

Atendimento equânime à demanda espontânea odontológica através da caracterização e implantação da classificação de risco por cores, régua da dor e gestão longitudinal da clínica na Unidade Básica de Saúde Jardim das Palmas

Equally attendance of spontaneous dental care through characterization and implantation of the risk classification using colors, pain scale and longitudinal management of the clinic at Health Basic Unit Jardim das Palmas

Atención equitativa de la demanda espontanea odontologica mediante la caracterización y implantación de la clasificación de riesgo por colores, escala de dolor y administración longitudinal de la clínica en la Unidad Basica de Salud Jardim das Palmas

Thais Paragis Sanchez¹, Danielle Borchardt¹, Leonardo Tribis¹

¹ Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - SP

Resumo

Problema: O significado de demanda espontânea é a busca dos pacientes por atendimento por sua autopercepção ou por alguma intercorrência clínica. Por muitas vezes, essa porta de entrada é utilizada de maneira recorrente pelos mesmos pacientes, sobrecarregando o serviço sem que eles tenham suas necessidades resolvidas. **Métodos:** O objetivo deste trabalho transversal e descritivo foi reorganizar de forma equânime o atendimento à demanda espontânea odontológica através da elaboração de instrumento para caracterizar o perfil dos pacientes da Unidade Básica de Saúde Jardim das Palmas, uso da classificação de risco por cores (CAB 28), escala de dor e prioridade clínica odontológica e garantir a continuidade do cuidado destes na atenção básica. **Resultados:** Tivemos a priorização das urgências, criação de planilha com dados dos 3.640 pacientes que compareceram de abril de 2016 à fevereiro de 2018 à demanda espontânea, além das classificações de risco de cárie, periodontal, tecido mole, oclusão e escala de coelho familiar, para intervenção na vulnerabilidade social destes pela discussão de casos e projetos terapêuticos singulares com equipe multidisciplinar. Através dessas classificações, as agendas dos cirurgiões dentistas foram readequadas para que fosse possível o atendimento das urgências de fato com o aumento dos horários para as vagas de urgência, foi dado acesso ao tratamento odontológico aos pacientes com alta vulnerabilidade social e risco odontológico, e acesso aos grupos de prevenção para os pacientes de baixo risco odontológico. **Conclusão:** A gestão da demanda espontânea odontológica foi de grande valia para a organização do serviço e maior acesso de forma mais equânime e cuidado longitudinal dos pacientes.

Palavras-chave: Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Assistência Integral à Saúde; Índice de Vulnerabilidade Social.

Como citar: Sanchez TP, Borchardt D, Tribis L. Atendimento equânime à demanda espontânea odontológica através da caracterização e implantação da classificação de risco por cores, régua da dor e gestão longitudinal da clínica na Unidade Básica de Saúde Jardim das Palmas. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(43):2756. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2756](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2756)

Autor correspondente:
Thais Paragis Sanchez.
E-mail: thais.sanchez@einstein.br
Fonte de financiamento:
não se aplica.
Parecer CEP:
não se aplica.
Procedência:
não encomendado.
Avaliação por pares:
externa.
Recebido em: 20/10/2020.
Aprovado em: 02/10/2021.



Abstract

Problem: The meaning of spontaneous health care is the seek for attendance because of patient's autoperception or clinical intercurrent. Commonly, this gateway is used in an recurrent way by these same patients, overloading the health service without having their problems solved because. **Methods:** The aim of this cross-sectional, descriptive study was the elaboration of an instrument to characterize the profile of the patients that seeked for spontaneous dental care at UBS Jardim das Palmas, through the risk classification using colors, pain scale, clinical priority and systematize the care continuity of these patients in the primary attention. This spreadsheet was created in Excel, filled daily by the oral health professionals. **Results:** As results, we had the prioritization of the urgent cases, construction of the spreadsheet with data of 3,640 patients that seeked for dental care from April 2016 to February 2018, and the risk classification for decays, periodontal, tissues, occlusion, and the vulnerability scale, for knowledge and later intervention in their social vulnerability. Through these classifications, the dentist's agenda were readjusted so that the attendance of the urgent cases could really happen, by the increase of schedules for these urgent patients. **Conclusion:** The access to dental care for high social vulnerability and dental risk was established. Moreover, access to prevention groups for the low dental risks patients was given.

