

Percepção de responsáveis sobre as necessidades normativas de tratamento odontológico de pacientes infantis

Guardians' perception of the normative need for dental care of pediatric patients

Maria Bárbara Carvalho Torres GUIMARÃES¹
Erika Calvano KUCHLER¹
Gloria Fernanda Barbosa Araujo CASTRO¹
Lucianne Cople MAIA¹

RESUMO

Objetivo: Identificar a percepção de responsáveis sobre as necessidades de tratamento odontológico de pacientes infantis, bem como as necessidades normativas de tratamento das crianças.

Métodos: Prontuários de 355 pacientes infantis, com idade entre zero e 12 anos, atendidos em uma Instituição de Ensino Superior, foram selecionados e, destes, foram extraídos dados dos responsáveis referentes à idade e escolaridade. Avaliaram-se clinicamente as necessidades normativas de tratamento das crianças e também a percepção dos responsáveis em relação a essas necessidades. Os dados foram tabulados pelo teste χ^2 .

Resultados: A média de idade dos responsáveis foi de 35,5 + 8 anos, sendo 84% destes as próprias mães, que na maioria possuía o 1º grau incompleto (36%). A necessidade normativa de tratamento mais observada nas crianças foi dentisteria em dentes posteriores (52%). A maioria dos responsáveis (41%) identificou tardiamente as necessidades restauradoras, ou subestimou alguma necessidade de tratamento (35%). Apenas 3% da amostra identificaram a necessidade de tratamento precoce. Não foi observada relação entre a percepção dos responsáveis e escolaridade ($\chi^2-p > 0,05$). No entanto, os responsáveis com menos de 35 anos perceberam melhor as necessidades, ainda que tardiamente ($\chi^2-p < 0,05$).

Conclusão: Concluiu-se que, embora a percepção dos responsáveis tenha sido influenciada pela idade, foi inadequada por subestimar as necessidades normativas de tratamento odontológico das crianças.

Termos de indexação: percepção; pais; criança; odontologia.

ABSTRACT

Objective: To identify the guardians' perception of the need for dental treatment of pediatric patients, as well as the normative needs for the treatment of children.

Methods: The medical charts of 355 pediatric patients between the ages of zero and 12 years, attended at the Higher Education Institute, were selected, and from these, data were collected from the guardians with reference to their age and educational level. The normative need for treatment of the children were clinically assessed, as well as the perception of the guardians with regard to these needs. The data were tabulated by the Chi-square test.

Results: The guardians' mean age was 35.5 + 8 years, 84% of them being the mothers themselves, the majority of whom had incomplete primary schooling (36%). The normative need for treatment most noted in the children was (dentistry) dental care(?) in posterior teeth (52%). The majority of the guardians (41%) were late in identifying the restorative needs, or underestimated some of the need for treatment (35%). Only 3% of the sample identified the need for early treatment. No relationship was observed between the guardians' perception and educational level ($\chi^2-p > 0.05$). However, the guardians under the age of 35, perceived the needs better, although late ($\chi^2-p < 0.05$).

Conclusion: It was concluded that although the guardians' perception was influenced by age, it was inadequate because they underestimated the normative needs for dental treatment of the children.

Indexing terms: perceptions; parents; child; dentistry.

INTRODUÇÃO

A saúde bucal ainda é muito negligenciada pela população brasileira¹ e isto se deve, em grande parte, a uma falta de motivação e educação em saúde. A dificuldade que existe em alterar esta negligên-

cia com a saúde oral nos indivíduos resulta tanto da falta de conhecimento nesta área quanto dos conceitos errados já tão sedimentados, em conjunto com as dificuldades sócio-econômicas²⁻³.

