

## FOBIA ESPECIFICA: UMA PERSPECTIVA DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

Daniela de Fatima Martins Raimundo<sup>1</sup>  
Cíntia Mendes de Assis<sup>2</sup>

[cintiamendesassis@hotmail.com](mailto:cintiamendesassis@hotmail.com)

**AREA DE CONHECIMENTO:** Ciências da Saúde

### RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo analisar como é realizado a intervenção no viés comportamental das fobias específicas, através de um estudo bibliográfico. A metodologia foi realizada através de uma revisão literária de artigos dos bancos de dados Pepsic e Scielo. A Terapia Comportamental tem por objetivo propiciar a melhora do cliente através de técnicas comportamentais e está focada no presente do mesmo e na resolução de problemas. A fobia específica é o medo irracional de uma situação ou objeto, no qual gera ansiedade e a evitação desse estímulo fóbico. O tratamento no viés da TCC da fobia específica é baseado nas técnicas de exposição, relaxamento, treino das habilidades sociais e reestruturação cognitiva.

**PALAVRAS-CHAVE:** Fobia Específica; Terapia Cognitivo Comportamental; Tratamento.

### 1. INTRODUÇÃO

Segundo Neto e Santos (2011, 2003) o medo é uma emoção que pode ser aprendida ou inata e é construída historicamente. Os exemplos de sinais de perigos que geram medo são: lugares elevados, animais, insetos, ruídos, escuridão e contato com estranhos. Os autores falam também que quando tal medo atrapalha o cotidiano do sujeito, este se classifica como fobia.

Fobia específica de acordo com o DSM-5 (2014) é definido como medo irreal de algum objeto, atividade ou situação. Como por exemplo, medo de animais, lugares fechados e abertos, medo de dirigir, medo do escuro, entre outros.

Segundo Neto (2011) os sintomas mais comuns que aparecem quando o sujeito está frente ao seu medo fóbico é: taquicardia, sudorese, tremor, medo de perder o controle ou morte iminente, falta de ar, dor no estômago e aperto no peito.

---

<sup>1</sup>Acadêmica do curso de Psicologia da Faculdade UNIVÉRTIX.

<sup>2</sup>Psicóloga especialista. Professora do Curso de Psicologia da Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX – Matipó

O objetivo do presente trabalho é analisar como se dá o tratamento das fobias específica na perspectiva da terapia cognitivo Comportamental, através de uma pesquisa bibliográfica. Justifica-se a importância deste estudo a necessidade de reunir informações necessárias para a forma de tratamento oferecida pela terapia cognitivo comportamental em casos de fobias específica.

Trabalhos como esse são relevantes, pois, ajudam a acrescentar o acervo de materiais referentes ao tratamento da fobia específica, e como a TCC realiza a intervenção nesses casos, é importante falar sobre este assunto para que estudantes de psicologia e psicólogos possam ter maior embasamento teórico sobre o tema.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL**

Terapia cognitivo comportamental (TCC) foi desenvolvida na década de 1960 por Aaron Beck. Ela foi desenvolvida para ser uma psicoterapia de pouca duração no qual diferente da psicanálise, está voltada para o presente do sujeito e na resolução dos problemas onde atua modificando comportamentos e pensamentos (BECK, 2014).

De acordo com Kanapp (2008) o modelo cognitivo foi desenvolvido para refutar a teoria freudiana de depressão considerada como hostilidade reprimida. Após pesquisas com seus pacientes com depressão Beck chegou a teoria de que os sonhos de pacientes deprimidos advêm do "senso de fracasso, derrota e perda". Posteriormente Beck explica que os sintomas da depressão podem ser representados pela chamada Tríade cognitivos, no qual são representações negativas de si mesmo, do mundo pessoal e dos outros.