Keywords: Health Services Needs and Demand; Health Services Accessibility; Comprehensive Health Care; Social Vulnerability Index.

Resumen

Problema: El significado de demanda espontánea es la búsqueda de los pacientes por atendimento de acuerdo a la autopercepción o debido a alguna complicación clínica. Por muchas veces, esa puerta de enlace es usada de manera recurrente pelos mismos pacientes, sobrecargando el servicio sin que tengan sus necesidades resueltas. **Método:** El objetivo de ese trabajo transversal y descriptivo fué la elaboración de instrumento para caracterizar el perfil de los pacientes que acudieron a la demanda espontanea odontologica de la UBS Jardim das Palmas, por medio de la clasificacion de riesgo por colores, escala de dolor y prioridad clínica odontologica asi como sistematizar la continuidad del acompañamiento de estos en la atención básica. Esa planilla fue creada em Excel, controlada diariamente por los profesionales de la ESB. **Resultados:** Se tuvo como resultado la priorización de las urgencias, construcción de la planilla com datos de los 3640 pacientes que nos han buscado desde Abril del 2016 hasta Febrero del 2018 en la demanda espontanea, además de la clasificacion del riesgo de caries, periodontal, tejidos flojos, oclusión y escala de Conejo familiar para conocimiento inicial y posterior intervencion en la vulnerabilidade social de los mismos. Mediante estas clasificaciones, las agendas de los dentistas fueron reajustadas para que el atendimento de los casos urgentes podría ocurrir, debido al aumento de horas para estos casos urgentes. **Conclusión:** Asimismo se estableció el acceso al tratamiento odontologico para los pacientes de alta vulnerabilidade social y riesgo odontologico, y acceso a los grupos de prevención a los pacientes con bajo riesgo odontologico.

Palabras clave: Necesidades y Demandas de Servicios de Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Atención Integral de Salud; Índice de Vulnerabilidad Social.

INTRODUÇÃO

A realidade de superlotação nos serviços de urgência em saúde no Brasil é agravada por problemas de organização, como atendimento por ordem de chegada e ausência de estabelecimento de critérios clínicos, que podem trazer prejuízos importantes aos pacientes.¹

A definição de demanda espontânea é a busca dos pacientes por atendimento por sua autopercepção ou por alguma intercorrência clínica.² O acolhimento é o ponto de partida para a organização do processo de trabalho, já que a partir dele consegue-se avaliar as capacidades produtivas da equipe.

A demanda espontânea é considerada uma das principais portas de entrada para atenção básica e diversas vezes é utilizada de maneira recorrente pelos mesmos pacientes, causando uma sobrecarga desta porta de acesso, sem que haja resolutividade das queixas e condições clínicas. Costumeiramente, ações de promoção e prevenção em saúde bucal para os pacientes que procuram a demanda espontânea odontológica são deixadas de lado, mesmo sendo essenciais para evitar recidivas e recorrências das doenças e na busca do autocuidado.

O Brasil foi classificado como o 3º país de maior desigualdade social do mundo durante o ano de 2010 pelo relatório de desenvolvimento humano da ONU, portanto, promover o acesso a quem mais precisa talvez seja a maior dificuldade ética e humana de quaisquer políticas públicas neste país.³

