

Anorexia nervosa na infância e na adolescência: percurso desde a identificação de sintomas até ao internamento

Sandra Pires¹, Catarina Santos¹, Inês Oliveira², Frederica Vian¹

1. Assistente Hospitalar em Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central. Lisboa, Portugal. sandra.s.pires@gmail.com
2. Médica de formação específica em Psiquiatria na Infância e na Adolescência. Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central. Lisboa, Portugal.

RESUMO: Introdução – É amplamente reconhecida a importância da intervenção precoce na anorexia nervosa. Os dados disponíveis na literatura evidenciam que uma duração prolongada de doença não tratada está associada a um pior prognóstico nas perturbações da alimentação e da ingestão e que a gravidade da doença à data do diagnóstico, é preditiva do seu *outcome*. **Objetivos** – Geral: estudar o tempo de doença não tratada, numa amostra de crianças/adolescentes que estiveram internados com o diagnóstico de anorexia nervosa. Específicos: descrever o percurso percorrido desde a identificação dos primeiros sintomas até ao internamento, nomeadamente no que respeita ao seguimento em consultas das diversas especialidades, à realização de exames complementares de diagnóstico, à presença de comorbilidades e às terapêuticas estabelecidas previamente ao internamento. **Método** – Após obtenção do consentimento informado para participação no estudo procedeu-se à consulta dos processos clínicos de uma amostra de crianças/adolescentes internados num serviço de pedopsiquiatria no período compreendido entre janeiro de 2018 e dezembro de 2019 ($n=37$). Para recolha dos dados foi utilizada uma grelha construída tendo em consideração os objetivos definidos. Foi realizada uma análise estatística univariada, procurando descrever as ações empreendidas no tempo de doença não tratada, os seguimentos e plano terapêutico prévios ao internamento, o tempo decorrido desde a identificação de sintomas até ao internamento e a sua duração. Por último, procurou-se compreender de que forma tinham sido articulados os seguimentos nas diferentes consultas. **Resultados e Discussão** – Os resultados mostraram que dos 37 casos que constituíram a amostra, em cinco não ocorrera qualquer contacto com um profissional de saúde até à data de internamento; apenas 16 casos estavam referenciados à consulta de dietética/nutrição e só 15 casos tinham um plano alimentar estabelecido previamente ao internamento. Apenas dois casos eram seguidos em equipa multidisciplinar constituída por pediatra, pedopsiquiatra, psicólogo e dietista/nutricionista. **Conclusão** – Na amostra apenas uma minoria dos casos estava a ser seguida por uma equipa multidisciplinar. Estes dados reforçam a necessidade de uma melhor articulação entre os serviços de saúde mental e as restantes áreas de intervenção nas perturbações da alimentação e da ingestão.

Palavras-chave: Anorexia; Comorbilidades; Intervenção precoce; Multidisciplinaridade; Infância; Adolescência.

Anorexia nervosa in childhood and adolescence: from symptom identification to hospitalization

ABSTRACT: Introduction – The importance of early intervention in anorexia nervosa is widely recognized. The data available in the literature shows that a prolonged duration of untreated disease is associated with a worse prognosis and that the severity of the disease at the time of diagnosis is predictive of its outcome. **Objectives** – To study the time of untreated disease in a sample of children/adolescents who were hospitalized with the diagnosis of anorexia nervosa. Specifically, to clarify the path from the identification of first symptoms to hospitalization regar-

ding follow-up consultations and their management, the performance of complementary diagnostic tests, the presence of comorbidities, and the duration of hospitalization. **Methods** – Once the informed consent to participate in this study was signed, we gathered information from clinical files and the hospital's clinical database regarding children and adolescents with the diagnosis of anorexia nervosa admitted to the child and adolescent psychiatry ward from January 2018 until December 2019. A descriptive statistical analysis of the sample was performed, trying to identify the course of action taken between the identification of symptoms and the search for consultation, the type of consultations to which the family resorted, the therapeutic plan implemented prior to hospitalization, and throughout the hospitalization. Finally, we tried to understand how several health professionals managed the follow-ups. **Results/Discussion** – In our sample ($n=37$), five cases had no contact with a health professional before hospitalization. Only 16 cases were referred to dietary/nutrition consultation and only 15 cases had a diet plan established prior to hospitalization. Of the 37 cases, only two were referred to a multidisciplinary team composed of pediatric, child, and adolescent psychiatrists, psychologists, and dietitians/nutritionists. **Conclusion** – In our sample, only a minority of cases were being followed by a multidisciplinary team prior to hospitalization. These data reinforce the need for better articulation between mental health services and other areas of intervention regarding eating disorders.