O fato de crianças sempre necessitarem de responsáveis que as conduzam para o atendimento odontológico gera uma limitação ainda maior dentro deste contexto de

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Odontologia. R. Gastão Gonçalves, 47, apto. 501, Santa Rosa, 24240-030, Niterói, RJ, Brasil. Correspondência para / Correspondence to: LC MAIA (rarefa@terra.com.br).

saúde bucal, já que a expressão de suas necessidades fica restrita às percepções que estes indivíduos possuem sobre a mesma⁴⁻⁵. Desta forma, conhecer o que os responsáveis por pacientes infantis percebem como necessidade de tratamento passa a ser fundamental para que se consiga equacionar os problemas de saúde bucal da população infantil⁶. Além disso, quando se é possível determinar as necessidades normativas de tratamento odontológico de crianças que são conduzidas por seus responsáveis, pode-se trabalhar visando à otimização dos serviços de saúde odontológico, possibilitando o direcionamento adequado ao tratamento.

Neste sentido, este estudo tem por objetivo identificar as percepções de responsáveis sobre as necessidades de tratamento odontológico de pacientes infantis que procuram por atendimento odontológico ambulatorial na Clínica de Odontopediatria de uma instituição de ensino superior do Rio de Janeiro, e compará-las com as necessidades normativas de tratamento odontológico dessa mesma população infantil.

MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como retrospectivo descritivo, na medida em que descreve um fato, fenômeno ou problema a partir de um levantamento dos seus componentes⁷.

O universo amostral abrangeu crianças de zero a 12 anos e seus responsáveis que procuraram por atendimento odontológico ambulatorial infantil na Clínica de Odontopediatria de uma Instituição de Ensino Superior através das triagens para tratamento dentário, perfazendo um total de 363 pares de responsáveis e crianças com seus respectivos prontuários. Pacientes que procuraram por atendimento odontológico em caráter de urgência como os da Clínica de Trauma e Emergência, fora dos dias de triagem, foram excluídos desse estudo, assim como prontuários com ausência de dados ou incompletos.

Neste estudo, optou-se por estabelecer um número amplo de variáveis sendo estas avaliadas de forma dicotomizada, considerando-se apenas a presença ou ausência de determinada morbidade (Quadro 1). O grau de detalhamento das variáveis, portanto, restringiu-se a identificar a ocorrência, ou não, da mesma na população envolvida e a sua prevalência, não sendo objetivo deste estudo identificar através de índices específicos o grau e/ou a severidade de suas manifestações.

A coleta de dados foi realizada durante as Clínicas de Triagem da Disciplina de Odontopediatria de uma entidade de Ensino Superior do Rio de Janeiro no período de maio a novembro de 2005. Três Professores da Disciplina (previamente treinados para a identificação

da presença ou ausência dos problemas bucais) ficaram responsáveis por realizar a anamnese e o exame clínico do paciente.

O trabalho foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Clementino de Fraga Filho, sob o protocolo nº 098/05. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos responsáveis das crianças após ter sido lido na presença de duas testemunhas.

Para a realização da anamnese, o responsável da criança forneceu os dados e estes foram anotados por um anotador. Também foram coletados dados (de forma aberta) sobre a queixa principal do paciente e seu responsável. O exame clínico foi feito com auxílio de luz artificial e espátula de madeira afastadora de língua. Os dados sobre condições de saúde bucal e necessidades normativas de tratamento odontológico das crianças foram avaliados pelo professor examinador. Cabe ressaltar que as necessidades normativas de tratamento eram caracterizadas pela presença de determinada morbidade. Por exemplo, se a criança possuía uma lesão ativa não cavitada em esmalte (mancha branca ativa) ela possuía uma necessidade normativa de remineralização; se a lesão cariosa estivesse cavitada em esmalte, a criança possuía necessidade restauradora e assim por diante.