Na literatura, há trabalhos que realizam priorizações das urgências de acordo com o risco clínico de acordo com a realidade de cada região.^{4,6} Peres Neto et al. (2017)⁷ confirmaram a associação positiva entre risco familiar (através da escala de Coelho e Savassi (2004)⁸) e individual (classificação de risco odontológica) de escolares em uma região do interior de São Paulo⁷ Entretanto, não encontramos trabalhos que considerassem o risco biológico e social em conjunto para planejamento e reorganização do acesso das demandas espontâneas.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim das Palmas tem 23.260 pacientes cadastrados, tendo predominância de adultos jovens (0-19 anos: 32,7%, 20-59 anos: 61,17%, 60 anos ou mais: 6,13%); 20% das famílias não possuem tratamento de esgoto, sendo fossa ou céu aberto; 93% é SUS dependente, os dados de escolaridade são: 49% - ensino fundamental, 32% - ensino médio e 6% - ensino superior. A UBS possui 5 equipes de saúde da família e 3 equipes de saúde bucal, sendo 2 equipes modalidade II (com técnico de saúde bucal) e 1 modalidade I (sem técnico de saúde bucal) e funciona o acesso avançado, no qual os pacientes buscam as vagas diariamente, há vagas garantidas para gestantes, recém-nascidos e pacientes com doenças crônicas; teleatendimento e WhatsApp têm sido recursos cada vez mais utilizados para organizar e sanar as necessidades da população.⁸

Percebia-se, na prática da UBS Jardim das Palmas, uma ausência de critério de priorização para o atendimento da demanda espontânea odontológica e de ferramenta para auxílio na gestão das prioridades clínicas odontológicas na atenção básica. As demandas espontâneas eram atendidas por ordem de chegada e os horários das agendas liberados para avaliação e atendimento desses pacientes não agendados era insuficiente para a nossa demanda. Assim, os pacientes que chegavam primeiro eram atendidos e os que precisavam de fato muitas vezes ficavam sem atendimento clínico. Além disso, as triagens de família eram as principais portas de entrada para tratamento e os pacientes que vinham na demanda espontânea não eram inseridos para tratamento nem considerados por seu contexto social. As ações de prevenção e promoção inexistiam e as ações curativas eram os únicos serviços ofertados nos atendimentos de urgência na UBS; quando um paciente nos procurava para fazer limpeza na demanda espontânea, ele era orientado a aguardar triagem da família para tratamento.

Para planejar é necessário que se conheça profundamente uma situação de um sistema para que assim se possa definir onde se pretende chegar.

Portanto, considerando a necessidade de reorganização do fluxo de atendimento à demanda espontânea para promover um atendimento equânime, uma continuidade do cuidado e efetivar a assistência à saúde dos usuários, o objetivo deste trabalho é relatar uma experiência de reorganização do atendimento à demanda espontânea odontológica de uma unidade básica de saúde, comparando-as às experiências anteriores já realizadas pela equipe de saúde bucal ao longo dos anos desde a inauguração.

MÉTODOS

De acordo com a resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, Art. 1º, incisos V e VII, não houve necessidade de registro ou avaliação pelo CEP/CONEP, por se tratar de uma pesquisa com banco de dados, sem possibilidade de identificação individual e também já que objetiva a melhoria teórica de situações provenientes de maneira espontânea e contingencial da prática profissional.⁹

Não existem conflitos de interesse dos autores com o trabalho. As limitações desse trabalho são comuns às intrínsecas aos estudos de caso: impossibilidade de generalizar seus resultados para demais situações e a ausência de maior rigor científico, possivelmente causada pela parcialidade que o pesquisador estaria.¹⁰

As diretrizes SQUIRE foram utilizadas para a escrita deste trabalho.

Para todos os pacientes que chegavam à UBS em busca da demanda espontânea odontológica, algum profissional da equipe de saúde bucal realizava a escuta inicial e preenchia a ficha de demanda espontânea odontológica alterada pela equipe de saúde bucal (ESB) Jardim das Palmas (Figura 1), com dados pessoais, de saúde, história da queixa atual, dor referida e escore da escala de Coelho. A escala de Coelho é uma estratégia desenvolvida em Minas Gerais para a estratégia saúde da família (ESF) com o objetivo de podermos realizar uma leitura prévia sobre as famílias adscritas em nossa área de abrangência. Baseada nos critérios de risco identificados na ficha A (condições de moradia, doenças crônicas, etc.), conseguimos classificar as famílias em risco 1 (baixo - escores 5 ou 6), risco 2 (médio - escores 7 ou 8) e risco 3 (alto - escores acima de 9). Com essa escala, conseguimos ter maior conhecimento sobre os determinantes de saúde e condições vividas pelas nossas famílias, além de oferecer informações essenciais para organizarmos as prioridades de atenção e cuidado.¹¹

