

## INCENTIVO E DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES ARTICULADAS QUE PROMOVAM INCLUSÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA COMUNIDADE

Natasha Seleidy Ramos de Medeiros<sup>1</sup>

Rafaela Raulino Nogueira<sup>2</sup>

João Agnaldo do Nascimento<sup>3</sup>

Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro<sup>4</sup>

### RESUMO

As ações de articulação entre os diferentes pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) e com os demais segmentos intersetoriais (assistência social, gestão, lazer, esporte, educação, trabalho), são consideradas importante potencialidade para a integralidade do cuidado, promoção da inclusão e qualidade de vida. Assim, esse trabalho objetiva descrever o incentivo e desenvolvimento de ações articuladas com recursos da própria comunidade que promovam inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência realizadas pelos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) do Nordeste. O presente estudo é um recorte do projeto de pesquisa multicêntrico “Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS – REDECIN – Brasil”, com representação de estados das cinco regiões geográficas do Brasil, sob o CAAE n. 13083519.3.1001.5188. Levou-se em consideração os respondentes dos estados da região nordeste (estados da Bahia e Paraíba), totalizando um n=438 profissionais. Foram selecionadas duas perguntas norteadoras que envolvem a temática abordada, sendo as respostas dispostas do tipo escala de Likert, nas alternativas: nunca, raramente, na maioria das vezes e sempre. Em relação a primeira questão a maior parcela dos profissionais (53,3%) consideram viabilizar essa atenção na maioria das vezes, seguido daqueles que consideram viabilizar raramente (36,1%), e em últimos percentuais aqueles que responderam sempre (8,7%) e nunca (1,6%). Quando questionados sobre o incentivo e desenvolvimento de ações articuladas com a comunidade com vistas para a inclusão e qualidade de vida das pessoas com deficiências, o maior percentual (37,4%) dos trabalhadores indicam que realizam raramente tais ações, seguida da afirmativa nunca (31,1%) e posteriormente com menores percentuais as respostas na maioria das vezes e sempre, com 23,3% e 8,2%, de modo respectivo. Entendemos que ainda é necessário um incentivo para maior articulação e garantia da atenção integral.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Ação Integrada de Saúde.

---

<sup>1</sup> Doutoranda do Curso de Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, [natashaseleidy@gmail.com](mailto:natashaseleidy@gmail.com);

<sup>2</sup> Doutoranda do Curso de Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba- UFPB, [rafaelanoqueirajp@hotmail.com](mailto:rafaelanoqueirajp@hotmail.com);

<sup>3</sup> Professor do Departamento de Estatística da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, [joao.agnaldo@academico.ufpb.br](mailto:joao.agnaldo@academico.ufpb.br);

<sup>4</sup> Professora orientadora: Doutora, Universidade Federal da Paraíba - UFPB, [katiaribeiro.ufpb@gmail.com](mailto:katiaribeiro.ufpb@gmail.com).

## INTRODUÇÃO

De acordo com a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), a pessoa com deficiência “tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”. Pensando nesse conceito, precisamos considerar a singularidade das necessidades de cada pessoa e a importância da sociedade e sobretudo do Estado na formulação de políticas públicas que enfatizem a articulação dos serviços na perspectiva de inclusão social (Brasil, 2015).

Ademais, a LBI destaca a oferta de serviços articulados, em diferentes níveis de complexidade e de forma intersetorial para garantir a integralidade do cuidado. Nesse contexto, atualmente contamos com a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD), instituída na Portaria de Consolidação nº 3/2017 para garantir a ampliação do acesso e qualificar o atendimento para pessoas com deficiência, promover a articulação e a integração dos pontos de atenção à saúde (Brasil, 2017). Dentre os objetivos que são específicos da RCPCD destacamos as ações de prevenção das deficiências e identificação precoce; a reabilitação e reinserção das pessoas com deficiência na sociedade através intersetorialidade com a sociedade civil e os órgãos governamentais tais como: a assistência social, justiça, trabalho, educação e lazer; formação permanente para garantir aos profissionais de saúde qualificação para atender as necessidades específicas e gerais desse público; ampliação da oferta de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM), entre outras.

