

PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS ACERCA DO PARTO VERTICALIZADO

Nayale Lucinda de Andrade Albuquerque¹, Cynthia Dantas Vicente², Amanda Bezerra da Silva³,
Bruna Roberta Lins⁴, Renato Daniel Melo da Silva²

Objetivo: identificar a percepção das mulheres acerca do parto verticalizado. **Metodologia:** estudo exploratório e descritivo de natureza qualitativa, realizado em uma maternidade municipal de Recife-PE, no ano de 2016, com 14 puérperas que tiveram parto normal verticalizado. Os dados foram transcritos e analisados conforme a técnica de análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** emergiram três categorias temáticas: protagonismo da mulher; despreparo para o parto e aprovação da posição. **Conclusão:** as posições foram vista de forma positiva, porém ainda há necessidade de educação em saúde, sobretudo no pré-natal para preparo das mulheres para período gravídico-puerperal.

Descritores: Parto normal; Parto humanizado; Modalidades de posição.

PERCEPTION OF PUERPERAS ABOUT THE VERTICALIZED DELIVERY

Objective: to identify a perception of women about vertical delivery. **Methodology:** an exploratory and descriptive study of a qualitative nature carried out in a municipal maternity hospital in Recife-PE in the year 2016 with 14 puerperae who had normal vertical delivery. The data were transcribed and analyzed according to the Bardin content analysis technique. **Results:** Three thematic categories emerged: women's protagonism; Unprepared for delivery and position approval. **Conclusion:** Positions were seen positively, but there is still a need for health education, especially without prenatal preparation for women for pregnancy-puerperal period.

Descriptors: Normal birth; Humanized birth; Modalities of position.

LA PERCEPCIÓN DE LAS MADRES EN EL PARTO VERTICALIZADO

Objetivo: Identificar la percepción de las mujeres en el parto vertical. **Metodología:** estudio cualitativo exploratorio y descriptivo realizado en una maternidad municipal de Recife-PE en el año 2016 con 14 madres que tuvieron parto vertical normal. Los datos fueron transcritas y analizadas según la técnica de análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** surgieron tres categorías temáticas: papel de la mujer; La falta de preparación para la entrega y aprobación de la posición. **Conclusión:** la forma en posiciones fueron vistos de manera positiva, sin embargo, todavía hay necesidad de educación para la salud, especialmente sin el párrafo preparación prenatal de las mujeres por el embarazo y el puerperio.

Descritores: Parto normal; parto humanizado; posición modalidades.

¹ Faculdade ASCES, Caruaru-PE. E-mail: nayalelucinda@gmail.com

² Hospital Regional de Palmares, Palmares-PE.

³ Instituto de Medicina Fernando Figueira- IMIP, Recife-PE

⁴ Maternidade Bandeira Filho, Recife-PE.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que desde a antiguidade e na maioria das civilizações o parto era assistido por parteiras no próprio domicílio. O parir era algo feminino, natural e fisiológico e as mulheres figuravam como autoridades e protagonistas neste processo. Nesse contexto a posição materna preferencial adotada por estas mulheres em todas as civilizações era a vertical^(1,2,3).

Ao longo dos anos o cenário do parir sofre várias mudanças e frente às restrições impostas pelos próprios procedimentos hospitalares, começa-se a adotar a posição horizontal, em que a parturiente permanece deitada e com as pernas colocadas em perneiras (litotomia). Essa, possivelmente, foi a mudança mais perceptível na cena do parto, pois com a mulher permanecendo deitada no trabalho de parto e durante a expulsão facilitaria a visualização do canal vaginal, assim como sua manipulação. O uso dessa posição foi adotado de maneira indiscriminada, sem haver avaliação de sua efetividade ou segurança^(1,3).

Além disso, a adoção da posição horizontal influenciou para que várias outras intervenções fossem utilizadas.⁽³⁾ Ficando claro que na atualidade, o modelo hegemônico de assistência ao parto se caracteriza mais acentuadamente por utilizar uma abordagem intervencionista em que o obstetra "faz" o parto. Tal modelo mostra a gravidez, parto e nascimento na perspectiva da sociedade industrializada, tecnológica e sob a ótica masculina^(2,3).

Nesse contexto, a parturiente é vista enquanto um objeto sendo submetidas a procedimentos, muitas vezes, desnecessários. Um reflexo disso é o alto percentual da taxa de cesariana no Brasil, a qual representa 52% do total de nascimentos, chegando a alcançar 88% nos serviços privados. Estima-se que quase um milhão de mulheres são submetidas a essa cirurgia sem real indicação anual⁽⁴⁾.

