

PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO REALIZADO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE SOB O OLHAR DA ENFERMAGEM

TERRITORIALIZATION PROCESS CONDUCTED IN BASIC HEALTH UNITS UNDER THE LOOKING AT NURSING

MARILYSE DE OLIVEIRA MENESES^{1*}, ALINE TAVARES GOMES¹, JACIANE SANTOS MARQUES¹, SOCORRO ADRIANA DE SOUSA MENESES BRANDÃO², SAMIRA RÊGO MARTINS DE DEUS LEAL²

1. Enfermeira, Pós-Graduanda no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Estadual do Piauí- UESPI; 2. Enfermeira, Preceptora no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Estadual do Piauí- UESPI.

* Rua Olavo Bilac, 2335, Centro (Sul), Teresina, Piauí, Brasil. CEP: 64001-280: marilyse_meneses@hotmail.com

Recebido em 01/02/2019. Aceito para publicação em 26/02/2019

RESUMO

Este estudo objetivou relatar as experiências de enfermeiras sobre o processo de territorialização realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS), em Teresina, Piauí. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência de enfermeiras residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, da Universidade Estadual do Piauí realizado nos meses de abril e maio de 2018. Para oportunizar a territorialização na comunidade e a construção do Diagnóstico Situacional de saúde da população assistida pelas UBS contou-se com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde. A análise do território compreendeu os seguintes eixos: delimitação física, perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural dos bairros. Este processo ocorreu de forma transversal à história da comunidade, mapa da área e caracterização da abrangência. Evidenciou-se com o processo de territorialização a responsabilidade dos profissionais de enfermagem quanto às demandas de saúde da população e a sua relação com as condições de vida e acesso aos serviços de saúde, levando-os ao estabelecimento de um contato mais próximo com as realidades locais da população e indicando caminhos para uma formação mais crítica, reflexiva e humanizada.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde, enfermagem em saúde comunitária, saúde pública.

ABSTRACT

This study aimed to report the experiences of nurses on the process of territorialization carried out in Basic Health Units (UBS), in Teresina, Piauí. This is a descriptive study of the type of experience of resident nurses of the Multiprofessional Residency Program in Family and Community Health, of the State University of Piauí, conducted in April and May 2018. In order to facilitate territorialisation in the community and the The analysis of the territory included the following physical, historical, demographic, epidemiological,

administrative, technological, political, social, and socio-demographic profiles. of the neighborhoods. This process occurred in a transversal way to the history of the community, map of the area and characterization of the scope. The responsibility of nursing professionals regarding the health demands of the population and their relationship with living conditions and access to health services was evidenced with the territorialization process, leading them to establish a closer contact with the realities localities of the population and indicating ways for a more critical, reflexive and humanized formation.

KEYWORDS: Primary health care; community health nursing; public health.

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) representa o nível de atenção à saúde que corresponde ao conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que abrangem a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, realizada por meio de ações de cuidado integrado e gestão qualificada, desenvolvida por meio de equipe multiprofissional e direcionada à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária¹.

Para orientar e desenvolver a AB no Brasil, o Ministério da Saúde concebeu a Estratégia Saúde da Família (ESF) para redirecionar o modelo de assistência à comunidade por meio do Sistema Único de Saúde (SUS)². A ESF busca transcender a visão positivista do processo saúde-doença, baseando-se em princípios norteadores para o desenvolvimento das práticas de saúde, como a integralidade, a coordenação da atenção, a articulação à rede assistencial, a participação social e atuação intersetorial³. Além disso, estrutura-se a partir das necessidades da população, as quais são estabelecidas através do vínculo entre

usuários e profissionais em contato permanente com o território⁴.

Assim, na ESF o conhecimento do território onde se vai atuar, deve ser prioritário, o que na prática, para os profissionais de saúde, significa transpor os muros da Unidade Básica de Saúde (UBS)⁵. Nesse ínterim, a territorialização consiste em uma etapa fundamental de “apropriação/conhecimento” do território pelas equipes, têm se detido a formulação de “mapas” compostos pela sobreposição dos chamados perfis: físico/barreiras/circulação, socioeconômico, sanitário (diagnóstico de condições de saúde: distribuição de morbimortalidade, condições de moradia e de saneamento), demográfico, rede social normativa (listas de equipamentos sociais como escolas, creches, serviços de saúde, instituições religiosas, instituições de apoio social, comércios, etc), perfil das lideranças comunitárias e organizações associativas, cultural, lazer, etc.⁶.

