
A consciência do portador de hipertensão arterial sistêmica com relação à sua condição clínica como fator de contribuição à gestão compartilhada em saúde

High blood pressure knowledge as contribution to shared management in health

Renato Ribeiro Nogueira Ferraz¹, Lara Jansiski Motta¹

¹Programa de Mestrado Profissional em Administração, Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho-SP, Brasil.

Resumo

Objetivo – Avaliar o nível de conhecimento desses doentes com relação aos riscos associados à manutenção de elevados níveis pressóricos. **Métodos** – Trata-se de um estudo descritivo, prospectivo e de abordagem quantitativa, realizado em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de São Paulo-SP, no período de março a abril de 2012. **Resultados** – Dos 200 entrevistados, 47 (23%) declaram ser hipertensos e foram efetivamente entrevistados. Destes 43 indivíduos (91%) relatam conhecer os riscos cardiovasculares e neurológicos associados HAS. Porém, apenas 10 (21%) citaram as complicações renais como possíveis complicações de sua condição clínica. **Conclusão** – Nesta breve avaliação quantitativa, observou-se que a grande maioria dos hipertensos entrevistados desconhece as complicações nefrológicas que podem decorrer da manutenção de elevados níveis pressóricos.

Descritores: Gestão em Saúde; Sistema Único de Saúde; Hipertensão; Organização e administração

Abstract

Objective – To evaluate the level of knowledge of these patients with respect to the risks associated with the maintenance of high blood pressure. It has been empirically observed that the majority of patients with High Blood Pressure (HBP) are unaware of the hazards of their clinical condition, especially those related to kidney failure. **Methods** – This is the study descriptive, prospective, quantitative approach a Basic Unit Health the São Paulo-SP, city in the period 2012. March-April. **Results** – Of the 200 respondents, 47 (23%) reported being hypertensive and were interviewed. Of these, 43 individuals (91%) knew the neurological and cardiovascular risks associated with HBP. However, only 10 (21%) reported renal complications as possible complications of their medical condition. **Conclusion** – In this brief quantitative assessment, it was noted that the vast majority of respondents unaware nephrological complications that can arise from the maintenance of elevated blood pressure. It is important to create more effective programs for the prevention of complications of HBP in order to improve the condition of life of the patients and also the reduction of expenses, particularly related to renal replacement therapy.

Descriptors: Management in health; National Health System; Hypertension; Administration and organization

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) configura-se como uma das doenças crônicas mais comuns, tornando-se nas últimas décadas um problema de saúde pública, além de um desafio para os gestores no controle e prevenção deste agravo e de suas complicações, especialmente no tangente às funções cardiovascular e renal.

Em relação à dimensão, o problema da HAS para o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos mais relevantes pois, dos 35% da população com HAS (17 milhões de brasileiros), 75% recebem atendimento na Atenção Primária. Isto configura a necessidade de investimentos financeiros constantes para o desenvolvimento das ações ligadas à promoção, prevenção e tratamento mas, principalmente, na recuperação dos acometidos por complicações oriundas do mau controle pressórico.

O cuidado dos agravos das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) requer o ajuste entre estratégias multiprofissionais e o coletivo, o desenvolvimento de políticas públicas, campanhas de comunicação, marketing social, reorientação dos serviços de saúde para o trabalho interdisciplinar e intersetorial, estratégia in-

dividual voltada ao manejo dos fatores de risco e das doenças crônicas não infecciosas e implantação de um sistema de vigilância à saúde, visando concretizar os “objetivos da saúde”, que são: produzir saúde; garantir a realização profissional e pessoal dos trabalhadores e reproduzir o SUS como uma política democrática e solidária. Para tal, é necessário incluir trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde em um pacto de corresponsabilidade.

Um dos desafios diante da HAS é a adesão dos usuários ao tratamento e aos programas de acompanhamento, prevenção e promoção de saúde. A adesão ao tratamento é considerada um processo complexo, influenciado por fatores ambientais, individuais e de acolhimento por parte dos profissionais de saúde, no qual se encontram comprometidas as dimensões biológica, sociológica e psicológica. Tais fatores são fortes determinantes da qualidade do cuidado prestado. Além destes, somam-se os fatores socioeconômicos, culturais e comportamentais, dificultando ainda mais o processo de adesão.