A queixa principal relatada por cada responsável foi confrontada com os dados sobre as necessidades normativas de tratamento odontológico da criança e, a partir desse confronto, as percepções dos responsáveis foram resumidas em uma das seguintes categorias: 0) não soube identificar a real necessidade de tratamento; 1) identificou, porém subestimou alguma necessidade de tratamento; 2) identificou tardiamente (foi considerado identificação tardia quando o responsável procurou atendimento apenas quando a necessidade normativa de tratamento da criança estava em estágio mais avançado, tais como necessidades de procedimentos de endodontia, exodontia, restauração em bateria labial superior junto com necessidades de tratamento restaurador em dentes posteriores não identificadas); 3) identificou a necessidade de tratamento restaurador (sem endodontia ou exodontia); 4) identificou de forma precoce (foi considerado identificação precoce quando o responsável procurou por atendimento quando a necessidade normativa de tratamento da criança estava em estágio mais inicial da doença, necessitando de procedimentos não invasivos.); 5) identificou necessidade de tratamento ortodôntico; 6) identificou a ausência de necessidade de tratamento; 7) identificou outras necessidades.

Cabe destacar que, durante o processo de categorização das percepções, caso estas pudessem ser enquadradas em mais de uma categoria, seriam classificadas na categoria de maior percepção, seguindo o grau de complexidade das manifestações clínicas.

Após a triagem, a partir da observação das necessidades normativas de tratamento odontológico da população infantil e das queixas de seus responsáveis frente ao que eles esperam desse tratamento, os pacientes foram alocados nas diferentes clínicas da Disciplina de Odontopediatria e aguardaram por contato para iniciar o tratamento odontológico.

Os dados foram tabulados em um banco de dados do Programa EPI INFO 3.2.2 e analisados a partir de suas frequências relativas e absolutas. Quando possível, foram utilizados os testes estatísticos pertinentes para que se pudessem estabelecer as relações entre as variáveis de análise.

RESULTADOS

Dos 363 prontuários, 8 foram excluídos do estudo por não estarem completos, ficando a amostra totalizada em 355 prontuários de crianças com média de idade de $6,4 \pm 3,1$ anos. Destes, 49,3% eram crianças do gênero masculino ($6,5 \pm 3,2$ anos) e 50,7% do gênero feminino ($6,3 \pm 3,1$ anos).

A média de idade dos responsáveis foi de 35,5 anos $\pm 8,68$ sendo 84% destes, as próprias mães. A escolaridade da maioria destes (36%) era o 1º grau incompleto, seguido do 2º grau completo (34%) e 1º grau completo (26%). Verificou-se também que, em 63% dos casos, os cuidadores secundários estavam representados pelas próprias mães, em 19% pelas avós e o restante por pais, vizinhos, creche e outros.

Quanto à queixa principal, 28% dos pares responsáveis/crianças relataram presença de cárie e 22% posição irregular dos dentes. Outros resultados podem ser vistos na Figura 1.

A frequência (%) das necessidades normativa de tratamento odontológico está ilustrada na Figura 2.

Verificou-se que, quando a queixa principal foi de tratamento ortodôntico, apesar de estarem corretos quanto à necessidade de algum tratamento ortodôntico em 83% dos casos, outras necessidades normativas foram subestimadas, como por exemplo: dentisteria (33%) e endodontia, em dentes decíduos posteriores (17%); exodontias de dentes decíduos (10%) e até mesmo endodontia em dentes permanentes (7%).

Reforçando esta característica de baixa percepção da existência de cárie, entre aqueles que não se queixaram dessa doença, verificou-se que, 42% das crianças necessitavam de restaurações em dentes posteriores, 23% de tratamento

endodôntico em dentes decíduos, 12% já necessitavam visivelmente de exodontia de dentes decíduos e 7% até de endodontia de dentes permanentes.

As percepções dos responsáveis em relação às necessidades normativas de tratamento de suas crianças estão listadas na Tabela 1.

Não houve diferença significativa entre as percepções dos responsáveis em relação ao gênero ($p > 0,05$) e também em relação à escolaridade dos mesmos ($p > 0,05$). Responsáveis com menos de 35 anos tiveram uma percepção maior da necessidade de tratamento restaurador, ainda que tardiamente ($p < 0,05$) em relação aos mais velhos (Tabela 2).