A TCC é muito além de um conjunto de técnicas, a competência do terapeuta é um ponto alto para garantir os resultados dos procedimentos da psicoterapia. Beck ressalta que antes de tudo é de grande necessidade o vínculo terapêutico entre paciente e terapeuta no qual é denominado em perigo colaborativo (KANAPP, 2008). Neto (2011) diz que "como em qualquer abordagem psicoterápica, uma relação terapêutica sólida e empática [...] são elementos fundamentais para o sucesso do tratamento".

De acordo com Kanapp (2008) terapeuta e paciente trabalham em conjunto para avaliar as crenças do paciente e as moldando de acordo com a realidade. Neto (2011) fala que a primeira atribuição do terapeuta é apresentar o paciente a ligação existente entre comportamento, pensamento e sentimento. Pergher *et al.* (2016) diz que a terapia cognitivo comportamental se caracteriza por três fundamentos:

“a) a cognição afeto e comportamento; b) a cognição pode ser monitorizada e alterada e; c) a mudança comportamental que se almeja pode ser efetuada por meio de mudança cognitiva”. (PERGHER *et. al.*, 2016, p 142)

De acordo com Neto (2011) a TCC é uma terapia focal, que é baseada no modelo cognitivo na qual presume que em transtornos mentais, o pensamento disfuncional é um ponto importante. Alteração dos pensamentos disfuncionais conduz a melhora dos sintomas dos transtornos, modificando as crenças disfuncionais subjacentes e estipula uma melhora duradoura e eficaz. O autor completa dizendo que “a terapia cognitiva trabalha basicamente com identificação e reestruturação de três níveis de cognição pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças nucleares.”.

Segundo Pergher (2016) pensamentos automáticos são os níveis superficiais da cognição sendo, avaliativos, espontâneos e vírgulas consideradas assim raciocínio consciente. Todas as situações cotidianas vividas acabam gerando pensamentos automáticos. Crenças intermediárias chamadas também de crença regras localizam-se entre os pensamentos automáticos e as crenças nucleares. São baseadas por atitudes e suposição as crenças centrais, essas crenças são uma tentativa de enfrentar as crenças nucleares e uma maneira de retardar o sofrimento. Crenças nucleares ou crenças centrais caracterizam-se pelo nível cognitivo mais profundo, envolve percepções e ideias comumente negativas e distorcidas que para o paciente é considerado como verdades absolutas, imutáveis e generalizadas. É a percepção que a pessoa tem sobre si mesmo, sobre os outros e sobre o mundo.

Kanapp (2008) diz que a terapia cognitivo-comportamental lança mão de um conjunto de técnicas cognitivas e comportamentais, a mudança cognitiva gera Mudança de Comportamento assim como a mudança de comportamento gera mudança cognitiva. As técnicas cognitivas usadas em TCC são: questionamento socrático, identificação, Retribuição e reestruturação cognitiva, correção de pensamentos automáticos, ensaio cognitivo, entre outros pontos. Já as técnicas

comportamentais são: avaliação de prazer e habilidade agendamento de atividades, treinamento de habilidades sociais, role-plays, prescrições comportamentais de tarefas graduais, técnicas de soluções de problemas, entre outros.

## 2.2 FOBIA ESPECIFICA

De acordo com Neto e Santos (2011, 2003) o medo é considerado uma desconfortável emoção experimentada pelos seres humanos, o medo é também uma emoção choque frente ao perigo que ameaça a pessoa. Ele é importante para a sobrevivência, pois faz com que a pessoa aumente a sua capacidade de reagir mediante as situações. O medo ajuda no aumento da vigilância e prepara para a luta ou fuga, que ajuda a afastar o perigo e diminuir o desconforto. Uma emoção que está ligada ao medo é a ansiedade que tem o papel de antecipar o perigo e preparar para impedir que aconteça.

Santos (2003) diz que:

"A ansiedade e o medo, apesar das questões semânticas a propósito da sua distinção, podem, ainda, ser diferenciados pela reacção na eventual presença de um potencial predador, identificado pelo odor, ou pela presença real de um predador, detectado pela visão"(SANTOS, 2003, p 267).