A Política Nacional de Humanização (PNH) proposta pelo Ministério da Saúde (MS) destaca como estratégia

central desta implantação o acolhimento, como dispositivo de mudança no processo de trabalho em saúde, em todas as unidades municipais de saúde. Neste sentido, O acolhimento constitui uma estratégia de como operar o processo de trabalho em saúde, que traz um novo significado na relação profissional-usuário, o qual é considerado em toda a sua subjetividade.

O contato entre profissional e paciente deveria propiciar o conhecimento do usuário e a continuidade de acompanhamento. A atenção básica tem por objetivo aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, propiciando longitudinalidade e integralidade na atenção prestada aos indivíduos e grupos populacionais. Procura-se trabalhar incentivando a participação popular com as ações de saúde, com ênfase às práticas de educação e promoção da saúde, trabalhando os conteúdos de forma crítica e contextualizada.

Nos últimos anos, os municípios brasileiros adquiriram responsabilidades maiores no âmbito da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). A descentralização do SUS acarretou na responsabilidade municipal de organizar estruturas e processos de gestão para contemplar a atenção à saúde e efetivar as atribuições regulatórias e de fiscalização sanitária¹.

A atenção básica à saúde é considerada a principal porta de entrada no sistema de saúde, é a estratégia organizadora do cuidado integral, alcançando a totalidade dos municípios do país e caracterizando o processo de descentralização do SUS desde o início²⁻³.

Com a estratégia da descentralização, o SUS reafirma a gestão participativa como componente estratégico que, junto com a regionalização e cooperação entre esferas distintas do próprio SUS, propõem uma transformação na cultura da gestão pública no país. Na prestação de serviços, a tarefa que se apresenta é a construção da integralidade, a promoção da equidade e a atenção humanizada à saúde⁴.

Partindo deste contexto para a transformação da gestão, destacam-se dois sujeitos importantes como constituintes desta forma de gerir: o usuário e sua participação, e o trabalhador na sua valorização, no intuito de problematizar o seu desenvolvimento⁴. O reconhecimento do valor desses dois atores na consolidação do SUS permite o intercâmbio entre a gestão e influência na dinâmica social do sistema de saúde.

O modelo que é proposto para a gestão do SUS se apoia no conceito do trabalho em equipe e em coletivos, garantindo que o poder seja de fato compartilhado por meio de diagnósticos, análises, avaliações e decisões construídas coletivamente pelos gestores, trabalhadores da saúde e usuários do sistema de saúde. As necessidades e demandas dos diversos grupos sociais devem ser compreendidas à luz da própria realidade destes grupos, com indicações acerca de seus valores, hábitos, condições sociais e especificidades do seu processo de adoecimento/sofrimento, bem como de suas idealizações acerca do que seja saúde, além dos fatores associados àquilo que estes grupos entendem por bem-viver. Assim, no exercício da gestão participativa, os

sujeitos sociais são concebidos não apenas como sujeitos de direitos, mas como sujeitos ativos que sustentam os sentidos de suas próprias experiências, sendo protagonistas no encaminhamento de demandas referentes às suas realidades sociais⁴.

A gestão participativa agrega legitimidade às ações setoriais e sustentação para os programas e políticas propostas, tendo ainda como objetivo assegurar a inclusão de novos sujeitos na cena da saúde, além de ampliar a possibilidade de escuta das necessidades dos usuários e entidades organizadas da sociedade civil, conferindo maior densidade ao processo de redemocratização da sociedade brasileira⁴.