Demanda Espontânea Odontológica

D Nome _____ Idade: __DN: __/__/__

a Área: _____ Micro: _____ Família: _____ CNS: _____

d Endereço: _____

o Data de atendimento: __/__/__ Telefone: _____ Horário de chegada: _____

s Está gestante? () Sim () Não Horário de atendimento: _____

A É alérgico(a) à algum medicamento? () Sim () Não Se sim, qual? _____

n Usa drogas? () Sim () Não Fuma? () Sim () Não Bebe? () Sim () Não

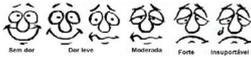
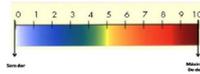
a Tem algum problema de saúde? () Sim () Não Se sim, qual (s)? _____

m () 1ª vez na urgência () recorrente na urgência Toma remédio? _____

n Queixa: _____ há quanto tempo? _____

e Tomou alguma medicação para dor? () Sim () Não Qual(s)? _____

E Dor: Provocada? () ou Espontânea? () teste c/ ar (+) (-) percussão vert. (+) (-) percussão Horiz. (+) (-)

x  

a Dor referida pelo paciente? _____ Dor avaliada pelo profissional? _____

m Risco cárie _____ Risco periodontia _____ Risco tec. mole _____

e Classificação do CAB: Vermelho () Amarelo () Verde () Azul ()

C Raio X () Sim () Não

l HD: _____

f **Condução:** _____

n _____

i _____

c _____

o _____

P _____

r _____

o _____

c _____

e _____

d _____

i _____

m _____

e _____

n _____

t _____

o _____

Dados da Ficha A	Escore
Acesso	3
Deficiência Física	3
Deficiência mental	3
Baixas condições de saneamento	3
Dentição (cravos)	3
Drogadicação	2
Diabetes/mgdm	2
Assintomático	1
Menor de seis meses	1
Maior de 70 anos	1
Hipertensão Arterial Sistêmica	1
Diabetes Mellitus	1
Tabagismo	1
Monador/cômodo	2
Se maior que 1	1
Se igual a 1	2
Se menor que 1	0

total

Escore 7 ou 6 = (R1)
Escore 7 ou 8 = (R2)
Maior que 9 = (R3)

Assinatura do paciente _____ assinatura do profissional _____

Figura 1. Ficha de demanda espontânea odontológica atualizada.

Em seguida, o cirurgião-dentista acolhia esse paciente e através dos dados colhidos e testes clínicos (percussão vertical, horizontal e teste com frio), classificava o paciente dentro do caderno de atenção básica (CAB) 28, o que direcionava seu atendimento de forma imediata ou não. O CAB 28 é um dos cadernos publicados pelo Ministério da Saúde que tem por finalidade discutir e orientar sobre acolhimento à demanda espontânea, através do princípio da equidade, no qual a definição das intervenções é feita de acordo com a necessidade de usuário com base na estratificação de risco e vulnerabilidade.¹¹ Resumidamente, essa divisão é feita em: CAB azul, quando não há urgência de atendimento e este pode ser programado de acordo com a queixa e história; CAB verde, quando há dor provocada e o atendimento deve ser realizado no dia da procura; CAB amarelo, quando há dor espontânea, quadro agudo, e esse atendimento deve ser realizado o quanto antes; e CAB vermelho, quando se constata uma emergência e o atendimento deve ser imediato.

Posteriormente, todos esses pacientes eram inseridos em planilha do Excel, previamente criada pela ESB (Figura 2), para compilação e estudo dos dados (dados pessoais, queixa, classificação clínica, escore da escala de coelho, testes clínicos, CAB, atendimento no dia ou não e justificativa, encaminhamento na atenção básica-grupos, tratamento e agendamento).