Keywords: Anorexia; Comorbidities; Early intervention; Multidisciplinary; Childhood; Adolescence.

Introdução

As perturbações da alimentação e da ingestão (PAI) são condições médicas que levam a consequências físicas, psiquiátricas e psicossociais devastadoras¹⁻².

A anorexia nervosa incluída nas PAI, é uma condição psiquiátrica grave, de etiologia multifatorial e que, segundo o MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICA DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS (DSM-5), se caracteriza por uma restrição do consumo de energia, que resulta num peso significativamente baixo (critério A), por um medo intenso de ganhar peso ou comportamentos persistentes que interferem com o ganho de peso, mesmo perante um peso significativamente baixo (critério B), e por uma perturbação na autoapreciação do peso/forma corporal ou ausência de crítica para a gravidade do baixo peso atual (critério C). Ainda de acordo com este manual, a anorexia nervosa pode ser classificada em dois subtipos: tipo restritivo, quando não são identificados comportamentos purgativos ou de ingestão alimentar compulsiva nos últimos três meses; ou tipo ingestão compulsiva/purgativo, quando são identificados comportamentos purgativos ou de ingestão alimentar compulsiva nos últimos três meses. Tem um pico de incidência na adolescência e nos jovens adultos, dez vezes mais comum no sexo feminino comparativamente com o sexo masculino e mais comum em pessoas de raça caucasiana e de países desenvolvidos¹⁻². No entanto, pode ocorrer em ambos os sexos, em crianças mais novas, em todas as raças, etnias e classes socioeconómicas³⁻⁵. Apresenta um substancial risco de morte devido a complicações médicas e a suicídio⁶. As complicações médicas estão relacionadas com a perda de peso, o estado de desnutrição e, caso estejam presentes, com os comportamentos purgativos³.

As crianças e adolescentes com anorexia nervosa podem não conseguir admitir a motivação subjacente à perda de peso, o que dificulta o reconhecimento desta patologia, o seu diagnóstico e, posteriormente, o estabelecimento de um projeto terapêutico adequado⁷. Os estudos têm mostrado

que, comparativamente com outras perturbações psiquiátricas, como por exemplo a ansiedade ou a depressão, existe uma percentagem menor de pedidos de consulta de doentes com PAI⁸. Em média, após o início da sintomatologia, existe uma demora de mais de um ano até à procura de uma avaliação técnica⁹⁻¹⁰.

Na realidade, a apresentação inicial da anorexia nervosa pode ser variável e a sintomatologia associada é frequentemente inespecífica⁷. Por este motivo, é comumente necessário excluir outras patologias que possam justificar a perda de peso na infância/adolescência, nomeadamente hipertiroidismo, patologia oncológica, doença inflamatória intestinal, imunodeficiências, má-absorção, infeções crónicas, doença de Addison e diabetes mellitus¹¹. Desta forma, perante um quadro de perda de peso ou de restrição alimentar deve ser feito um o exame objetivo completo, com determinação de parâmetros vitais, peso, altura e composição corporal⁸ e, complementarmente, a realização de análises clínicas^{6,8}.

A consulta de pedopsiquiatria será importante, numa primeira fase, para a avaliação diagnóstica e identificação de comorbilidades psiquiátricas, nomeadamente: perturbações afetivas, perturbação obsessivo-compulsiva (POC), perturbação de sintomas somáticos e uso abusivo de substâncias, visto a presença de comorbilidades ser extremamente comum¹². A perturbação depressiva major é a comorbilidade mais frequente em doentes com anorexia nervosa (risco de incidência, ao longo da vida, de 80%)^{11,12}. Os pré-adolescentes com esta patologia têm maior probabilidade, comparativamente com adolescentes mais velhos, de ter psicopatologia pré-mórbida (perturbações depressivas, POC ou perturbações de ansiedade)³.

