico, entre outros, para não nos equivocarmos, pois cada pessoa tem uma realidade diferente que precisa ser respeitada.

## Referências

Almeida, L. C.; Souto, M. K.; Silva Barbosa, B. C.; Souza JRL.; Coelho, P. M. Q. & Melo, C. S. (2019). Atenção integral à comunidade: autoavaliação das equipes de saúde da família. *av.enferm.* [Internet]. [cited 2020 May 21] ; 37( 3 ): 303-312. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002019000300303&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002019000300303&lng=en). <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v37n3.76998>.

Andrade, A. M.; Guimarães, A. M. D. N.; Costa, D. M.; Machado, L. C & Gois, C. F. L. (2014). Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. [cited 2020 May 21] ; 23( 1 ): 165-175. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222014000100165&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000100165&lng=en). <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100016>

Furlanetto, D. L. C et al. (2019). Satisfação do usuário da Atenção Primária no Distrito Federal: a importância do acesso oportuno e da visita domiciliar. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 25, n. 5 [Acessado 21 Maio 2020] , pp. 1851-1863. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33332019>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33332019>

Gomes, L. B.; Merhy, E. E. (2014) The popular education and the health care: a study from the work of Eymard Mourão Vasconcelos. *Interface (Botucatu)*. pag. 1427-1440.

Gomes, M. F. P.; Fracolli, L. A.; Machado, B. C. (2015). Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família. *Mundo Saúde* [Internet]. pag. 470-75. Available from: [http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo\\_saude/155572/A08.pdf](http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/155572/A08.pdf)

Guimarães, C. P. (2014). Assistência Familiar do Enfermeiro: Planejamento Estratégico Situacional – Unidade Básica de Saúde Almerindo Alves Barbosa Farias do Município De Janaúba/MG. Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Montes Claros: 2014.

Matumoto, S.; Fortuna, C. M.; Kawata, L. S.; Mishima, S. M.; Pereira, M. J. B. (2011). Prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. [citado 2020 21 de maio]; 19 (1): 123-130. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000100017&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100017&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000100017>

Menezes, E. L. C.; Verdi, M. I. M.; Scherer, M. D. A.; Finkler, M. (2020). Modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso – análise de orientações federais para o trabalho das equipes da APS no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. [cited 2020 May 21] ; 25( 5 ): 1751-1764. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000501751&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000501751&lng=en). Epub May 08, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33462019>

NANDA International. (2010). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011*. Tradução Regina Machado Garcez. - Porto Alegre: Artmed, 2010.

Ramos, S. K.; Nascimento, P. G. P.; Sacramento, A. L.; Reis, A. S.; Gonçalves, S. L. J.; Moura, C. L. (2015). EDUCAÇÃO POPULAR COMO INSTRUMENTO PARTICIPATIVO PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER GINECOLÓGICO: PERCEPÇÃO DE MULHERES. *Rev Cuid* [Internet]. [cited 2020 May 21] ; 6( 1 ): 492-499. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732015000100003&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732015000100003&lng=en). <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.129>.

Silva, M. C. N.; Machado, M. H. (2020). Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. [cited 2020 May 21] ; 25( 1 ): 7-13. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000100007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000100007&lng=en). Epub Dec 20, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27572019>.

Siqueira, L. D.; Reticena, K. O.; Nascimento, L. H.; Abreu, F. C. P.; Fracolli, L. A. (2019) Estratégias de avaliação da visita domiciliar: uma revisão de escopo. *Acta paul. enferm.* [Internet]. [cited 2020 May 21] ; 32( 5 ): 584-591. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002019000500017&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000500017&lng=en). Epub Oct 10, 2019. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900081>.

Sundfeld, A. C. (2010). Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis* [Internet]. [cited 2020 May 21]; 20( 4 ): 1079-1097. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000400002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400002&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400002>.

**Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Marcelino Maia Bessa – 20%

Matheus Fernandes Carvalho – 20%

Joyce Oliveira de Souza – 15%

Samara Wiliane dos Santos Silva – 15%

Jaira Gonçalves Trigueiro – 15%

Rodrigo Jácob Moreira de Freitas – 15%