

Artigo de Relato de Caso

Reabilitação oral com prótese total em pacientes infantis com displasia ectodérmica – relato de caso clínico

Oral rehabilitation with total prosthesis in children with ectodermal dysplasia – a clinical case report

Evelyn Caroline Taborda¹
Gabriele Madureira Pais¹
Luciana Polo Simette²
Juliana Yassue Barbosa da Silva¹

Autor para correspondência:

Juliana Yassue Barbosa da Silva
Universidade Positivo
Rua Prof. Pedro Viriato Parigot de Souza, n. 5.300 – Campo Comprido
CEP 81280-330 – Curitiba – PR – Brasil
E-mail: juyassue@hotmail.com

Recebido em: 12 dez. 2017. Aceito em: 27 fev. 2018.

Palavras-chave:

displasia ectodérmica;
Odontologia; criança.

Resumo

Introdução: A displasia ectodérmica é uma patologia genética rara, na sua maioria monogênica recessiva, que ocorre no tecido ectodérmico, acarretando alterações nas estruturas anatômicas derivadas de tal tecido. Dessa maneira, afeta unhas, pelos, cabelos, pele, dentes, glândulas salivares e glândulas sudoríparas. **Objetivo:** Relatar o tratamento odontológico reabilitador protético de duas crianças portadoras de displasia ectodérmica. **Relato de caso:** Duas crianças com displasia ectodérmica hipo-hidrótica compareceram ao serviço de referência para tratamento reabilitador de anomalias craniofaciais congênitas, no município de Curitiba, Paraná, para atendimento. Ao exame clínico verificou-se, além de pele e cabelos ressecados, anodontia total. O plano de tratamento odontológico proposto foi reabilitação com próteses totais dentárias, para melhorar a função mastigatória, psicológica e estética dessas crianças. **Conclusão:** A reabilitação protética dentária de crianças com displasia ectodérmica é uma possibilidade para o restabelecimento de suas funções e estética, porém, em idade precoce, constitui um desafio para o

cirurgião-dentista, em razão da pouca cooperação e entendimento do paciente. Dessa maneira, constata-se que a participação e o interesse dos pais são essenciais para a adaptação da criança e o sucesso do tratamento.

Keywords:

ectodermal dysplasia;
syndrome; child.

Abstract

Introduction: The ectodermal dysplasia is a genetic alteration that occurs at the embryonic stage, affects the ectodermal tissue, and is responsible for the formation of the nervous and epithelial systems. This pathology is rare and usually monogenic recessive, that is, when given cells present mutations, damaging anatomical structures. The ectodermal dysplasia can be classified as hydrotic or hypohydrotic (anhydrotic). Its manifestation affects nails, hair, skin, teeth, and salivary and sweat glands (responsible for the body temperature regulation). The early diagnosis of the syndrome prevents unnecessary treatments. Although the signs and symptoms are characteristic (pathognomonic), the only method to confirm the diagnosis is through skin biopsy or even genetic test. **Objective:** To report the dental treatment of two children with ectodermal dysplasia, one hypohydrotic and the other hydrotic. **Case report:** Both children do not have all teeth. Therefore, the treatment plan was to rehabilitate them with the use of dental prosthesis, improving their masticatory, psychological, and aesthetic function. **Conclusion:** The dental prosthetic rehabilitation of children with ectodermal dysplasia at an early age is a challenge for the dental surgeon in terms of patient understanding and cooperation. Consequently, the parents' cooperation in the treatment is essential for the child's adaptation.

Introdução

A displasia ectodérmica (DE), uma mutação genética que ocorre durante o desenvolvimento embrionário, leva à perda de função da proteína ectodisplasina, acarretando comprometimento da formação de estruturas derivadas do ectoderma. Esse tecido é responsável pela formação do sistema nervoso e epitelial [1].

Apresenta repercussões em pelos, unhas, dentes e sudorese. Essas estruturas podem ser nomeadas pela sua letra inicial: pele (p), unha (u), dente (d), sudorese (s); ou pelos números 1, 2, 3, 4, seguindo a respectiva ordem; ou podem-se usar palavras de origem grega ou latina [8]. A combinação dessas palavras, iniciais ou números forma subgrupos. Existem cerca de 200 subgrupos de DEs [10].