Quadro 1. Variáveis clínicas estudadas.

Condição dental *	Condição ortodôntica *
Biofilme visível	Mordida cruzada anterior ***
presença de mancha branca ativa	Mordida cruzada posterior ***
Cárie ativa sem envolvimento pulpar visível**	Mordida aberta anterior
Cárie ativa com envolvimento pulpar visível	Apinhamento
Extraídos por cárie	Sobressaliência acentuada ****
Extração indicada	Sobremordida acentuada ****
Restaurado	Perda de espaço
Condição gengivo-periodontal *	Anomalias dentárias *
Gengivite (edema e sangramento)	Defeito na amelogenese ou dentinogenese
Tártaro	Alteração de forma
Fístula	Alteração de número
Exsudato sulcular	Alteração de posição (erupção ectópica, transposição)
Outros: úlcera, laceração, hiperplasia, hipertrofia	Outros problemas estudados*
	Retenção prolongada de decíduo
	Fluorose
	Traumatismo dentário
	Lesão de tecidos moles
	Anquiloglossia total ou parcial
	Bruxismo

* A avaliação clínica dos pacientes (dentição decídua, mista e permanente) levou em consideração a presença ou ausência das variáveis; ** Cárie em esmalte ou esmalte e dentina; *** Uni ou bilateral; **** Acima de 3,0mm.

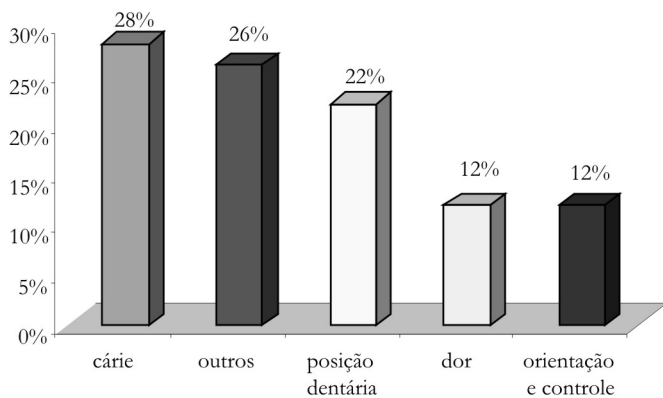


Figura 1. Principais queixas odontológicas das crianças relatadas por seus responsáveis.

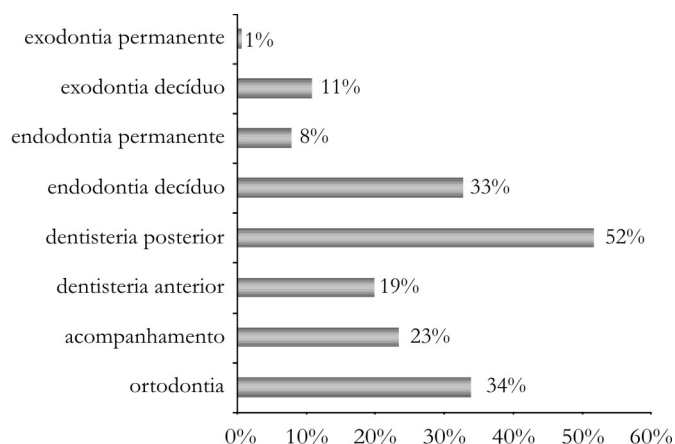


Figura 2. Distribuição (%) das necessidades normativas de tratamento odontológico infantil.

Tabela 1. Percepção de responsáveis sobre necessidades de tratamento infantil.

Percepção dos responsáveis	Frequência (n)	Frequência (%)
Não soube	62	18
Subestimou alguma necessidade	104	29
Identificou tardiamente	117	33
Identificou necessidade de tratamento restaurador	46	13
Identificou precocemente	5	1
Identificou necessidade ortodôntica	65	18
Identificou ausência de necessidade de tratamento restaurador ou ortodôntico	29	8
Identificou outras necessidades	27	8

Tabela 2. Percepção de responsáveis sobre necessidades de tratamento infantil e sua relação com gênero, faixa etária e escolaridade.