Diante da necessidade de romper com este modelo obstétrico eminentemente intervencionista, o movimento de humanização foi introduzido no Brasil, juntamente com a contracultura *hippie* e ganhou maior impulso no campo da obstetrícia a partir da criação da Rede de Humanização pelo Parto e Nascimento-ReHuNa⁽⁵⁾.

Tendo em vista isso, em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal a qual orienta os profissionais sobre o que deve ou não ser realizado. Essas práticas classificam-se em categorias e entre elas, a categoria A- descreve as práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; categoria B- práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas; categoria C- práticas utilizadas com insuficientes

evidências que apoiem sua clara recomendação e que devem ser utilizadas com precaução e categoria D- práticas utilizadas de forma inapropriada⁽⁶⁾.

Na categoria A, entre as práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas temos liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto e estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto⁽⁷⁾. Já o uso rotineiro da posição horizontal durante o período expulsivo foi classificado como categoria B, ou seja, práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas. Destarte, a mulher deve adotar a posição de sua escolha, cabendo aos profissionais respeitá-la. Essas práticas consideradas pela OMS como prejudiciais quando realizadas podem repercutir negativamente no estado emocional e físico da gestante^(1,6,7).

Assim, o Ministério da Saúde (MS) vem estimulando as maternidades por meio de programas e protocolos a adotarem novas condutas relacionadas ao pré-natal, parto e puerpério, as quais requerem mudanças de atitude dos profissionais de saúde⁽⁷⁾.

Apesar disso, observa-se que a posição de litotomia é utilizada de forma rotineira entre as unidades de saúde do Brasil, não permitindo que a mulher adote uma posição de sua escolha.⁽¹⁰⁾ Essa posição tida como rotineira, como supracitado, é desencorajada, visto que pode afetar o fluxo de sangue uterino, pela compressão aortocava levando a um menor suprimento de sangue e oxigênio para feto, podendo comprometer seu estado^(6,9).

Todavia, o uso da posição verticalizada, se baseia em evidências científicas, levando em consideração o fisiológico. Assim, apresenta vantagens tanto do ponto de vista gravitacional, como o aumento dos diâmetros pélvicos maternos. Por conseguinte, diminui a duração do período expulsivo, o número de partos operatórios e realização de episiotomias, reduz queixa de dor, dificuldades de puxo e alterações dos batimentos cardíacos fetais, além de também reduzir a necessidade de correção de lacerações, pois há uma maior frequência de integridade do períneo^(2, 10, 11, 12).

Sabendo desses benefícios é fundamental também conhecer a percepção dessas mulheres com relação a essa verticalização, pois o parto não acontece somente no corpo, mas também na mente e por fim, poder avaliar os benefícios gerais desta prática. Assim, este estudo tem como objetivo identificar a percepção das puérperas acerca do parto verticalizado.

METODOLOGIA

Estudo de campo exploratório e descritivo de natureza qualitativa, realizado na maternidade Professor Bandeira Filho, instituição pública municipal situada na cidade de Recife- PE.

A pesquisa foi realizada de julho a novembro de 2016, com 14 puérperas que tiveram parto normal verticalizado, internadas nos alojamentos conjuntos (Posições verticais incluíram: sentada ou semi-sentada, em pé, ajoelhada e de cócoras). O encerramento da coleta se deu por meio do critério de saturação do discurso e, assim, houve a suspensão da inclusão de novas participantes no estudo quando os dados obtidos começaram a apresentar redundância ou repetição. Foram incluídas puérperas de parto normal que tiveram gestação de baixo risco e excluídas puérperas que tiveram complicações no parto normal.

A abordagem das puérperas foi feita com todas que pariram verticalmente no período da coleta. Optou-se por ir à maternidade alternando-se os dias durante as semanas, para uma coleta de dados com puérperas assistidas em plantões diferentes.

Antes de iniciar a coleta, foram explicados os objetivos, justificativa e métodos da pesquisa para facilitar a comunicação. Para puérperas que se enquadraram nos critérios de inclusão a autora aplicou uma entrevista semiestruturada tendo como pergunta: "O que pensa sobre a posição que você pariu?". A entrevista foi gravada após concordância voluntária e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respeitando os princípios de bioética registrados na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética do IMIP sob CAE nº: 52491316.8.0000.5201. Foi garantido a cada participante o direito de recusa, desistência a qualquer momento do estudo, não havendo prejuízo ou interferência na sua terapêutica. Foi garantido o anonimato e o sigilo das informações, assim os nomes dos pacientes da pesquisa são todos fictícios.