A patologia manifesta-se na forma autossômica dominante ou autossômica recessiva, ambas ligadas ao cromossomo X. A prevalência é de 1/100.000 nascidos vivos. No subgrupo de displasias ectodérmicas destacam-se dois tipos mais comuns: hipo-hidrótica ou anidrótica, conhecida também como síndrome de Christ-Siemens-Touraine, e

hidrótica ou Síndrome de Fischer-Jacobsen-Clouston [1, 2, 5].

Como a DE hipo-hidrótica é uma síndrome recessiva ligada ao cromossomo X, é transmitida pela mulher e geralmente se manifesta em homens. Porém mulheres apresentam o risco do desenvolvimento de sintomas reduzidos ou ausência deles em sua totalidade. As características clínicas evidenciam-se pela trindade: alteração na sudorese, alopecia e hipodontia [14].

As principais anormalidades constatadas são deformidades cutâneas, apêndices cutâneos, mucosas, alterações dentárias e craniofaciais. As alterações cutâneas são: pele fina e hipoplásica, com pigmentação diminuída, além de descamação no período neonatal. Quanto aos apêndices cutâneos, verificam-se cabelos finos, secos e hipocrômicos, glândulas sudoríparas ausentes, hipoplásicas ou ausência de glândulas écrinas. Já as mucosas podem ser hipoplásicas com ausência de glândulas mucosas na membrana nasal e oral. As alterações dentárias incluem hipodontia ou anodontia, resultando em crista alveolar deficiente, e os dentes anteriores podem apresentar tendência a uma forma cônica.

As alterações craniofaciais encontradas são: ponte nasal baixa, nariz pequeno com asas hipoplásicas, fronte e cristas supraorbitais proeminentes [9].

Uma diferença marcante dessas síndromes está na ausência ou diminuição das glândulas sudoríparas e sebáceas [5], as quais são responsáveis pela temperatura corporal e pela produção de saliva. Na DE hipo-hidrótica, essas glândulas são comprometidas e, como consequência, ocorre hipo-hidrose. Por esse motivo, acontecem febres duradouras e crises de hipertermia. A pele pode apresentar dermatites atópicas, xerodermia, placas liquenificadas e, na cavidade bucal, xerostomia. A displasia ectodérmica hidrótica manifesta-se na forma autossômica dominante, não sendo comum o comprometimento dessas glândulas. As mais frequentes anormalidades envolvem redução parcial ou total de pelos ou cabelo (alopecia), unhas espessas e de forma irregular (distróficas) e hiperkeratose palmoplantar [1, 8].

O diagnóstico baseia-se em observar se a criança apresenta febres altas recorrentes, ausência ou diminuição de suor, fenótipo característico e se há casos de malformação na família [8, 14]. O diagnóstico também pode ser feito no pré-natal, mediante fetoscopia, sendo útil para determinar o número de glândulas sudoríparas, ou sondas de DNA para identificar o gene [5].

Não existe ainda um tratamento específico para as DEs, porém há formas de melhorar a qualidade de vida do portador da síndrome. Uma delas é o tratamento multidisciplinar, para que a criança e os pais recebam todas as orientações necessárias a fim de reintegrá-la ao convívio social e melhorar a sua autoestima [8].

Diante disso, o referido trabalho tem como objetivo relatar o tratamento odontológico reabilitador protético de duas crianças portadoras de displasia ectodérmica hipo-hidrótica.

Relato de caso clínico

Caso clínico 1

Paciente do sexo masculino, 3 anos de idade, acompanhado pelos pais, compareceu à Clínica Odontológica do Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Labiopalatal (CAIF), em Curitiba (Paraná). A queixa principal relatada pela mãe era de que nenhum dente havia aparecido na cavidade bucal do filho até o momento. Ela relatou ainda que a criança apresenta pele bastante ressecada e fina, pouca salivagem e dificuldade para ingerir alimentos sólidos e segue uma dieta limitada a

alimentos pastosos e fáceis de serem ingeridos, como sopas, frutas e alimentos “amassados”. A mãe diz não haver casos semelhantes na família.