Percepção dos responsáveis	Gênero %		Faixa etária %		Escolaridade %		
	M	F	< 35 anos	>=35 anos	1º Grau incompleto	1º Grau completo	2º Grau completo
Não soube	41	59	59	41	42	23	35
Subestimou alguma necessidade	49	51	53	47	41	22	37
Identificou tardiamente	51	49	65*	35*	41	25	34
Identificou necessidade de tratamento restaurador	53	47	63	37	32	23	45
Identificou precocemente	60	40	66	34	-	50	50
Identificou necessidade ortodôntica	48	52	45	55	34	21	45
Identificou ausência de necessidade de tratamento restaurador ou ortodôntico	56	44	67	33	19	47	33
Identificou outras necessidades	49	51	54	46	35	35	30

* $p < 0,05$ Qui Quadrado

DISCUSSÃO

Este estudo objetivou comparar dados subjetivos sobre a queixa principal odontológica manifesta nas percepções de responsáveis por crianças, com dados objetivos sobre as necessidades normativas de tratamento dentário, determinadas a partir da observação das condições clínicas da saúde bucal destas crianças.

Ao se verificar a real necessidade de tratamento odontológico (necessidade normativa) de crianças que são conduzidas por seus responsáveis para atendimento odontológico, pode-se direcioná-las às clínicas adequadas, agilizando o tratamento. Esse procedimento evita uma demora desnecessária por encaminhamento inadequado às clínicas de odontopediatria,

gerando uma otimização, não apenas do tempo necessário para o início do tratamento, como favorecendo a alocação dos pacientes em clínicas que efetivamente os absorvam em função das suas necessidades. Destaca-se que, embora o grau de detalhamento das variáveis, neste estudo, tenha se restringido a identificar a ocorrência, ou não, de determinada morbidade, a estratégia de não utilizar índices específicos para a verificação do grau e/ou severidade das manifestações clínicas poderia subestimar algumas necessidades normativas específicas. No entanto o método empregado foi capaz de identificar de maneira abrangente e objetiva, as necessidades normativas de tratamento, contemplando assim seu objetivo de otimização do atendimento para o grupo de crianças em questão.

Em segundo lugar, ao se caracterizar o que a população do estudo entende como necessidade de tratamento odontológico e o que de fato é necessário tratar, pode-se embasar estratégias educativas para adequar as percepções às necessidades normativas de tratamento⁸, favorecendo a condução e a satisfação do paciente frente a esse tratamento.

No presente estudo, muitos responsáveis subestimaram ou identificaram tardiamente algumas necessidades de tratamento de suas crianças, o que aponta para o fato de que o conhecimento sobre saúde bucal ainda é pobre, reforçando assim a necessidade de se esclarecer a população em relação ao fato de que algumas doenças bucais podem e devem ser controladas precocemente⁹.

Inglehart et al.¹⁰ destacaram o papel da família na prevenção de doenças bucais, uma vez que os responsáveis pelas crianças são, de um modo geral, os que primeiro cuidam desses pacientes, estabelecendo primariamente hábitos de saúde bucal. A família é um dos contextos mais importantes da realidade infantil, pois é através dela que a criança é apresentada ao mundo ao seu redor¹¹, cabendo a esta, como núcleo primitivo da sociedade, a responsabilidade de formar indivíduos conscientes de suas necessidades, além de estabelecer práticas diárias capazes de gerar saúde¹².