Na proposta da gestão participativa os serviços de saúde têm três objetivos: produção de saúde, realização profissional e pessoal de seus trabalhadores e a sua própria reprodução enquanto política democrática e solidária. Esses três objetivos exigem a participação dos trabalhadores da saúde, gestores e usuários em um pacto de corresponsabilidade para serem plenamente atingidos⁵. No entanto, observa-se a dificuldade da integração destas diferentes perspectivas de gestão, articulando distintos atores com suas contribuições. Em relação aos usuários, a abordagem biológica, de alguma maneira, configura-o apenas como objeto de trabalho nos serviços de saúde, não sendo considerados na gestão. Nas organizações de saúde, é esperado que o conjunto de trabalhadores e gestores busque a qualidade na produção de saúde, compreendendo a saúde como direito social⁶. Espera-se, também, que seja oferecida aos usuários a oportunidade de ampliar o conhecimento sobre sua doença e a capacidade de autocuidado.

Para contemplar a produção de saúde como descrito, destaca-se o acolhimento. O acolhimento tem como objetivo a escuta e a valorização das queixas do usuário, identificando suas necessidades, com respeito às diferenças, constituindo-se em uma tecnologia relacional direcionada pelo diálogo⁷.

Para alcançar a possibilidade do autocuidado e da adesão dos usuários aos programas das DCNT, observa-se a necessidade da integração dos conceitos e práticas da gestão compartilhada, praticando o acolhimento e trabalhando a intervenção educativa em saúde. Saber como o usuário percebe a sua doença fornece subsídios à equipe gestora para um planejamento adequado dos programas e ações de saúde. Para alcançar sucesso nas atividades de educação em saúde é preciso conhecer os usuários, seus hábitos, crenças e condições em que vivem. Além disso, é necessário envolver os indivíduos nas ações, além de não impor o conhecimento⁸.

A HAS é uma doença que evolui de maneira assintomática e pode acarretar prejuízos em vários órgãos do corpo humano, principalmente alteração das funções renais. O conhecimento do paciente sobre a sua doença pode colaborar para uma melhor adesão ao tratamento e adoção de práticas de promoção de saúde que diminuam a necessidade de intervenções médicas decorrentes das consequências da sua doença. Para que a clientela incorpore estas práticas preventivas é neces-

sária a atuação integralizada e interdisciplinar da equipe de saúde, através do desenvolvimento de estratégias de educação em saúde, objetivando a conscientização sobre a busca e manutenção da saúde⁹. Desta forma, a integração das ações do gestor e do trabalhador na organização do trabalho em saúde é fundamental, sendo o trabalhador o sujeito em contato como cliente, responsável pelas práticas educativas e, principalmente, pela identificação das diferentes necessidades de conhecimento destes usuários. Com estas informações é possível discutir juntamente com o gestor as estratégias para adesão dos clientes aos programas preventivos e delineamento das formas de organização dos serviços prestados.

A educação em saúde é uma área do conhecimento considerada político e didática. Sua prática é determinada pelas condições sociais e econômicas que produzem as políticas. O conhecimento e o comportamento em relação à doença e à saúde requerem profissionais que assumam a função de educadores¹⁰.

Em uma pesquisa que analisou as dificuldades encontradas pelo Programa de Saúde da Família na prestação da assistência aos portadores de doenças crônicas, diabetes e HAS¹¹, os autores observaram que, segundo os médicos, a falta de conhecimento sobre a sua própria condição clínica constituiu-se no principal fator que faz com que a população não adira aos programas de atenção à saúde já instituídos. No mesmo estudo, os autores afirmam que a totalidade dos médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem entrevistados afirmam que os pacientes não seguem adequadamente às recomendações de autocuidado, sugerindo a existência de problemas de comunicação entre o sistema de saúde e os seus usuários, dificultando o alcance da produção de saúde.