As entrevistas foram transcritas na íntegra no mesmo dia de sua coleta e os depoimentos sistematizados segundo a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin do tipo análise temática, a qual é definida como uma técnica de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens e apresenta três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.⁽¹³⁾ Para facilitar a interpretação de dados utilizou-se a grelha de Bardin onde os núcleos de sentidos semelhantes foram reunidos e transformados em categorias para discussão.

RESULTADOS

Características sociodemográficas e obstétricas das puérperas

As mulheres entrevistadas tinham entre 18 e 39 anos; nove eram provenientes de Recife e cinco do interior do

estado; dez possuíam companheiro fixo; onze se consideraram pardas, uma branca, uma negra e uma amarela. Com relação à escolaridade, todas tinham um tempo de estudo de quatro a oito anos. Dez mulheres se consideraram do lar, enquanto quatro tinham trabalho remunerado, sendo três empregadas formais e uma autônoma. Sete contribuíam pra renda familiar, com ajuda do salário ou bolsas governamentais e sete não contribuíam.

Em relação à paridade e participação em atividades educativas durante o período pré-natal, sete eram primíparas (GI PO) e sete multiparas (sendo três GII PI, uma GIII PII, duas GIV PIII e uma GVI PIII AII). Todas realizaram consultas de pré-natal, com número de consultas entre seis e dez. Oito não participaram de nenhum grupo ou roda educativa para mulheres grávidas e seis participaram. Dessas, apenas para três foi abordado o tema parto verticalizado. Em relação à assistência no parto atual, treze tiveram como profissional prestador a enfermeira obstetra e uma foi assistida por médica.

No que se refere à percepção sobre a posição em que pariram no parto atual, surgiram três ideias centrais, que foram categorizadas de acordo com Bardin, dentre elas temos Categoria I- Protagonismo da mulher, Categoria II- Despreparo da mulher para o parto e Categoria III- Aprovação da posição.

Categoria I - Protagonismo da mulher

O protagonismo da mulher foi expresso nas falas: A: "[...] foi eu que escolhi [...] Eu já sabia já que era a melhor posição que tinha, aí me lembrei da posição e fiquei"; B: "Vai ser uma coisa que vai marcar pro resto da vida, no sentido pessoa, como mulher também, eu superei os meus limites"

Categoria II - Despreparo da mulher para o parto

Ficou evidente em alguns depoimentos que as mulheres ainda desconhecem as posições de parto, como pode-se notar em: B: "Uma loucura [...] eu não esperava não, pensei que era só um exercício feito um cavalinho ou uma bolinha [...] E o mais interessante é que pensei que ia cair [se referindo ao bebê] (...) Foi muito inusitado, muito diferente [...] Acho que foi melhor";

C: "Eu não imaginava que eu ia pra um lugar, segurar num pano e ter a criança desse jeito, tanto que na minha cabeça era um exercício pra dor vir mais rápido e a criança ia vir na cama, a primeira coisa que perguntei foi: cadê a cama? [...]eu nunca imaginei, nem na cama normal, imagine em pé ou de cócoras"

Categoria III - Aprovação da posição

A aprovação da posição foi manifestado pelas falas: A: "Foi uma posição boa, a melhor que tem pra ficar"; B: "na cama eu não tava conseguindo fazer a força necessária e

com a gravidade, como as meninas dizem, eu consegui”; C: “eu gostei, foi mais rápida”; D: “Foi incrível (...) eu consegui ter ele”; E: “foi boa, foi natural”; G: “A posição que eu fiquei facilitou”; H: “Gostei, gostei. Bem confortável”.

DISCUSSÃO

Categoria I – Protagonismo da mulher

Essa sensação coincide com os achados de outros trabalhos. A liberdade de poder assumir diferentes posições empodera a mulher, fazendo com que ela resgate o controle sobre seu corpo e sua experiência de parir, assim, tornando-a uma participante ativa e consciente do seu parto⁽⁵⁾.

Outros estudos corroboram com esse achado de que o parto em posições verticais é um fator que favorece o protagonismo da parturiente, já que nesta posição ela pode ver as condutas realizadas e o próprio nascimento, completa-se ainda que os partos em posições verticais fazem as parturientes terem sensações de domínio da situação, auto-confiança, proteção e empoderamento. Além disso, essa posição faz com que estas mulheres sintam-se incluídas nas tomadas de decisões, podendo escolher suas posições favoritas. Emocionalmente repercute de forma positiva para elas. Além disso, essa experiência pode ser considerada ainda mais satisfatória quando é dada a mulher a opção de escolher em qual posição ela quer ficar^(10, 14, 15, 16).