Dada a complexidade desta doença, tanto a nível de deteção como de diagnóstico e tratamento, preconiza-se a intervenção por uma equipa multidisciplinar¹¹. Considera-se que esta equipa deva ser constituída, pelo menos, por um pediatra ou médico de família, um nutricionista/dietista e um técnico de saúde mental¹³. Num cenário ótimo, a equipa

deveria incluir um pediatra, um psiquiatra/pedopsiquiatra, um terapeuta familiar, um psicólogo, um enfermeiro e um nutricionista/dietista^{9,11}.

A psicoterapia é apontada na literatura como a pedra angular na abordagem destes casos e o estabelecimento de um plano dietético personalizado é também essencial no plano de recuperação da anorexia nervosa¹⁴. Garantir a realimentação, e consequente aumento ponderal, é prioritário¹³. Em relação à intervenção farmacológica é importante realçar que não há psicofármacos aprovados especificamente para o tratamento da anorexia nervosa, admitindo-se o seu benefício essencialmente nos casos em que há outra sintomatologia psiquiátrica comórbida¹⁵.

O prognóstico de indivíduos com anorexia nervosa é variável, sendo a evolução a longo prazo heterogénea. Os estudos longitudinais a vinte anos sugerem que ocorra uma remissão total em aproximadamente 30 a 60% dos casos, evolução para cronicidade em 20% dos casos, mantendo os restantes sintomas residuais^{6,16}. Os fatores preditores de melhor prognóstico são uma idade mais precoce e um menor tempo de doença não tratada^{1,16}. Também a boa relação entre os pais e a criança/adolescente e a existência de relacionamentos de confiança com amigos ou com terapeutas podem influenciar positivamente o prognóstico¹.

Considerando a escassez de estudos em amostras da população pediátrica portuguesa com anorexia nervosa e a necessidade de investir em cuidados especializados para esta população, o presente estudo pretende caracterizar uma amostra de jovens internados numa Unidade de Pedopsiquiatria com o diagnóstico de anorexia nervosa e analisar o tempo de doença não tratada, nomeadamente o tempo percorrido desde a identificação dos primeiros sintomas até ao internamento, o seguimento em consultas das diversas especialidades, a realização de exames complementares de diagnóstico, a presença de comorbilidades e as terapêuticas estabelecidas previamente ao internamento, bem como a sua duração.

Método

A investigação teve o parecer positivo da chefia da unidade e do centro de investigação da instituição hospitalar.

População e amostra

Foram incluídas no estudo todas as crianças/adolescentes (com idades compreendidas entre 10 e 17 anos de idade) que tiveram um primeiro internamento por anorexia nervosa no período compreendido entre janeiro de 2018 e dezembro de 2019 numa unidade de pedopsiquiatria que atende a zona sul do país. No total foram identificados 39 processos que respondiam a esses critérios. Após a identificação foram contactados os pais das crianças. Este contacto foi feito via telefone. No telefonema foi explicado aos pais os objetivos do estudo e indagada a sua disponibilidade para participar. Aos que mostraram disponibilidade foi pedida autorização para a consulta e a utilização dos dados clínicos e sociodemográficos da criança/adolescente. Essa autorização foi assinada

em documento de consentimento informado e esclarecido, enviado por *email*, no qual se reforçava a confidencialidade dos dados, a ausência de consequências no atendimento clínico em caso de rejeição ou abandono na participação e se disponibilizava um contacto na eventualidade de dúvidas. A resposta dos pais foi muito positiva: de um total de 39 doentes foi possível obter o consentimento informado de pelo menos um dos cuidadores em 37 crianças/adolescentes. Foram excluídos dois doentes por nenhum dos progenitores ter respondido às tentativas de contacto para obtenção de consentimento. Não houve nenhum caso excluído por recusa em participar no estudo.