A partir da inquietação em relação à importância do conhecimento do usuário e o papel do trabalhador e do gestor na comunicação e educação do paciente, buscou-se avaliar o conhecimento de portadores de HAS com relação às possíveis complicações que podem decorrer da manutenção de elevados níveis pressóricos, com o intuito de discutir a valorização deste conhecimento como subsídio aos gestores e trabalhadores na gestão compartilhada para a organização dos serviços de saúde. Dessa forma, o foco central deste trabalho consistiu em avaliar o conhecimento de portadores de HAS em relação às complicações de sua doença e destacar a importância da valorização do conhecimento de usuário portador de HAS, visando fornecer subsídios aos gestores no tangente à participação dos trabalhadores e usuários na gestão compartilhada na organização dos serviços de saúde, no desenvolvimento de políticas e programas educacionais; e no controle dos agravos da DCNT.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, prospectivo, e de abordagem quantitativa, realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de São Paulo – SP, no

período de março a abril de 2012. A amostra populacional deste estudo foi constituída por indivíduos hipertensos, maiores de 18 anos, e que concordaram em participar desta pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O instrumento de coleta de dados constituiu-se de um questionário com perguntas fechadas acerca do conhecimento dos portadores de HAS com relação às complicações de sua doença, bem como a adesão dos participantes ao tratamento no serviço de saúde, além das práticas de autocuidado. As variáveis observadas foram apresentadas por suas frequências relativa e absoluta, sem a aplicação de testes estatísticos mais apurados. Todas as variáveis estudadas passaram por uma análise multivariada utilizando-se o programa *Medcalc Clinical Calculations*[®] (Aspire Soft International). Nenhuma informação que pudesse identificar a instituição onde essa pesquisa foi realizada ou os pacientes que participaram do estudo foi divulgada. Este trabalho foi registrado no Conselho Nacional de Saúde (CNS), e aprovado sob o protocolo nº 317840/2010 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, por obedecer às diretrizes previstas pela resolução 196/96 do CNS, vigente à época, quanto aos seus aspectos éticos e legais.

Resultados

Durante o período de realização do estudo, foram abordados 200 indivíduos (83 homens /117 mulheres, com média de idade de 26±9 anos), dos quais 47 (23% do total de indivíduos abordados) declararam-se hipertensos e foram efetivamente entrevistados. Destes, 29 participantes (62%) eram do sexo feminino e 18 (38%) do sexo masculino, com média de idade de 34±7 anos.

Na distribuição dos entrevistados de acordo com a etnia, 26 indivíduos (55% dos entrevistados) declararam-se brancos, 4 participantes (8% da amostra) declararam-se negros, 3 entrevistados (6% dos indivíduos) declararam-se mulatos, 13 estudantes (28% dos participantes) declararam-se pardos, 1 entrevistado (2% da amostra) declarou-se oriental.

Avaliando-se os níveis de pressão arterial dos entrevistados, observamos uma pressão arterial sistólica média de 160±26 mmHg e uma pressão arterial diastólica média de 110±21 mmHg, nos permitindo classificar nossa amostra populacional como portadora de Hipertensão Moderada (estágio 2)¹².

Quando indagados sobre a presença de pai ou mãe portadores de HAS, 39 indivíduos (83% da amostra) relataram possuir (ou ter possuído) pelo menos um dos dois progenitores nesta condição.

Com relação à adesão ao tratamento medicamentoso prescrito, adesão efetiva foi observada em 28 entrevistados (60% da amostra). Já com relação ao seguimento das orientações dietéticas, prática de atividade física e abandono do etilismo e tabagismo, observamos que 27 indivíduos (57% dos entrevistados) seguem as orientações de dieta, apenas 7 entrevistados (15% da amostra) realizam atividade física, 9 sujeitos (19% da amostra) con-

somem bebidas alcoólicas regularmente e 6 indivíduos (13% da dos entrevistados) mantém hábito tabagista.

Quando avaliamos o conhecimento do portador de HAS sobre as possíveis complicações de sua morbidade, 43 indivíduos (91% da amostra) demonstraram conhecer o fato de que a HAS não controlada poderia lhes trazer complicações cardiovasculares e neurológicas. Porém, apenas 10 entrevistados (21% da amostra) citaram a nefropatia hipertensiva e a insuficiência renal crônica como possíveis complicações de sua condição clínica.