Ao exame físico observaram-se poucos pelos, sobrancelhas, cílios e cabelos rarefeitos, além de hipossalivação e anidrose (figuras 1A e 1B). O quadro fonético era bom, com desenvolvimento normal de linguagem e eventuais trocas fonológicas. Ao exame clínico intrabucal verificaram-se ausência completa de dentes e rebordos alveolares superior e inferior reduzidos (figuras 2A e 2B). Após exame clínico, solicitou-se radiografia panorâmica, que comprovou anodontia total (figura 3). Dessa maneira, o diagnóstico estabelecido foi de displasia ectodérmica hipo-hidrótica.



Figura 1A - Foto frontal da criança



Figura 1B - Foto de perfil da criança



Figura 2A - Rebordo superior



Figura 2B - Rebordo inferior



Figura 3 - Radiografia panorâmica

O tratamento odontológico proposto consistiu em reabilitação protética por meio de próteses totais superior e inferior, com o intuito de melhorar a sua função mastigatória, psicológica e estética.

Para tal, realizou-se moldagem anatômica com silicona de condensação das arcadas superior e inferior. Foi feita moldagem funcional com pasta zinco-enólica. Não foi possível fazer a programação de bordos, em virtude da falta de cooperação do paciente. Em seguida, realizaram-se sessões para os registros nos planos de cera, registro intermaxilar (figura 5), prova dos dentes e instalação das próteses superior e inferior finalizadas (figura 6). Por fim, prescreveu-se ao paciente o uso de saliva artificial, mediante diluição de 100 ml de glicerina em 900 ml de água filtrada e acondicionamento em frasco *spray*, para melhor lubrificação da cavidade bucal. Além disso, receitou-se o uso de um creme fixador

para ajudar na retenção das próteses, por causa do tamanho reduzido dos rebordos alveolares, que comprometiam a sua adaptação.



Figura 4 - Modelos de gesso das arcadas inferior e superior



Figura 5 - Registro intermaxilar



Figura 6 - Próteses totais superior e inferior finalizadas

A mãe foi orientada com relação aos cuidados, à higiene e às limitações de uso das próteses. Frisou-se para ela a importância da disciplina de usá-las todos os dias. Diante das condições anatômicas presentes e da pouca idade do paciente, inicialmente foi recomendado o uso apenas da prótese inferior por curtos períodos de tempo durante o dia e, após um período de adaptação, o uso da superior. Foi dito aos pais que durante o período de adaptação era necessária a supervisão total.

No primeiro retorno indicou-se o reembasamento da prótese total superior. No retorno seguinte os pais relataram que a criança removia a prótese na primeira oportunidade de distração do responsável, provocava vômitos ao utilizar a superior e que, em 15 dias, havia ocorrido apenas cinco tentativas de uso. Dessa forma, indicaram-se jejum de 2 horas antes de colocar as próteses e uso da inferior todos os dias. Os pais e o paciente foram encaminhados para acompanhamento psicológico, para melhorar a adesão ao tratamento odontológico. Novamente se enfatizou a importância do comprometimento e da disciplina dos pais para utilização diária das próteses, por um curto período de tempo, para posteriormente aumentar o tempo de maneira progressiva.

Após um período de adaptação, o paciente retornou ao CAIF e verificou-se significativa melhora na aceitação das próteses, embora estivesse sendo feito o uso mais frequente da prótese inferior, com a ajuda de pó fixador. Os pais disseram que a criança conseguia alimentar-se com alimentos moles, como banana, utilizando a prótese inferior. Os pais ainda relataram episódios de ânsia de vômito ao colocar a prótese superior, dificuldade de uso fora de casa e em público. A criança e sua família estão em acompanhamento psicológico e fonoaudiológico em sua cidade de origem para melhor aceitação e adaptação das próteses dentárias. O paciente continua em acompanhamento periódico no CAIF.

O trabalho multidisciplinar é de suma importância para o sucesso do tratamento, já que há muitas restrições físicas aliadas à pouca idade do paciente. Outro componente muito importante é o comprometimento dos pais.

Caso clínico 2

Paciente do sexo masculino, 3 anos de idade, compareceu à Clínica Odontológica do CAIF, em

Curitiba (Paraná), acompanhado pelos pais. Durante a anamnese a mãe contou que a criança realiza quatro a cinco refeições ao dia e que aceita apenas alimentos líquidos e recusa alimentos amassados. Além disso, a mãe declarou que tem displasia ectodérmica e que possui agenesias dentárias em virtude da síndrome.