Segundo Neto e Santos (2011, 2003) o medo é uma emoção que pode ser apreendida ou inata e é construída historicamente. Os exemplos de sinais de perigos que geram medo são: lugares elevados, animais, insetos, ruídos, escuridão e contato com estranhos. O medo tem um grau de dependência dos estímulos visuais olfativos e auditivos, ele pode provocar efeitos no organismo que é uma resposta para a fuga, esses efeitos são: aceleração do coração, respiração rápida ou lenta, diarreia ou imobilização (NETO, 2011; SANTOS, 2003).

Neto (2011) diz que algumas vezes o medo pode ser considerado patológico e prejudicial. Um exemplo disso são as fobias, que são denominadas medos persistentes de algum objeto, situação ou atividade específica que para muitos é considerado não ameaçador.

Segundo Neto (2011) a fobia específica:

"Possui três componentes: ansiedade antecipatória que surge diante a possibilidade de encontrar o estímulo fóbico; o medo com sintomas físicos quando se está na situação; os comportamentos de esquiva ou fuga que visam cessar o mal-estar. A pessoa não teme o objeto em si, mas o que pode resultar do contato com ele. Assim uma pessoa com medo de dirigir

pode temer um acidente; o medo de cachorro é de ser mordido; de um lugar fechado é de se sufocar ou ficar preso nele. O medo e a esquiva atrapalha o desempenho na vida pessoal e profissional e trazem sofrimento" (NETO, 2011, p 299).

É uma síndrome sempre acompanhada por sintomas físicos. Estes são: sudorese, taquicardia, diarreia, palidez, dores musculares, tremores, calafrios, formigamento, falta de ar, vazio no estômago, dor e aperto no peito. A fobia também se apresenta com sintomas psíquicos, extinção: irritação, em segurança, dificuldade de concentração e memória, despersonalização, nervosismo, tensão, preocupação, sensação de morte iminente, de ficar louco ou de perder o controle (NETO, 2011; DSM, 2014). Segundo o DSM (2014):

“É comum que os indivíduos tenham múltiplas fobias específicas. O indivíduo com fobia específica em geral teme três objetos ou situações, e aproximadamente 75% daqueles com fobia específica temem mais de uma situação ou objeto. Nesses casos, seria necessário dar os diagnósticos de fobia específica múltipla, cada uma com seu código diagnóstico refletindo o estímulo fóbico. Por exemplo, se um indivíduo teme tempestades e voar, então seriam dados dois diagnósticos: fobia específica, ambiente natural e fobia específica, situacional” (DSM, 2014, p 198).

Segundo Neto (2011) as fobias mais comuns são: fobia de animais, fobia de sangue e ferimentos, fobia de doenças, fobia de espaços, fobia de automóveis, a fobia de altura, claustrofobia. Fobia de animais está relacionada a aves, cachorros, aves etc. No qual é denominado zoofobia. Fobia de sangue a pessoa sente desconforto ao ver a mínima quantidade de sangue o que acaba atrapalhando a vida do sujeito que por vezes se recusa a realizar procedimentos médicos ou odontológicos. Fobia de doenças é chamada de hipocondria, onde a pessoa tem a Total certeza de que tem alguma doença e que apresenta os sintomas da mesma.

Fobia de espaços é o medo de lugares abertos com muitas pessoas ao redor, esse medo é chamado de agorafobia, o sujeito tem medo de passar mal e não conseguir sair do local para pedir ajuda onde este acaba evitando sair de casa. Fobia de altura pode ser qualquer distanciamento do chão o sujeito evita situações em que ele acha que o chão não está acessível facilmente. Claustrofobia a pessoa se sente mal e se esquiva de lugares fechados como elevadores, sala sem janelas etc. Aqui diferente da agorafobia o sujeito tem medo da situação (NETO, 2011).