Perfil Populacional da demanda espontânea odontológica														Desfecho/Gestão Clínica Odontológica									
Risco																							
Data	Nome	DN	Área	Queixa	H.D.	dor ref.	dor obs.	Coelho	Cárie	Perio	Tec.Mole	CAB	1ªvez	Recorrente	Atend. no dia		Se não, por que		anda agendada		Enc.trat/o		Enc.grupo
															Sim	Não			Sim	Não	Sim	Não	Sim

Figura 2. Cabeçalho recortado da planilha da demanda espontânea odontológica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultados deste projeto tivemos a capacitação dos cirurgiões-dentistas e início de utilização da classificação quanto ao CAB 28 para classificação e priorização das urgências, construção de planilha alimentada diariamente com dados dos pacientes da demanda espontânea, além da classificação de risco de cárie, periodontal, de tecidos moles e oclusão e escala de coelho familiar, para conhecimento e posterior intervenção na vulnerabilidade social destes.

Os casos das famílias que apresentaram alta vulnerabilidade social eram levados para discussão de equipe durante as reuniões semanais para intervenção multidisciplinar com a equipe de saúde da família (eSF), equipe de saúde bucal (ESB) e núcleo de apoio à saúde da família (NASF) através da criação de “Projeto Terapêutico Singular” e intervenção em vários pontos de atenção da rede de apoio (“Centro de Atenção Psicossocial – CAPS”, “Conselho Tutelar”, “Mulheres Vivas”, etc.). Assim, conseguíamos uma atenção integral à saúde e à saúde bucal, além de expandir a porta de entrada de acesso e estreitar as relações com a estratégia saúde da família e ainda apresentar a necessidade do olhar integral a multidisciplinar para a equipe.

Tivemos no período de abril de 2016 a fevereiro de 2018, 3.640 pacientes que nos procuraram na demanda espontânea, sendo 765 (21%) classificados como CAB amarelo, 1.534 (43%) CAB verde, 1.258

(36%) CAB azul e nenhum CAB vermelho. Ainda, 4,53% apresentavam alta vulnerabilidade social, 6,97%, média, 24,91% baixa e 60,54% não apresentaram vulnerabilidade. Além disso, estabeleceu-se o acesso ao tratamento odontológico para os pacientes com alta vulnerabilidade e risco odontológico, e o acesso aos grupos de prevenção para os pacientes de baixo risco.

Tabela 1. Comparativo de pacientes que compareceram à demanda espontânea odontológica, que foram atendidos, e média de pacientes atendidos por dia antes, durante a após as mudanças de fluxo.

	janeiro a março/2016	abril a junho/2016	julho a setembro/2016
Total de pacientes que compareceram à demanda espontânea odontológica	432	448	518
Total de pacientes atendidos	105 (24,3%)	162 (36,2%)	252 (49%)
Média de pacientes atendidos/dia	1,75	2,7	4,7

Após a reestruturação, 4,7 pacientes eram atendidos em média por dia, sendo que 100% das urgências de fato (CAB amarelo) estavam incluídas nesses atendimentos. No fluxo antigo, de janeiro a março de 2016, compareceram 432 pacientes na demanda espontânea odontológica e 105 foram atendidos na cadeira: 24,3%. Ao início do novo fluxo, de abril a junho de 2016, compareceram 448 pacientes na demanda espontânea odontológica e 162 foram atendidos na cadeira: 36,2%. E seis meses após o início do fluxo novo, de julho a setembro de 2016, compareceram 518 pacientes na demanda espontânea odontológica e 252 foram atendidos na cadeira: 49%.

Com a média do número de urgências e demandas espontâneas que necessitavam de atendimento no mesmo dia da procura de acordo com o documento (CABs amarelo e verde), estudamos e refizemos as agendas dos cirurgiões-dentistas de forma que elas contemplassem esses horários para os atendimentos desses pacientes. O tempo médio de espera para triagem era de 40 minutos, entre chegada, preenchimento de ficha e avaliação clínica pelo dentista. Os CAB verde e azul eram agendados nas vagas pré-determinadas da agenda, portanto esses pacientes não esperavam além do tempo de triagem; de acordo com avaliação, poderiam ser atendidos entre um paciente e outro, na falta de um agendado ou reagendados para outro dia, no caso do azul, quando a situação clínica permitia. Esse escopo das novas agendas foi apresentado e aprovado pela supervisão técnica de saúde já que nos baseamos na nossa realidade e necessidades locais.