Ao exame físico a criança apresentou pele e cabelos bastante ressecados (figura 7). No exame intrabucal verificaram-se rebordos superior e inferior reduzidos e nenhum dente em sua cavidade bucal, mas com quantidade satisfatória de saliva. A radiografia panorâmica comprovou anodontia total (figura 8). A criança foi diagnosticada com displasia ectodérmica hipo-hidrótica.

Os atendimentos com a equipe multidisciplinar apontaram uma perda auditiva leve e, apesar da dieta líquida, índice de massa corporal (IMC) dentro da normalidade.

O plano de tratamento proposto foi de reabilitação oral por meio de próteses totais superior e inferior.

Sendo assim, realizou-se moldagem anatômica superior e inferior com silicón de condensação. Nas sessões seguintes fizeram-se as etapas de moldagem funcional com pasta zinco-enólica, registros nos planos de cera, registro intermaxilar e prova dos dentes (figura 9). Não foi possível fazer a programação de bordos, por causa da falta de cooperação do paciente nos procedimentos. Na sessão de instalação das próteses totais (figuras 9 e 10) foram repassadas as mesmas informações que no caso 1, por escrito, para os avós que acompanhavam a criança nesse dia.

Foi dito aos responsáveis que a criança deveria usar as próteses totais com fita adesiva, todos os dias, durante um pequeno período de tempo para adaptação, iniciando com o uso da prótese total inferior. No retorno após a instalação das próteses, os pais relataram dificuldade na adaptação da criança e novamente foram esclarecidos a respeito da importância do comprometimento para o sucesso do tratamento. Novos retornos foram agendados, mas eles não compareceram. Mediante contato telefônico com a mãe, esta disse que a criança não está utilizando as próteses dentárias e, por isso, não tem interesse em continuar com as consultas e o tratamento odontológico.



Figura 7 - Foto de perfil da criança



Figura 10 - Próteses totais superior e inferior finalizadas



Figura 8 - Radiografia panorâmica



Figura 11 - Instalação da prótese total superior



Figura 9 - Prova dos dentes

Discussão

Na literatura houve discordância na quantidade de subgrupos da síndrome. Em 1982 foram relatados 132 tipos [3]. No ano de 2006 observaram-se 154 tipos da síndrome [12]. Em 2011 constataram-se 117 características diferentes da displasia. Um ano depois foram descritos mais de 170 tipos [5]. O registro mais aceitável é o de 2002, investigado por Freire, que chega a 200 tipos [8, 10].

A síndrome pode se evidenciar de diferentes formas e danificar várias estruturas de origem

ectodérmica. Os dentes podem demonstrar alterações no esmalte (amelogênese) e dentina (dentinogênese), há retenção dos dentes decíduos e deformação dentária, que vai desde a hipodontia até a anodontia. Os dentes, quando presentes, geralmente expressam deformações em sua forma, normalmente cônica, erupção tardia e grande espaçamento entre si [6, 13].

A agenesia dentária é menos frequente e se evidencia em casos mais severos. A hipodontia agride 80% dos casos, e os dentes acometidos geralmente são os caninos, incisivos e por último os molares, podendo apresentar taurodontismo. Os procedimentos odontológicos reabilitadores são variáveis e consistem em confecção de facetas estéticas, movimentação ortodôntica, reconstrução estética com compósitos, implantes osseointegrados e próteses parciais ou totais [3, 6, 15].

Para crianças na primeira infância com displasia ectodérmica são contraindicados os implantes dentários, pois estes não acompanham o crescimento craniofacial e se comportam como um dente anquilosado, permanecendo em posição infraoclusal [12, 18]. Pode haver ainda luxação, exposição do implante e limitação de crescimento dos ossos basais, comprometendo a estética e a função [16].

Nem sempre a idade cronológica coincide com a maturação esquelética. Mendes *et al.* [12] observaram, por meio de radiografias de punho, o crescimento do esqueleto e recomendaram a colocação de implante dentário a partir dos 15 ou 16 anos para meninas e 18 para meninos, pois nessa fase o desenvolvimento já estava completo para o ato cirúrgico.