A RCPCD está embasada em modelos de redes regionalizadas e se organiza de maneira descentralizada através de três componentes: Atenção Primária à Saúde; Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; e a Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. As ações estratégicas para ampliação do acesso e da qualificação da atenção à pessoa com deficiência serão articuladas entre si, de forma a garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção relativo às equipes que atuam nos componentes da RCPCD (Brasil, 2017).

Destaque nessa pesquisa, a Atenção Primária à Saúde (APS), tem como pontos de atenção às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e contará com as equipes de Saúde da Família e do Núcleo de Ampliado de Saúde da Família da Atenção Básica (Nasf-AB), além da atenção odontológica. O empenho desses profissionais e seu reconhecimento como parte integrante dessa rede, centro de comunicação, ordenadora e coordenadora do cuidado é imprescindível

para contribuição da transformação social e inclusão nos territórios (ESPÍRITO SANTO, 2022).

Levando em consideração que no Brasil os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) 2022, apontam que 18,6 milhões de brasileiros de 02 anos ou mais de idade, ou seja, 8,9% da população total apresenta algum tipo de deficiência, segundo a sua percepção. E que, entre as regiões geográficas do país a região Nordeste ocupa o primeiro lugar do ranking das pessoas com deficiência de 02 anos ou mais 10,3% da população (IBGE, 2023). Com esses dados, percebemos um desafio para os profissionais da APS no tocante a importância de uma gestão compartilhada de cuidado para realização de atividades no território que favoreçam a inclusão social das pessoas com deficiência, promovendo autonomia e cidadania, promoção da equidade com implantação de políticas para ampliar a capacidade de acolhimento e prevenção de deficiências (Tuon; Ceretta, 2017).

Assim, esse trabalho objetiva descrever o incentivo e desenvolvimento de ações articuladas com recursos da própria comunidade que promovam inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência realizadas pelos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) do Nordeste.

## **METODOLOGIA**

O estudo é um recorte do projeto de pesquisa “Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS – REDECIN – Brasil”, aprovado na linha 1: Estudos sobre grau de implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência da chamada Nº 35/2018 do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde – Decit/SCTIE/MS e a Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência – CGSPD.

O estudo REDECIN-Brasil teve representatividade das cinco regiões do Brasil, a partir dos estados da Paraíba e Bahia, na região Nordeste; Amazonas, na região Norte; Mato Grosso do Sul na região Centro-Oeste; São Paulo, Minas Gerais e Espírito Santo, na região Sudeste; e Rio Grande do Sul, na região Sul. Em cada um desses estados foram incluídas 3 regiões/macrorregiões de saúde e em cada uma dessas dois municípios (com maior concentração de pontos de atenção à saúde e outro com menor concentração de pontos de atenção à saúde enquanto componente da RCPCD), essas regiões e macrorregiões foram indicadas pelo Grupo Condutor estadual da RCPCD. Levando em consideração essa estratégia

logística de conglomerados amostral, foram incluídos seis municípios em cada estado participante.

Na APS, foi determinado um sorteio para uma amostra aleatória, estratificada por estado e municípios com divisão proporcional ao quantitativo de trabalhadores das equipes de Saúde da Família (eSF) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB); além dos gestores das Unidades de Saúde da Família (USFs) sorteadas.

Foram incluídos os profissionais e gestores de nível superior, com no mínimo 6 meses de experiência e que aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Excluíram-se aqueles com incompatibilidade de agenda ou não estar em efetivo exercício das suas atividades durante a fase da coleta de dados.

Assim, foram aplicados questionários semiestruturados presencialmente nas USFs, no segundo semestre de 2021. O número de participantes no projeto REDECIN-Brasil, totalizou uma amostra de 1.805 pessoas, sendo 1.551 trabalhadores e 254 gestores.