Categoria II – Despreparo da mulher para o parto

A variedade de posições que podem ser adotadas durante o trabalho de parto é um assunto extremamente importante, pois podem determinar o sucesso do parto e a qualidade da experiência, porém quase sempre o assunto é negligenciado pelos profissionais que assistem o parto ou o pré-natal⁽⁵⁾.

Por isso, a falta de conhecimento das mulheres sobre o assunto é um achado ainda presente no nosso cotidiano. As mulheres desconhecem essas posições, ficando submissas as impostas por profissionais ou instituições⁽⁵⁾.

É sabido que ao longo dos anos a posição adotada pela mulher na hora de parir, que instintivamente em todas as sociedades era vertical, mudou e foi se moldando de acordo com fatores socioculturais. Assim, o fato da mulher achar que deve apenas parir em posição horizontal são reflexos de uma sociedade com condutas hospitalares extremamente medicalizadas, em que muitas vezes a posição do parto já é previamente determinada pelo próprio obstetra ou pelas rotinas do serviço^(5, 17).

Balaskas (2015) retrata a situação atual do Reino Unido, onde o parto vertical é tido como algo natural, isso por

que as mulheres cada vez mais têm consciência da necessidade de se prepararem para o parto⁽⁵⁾.

Esse preparo deveria anteceder o momento do parto propriamente dito, sendo o período gestacional ideal para o desenvolvimento de práticas educativas, ofertando cuidados e informações com finalidade de possibilitar uma experiência de parto da maneira mais fisiológica, sendo a mulher protagonista desse momento. Assim, entende-se que esse trabalho educativo é primordial e vista como uma prática positiva, sendo uma ferramenta facilitadora de produção de conhecimento e autonomia para mulheres sendo capaz de promover melhoras nas práticas obstétricas^(18, 19).

Essas orientações fornecidas durante o pré-natal são de suma importância, já que preparam a mulher para o período gravídico-puerperal. Saber o que pode ou irá acontecer com seu corpo deixa a mulher segura e confiante durante esse processo. Essas orientações favorecem a mulher a adquirir autonomia. Nota-se assim, que a educação em saúde é um momento onde os profissionais podem ser mediadores da saúde, ajudando para que as mulheres possam realizar suas escolhas dentro do respeito à liberdade⁽¹⁹⁾.

Categoria III – Aprovação da posição

O parto em posições verticais é visto de forma positiva, esse fator pode ser explicado por diversos motivos, um deles é o próprio formato da pélvis feminina, quando analisada percebe-se no seu desenho que há uma maior facilidade para ela se abrir quando essas posições são adotadas, assim e com ajuda da força da gravidade, o bebê terá espaço para descer e fazer suas rotações. É um processo em que o binômio mãe-filho se ajudam simultaneamente⁽⁶⁾. O que condiz com as evidências atuais as quais mostram que os partos verticais reduzem a duração do período expulsivo⁽¹⁸⁾.

Uma revisão sistemática realizado com 20 ensaios clínicos randomizados relacionado a percepção das puérperas sobre a vivência no segundo estágio do parto, teve como resultado que as mulheres que pariram em posições verticais sentiram a redução desse período⁽¹⁸⁾. Um estudo exploratório realizado com 10 mulheres, também identificou essa percepção de redução do período expulsivo pelas mulheres que pariram verticalmente, o que foi considerado por elas um fator positivo⁽¹⁰⁾.

Apesar dos resultados positivos, o estudo deve ser visto a luz de algumas limitações, visto que a posição no momento do parto, ainda, é influenciada em grande parte pelos profissionais de saúde que assistem a parturiente nesse momento, limitando assim a amostra.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo, todas as entrevistas consideraram o parto em posições verticais como sendo positivas, dessa forma elas puderam perceber-se como protagonistas nesse momento, todavia foi notório que ainda há mulheres que desconhecem sobre tal, trazendo consigo conceitos errôneos sobre a mulher no parto.

Sugere-se assim investimento em orientações durante todo o processo gravídico, principalmente no pré-natal. Os profissionais de saúde devem se conscientizar do impacto

que as posições durante o parto promovem na vida das mulheres, para assim, poderem ofertar informações. Só munidas de conhecimento as mulheres poderão fazer escolhas livres, autônomas e esclarecidas e, assim, tornar o parto cada vez mais espontâneo e natural. Cabe ao profissional buscar atualização constante acerca de novas evidências científicas que possam fundamentar sua prática.