E com esta premissa, a territorialização surge dentro da Política Nacional de Atenção básica como ferramenta indispensável para o planejamento, a programação e o desenvolvimento de ações intersetoriais, pois possibilita presumir o diagnóstico dos aspectos ambientais, sociais, demográficos e econômicos e os principais problemas de saúde da população de determinada área, impactando de maneira adequada sob os determinantes e condicionantes de saúde das pessoas e conseqüentemente sobre o estado de saúde da população adscrita^{7,1}.

Compreendida como uma técnica ou tecnologia de planejamento, a territorialização é também uma política de Estado utilizada para planejar a localização e os modos de inscrição territorial dos serviços de saúde nas diversas escalas, evidenciando-se em especial, a realizada nos serviços de atenção primária à saúde, pois estes, diferentes dos serviços ligados à atenção secundária e terciária, devem operar sobre uma base territorial bem definida^{7,8}.

Á vista disso, a territorialização é o instrumento para efetuar a organização do processo de trabalho e das práticas de saúde por meio do reconhecimento do território vivo, visto que as ações e serviços de saúde são realizadas sobre uma base territorial possuidora de uma delimitação espacial previamente definida⁹.

Reconhecendo o papel do profissional de enfermagem na identificação do processo saúde-doença mediante a territorialização, este estudo tem como objetivo relatar as experiências e percepções de enfermeiras residentes em Saúde da Família e Comunidade sobre o processo de territorialização realizado em Unidades Básicas de Saúde, em Teresina, Piauí.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo que advém de um relato de experiência de enfermeiras residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, da Universidade Estadual do Piauí (UESPI), fruto de um processo de vivências e

reflexões críticas acerca do processo de territorialização realizado durante os meses de abril e maio do ano de 2018 nas áreas adscritas de duas Unidades Básicas de Saúde, em Teresina- Piauí.

A UBS Enfermeira Tânia Maria Melo possui três equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e três equipes de saúde bucal. Conta ainda com o apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e dispõe de um pólo da Academia da Saúde. A UBS Dr. Antonio Carlos Costa, por sua vez, possui cinco equipes de ESF e cinco equipes de saúde bucal.

Utilizou-se enquanto referencial metodológico a concepção metodológica dialética para a sistematização de experiências. A sistematização é um primeiro nível de teorização sobre a prática que pretende contribuir na melhoria da própria experiência e, às vezes, no enriquecimento da teoria, situando-se, portanto no complexo e pouco transitado caminho entre a descrição de uma experiência e a sua reflexão teórica¹⁰. Trata-se da reflexão crítica de uma ou diversas experiências que, a contar de sua configuração e reconstrução, descobre ou esclarece o processo vivido, as causas e fatores que interferiram no dito processo, porque o fizeram desse modo e como se relacionaram entre si¹¹.

Para oportunizar o processo de territorialização na comunidade e a construção do Diagnóstico Situacional de saúde da população assistida pelas duas UBS contou-se com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por meio de um contato prévio para agendamento das visitas no território de abrangência de sua microárea.

A análise do território compreendeu os seguintes eixos: delimitação física, perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural dos bairros. O processo de territorialização ocorreu de forma transversal à história da comunidade, mapa da área e caracterização da abrangência.

Durante as visitas de campo, as informações foram coletadas com a utilização de um gravador de voz, diário de campo e registro de imagens fotográficas e vídeos das áreas que ofereciam risco à saúde, instrumentos sociais e condicionantes relacionados à qualidade de vida da população. Paralelamente, e como parte da construção do diagnóstico situacional, foi realizada a confecção dos mapas em conjunto com os ACS, identificando nestes as áreas de abrangência das equipes, equipamentos sociais, patologias e agravos de saúde.

3. RESULTADOS

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) a primeira atribuição dos profissionais da atenção primária é estar em participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades¹.

Diante disso, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade compreendendo a importância deste processo para o planejamento das

ações, diagnóstico situacional e para o estabelecimento de vínculo com a comunidade, possui como um dos seus módulos o de “Territorialização e Diagnóstico em Saúde”, apresentado aos residentes antes de se inserirem nos territórios das Unidades Básicas de Saúde. Este módulo conta com aulas expositivas e discussão de artigos em grupos de estudos multiprofissionais, tendo como objetivo a apropriação de conceitos teórico-práticos como vínculo, território, territorialização em saúde, mapa vivo, entre outros.