Fobia de guiar automóveis pode ser situacional onde a pessoa se restrita dirigir em determinadas ruas rodovias automóveis etc, e pode ser também com

esquiva Total onde a pessoa se recusa a dirigir qualquer que seja o automóvel. Segundo Borloti *et al.* (2018):

“a fobia de dirigir é classificada como sendo um transtorno de ansiedade, uma fobia específica do tipo situacional, que se caracteriza pelo medo ou ansiedade clinicamente significativos (intenso ou grave) diante de um objeto ou situação” (BORLOTI *et al.*, 2018, p 235).

### 3.METODOLOGIA

O presente trabalho foi produzido através da abordagem da pesquisa qualitativa que segundo Augusto (2013) pesquisa qualitativa é uma abordagem que analisa o mundo, isso quer dizer, os pesquisadores estudam coisas em situações naturais, na qual tentam compreender determinados fenômenos em termos de conceitos que as pessoas as atribuem. O autor acrescenta que esse tipo de pesquisa fornece importância significativa a declarações das figuras sociais comprometidos, aos raciocínios e aos significados difundidos por eles.

A coleta de dados foi realizada através de revisão de literatura em variados bancos de dados, como scielo, bvs-psi entre outros. Segue abaixo tabela 1 com a relação de todos os textos utilizados para a realização deste trabalho.

Segundo Sampaio *et al.* (2006):

“Revisões da literatura são caracterizadas pela análise e pela síntese da informação disponibilizada por todos os estudos relevantes publicados sobre um determinado tema, de forma a resumir o corpo de conhecimento existente e levar a concluir sobre o assunto de interesse<sup>1</sup>. Existem diversos tipos de estudos de revisão e cada um deles segue uma metodologia específica” (SAMPAIO, 2006, p 85).

Tabela 1: Relação de todos os textos utilizados para a realização deste trabalho

Nº	Banco de dados	Autor	Objetivo	Metodologia
1	Pepsic	Santos et. al	Avaliou os efeitos de um programa de intervenção no medo de dirigir.	Pesquisa qualitativa e quantitativa.
2	Scielo	Kanapp	Demonstrar a eficácia da TCC em transtorno mentais.	Revisão bibliográfica
3	Livro	DMS5	Livro dos transtornos mentais.	Pesquisa

				qualitativa
4	Livro	Neto	Abordar a terapia cognitiva comportamental como forma de tratamento.	Pesquisa qualitativa
5	Scielo	Santos	Descrever as fisionomias que o medo adquire no cenário contemporâneo.	Revisão bibliográfica
6	Livro	Beck	Explicar como funciona a terapia cognitivo comportamental	Pesquisa qualitativa.
7	scielo	Augusto	Analisar como são construídas as pesquisas de natureza qualitativa em artigos sobre a Teoria dos Custos de Transação.	Pesquisa descritiva
8		Mancini e Sampaio	Descrever o que é uma revisão de literatura.	Pesquisa descritiva
9	Pepsic	Gusmão et. al	Objetivou realizar uma revisão da literatura acerca das perspectivas e intervenções da terapia cognitivo-comportamental sobre a fobia social.	Revisão literária
10	Pepsic	Del'Rey e Pancini	Realizar uma breve revisão bibliográfica dos mais importantes modelos e técnicas cognitivas e comportamentais da fobia social.	Revisão bibliográfica

Fonte: Elaborado pelo autor

#### 4. RESULTADO E DISCUSSÃO

De acordo com Del'Rey (2006), o viés cognitivo comportamental busca reunir vários resultados de pesquisa com os modelos já existentes. Este modelo diz que já existe uma predisposição para o desenvolvimento da fobia social nas pessoas. O autor diz que algum evento traumático na infância ou adolescência pode fazer com que quando adulto gerar algum medo irracional. Assim esta pessoa quando tem alguma fobia, ela tenta a todo custo evitar o objeto ou situação fóbica.