Considerando-se que os responsáveis deste estudo estão representados em sua maioria pelas mães das crianças, e que estas se responsabilizaram pelo encaminhamento de seus filhos para as consultas odontológicas, deve-se ter em mente que muito ainda é necessário para que estes responsáveis percebam melhor os reais motivos de procura por tratamento odontológico infantil, que muitas dessas condições podem ser evitadas, e que estas percepções estejam efetivamente pautadas no conhecimento adquirido sobre saúde bucal, já que programas preventivos em que as atenções se dirigem também aos pais têm demonstrado maior sucesso¹³.

Destaca-se ainda que adultos capazes de reconhecer as necessidades preventivas e não somente curativas, tanto para

si quanto para suas crianças, são de fundamental importância em qualquer contexto que vise à melhoria na qualidade da saúde bucal da população infantil, uma vez que atitudes dos pais/responsáveis têm influência nas doenças dentárias apresentadas por suas crianças^{9-10,14-16}.

Por outro lado, pode-se perceber que na amostra deste estudo, há o mesmo percentual de responsáveis procurando por orientação e controle quanto com queixa de dor. Isso evidencia que, apesar do conceito bastante difundido de uma odontologia de característica mutiladora¹⁷, percebe-se uma parcela de responsáveis buscando por atendimento preventivo para as suas crianças, ainda que alguns destes pacientes já apresentassem lesões de cárie não identificadas e/ou subestimadas por seus responsáveis. Além disto, o fato de alguns desses responsáveis encaminharem suas crianças à clínica para orientação e controle mesmo não tendo percebido a real necessidade de tratamento pode ser uma possibilidade deste grupo vir a aceitar com maior compromisso um programa de educação em saúde bucal.

Como a distribuição das idades dos responsáveis nas diversas faixas de idade apresentou-se sem diferença estatisticamente significativa, as idades dos responsáveis para análise das percepções foram agrupadas tomando como parâmetro a média de idade que foi de 35,48 anos. Verificou-se assim que os responsáveis com menos de 35 anos (a partir da média de idade 35,48 anos) tiveram uma percepção maior da necessidade de tratamento restaurador, ainda que tardiamente, em relação aos mais velhos. Embora não estatisticamente significativa, este mesmo grupo também observou mais frequentemente outras necessidades de tratamento, como tratamento restaurador, necessidades precoces, tratamento ortodôntico e outros. Acredita-se que pessoas de mais idade ainda tenham uma visão mais mutiladora do processo cariioso, o que pode estar limitando suas percepções em relação às necessidades normativas de tratamento de suas crianças³.

Em relação à escolaridade dos responsáveis, não foi possível demonstrar que uma instrução maior estivesse relacionada a uma melhor percepção das necessidades normativas de tratamento. No entanto, observa-se nos resultados que, embora não estatisticamente significativa, a maioria dos responsáveis que não souberam identificar, subestimaram ou identificaram tardiamente tinham o menor grau de instrução (1º grau incompleto). Além disso, nesta amostra, nenhum responsável com este grau de instrução foi capaz de identificar precocemente alguma necessidade.

Os resultados deste estudo apontaram para a necessidade de adoção de estratégias múltiplas de promoção de saúde para a população assistida. A combinação de diferentes metodologias, incluindo uma política universitária voltada para

uma maior aproximação da comunidade com os profissionais de saúde, quer pela elaboração de dispositivos de educação em saúde e esclarecimentos da população sobre saúde bucal, quer pela melhoria na comunicação entre profissionais e pacientes, que favoreça uma maior identificação destes indivíduos no que diz respeito às suas queixas e percepções sobre suas necessidades de tratamento odontológico, na tentativa de aproximar as necessidades percebidas pelos indivíduos e seus responsáveis das necessidades normativas de tratamento odontológico.

Neste sentido, este estudo reforça a necessidade de elaboração de novas estratégias de educação em saúde bucal, bem como a realização de novos estudos para identificar as percepções dos responsáveis sobre as necessidades de tratamento da população infantil. O confronto entre as percepções e as necessidades normativas de tratamento destes pacientes é necessário, a fim de embasar, a fim de se embasar, no futuro, o planejamento e a avaliação de medidas preventivas e curativas adequadas ao equacionamento dos problemas de saúde e doença bucal desta população.