O recorte de pesquisa aqui apresentado, se debruça sobre os trabalhadores da Atenção Básica dos estados do Nordeste (Paraíba e Bahia), uma análise sobre questões demográficas e o seu desempenho nas questões q08 - Você considera que a atenção à saúde que sua equipe viabiliza à pessoa com deficiência atende às necessidades e demandas deste público? e q14 - Você incentiva e desenvolve ações articuladas com recursos da própria comunidade, que promovam inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência?

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba sob o CAAE n. 13083519.3.1001.5188 e por outros comitês de ética das instituições coparticipantes dos estados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estado da Bahia tem representatividade de 19,4% (301 respondentes) e o estado da Paraíba 8,8% (137 respondentes) da amostra geral do estudo multicêntrico, totalizando 438 profissionais da APS.

**Tabela 1** - Distribuição descritiva dos respondentes de acordo com os questionários aplicados segundo o estado.

Variável	Trabalhador APS
----------	-----------------



	<b>n</b>	<b>(%)</b>
<b>Estado</b>		
<i>Amazonas</i>	210	13,5
<i>Bahia</i>	301	19,4
<i>Espírito Santo</i>	71	4,6
<i>Minas Gerais</i>	221	14,2
<i>Mato Grosso do Sul</i>	174	11,2
<i>Paraíba</i>	137	8,8
<i>Rio Grande do Sul</i>	142	9,2
<i>São Paulo</i>	295	19,0
<b>Total</b>	<b>1.551</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2024.

Na distribuição geral segundo o sexo, temos que entre os trabalhadores 25,1% (n=390) são do sexo masculino e a maioria 74,8% (n=1.160) do sexo feminino. Observe na Tabela 2.

**Tabela 2** - Distribuição descritiva dos respondentes de acordo com os questionários aplicados segundo o sexo.

<b>Variável</b>	<b>Trabalhador APS</b>	
	<b>n</b>	<b>(%)</b>
<b>Sexo</b>		
<i>Masculino</i>	390	25,1
<i>Feminino</i>	1.160	74,8
<b>Total Geral</b>	<b>1.550</b>	<b>100,00</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2024.

Com relação a formação profissional, temos que no geral a maioria dos respondentes são médicos (32,6%) e em seguida temos maior representação dos enfermeiros (31,5%) e dentistas (16,4%). Isso vem a ser pertinente devido ao número de equipes de Saúde da Família (eSF) serem maiores que as equipes multiprofissionais que dão suporte as eSF.

**Tabela 3** - Distribuição descritiva dos respondentes de acordo com os questionários aplicados segundo a formação profissional.

<b>Variável</b>	<b>Trabalhador APS</b>
-----------------	------------------------



<b>Formação</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
<i>Assistente Social</i>	69	4,4
<i>Cirurgião Dentista</i>	255	16,4
<i>Educador Físico</i>	21	1,3
<i>Enfermeiro (a)</i>	488	31,5
<i>Farmacêutico(a)</i>	40	2,6
<i>Fisioterapeuta</i>	53	3,4
<i>Fonoaudiólogo(a)</i>	22	1,4
<i>Nutricionista</i>	44	2,8
<i>Médico(a)</i>	506	32,6
<i>Psicólogo(a)</i>	39	2,5
<i>Terapeuta Ocupacional</i>	11	0,7
<i>Outra</i>	3	0,2
<b>Total</b>	<b>1.551</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2024.

Com relação à média de idade temos 49,98 ( $\pm$  desvio padrão de 11,05) anos de idade entre os trabalhadores da APS, como podemos observar na Tabela 4.

**Tabela 4 -** Estatísticas descritivas da variável “Idade” segundo os questionários do estudo.

<b>Questionários</b>	<b>Grupos</b>	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>DP</b>	<b>CV</b>	<b>IQR</b>
<i>APS</i>	<i>Trabalhador</i>	39,98	38,00	11,05	0,28	16,00

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2023. **Legenda:** DP= Desvio Padrão; CV= Coeficiente de Variação; IQR= Amplitude Interquartil.