Estimula-se também que as condutas hospitalares respeitem o protagonismo feminino e a liberdade de escolha de posições durante esse momento e que novos estudos sobre tema sejam realizados.

REFERÊNCIAS

- Gupta JK, Hofmeyr GJ. Position for women during second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane database of systematic reviews (online)*. 2012. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002006.pub3/pdf/>. Acessado em Agosto de 2016.
- Roy MER, Moreno AC, Jimeno JF. Las posturas de la mujer de parto en fase de expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones. *Medicina Naturista*, Vol. 8 - N.º 1: 23-30, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Cynthia/Downloads/Dialnet-LasPosturasDeLaMujerEnElPartoEnFaseDeExpulsivo-4560683.pdf>. Acessado em Agosto de 2016.
- Pontes MGA, Lima GMB, Feitosa IP, Trigueiro JVS. Parto Nosso De Cada Dia: Um Olhar Sobre As Transformações E Perspectivas Da Assistência. *Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança* - Jun. 2014; Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Parto-nosso-de-cada-dia.pdf>. Acessado em Agosto de 2016.
- Brasil. Ministério da Saúde. Nascer no Brasil: Inquerito Nacional sobre parto e nascimento. Sumário executivo temático nascer no Brasil. Brasília, 2014.
- Balaskas. Parto ativo: Guia prático para o parto natural. Editora: Ground, 3ª edição. 2016.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático. Relatório de um grupo técnico. Genebra: OMS; 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerperio: assistência humanizada à mulher. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/MS; 2001. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cd0_4_13.pdf. Acessado em Agosto de 2016.
- Kopas ML. A review of evidence-based practices for management of the second stage of labor. *J Midwifery Womens Health*. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24850283>. Acessado em Agosto de 2016.
- Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub3/full>. Acessado em Agosto de 2016.
- Gayeski ME; Brüggemann OM. Puerperal women's perceptions on vertical and horizontal deliveries. *Rev. Latino-Am. enfermagem* vol.17 no.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000200003. Acessado em Agosto de 2016.
- Westbury B. Mobility and upright positioning in labour. *Pract Midwife*. 2014. Disponível em: http://www.cochrane.org/CD003934/PREG_mothers-position-during-the-first-stage-of-labour. Acessado em Agosto de 2016.
- da Silva FM, de Oliveira SM, Bick D, Osava RH, Tuesta EF, Riesco ML. Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre. *J Clin Nurs*. 2012. Disponível em: <http://www.iosrjournals.org/iosr-jnhs/papers/vol5-issue1/Version-1/E05114048.pdf>. Acessado em Agosto de 2016.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
- Nieuwenhuijze MJ, de Jonge A, Korstjens I, Bude L, Lagro-Janssen TL. Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery*; 2013. Disponível em: [http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(12\)00248-3/pdf](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(12)00248-3/pdf). Acessado em Agosto de 2016. November 2013 Volume 29, Issue 11, Pages e107-e114
- Lepleux F, Hue B, Dugué AE et al. Obstetric data in a population with postural changes during labour and delivery. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*; 2013.
- Thies-Lagergren L, Hildingsson I, Christensson K, Kvist LJ. Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial. *Women Birth*; 2013.
- Camilo BS, Nietzsche EA, Salbego C, Cassenote LG, Osto DSD5, Böck A. Ações de educação em saúde na atenção primária a gestantes e puérperas: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE* 2016 [online]. Recife, 10(Supl. 6):4894-901. Disponível em: <file:///C:/Users/Cynthia/Downloads/11270-25469-1-PB.pdf>. Acessado em Agosto de 2016.
- Costa AP, Bustorff LACV, Cunha ARR, Soares MCS, Araújo V. Contribuições do pré-natal para o parto vaginal: percepção de puérperas. *Rev Rene*, Fortaleza, 2011. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3_pdf/a14v12_n3.pdf. Acessado em Agosto de 2016.
- Santos RCS. Implementação de evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo longitudinal. *Enferm. Foco*, 2017. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:1kLFxkWm_wkJ:revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/880+&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acessado em Agosto de 2016.
- Côrtes CT, Santos RCS, Caroci AS, Oliveira SG, Oliveira SMJV, Riesco MLG. Implementation methodology of practices based on scientific evidence for assistance in natural delivery: a pilot study. *Rev Esc Enferm USP*, 2015; 49(5):716-724. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000500716. Acessado em Agosto de 2016.

RECEBIDO EM: 12/01/2018.
 ACEITO EM: 24/09/2018.