REFERÊNCIAS

1. Kirchner VL, Mendonça LL, Costa RN. Educação para a saúde bucal: manual de ensino na escola de 1º grau. Belo Horizonte: UFMG; 1992.
2. Couto JL, Couto RS, Duarte CA. Motivação do paciente. RGO - Rev Gaúcha Odontol. 1992 mar.-abr.; 40(2): 143-50.
3. Petry PC, Pretto MS. Educação e motivação em saúde bucal. In: Kriger L (org.) Promoção de saúde bucal: paradigma, ciência e humanização. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p. 371-85.
4. Birkeland K, Boe OE, Wisth PJ. Orthodontic concern among 11-year-old children and their parents compared with orthodontic treatment need assessed by index of orthodontic treatment need. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1996; 110(2): 197-205.
5. Chew MT, Aw AK. Appropriateness of orthodontic referrals: self-perceived and normative treatment needs of patients referred for orthodontic consultation. Community Dent Oral Epidemiol. 2002; 30(6): 449-54.
6. Pinto VG. Saúde bucal coletiva. In: Pinto VG (org.) Educação em saúde bucal. 4ª ed. São Paulo: Santos; 2000. p. 311-7.
7. Santos AR. Metodologia científica: a construção do conhecimento. Rio de Janeiro: DP&A; 1999.
8. Bijella MFTB. importância da educação em saúde bucal nos programas preventivos para a criança. Cecade News. 1993; 1(1/2): 25-8.
9. Navarro MFL, Côrtes DF. Avaliação e tratamento do paciente com relação ao risco de cárie. Maxi Odonto: dentística. 1995; 1(4):1-38.
10. Inglehart M, Tedesco LA. Behavioral research related to oral hygiene practices: a new century model of oral health promotion. Periodontol 2000. 1995; 8: 15-23.
11. Bardal PAP, Olympio KPK, Do Valle AAL, Tomita NE Cárie dentária em crianças como fenômeno natural ou patológico: ênfase na abordagem qualitativa. Cienc Saúde Coletiva. 2006; 11(1): 161-7.
12. Costa ICC, Marcelino G, Guimarães BM, Adas N. A gestante como agente multiplicador de saúde. RPG Rev Pos-Grad. 1998; 5(2): 87-92.
13. Klass K, Rhoden C. Aspects of dental health education for preschool children and their parents. ASDC J Dent Child. 1981; 48(5): 357-63.
14. Holm AK. Education and diet in the prevention of caries in the preschool child. J Dent. 1990; 18(6): 308-14.
15. Wanderley MT, Nosé CC, Corrêa MSNP. Educação e motivação na promoção de saúde bucal. In: Corrêa MSNP. Odontologia na primeira infância. São Paulo: Santos; 1998. p. 389-402.
16. Sarnat H, Kagan A, Raviv A. The relation between mothers' attitude toward dentistry and the oral status of their children. Pediatr Dent. 1984; 6(3): 128-31.
17. Massoni ACLT, Forte FDS, Sampaio FC. Health promotion perception from parents and caretakers. Rev Odontol UNESP. 2005; 34(4): 193-7.

Recebido em: 20/9/2007

Versão final reapresentada em: 18/1/2008

Aprovado em: 31/3/2008

CONCLUSÃO

Concluiu-se que a percepção dos responsáveis não foi influenciada por sua escolaridade e, embora a idade tenha relação com a percepção sobre as necessidades de tratamento das crianças, estas tendem a ser insatisfatórias por subestimarem as necessidades normativas de tratamento odontológico de suas crianças.

Colaboradores

MB GUIMARÃES e E KUCHLER participaram da coleta de dados, avaliação dos resultados e redação. G CASTRO participou da idealização, análise dos resultados e discussão. LC MAIA participou da idealização, discussão e revisão final.