Ao contrário, Ferreira *et al.* [6] sugerem a colocação de implantes a partir dos 3 anos completos, para que até o fim da puberdade o tratamento esteja concluído e possibilite melhora na autoestima e convívio social do indivíduo. No entanto ressaltam as complicações encontradas nessa fase, podendo resultar em limitação do crescimento craniofacial.

Carvalho *et al.* [3] destacam que não existem contraindicações absolutas para a inserção de implantes, porém os fatores de risco devem ser observados minuciosamente, sendo a fase de crescimento um aspecto que merece atenção. Salientam a necessidade de avaliar o estado geral de saúde do paciente e de acompanhar o crescimento mediante devidas tomadas radiográficas até o término desse período, para então indicar o plano de tratamento ideal.

O uso de implantes osseointegrados atualmente é uma vantajosa solução na reabilitação oral [17], todavia é de suma importância o destaque para suas contraindicações, como: pacientes com distúrbios locais ou sistêmicos, pacientes que já sofreram radiações quimioterápicas de cabeça e pescoço, gestantes e principalmente os pacientes em fases de crescimento. Estes apresentam crescimento dinâmico e contínuo e, por isso, o acompanhamento durante tal fase se torna essencial, comprometendo toda e qualquer fixação de um implante, em virtude da movimentação óssea.

Por se tratar de pacientes de idade muito precoce, em fase de crescimento, o tratamento proposto nos dois casos clínicos relatados foi a reabilitação oral com próteses totais superior e inferior e acompanhamento periódico, para não haver comprometimento do crescimento dos ossos basais.

O rebordo reduzido dificulta a estabilidade das próteses, sendo necessário o uso de fixadores em pasta, pó ou fitas adesivas. Na ausência das glândulas sudoríparas recomenda-se saliva artificial, para reduzir ressecamento da mucosa e auxiliar na fixação das próteses.

Para Souza *et al.* [16], o uso de prótese oral na fase de crescimento não interfere no desenvolvimento dos arcos. Os autores observaram que, após a completa formação dos dentes decíduos, suas dimensões sagitais e transversais não são modificadas. Sendo assim, o acompanhamento deve acontecer semestralmente. No momento da troca dos dentes decíduos pelos permanentes iniciam-se as alterações morfológicas e, por esse motivo, recomendam-se visitas trimestrais.

O relacionamento entre cirurgião-dentista e paciente infantil inclui o envolvimento dos pais da criança e assume um formato triangular no tratamento. A criança assimila e incorpora, em si mesma, com grande intensidade o estado emocional expresso pelos pais, principalmente pela mãe. É muito importante o bom entendimento e aceitação, por parte dos pais, do uso das técnicas do manejo de comportamento que precisam ser utilizadas em seus filhos, resultando também no sucesso final do tratamento.

Deve-se motivar o núcleo familiar para a atenção odontológica nos primeiros anos de vida da criança, período em que se iniciam os padrões alimentares e os hábitos de higiene bucal. A família é considerada aliada na distribuição dos cuidados bucais, portanto é importante incentivá-la a buscar sempre o tratamento precoce e preventivo [11].

Conclusão

O papel do cirurgião-dentista, juntamente com uma equipe multidisciplinar, é de suma importância para o tratamento reabilitador e o desenvolvimento dos pacientes com displasia ectodérmica.

A reabilitação com prótese total cumpre os requisitos básicos de funcionabilidade para efetiva reparação da anodontia total e traz consigo efeitos positivos no desenvolvimento psicossocial e estético. O acompanhamento dos pacientes que estão em fase de crescimento torna-se fundamental para um correto plano de tratamento.

Os familiares de ambos os casos relatados aceitaram o planejamento proposto, mas infelizmente um dos pacientes não se adaptou à prótese, e a decisão dos pais foi aguardar melhor maturidade e aceitação para então retornar ao tratamento. Salienta-se a importância da participação dos pais para o sucesso do tratamento, pois crianças na primeira infância têm muita dificuldade de colaborar nos procedimentos para confecção das próteses e na fase de adaptação.