Variáveis em estudo e colheita de dados

Trata-se de um estudo retrospectivo, tendo-se procedido à consulta do processo clínico dos doentes elegíveis para participação no estudo considerando as seguintes variáveis: dados sociodemográficos – género, idade, distrito de residência – e dados clínicos – seguimentos anteriores em consulta, tempo decorrido desde o início dos sintomas até à primeira avaliação e ao internamento, projeto terapêutico prévio ao internamento, duração do internamento, presença de comorbilidades e realização de exames complementares de diagnóstico.

Tratamento de dados

Foi realizada uma análise descritiva da amostra com recurso ao Microsoft Excel®, utilizando-se o seu instrumento «tabelas dinâmicas» na análise e exploração dos dados da amostra.

Resultados e Discussão

Caracterização demográfica

Relativamente à caracterização dos dados sociodemográficos da amostra ($n=37$), apenas um doente pertencia ao género masculino. A média de idades situou-se nos 14 anos, sendo a idade mínima de 10 anos e a máxima de 17 anos de idade. Mais de metade da amostra (68%) residia no distrito de Lisboa.

Tempo de doença não tratada

Em relação ao tempo de doença não tratada, definida pelo tempo entre o surgimento dos primeiros sintomas e o momento em que ocorre a primeira avaliação em consulta, a amostra apresentou um tempo médio de cinco meses, o que é inferior ao referido na literatura que aponta para um intervalo temporal de cerca de um ano⁹.

Seguimento em ambulatório e plano terapêutico prévio ao internamento

Em relação ao seguimento em consultas de saúde mental previamente ao internamento apurou-se que 32 doentes (87%) apresentavam seguimento em pelo menos uma valência desta área: 15 (41%) apenas em consulta de pedo-

-psiquiatria, seis (16%) apenas em consulta de psicologia e 11 (30%) estavam a ser seguidos em ambas as consultas. É de referir que cinco casos (16%) foram internados por anorexia nervosa sem terem tido nenhum seguimento prévio na área de saúde mental. Destes, três não tinham qualquer seguimento em ambulatório e dois tinham tido apenas consultas de valências pediátricas previamente ao internamento.

Em relação ao seguimento em consultas de valências pediátricas, 20 doentes (54%) apresentavam seguimento em pelo menos uma consulta de pediatria.

No que concerne a consultas de dietética e de nutrição apenas 43% tinham recorrido a este acompanhamento previamente ao internamento. É importante sublinhar que não houve nenhum doente que estivesse a ser seguido apenas em consultas de nutrição.

Os resultados referentes ao seguimento prévio ao internamento evidenciam a carência de um projeto terapêutico multidisciplinar na amostra do presente estudo. Assim, apesar de reconhecida a importância da multidisciplinaridade no tratamento da anorexia nervosa, nomeadamente da necessidade de ter equipas de apoio em ambulatório constituídas por pediatra, dietistas/nutricionistas, psicólogo e pedopsiquiatra¹³, dos 37 doentes da amostra apenas dois eram seguidos, previamente ao internamento, nestas quatro valências. Em alguns casos registou-se um seguimento multidisciplinar, embora não integrando todas as valências: em cinco casos o seguimento incluía pedopsiquiatria, pediatria e nutrição; em quatro casos incluía pedopsiquiatria, psicologia e nutrição; e em dois casos o seguimento integrava as valências de pedopsiquiatria, psicologia e pediatria.

Este facto pode estar relacionado com dificuldades no reconhecimento do diagnóstico e, posteriormente, no estabelecimento de um plano de intervenção adequado^{4,7,17}. Por outro lado, é conhecida a escassez de recursos de saúde e o distanciamento entre as equipas de saúde mental, de dietética/nutrição e as restantes valências pediátricas. Admite-se também que, em alguns casos, a gravidade da doença possa ter condicionado o estabelecimento de um plano de intervenção prévio ao internamento, por necessidade de recorrer ao internamento numa fase muito inicial da avaliação.

Em relação a exames complementares de diagnóstico, e apesar de 31 doentes da amostra estarem a ser seguidos em pelo menos uma especialidade médica, apenas oito doentes (21%) tinham realizado uma avaliação analítica, o que não corresponde às melhores práticas de avaliação para esta situação clínica^{6,9}.