Em relação a primeira questão “q08 Você considera que a atenção à saúde que sua equipe viabiliza à pessoa com deficiência atende às necessidades e demandas deste público?”, a grande maioria dos profissionais da Região Nordeste (53,8%) consideraram viabilizar a atenção à pessoa com deficiência de forma adequada, seguido daqueles que consideraram viabilizar raramente (36,0%), e em últimos percentuais aqueles que responderam sempre (8,5%) e nunca (1,6%).

Se reconhecer como parte da RCPCD e viabilizar um atendimento que atenda às necessidades da pessoa com deficiência é de extrema importância para a garantir um modelo assistencial que previne doenças e agravos secundários, que promove saúde, habilita e reabilita para uma maior autonomia. A APS se destaca na integração do cuidado por está nos territórios, o mais próximo possível dos usuários e não havendo impedimento atitudinal ou arquitetônico passa a ser um espaço de cuidado para inúmeras demandas comum a qualquer pessoa e

também aquelas inerentes as especificidades da deficiência, para exemplo temos a vacinação, planejamento familiar, entrega de insumos (soro, curativos, sondas), acompanhamento da hipertensão e diabetes, citológico, tratamentos odontológicos, acompanhamento por meio de equipe multiprofissional, entre tantos outros incentivos de cuidado. Porém, em muitos casos a APS não está disponível ou o atendimento a essas demandas é dificultado, as unidades não possuem rampas e corrimãos, não possuem macas adequadas e nem profissionais preparados (ESPÍRITO SANTO, 2022; Fausto; Almeida Bousquat, 2018).

**Tabela 5** - Estatísticas descritivas da variável “q08 Você considera que a atenção à saúde que sua equipe viabiliza à pessoa com deficiência atende às necessidades e demandas deste público?” segundo os questionários do estudo.

Regiões Brasileiras	Nunca	Raramente	Na maioria das vezes	Sempre	Total
Norte (Amazonas)	3	65	106	34	208
	0,2%	4,2%	6,9%	2,2%	13,5%
	1,4%	31,2%	51,0%	16,3%	100,0%
Nordeste (Paraíba e Bahia)	7	156	233	37	433
	0,5%	10,1%	15,1%	2,4%	28,1%
	1,6%	36,0%	53,8%	8,5%	100,0%
Sudeste (São Paulo, Espírito Santo e Minas Gerais)	10	132	392	49	583
	0,6%	8,6%	25,5%	3,2%	37,9%
	1,7%	22,6%	67,2%	8,4%	100,0%
Centro Oeste (Mato Grosso do Sul)	5	36	112	21	174
	0,3%	2,3%	7,3%	1,4%	11,3%
	2,9%	20,7%	64,4%	12,1%	100,0%
Sul (Rio Grande do Sul)	2	36	94	9	141
	0,1%	2,3%	6,1%	0,6%	9,2%
	1,4%	25,5%	66,7%	6,4%	100,0%
Total	27	425	937	150	1539
	1,8%	27,6%	60,9%	9,7%	100,0%

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2024.

Quando questionados sobre “q14 Você incentiva e desenvolve ações articuladas com recursos da própria comunidade, que promovam inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência?”, o maior percentual (37,4%) dos trabalhadores indicam que realizam raramente tais ações, seguida da afirmativa nunca (31,1%) e posteriormente com menores percentuais as respostas na maioria das vezes e sempre, com 23,3% e 8,2%, de modo respectivo.

**Tabela 6** - Estatísticas descritivas da variável “q14 Você incentiva e desenvolve ações articuladas com recursos da própria comunidade, que promovem inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência?” segundo os questionários do estudo.