Referências

1. Callea M, Yavuzb I, Claricha G, Scalisi CF. Estudio clínico y molecular en un escolar con displasia ectodérmica hipohidrótica ligada al X. *Arch Argent Pediatr.* 2015;113(6):e341.
2. Capelas PM. Displasia ectodérmica: reabilitação oral com sobredentaduras. Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. Porto; 2012.
3. Carvalho BN, Gonçalves BMLS, Guerra FMC, Carreiro PFA. Planejamento em implantodontia: uma visão contemporânea. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.* 2006;6(4):17-22.
4. Costa MHC, Pontual ALM, Pontual AA, Beltrão VR, Almeida CSM, Diniz BM. Displasia ectodérmica hereditária e hipótese de Lyon. *Rev Cubana Estomatol.* 2015;52(1):58-62. Disponível em: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/323/120>. Acesso em: 8 ago. 2017.
5. Errante RP, Frazão BJ, Neto CA. Displasia ectodérmica anidrótica com imunodeficiência. *Rev Bras Alerg Immunopatol.* 2010;33(6):1-5.
6. Ferreira SC, Ferreira HMAR, Fernandes FMLZ, Branco RGMK, Arrantes RR, Leão LL. Displasia ectodérmica: relato de caso. *Arq Odontol.* 2012;48(1).
7. Figueira RT, Leite GCI. Conhecimentos e práticas dos pais quanto à saúde bucal e suas influências sobre os cuidados dispensados aos filhos. *Pesq Bras Odontoped Clín.* 2008;8(1):87-92.
8. Freire MN. Displasias ectodérmicas – aspectos embriológicos, clínicos, nosológicos, moleculares e genéticos. Curitiba; 2002. 30 p.
9. Jones MD. Padrões reconhecíveis de malformações congênitas. 5. ed. São Paulo; 1970.
10. Macêdo OFT, Costa COVM, Cheffer AL, Muniz MVRV, Dultra ACF, Dultra AJ. Características clínicas e diagnóstico da displasia ectodérmica: relato de caso. *Rev Odontol Araçatuba.* 2013;34(1):27-31.
11. Machado MS, Nagano MCH, Silva BYJ, Bosco LV. Participação dos pais na tomada de decisões no atendimento odontológico. *Rev Odontol Univ São Paulo.* 2009;21(1):38-47.
12. Mendes EBY, Bergann RJ, Pellissari FM, Hilgenberg PS, Coelho U. Análise da maturação óssea em pacientes de 13 a 20 anos de idade por meio de radiografias de punho. *Dental Press J Orthod.* 2010;15(1):74-9.
13. Neves SF, Ladeira SBD, Nery RL, Neves GE, Almeida MS. Displasia ectodérmica: relato de dois casos clínicos. *Rev Odontol Univ São Paulo.* 2011;23(2):194-9.
14. Succi BI, Fontenelle E. Caso para diagnóstico. Displasia ectodérmica: síndrome de Christ-Siemens-Touraine. *An Bras Dermatol.* 2009;84(2):194-6. Disponível em: <http://www.anaisdedermatologia.org.br/detalhe-artigo/100968/Caso-para-diagnostico>. Acesso em: 9 ago. 2017.
15. Silveira MJ, Marrichi CMD, Cellim BA, Arruda S, Gimenez T, Braga MM. Reabilitação estético-funcional de paciente com displasia ectodérmica em idade precoce. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2012;66(1):42-7.
16. Souza IPR, Lopes RPI, Yamasaki E, Denise GC. Prótese removível em odontopediatria: revisão de literatura e apresentação de caso clínico. *Rev Bras Odontol.* 1986.
17. Teixeira ER. Implantes dentários na reabilitação oral. Repositório Institucional PUC-RS. 58 p.

18. Tuma NSEC, Junior OMW, Tuma NSJG, Garbui UI, Silva PN, Nouer ARP. Avaliação da idade óssea em crianças de 9 a 12 anos de idade na cidade de Manaus – AM. *Dental Press J Orthod.* 2011;16(3):63-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-94512011000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 28 jun. 2017.

19. Vallejo PA, Monje EA, García GM. Tratamiento odontológico en la displasia ectodérmica. Actualización. *Av Odontoestomatol.* 2006;22(3). Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852006000300003. Acesso em: 21 ago. 2017.