O estabelecimento de um plano alimentar personalizado é um componente essencial do plano de tratamento em casos de anorexia nervosa^{14,18}. No entanto, na amostra do estudo apenas 15 doentes tinham um plano alimentar estabelecido à data de internamento. Importa realçar que, dos 16 doentes seguidos em dietética/nutrição, três não tinham plano alimentar instituído. De sublinhar ainda que dois doentes tinham um plano alimentar proposto por um médico pediatra, sem apoio da área da dietética/nutrição.

Em relação a terapêutica psicofarmacológica, dos 26 doentes que tinham seguimento prévio em pedopsiquiatria

14 estavam medicados com pelo menos um psicofármaco. Como referido na literatura, não há um tratamento farmacológico especificamente aprovado para a anorexia nervosa, admitindo-se que nestes 14 doentes o psicofármaco possa ter sido utilizado de forma a tratar a sintomatologia comórbida¹⁵.

A três doentes, da amostra total, tinham sido prescritos laxantes.

Tempo decorrido desde a identificação dos sintomas até ao internamento

A média de tempo decorrido entre a identificação dos primeiros sintomas e o internamento foi de 5,3 meses (mediana de cinco meses). Em relação às variáveis «terapêutica instituída» e «presença de comorbilidades» observa-se alguma dispersão dos resultados, o que, associado ao tamanho da amostra, dificultou o estabelecimento de qualquer associação entre estas variáveis e o tempo decorrido até ao internamento.

É de referir que os doentes com mais comorbilidades (pelo menos três comorbilidades) foram internados, em média, oito meses após a identificação dos primeiros sintomas da doença. Este intervalo de tempo é ligeiramente superior à média da presente amostra. Ou seja, neste estudo, a existência de comorbilidades não indicou necessariamente um internamento mais precoce. Admite-se que a precocidade da necessidade de internamento possa estar maioritariamente relacionada com outras variáveis não estudadas neste trabalho, como a variação de peso e a velocidade a que se deu essa alteração.

Duração do internamento

Em relação à duração do internamento, na amostra estudada este parâmetro variou entre o mínimo de 21 dias e o máximo de 129 dias, tendo uma média de 69,3 dias, uma mediana de 68,5 dias e uma moda de 35 dias. Um maior tempo de doença não tratada não levou, no presente estudo, a tempos de internamentos mais prolongados. Este resultado pode estar relacionado com as limitações identificadas no estudo, nomeadamente com a dimensão reduzida da amostra, uma vez que outros estudos que estudaram esta variável apresentavam valores de *n* superiores¹⁶.

Conclusão

A complexidade do diagnóstico e intervenção na anorexia nervosa, associada ao risco de morte que a perturbação comporta, justifica a necessidade de se aprofundar o estudo nesta área, tanto em relação à deteção precoce dos casos como ao estabelecimento de projetos terapêuticos eficazes.

Os resultados do presente estudo permitiram compreender melhor o percurso destes doentes até chegarem a uma unidade de internamento pedopsiquiátrico e fornecem informação relativamente ao modo como se está a intervir neste âmbito. Pelos resultados do estudo, o tratamento de cariz multidisciplinar, com integração da pediatria, dietética/nutrição e saúde mental (psiquiatria e psicologia), verifi-

cou-se somente em dois dos trinta e sete doentes analisados. Em relação ao projeto terapêutico prévio ao internamento, apenas quinze doentes tinham um plano nutricional e só oito doentes tinham realizado uma avaliação analítica. A referência para um técnico de dietética e nutrição necessita de ser reforçada, visto que apenas dezasseis doentes estavam a ser seguidos nesta especialidade previamente ao internamento.

Identifica-se como fragilidade do presente estudo a dimensão reduzida da amostra, embora corresponda praticamente à totalidade das crianças/adolescentes internados por anorexia nervosa entre 2018 e 2019 numa das unidades de referência nacional para o tratamento destas doenças. Pondera-se, enquanto perspetiva futura, a continuidade e amplificação deste estudo nos anos que se seguem, de forma a consolidar os resultados obtidos. Foi também uma limitação o facto de a recolha de dados ter sido feita de forma retrospectiva e de a colheita de informação clínica estar limitada aos registos realizados pelos técnicos que acompanharam estas crianças/adolescentes antes do protocolo de investigação estar implementado. Estes registos foram feitos de forma heterogénea e, por vezes, incompleta, o que limitou o número de variáveis que se conseguiu incluir no estudo.