Regiões Brasileiras	Nunca	Raramente	Na maioria das vezes	Sempre	Total
Norte (Amazonas)	60	67	60	21	208
	3,9%	4,3%	3,9%	1,4%	13,4%
	28,8%	32,2%	28,8%	10,1%	100,0%
Nordeste (Paraíba e Bahia)	136	164	102	36	438
	8,8%	10,6%	6,6%	2,3%	28,3%
	31,1%	37,4%	23,3%	8,2%	100,0%
Sudeste (São Paulo, Espírito Santo e Minas Gerais)	142	210	167	68	587
	9,2%	13,6%	10,8%	4,4%	37,9%
	24,2%	35,8%	28,4%	11,6%	100,0%
Centro Oeste (Mato Grosso do Sul)	52	53	45	24	174
	3,4%	3,4%	2,9%	1,5%	11,2%
	29,9%	30,5%	25,9%	13,8%	100,0%
Sul (Rio Grande do Sul)	41	49	40	12	142
	2,6%	3,2%	2,6%	0,8%	9,2%
	28,9%	34,5%	28,2%	8,5%	100,0%
Total	431	543	414	161	1549
	27,8%	35,1%	26,7%	10,4%	100,0%

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2024.

A vulnerabilidade de comunicação e descontinuidade da assistência, implica em quebra da longitudinalidade, aumenta as duplicidades de atendimento, ameaça a garantia do cuidado e aumenta o sofrimento do usuário (Maximino et al., 2017; Carnut, 2017; Melo; Mattos, 2018).

Para responder a todas as demandas de cuidados à saúde das pessoas com deficiência e fortalecer as políticas públicas, é necessário articular ações e serviços de saúde além de outros setores como assistência social, educação e transporte. Estudos afirmam a importância dessa articulação para garantir o cuidado integral (Alves et al., 2016; Nogueira et al., 2016; Pereira et al. 2016; Machado et al., 2018).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desse estudo demonstram um paradoxo onde a maioria dos profissionais da região Nordeste (Bahia e Paraíba) consideram que a atenção à saúde que sua equipe viabiliza à pessoa com deficiência atende às necessidades e demandas deste público, porém, o incentivo e desenvolvimento de ações articuladas com recursos da própria comunidade, que promovam inclusão e a qualidade de vida das pessoas com deficiência raramente ou nunca são realizados pela



maioria dos profissionais. E fomentar ações intersetoriais da APS com a comunidade em território e potencializar a articulação dos profissionais e gestores da APS com os demais pontos de atenção da RCPCD é extremamente necessário para produzir um cuidado integral para as demandas e necessidades da pessoa com deficiência.

Nesse contexto, as equipes multiprofissionais, o Programa Saúde na Escola, o Projeto Terapêutico Singular e ações intersetoriais são estratégias fundamentais para o fortalecimento da atenção à saúde da pessoa com deficiência.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**. Brasília, 7 jul. 2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm). Acesso em: 02 de maio de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. 2017b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html) Acesso em: 05 de junho de 2024.

Carnut, Leonardo. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro. v. 41, n. 115, p. 1177-1186, Dec. 2017.

Fausto, M. C. R.; Almeida, P. F. de; Bousquat A. Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os Desafios para a Integração em Redes de Atenção. In: MENDONÇA, M. H. M.; MATTÀ, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. (Org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa** - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 51.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. **Pessoa com deficiência 2022**. Rio de Janeiro, 2023.

Maximino, V. S.; Liberman, F.; Frutuoso, M. F.; Mendes, R. Profissionais como produtores de redes: tramas e conexões no cuidado em saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 435-447, June 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902017000200435&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000200435&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 01 Jan. 2020.

Machado, W. C. A. et al.. INTEGRALIDADE NA REDE DE CUIDADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. e4480016, 2018.

Melo, E.; Mattos, R. Gestão do cuidado e Atenção Primária à Saúde: controle ou defesa da vida? In: MENDONÇA, M. H. M.; MATTÀ, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L.

(Org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa** - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 95.

Pereira, J. DE S.; Machado, W. C. A.. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, n. 3, p. 1033–1051, jul. 2016.

Tuon, L.; Ceretta, L. B. (Orgs.). **Rede de cuidado à pessoa com deficiência** [Recurso eletrônico on-line] / 1. ed. – Tubarão: Copiart, 2017. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/5499/1/Rede%20de%20cuidado%20%C3%A0%20pessoa%20com%20defici%C3%Aancia.pdf>> Acesso em: 01 de jun. 2024.