O conhecimento das necessidades dos pacientes que nos procuram na demanda espontânea nos propiciou uma melhor organização da ESB, das agendas dos cirurgiões-dentistas e equipe auxiliar, além de ações específicas voltadas para essa realidade. Ou seja, através da caracterização da nossa demanda espontânea, pudemos promover uma alteração das agendas dos cirurgiões-dentistas, dentro dos parâmetros do documento norteador, de forma que tornasse possível o atendimento dessa demanda espontânea diária, aliado ao atendimento da demanda programática, sem que houvesse interferência nas metas propostas de atendimento, procedimentos (fazíamos mais procedimentos além da queixa, apenas), tratamento iniciados e concluídos (programávamos o início e conclusão do tratamento também dos pacientes que nos procuravam na demanda, além das triagens e demais portas de acesso); e também sem impacto nos atendimentos da agenda programada.

Esse projeto nos proporcionou um acesso mais ampliado e um olhar mais qualificado com relação à nossa demanda, uma aproximação maior da ESB com a ESF e equipe NASF na construção dos projetos terapêuticos singulares, onde os maiores beneficiados são os pacientes. Além disso, houve ampliação considerável do acesso ao tratamento odontológico.

Contribuição dos autores

Colaboradores

Concepção e/ou delineamento do estudo: TPS, LT, DB. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: TPS, LT, DB. Redação preliminar: TPS. Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho, sendo TPS, LT, DB os acrônimos do nome dos autores.

Conflitos de interesse

Todos os autores declaram ausência de conflito de interesse, ou seja, negam quaisquer relações ou atividades que possam enviesar ou serem vistos como enviesando o trabalho, de acordo com a política de conflitos de interesse.

Agradecimentos

Agradecemos nossa equipe de saúde bucal pelo apoio constante às mudanças em busca de melhorias. E também ao incentivo da gestão de nossa instituição Hospital Israelita Albert Einstein e da subprefeitura do Campo Limpo.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção às urgências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
2. Moyses SJ. O conceito de promoção da saúde na construção de sistemas de atenção em saúde bucal coletiva. In: Krieger L, org. Promoção de saúde bucal. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1997.
3. Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento (PNUD). Relatório de desenvolvimento humano. Brasília (DF): PNUD; 2010.
4. Rojas GCS, Vazquez FL, Bulgareli JV, Meneguim MC, Pereira AC. Indicadores de saúde bucal como instrumento na organização da demanda. Rev Gaúch Odontol. 2015 Set;63(3):283-90.
5. Barbosa GS. Classificação de risco como instrumento para organização ao processo de trabalho e viabilização da equidade no acesso aos serviços odontológicos [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Faculdade de Medicina; 2010.
6. Oliveira AGRC, Unfer B, Costa ICC, Guimarães LOC, Saliba NA. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise da metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde. Rev Bras Epidemiol. 1998;1(2):1-13.
7. Peres Neto J, Mendes KLC, Wada RS, Sousa MLR. Relação entre classificações de risco utilizadas para organização da demanda em saúde bucal em município de pequeno porte de São Paulo, Brasil. Ciênc Saúde Colet. 2017 Jun;22(6):1905-12. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.00702016>
8. Governo Federal do Brasil (BR). E-SUS Território. Google Play [Internet]. 2020. Disponível em: https://play.google.com/store/apps/details?id=br.gov.saude.acs&hl=pt_BR
9. Yin RK. Case study research: design and methods. 3rd ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2003.
10. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2004;1(2):19-26. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmf1\(2\)104](https://doi.org/10.5712/rbmf1(2)104)
11. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de Atenção Básica n. 28. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde (CNS). De 24 de maio de 2016. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 24 Mai 2016; Seção 1:44.