É premente a realização de mais estudos nesta área para que se identifiquem os fatores que dificultam o acesso destas crianças/adolescentes a tratamento especializado multidisciplinar.

Estes resultados sublinham a importância de aumentar os recursos terapêuticos disponíveis para o tratamento da anorexia nervosa em crianças e adolescentes, bem como a necessidade de continuar a formar os técnicos de saúde nesta área, tornando-os mais eficazes na deteção precoce, no estabelecimento de projetos terapêuticos adequados e na capacidade de estabelecer uma rede de cuidados multidisciplinar.

Contributo dos autores.

Conceptualização, SP, CS e IO; colheita de dados, SP, CS, IO e FV; redação do draft original, SP, CS e IO; revisão e validação do texto final, SP e CS.

Referências bibliográficas

1. Pritts SD, Susman J. Diagnosis of eating disorders in primary care. *Am Fam Physician*. 2003;67(2):297-304.
2. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry*. 2016;29(6):340-5.
3. Hornberger LL, Lane MA, Committee on Adolescence. Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*. 2021;147(1):e2020040279.
4. Rowe E. Early detection of eating disorders in general practice. *Aust Fam Physician*. 2017;46(11):833-8.
5. Meierer K, Hudon A, Sznajder M, Leduc MF, Taddeo D, Jamoulle O, et al. Anorexia nervosa in adolescents: evolution of weight history and impact of excess pre-morbid weight. *Eur J Pediatr*. 2019;178(2):213-9.
6. Mitchell JE, Peterson CB. Anorexia nervosa. *N Engl J Med*. 2020;382(14):1343-51.
7. Cooper R. Could your patient have an eating disorder? *Nurs Womens Health*. 2013;17(4):317-24.
8. Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swendsen J, Avenevoli S, Case B, et al. Service utilization for lifetime mental disorders in U.S. adolescents: results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50(1):32-45.
9. Mairs R, Nicholls D. Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Arch Dis Child*. 2016;101(12):1168-75.
10. Fatt SJ, Mond J, Bussey K, Griffiths S, Murray SB, Lonergan A, et al. Help-seeking for body image problems among adolescents with eating disorders: findings from the EveryBODY study. *Eat Weight Disord*. 2020;25(5):1267-75.
11. Wilson GT, Shafran R. Eating disorders guidelines from NICE. *Lancet*. 2005;365(9453):79-81.
12. Woodside BD, Staab R. Management of psychiatric comorbidity in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *CNS Drugs*. 2006;20(8):655-63.
13. Society for Adolescent Health and Medicine, Golden NH, Katzman DK, Sawyer SM, Ornstein RM, Rome ES, et al. Position paper of the Society for Adolescent Health and Medicine: medical management of restrictive eating disorders in adolescents and young adults. *J Adolesc Health*. 2015;56(1):121-5.
14. Marzola E, Nasser JA, Hashim SA, Shih PA, Kaye WH. Nutritional rehabilitation in anorexia nervosa: review of the literature and implications for treatment. *BMC Psychiatry*. 2013;13:290.
15. Blanchet C, Guillaume S, Bat-Pitault F, Carles ME, Clarke J, Dodin V, et al. Medication in AN: a multidisciplinary overview of meta-analyses and systematic reviews. *J Clin Med*. 2019;8(2):278.
16. Austin A, Flynn M, Richards K, Hodsoll J, Duarte TA, Robinson P, et al. Duration of untreated eating disorder and relationship to outcomes: a systematic review of the literature. *Eur Eat Disord Rev*. 2021;29(3):329-45.
17. Bryant-Waugh RJ, Lask BD, Shafran RL, Fosson AR. Do doctors recognise eating disorders in children? *Arch Dis Child*. 1992;67(1):103-5.
18. Reiter CS, Graves L. Nutrition therapy for eating disorders. *Nutr Clin Pract*. 2010;25(2):122-36.

Conflito de interesses

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

Artigo submetido em 12.04.2021 e aprovado em 08.04.2022