O estabelecimento das atividades no território ocorreu, inicialmente, com a aproximação dos residentes aos profissionais que compõe a Unidade Básica de Saúde, e reconhecimento do espaço físico dos equipamentos de saúde. Os residentes foram apresentados a todos os profissionais das UBS e procurou-se nessa etapa inicial estreitar os laços com os ACS, pois entende-se que eles são os principais elos de conexão da comunidade com toda a equipe formadora da Unidade Básica de Saúde.

O ACS, em sua maioria, possui a responsabilidade de fazer uma mediação entre a população e a Equipe de Estratégia de Saúde da Família¹². É função do ACS estreitar o elo entre a equipe de saúde em que trabalha e a comunidade em que vive, pois este é um membro da comunidade em que vive e trabalha e desta forma convivem com a realidade do local e interagem com os valores, linguagens, problemas, alegrias, satisfações e insatisfações desse ambiente¹³.

Inicialmente, elaborou-se um calendário com datas e horários para a realização de visitas às microáreas de todos os ACS das duas UBS. Nesse calendário também incluía as rodas de conversas a serem feitas com os equipamentos sociais dos bairros. Iniciou-se assim, a pequenos passos, o processo de territorialização das duas Unidades Básicas de saúde.

Durante o processo de visitas ao território, solicitava-se aos ACS que fosse relatado o número de famílias, agravos de saúde, conflitos ambientais e sociais, os equipamentos sociais, espaços de concentração de grupos, participação política, processos de produção econômica e geração de renda, utilização dos serviços de saúde (público e privado) de suas respectivas microáreas. Desta forma, foram visitadas escolas, creches, centros de convivência, centro de estimulação para crianças com deficiência, centro de referência de assistência social, hospitais, UBS, meios de comunicação audiovisual (TVs e rádios), entre outros.

No decorrer das visitas eram questionadas informações sobre o quantitativo de hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças menores de 1 ano, crianças 1 a 4 anos, casos de hanseníase, tuberculose, usuários de álcool e outras drogas e transtornos mentais. Dessa forma, foi possível a construção do mapa das microáreas identificando nestas, grupos prioritários e problemas nelas existentes. Os mapas foram anexados nos consultórios dos profissionais das equipes de saúde e expostos nas salas de cada unidade de saúde em local visível para a população.

4. DISCUSSÃO

Durante a territorialização em saúde os aspectos epidemiológicos, ambientes, sociais e econômicos foram revelados por meio das escutas pelas ruas com pessoas dos bairros, das rodas de conversas e da realização de Visitas Domiciliares (VD). As demandas de enfermagem foram percebidas, acolhidas e analisadas.

Quanto aos aspectos epidemiológicos, foi verificada a prevalência da população idosa apresentando Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), especialmente Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Foi percebida a necessidade de ações educativas de orientação para esses usuários, visto que as pessoas com DCNT necessitam de acompanhamento contínuo para a plena adesão e controle do plano terapêutico.

A população idosa, segundo percebido, não realizava de forma rotineira atividades físicas, fato relacionado a dois fatores principais: as limitações físicas individuais, como no caso de pessoas acamadas e com mobilidade física reduzida, e devido às características físicas da região em que residiam, a qual apresentava regiões íngremes e com morros, fato que dificultava a presença desses idosos nos espaços que ofertavam atividades físicas, como praças e pólo de academia de saúde. O acesso aos serviços de saúde, como as próprias UBS da região, também era dificultado por esses fatores.

Outro dado epidemiológico importante observado foi a quantidade de pessoas em sofrimento mental, com ênfase nos transtornos mentais ansiedade, depressão e esquizofrenia. A enfermagem tem papel importante na identificação desses casos, assim como no acompanhamento e encaminhamento para equipamentos sociais para além da UBS, como por exemplo, o CAPS (Centro de Assistência Psicossocial), os grupos de atividade física desenvolvidos nos bairros e práticas de lazer, realizando importante papel social quanto a valorização da vida e promoção de saúde mental.

Durante a realização de visitas domiciliares, foi identificado como principal demanda para a enfermagem os inúmeros casos de lesões por pressões (LP) em pacientes acamados e pacientes com amputação de membros inferiores desencadeados pelo pé diabético. O número de acamados citados relaciona-se diretamente à presença de transtornos neurológicos, visto que a maioria destes apresenta comorbidades como o Mal de Alzheimer, e também a acidentes relacionados ao trânsito acarretando lesões permanentes na coluna vertebral.