Na análise univariada, apenas as variáveis idade e sexo relacionaram-se positivamente com a variável desfecho (conhecer ou não a possibilidade de desenvolver complicações de ordem renal decorrentes da manutenção de elevados níveis pressóricos). Todavia, quando consideradas conjuntamente em uma análise multivariada, as variáveis citadas não apresentaram relação estatisticamente significativa com o acentuado desconhecimento das complicações renais que podem decorrer da HAS.

Discussão

Em decorrência ao crescente número de indivíduos que vêm desenvolvendo HAS nas últimas décadas, mostra-se evidente a necessidade de uma constante preocupação dos gestores públicos com relação à necessidade da realização de investimentos financeiros no intuito de desenvolver ações relacionadas não só ao tratamento desta importante condição clínica mas, essencialmente, na prevenção das complicações que podem decorrer da manutenção constante de elevados níveis de pressão arterial.

Embora a amostra desta pesquisa seja composta por universitários, a análise dos dados permitiu afirmar que a falta de conhecimento dos portadores de HAS com relação às consequências da sua doença é preocupante. Em um estudo realizado com 667 universitários na cidade de Lubango – Angola, observaram-se índices semelhantes de desconhecimento, especialmente com relação à presença de diversos fatores de risco para a HAS entre os entrevistados¹². Espera-se que a população universitária apresente maiores condições para obtenção de informações relacionadas à manutenção da saúde, fenômeno este não observado no referido levantamento. A partir desta análise, é possível inferir que a população com menor grau de escolaridade apresenta, conseqüentemente, um conhecimento ainda menor com relação aos catastróficos desfechos que podem decorrer da não realização do adequado controle de sua doença, o que *per se* já se caracteriza em um importante problema para a gestão dos serviços em saúde.

Neste trabalho, demonstramos que cerca de metade da amostra observada referiu não seguir adequadamente as orientações dietéticas, medicamentosas e relacionadas à prática de hábitos saudáveis que visam manter adequados seus níveis pressóricos. Nossos achados foram confirmados por um estudo que demonstrou baixa adesão dos hipertensos ao tratamento farmacológico⁹.

Na referida pesquisa, foi demonstrado pelos autores que cerca de 1/3 dos portadores de HAS se preocupam apenas com a resolução do quadro crítico da hipertensão, reassumindo o tratamento apenas para solução da crise hipertensiva, abandonando novamente o tratamento logo após a resolução do quadro agudo⁹. Certamente a falta de informação e adesão aos programas de saúde da população está relacionada à forma de organização dos serviços prestados pela equipe de saúde.

Por ser uma doença assintomática e com a possibilidade de acometimento de uma série de órgãos-alvo sem a percepção do portador, torna-se de suma importância o conhecimento dos indivíduos hipertensos com relação à necessidade da manutenção de níveis pressóricos adequados visando evitar a instalação dessas comorbidades. Julga-se importante avaliar o conhecimento do portador de HAS com relação à sua saúde, visando identificar possíveis falhas nas campanhas de esclarecimento, buscando assim novas alternativas para solucionar um problema. Para identificar o conhecimento e as necessidades educacionais, o papel do trabalhador em saúde é fundamental, pois a equipe de saúde está em contato com o usuário e conhece os fatores socio culturais que envolvem o processo de educação e adesão do paciente aos serviços. Para atingir este objetivo a valorização do trabalhador se faz importante na gestão compartilhada e na ação do acolhimento.

A produção de saúde deve estar compreendida na categoria de serviços. Entretanto, uma importante particularidade é que a saúde é produzida pelo encontro e sinergia entre quem a produz e quem a recebe, ou seja, no ato da interação entre o trabalhador e o paciente. Desta maneira, a equipe de trabalhadores de saúde, durante suas ações, necessita manter uma relação humanizada com os usuários. Sendo o serviço de saúde peculiar, depende do estabelecimento de um vínculo entre os envolvidos. Percebe-se que, com relação à HAS, o vínculo citado não se encontra bem estabelecido, já que a referida doença pode ser facilmente controlada, o que contribui com uma diminuição considerável dos agravos a ela relacionados, em especial a partir da adesão dos portadores aos programas de saúde já existentes, que estão relacionados especialmente à mudança dos hábitos de vida.