As pessoas com deficiência (PCD), físicas, visuais ou auditivas, assim como os casos de Síndrome de Down, autismo, microcefalia, entre outros, também foram observados no território. Faz-se necessária uma reflexão sobre as condições de acessibilidade e continuidade da assistência de saúde dessa população. A enfermagem desempenha papel importante no tocante ao repasse de orientações às famílias desses

usuários de saúde, sendo essencial a qualificação desses profissionais para o desenvolvimento da melhor assistência nesses casos particulares.

A realização de visitas domiciliares da enfermagem de casos mais vulneráveis da comunidade apontados pelos ACS no momento da territorialização possibilitou maior compreensão e identificação de necessidades individuais e coletivas da população adscrita, estimulando o planejamento de ações de enfermagem específicas para esse público e permitindo ao profissional estabelecer um vínculo com essas famílias.

A Visita Domiciliar (VD) oportuniza a percepção e o reconhecimento da realidade e a dinâmica das relações familiares, através de um acompanhamento mais aproximado, o que, além de estreitar o vínculo entre profissional e usuário, possibilita visualizar a saúde por outra ótica do cuidado¹⁴. A VD é uma tecnologia de interação e cuidado na assistência à saúde da população, sendo um processo que envolve diferentes agentes responsáveis pela saúde e resulta no fortalecimento das inter-relações, cuidado integral e humanização da atenção¹⁵.

As residentes de enfermagem observaram além do perfil epidemiológico, as vulnerabilidades ambientais, por meio da observação de áreas de depósito de lixo a céu aberto, galerias inadequadas e casas abandonadas. Os aspectos ambientais devem ser considerados pela equipe de saúde devido à possibilidade de se constituírem risco de saúde, através de locais propícios ao abrigo de vetores, o que facilita a transmissão de patologias diversas.

As vulnerabilidades sociais, como a grande variedade de locais de venda de drogas lícitas e ilícitas, e a presença de casas de prostituição também foram consideradas no diagnóstico situacional da região, pois interferem na saúde da comunidade pela possibilidade de risco ou agravamento da situação de saúde, além do risco de violência, transmissão de infecções sexualmente transmissíveis (IST), entre vulnerabilidades.

Por serem bairros com prevalência da população idosa, pode-se perceber que a maioria da população é constituída por aposentados e pensionistas, possuindo baixa renda e baixo nível socioeconômico.

O levantamento de indicadores, tanto epidemiológicos quanto socioeconômicos, e o reconhecimento das informações colhidas na própria comunidade, constituem-se como dados primordiais na construção do planejamento de ações em saúde, sendo a análise da situação de saúde local e de seus determinantes, imprescindíveis para o processo de tomada de decisão dos profissionais e gestores nesse planejamento¹⁶.

O processo de territorialização constitui-se como ferramenta indispensável para organização dos serviços na Estratégia Saúde da Família, tornando possível o diagnóstico das condições sociais, epidemiológicas e demográficas assim como o planejamento das ações em saúde a partir do reconhecimento da clientela adscrita e das potencialidades e vulnerabilidades existentes.

Ademais, a territorialização possibilita ao profissional de enfermagem a aproximação com a realidade local, criação de vínculo entre os profissionais da equipe e entre equipe e comunidade, representantes locais e equipamentos sociais favorecendo o acesso dos mesmos aos serviços a resolubilidade das ações de saúde.

Deste modo o processo de territorialização fomentou uma aproximação das residentes de enfermagem com o território e as diversas características da comunidade favorecendo um olhar abrangente sobre o processo de trabalho na ESF. Além disso, o mapeamento foi essencial para o reconhecimento das características de cada microárea identificando-se as principais morbidades existentes, características territoriais e a compreensão da importância da análise situacional para o planejamento das ações na atenção primária.

Nesse sentido, a territorialização possibilita a aproximação dos profissionais de saúde com a realidade do território, o que implica na responsabilização no processo saúde-doença dessa comunidade e propicia a criação de vínculo entre a equipe de saúde e população, oportunizando o planejamento local em conformidade com a realidade e contexto vivido¹⁷.

A receptividade das equipes de saúde, a dedicação e disponibilidade principalmente dos ACS em repassar as informações pertinentes de cada microárea são aspectos positivos que merecem ser ressaltados. O processo proporcionou conhecer os equipamentos sociais disponíveis para posteriores encaminhamentos e desenvolvimento de atividades, em especial ações educativas e preventivas, e a realização de visitas domiciliares com demandas significativas para a categoria de enfermagem.