A adesão dos usuários aos programas, além do autocuidado, está diretamente atrelada ao vínculo criado entre ele e o serviço. A partir disso, cabe à gestão dos serviços de saúde identificar e valorizar o conhecimento do usuário, atendendo à reorientação da forma de gerir proposta pelo Ministério da Saúde (MS), incluindo na gestão dois novos sujeitos nos processos: o trabalhador e o usuário. Além da inclusão dos novos sujeitos, a gestão compartilhada incorpora também a função de análise de contextos. Destaca-se, portanto, que nestas análises, o conhecimento dos portadores de doenças crônicas deve ser considerado na formulação das ações em saúde.

Reconhecemos que a amostra estudada foi reduzida, que a avaliação da pressão arterial dos participantes

foi realizada de maneira pontual, e que outras variáveis de interferência pudessem ter sido mais bem controladas neste breve estudo. Assumimos ainda que a comparação dos dados dos indivíduos hipertensos com os dados obtidos de um grupo controle devidamente pareado reforçariam ou não os resultados aqui discutidos. Todavia, sugerimos a realização de novos estudos, mais bem acompanhados, com o intuito de verificar se o problema aqui exposto se repetirá quando analisado em maior escala.

Conclusão

Nesta breve avaliação quantitativa, observou-se que a grande maioria dos hipertensos entrevistados desconhece as complicações nefrológicas que podem decorrer da manutenção de elevados níveis pressóricos. A avaliação do conhecimento do usuário com respeito à sua própria doença, bem como de suas complicações, deve ser valorizada pelos gestores, assim como pelos trabalhadores diretamente em contato com estes pacientes. Neste ponto, a participação do trabalhador em saúde e do usuário, junto ao gestor, se faz importante para a organização das ações de saúde, além da criação de programas de avaliação da adesão dos pacientes aos mesmos. Desta forma, esta integração de saberes numa gestão compartilhada pode contribuir de maneira bastante profunda para a produção do estado de saúde.

Referências

1. Ministério da Saúde. (BR). Gestão municipal de saúde: textos básicos. Brasília: 2001.
2. Ministério da Saúde. BR. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS: Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

3. Silveira DS da, Facchini LA, Siqueira FV, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, *et al.* Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2010;26(9): 1714-26.
4. Cunha PF, Magajewski F. Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. *Saúde Soc.* 2012;21(supl. 1):71-9.
5. Costa AM, Lionço T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde. *Saúde Soc.* 2006;15(2):47-55.
6. Amaral M, Campos G. Organização do trabalho e gestão do cuidado em saúde: uma metodologia de cogestão. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
7. Schneider DG, Manschein AMM, Ausen MAB, Martins J de J, Albuquerque GL de. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(1):81-9.
8. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu).* 2005;9(16):39-52.
9. Santos Z, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto Contexto Enferm.* 2005;14(3):332-40.
10. Santos Z, Frota M, Cruz D, Holanda S, Catrib A, Pordeus M, *et al.* Promoção da saúde: saber fazer em construção. Fortaleza: Demócrito Rocha; 2003.
11. Justa M, Malik A, Meirelles C. Produção em sistemas de saúde: identificando dificuldades do programa de saúde da família na prestação da assistência aos portadores de duas doenças crônicas. *In: Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações Internacionais.* São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2012.
12. Mion Jr D, Machado CA, Gomes MAM, Nobre F, Kohlmann Jr O, Amodeo C, *et al.* IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2004;82:1-1.

Endereço para correspondência:

Renato Ribeiro Nogueira Ferraz
Universidade Nove de Julho, Memorial da América Latina
Av. Francisco Matarazzo, 612 – Prédio C – 1º andar – Barra Funda
São Paulo-SP, CEP 01156-050
Brasil

E-mail: renato ferraz@uninove.br

Recebido em 11 de outubro de 2013
Aceito em 1 de abril de 2014