O módulo de Territorialização e Diagnóstico em Saúde e as atividades realizadas permitiram a integração entre teoria e prática propiciando um aprofundamento sobre processo de trabalho da ESF, especialmente da territorialização e construção de mapas territoriais. Em outra experiência, foi relato que as atividades de territorialização na formação de estudantes favorece aos alunos um contato com a rotina e organização da ESF, promovendo a consolidação dos conhecimentos adquiridos em sala de aula¹⁸.

5. CONCLUSÃO

A atividade de territorialização evidenciou a responsabilidade dos profissionais de enfermagem quanto às demandas de saúde da população e a sua relação com as condições de vida e acesso aos serviços de saúde, levando-os ao estabelecimento de um contato mais próximo com as realidades locais da população e indicando caminhos para uma formação mais crítica, reflexiva e humanizada.

A categoria de enfermagem, por ser uma das profissões que se encontra mais próxima da população tem como missão apropriar-se do perfil epidemiológico e das vulnerabilidades sociais e ambientais da área de

abrangência de sua equipe de ESF, visto que essas variantes interferem diretamente na qualidade de vida da população adscrita. Assim é essencial que os profissionais de saúde voltem seu olhar para os fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, incluindo o vínculo da comunidade com seu território.

Pode-se perceber a importância da realização da territorialização visto que essa atividade proporciona o vínculo do profissional com a população, proporcionando a escuta de relatos, demandas e anseios da comunidade, sejam por orientações específicas de saúde, realização de atividades físicas, educativas ou outras demandas. O conhecimento da percepção dos moradores sobre os aspectos positivos e negativos dos serviços de saúde disponíveis na região e as dificuldades enfrentadas pelos moradores também são aspectos importantes no que tange ao planejamento e desenvolvimento de ações estratégicas que busquem minimizar riscos e agravos de saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF); 2017.
- [2] Caires ES, Júnior PJS. Territorialização em saúde: uma reflexão acerca de sua importância na atenção primária. *Revista eletrônica acervo saúde*, 2017; 9(1):1174-1177.
- [3] Giovanela L, Mendonça MHM, Almeida PF, *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 2009; 14(3):783-794.
- [4] Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2013; 66:158-164.
- [5] Almeida D. Territorialização em saúde. *Revista eletrônica agb*, 2007; 1(6):12-13.
- [6] Oliveira, GN, Furlan, PG. Co-produção de projetos coletivos e diferentes “olhares” sobre o território. In: Campos, GW. Guerrero, AVP. Org. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, Abrasco; 2008.
- [7] Faria RM. A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, 2013; 9 (16):131-147.
- [8] Monken, M. Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância à saúde. 2003. 170f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.
- [9] Monken, M, Barcellos, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Rio de Janeiro, *Cadernos de Saúde Pública*, 2005; 21(3):898-906.
- [10] Holliday OJ. Para sistematizar experiências / Oscar Jara Holliday; tradução de: Maria Viviana V. Resende. 2. ed., revista. – Brasília: MMA, 2006: 128. (Série Monitoramento e Avaliação, 2).
- [11] Barcellos C, Rojas LI. O território e a Vigilância da Saúde. EPSJV: Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde - Proformar – Unidade de Aprendizagem I, Módulo III. Rio de Janeiro; 2004.
- [12] Cardoso AS, Nascimento MC. Comunicação no Programa de Saúde da Família: O Agente Comunitário de Saúde como Elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010; 15(1):1509-1520.
- [13] Brand CI, Antunes RM, Fontana RT. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. *Revista Cogitare enfermagem*, 2010; 15(1):40-7.
- [14] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea*. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013; 28(1):56.
- [15] Lima CHR, Silva D, Almeida C, *et al.* A visita domiciliar como tecnologia do cuidado familiar: análise reflexiva. *Revista Interdisciplinar*, 2015; 8(2):209-214.
- [16] Bôas VHS. Análise do território: um instrumento interventivo na prática do Programa de Saúde da Família. 2007. 126f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)-Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- [17] Machado MC, Araújo ACF, Dantas JP, *et al.* Territorialização como ferramenta para a prática de residentes em saúde da família: um relato de experiência. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 2012; 6(11):2851- 7.
- [18] Araújo GB, Filho FWPA, Santos RS, *et al.* Territorialização em saúde como instrumento de formação para estudantes de medicina: relato de experiência. *Revista Sanare*, 2017; 16(1):124-129.