É importante considerar primeiramente, os sintomas que proporcionam maior dano na vida do indivíduo, para fazer os devidos encaminhamentos, se será grupal ou individual, caso seja um trabalho feito dentro de um serviço público. Uma das técnicas importantes é a psicoeducação quanto ao seu transtorno fóbico, no qual faça o indivíduo compreender que ele não é somente a sua doença e que não deve se rotular e que ele não é o único que tem o diagnóstico. É necessário também explicar ao paciente como vai ser o seu processo de tratamento dentro do viés

cognitivo comportamental, importante também conversar sobre o tratamento farmacológico. A psicoeducação serve para que o paciente tire todas as suas dúvidas em relação ao seu tratamento psicoterápico, e enfatizar que na TCC ele precisa ser ativo no processo (GUSMÃO, 2013).

GUSMÃO (2013) nos diz que a TCC é baseada por metas, onde o indivíduo e terapeuta realizam juntos as metas para o tratamento, o que confirma que o paciente é ativo durante todo o processo psicoterápico.

No modelo cognitivo comportamental o tratamento sugere que o indivíduo faça tanto tratamento psicoterápico quanto farmacológico. No qual os fármacos usados são os inibidores seletivos de recapitulação de serotonina. Já no viés comportamental o tratamento é baseado nas técnicas de exposição, relaxamento, reestruturação cognitiva e treino das habilidades sociais. Cada técnica é utilizada de maneira diferente, mas todas têm por objetivo gerar a mudança na vida do indivíduo. (DEL´REY, 2006).

A reestruturação cognitiva serve para identificar as crenças irracionais do paciente, onde o terapeuta pode aplicar um teste de realidade e assim fazendo a correção dos conteúdos corrigidos. A partir daí o paciente é incentivado a identificar os seus pensamentos distorcidos através de evidências reais, no qual é conduzido pelo terapeuta através de um questionamento socrático. O objetivo da reestruturação cognitiva é ensinar ao indivíduo a controlar os pensamentos irracionais e negativos, analisar as evidências favoráveis e contrárias ao pensamento distorcidos, corrigir as interpretações fora da realidade, assim gerando uma redução nos sintomas fóbicos (DEL´REY, 2006; GUSMÃO, 2013).

De acordo com Del´Rey (2006) a técnica de exposição sugere que o paciente confronte fisicamente ou imagine os estímulos fóbicos. O paciente junto com o terapeuta irá listar quais são estes estímulos fóbicos do item que maior causa ansiedade ao menor. No início desta técnica, esses estímulos são vivenciados juntamente com o terapeuta, e esses estímulos serão enfrentados do menor ao maior. O processo continua até que ele possa realizar as situações mais assustadoras para ele.

De acordo com Gusmão (2013) o treinamento tem como função possibilitar ao paciente alcançar um estado de calma física e mental. No tratamento de fobia específica, o paciente irá aprender a como controlar os sintomas fisiológicos da ansiedade, ela pode ser usada no controle da respiração e do relaxamento muscular. O relaxamento é muito usado em TAS (transtorno de ansiedade social, assim o paciente terá mais controle sobre o que está sentindo durante as situações ansiosas. De acordo com Del'Rey (2006) "Os estudos mostram que as técnicas de relaxamento facilitam a exposição do paciente à situação temida, porém não são eficazes isoladamente no tratamento da fobia social".

De acordo com Del'Rey (2006) "as mais comuns técnicas usadas no treinamento de habilidades sociais são a modelagem pelo terapeuta, ensaio comportamental, reforçamento social e o treinamento realizado fora da sessão". Essa técnica possibilita a capacidade de defender seus direitos, recusar pedidos, expressar opiniões, entre outros. Essas habilidades compõem comportamentos verbais e não verbais.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Podemos sugerir que é de suma importância trabalhos que falem sobre como é o tratamento de alguns transtornos mentais, inclusive em relação às fobias específicas, pois muitos desses transtornos ansiosos não há muitos artigos nos bancos de dados para realizar pesquisas.

Durante a realização desta pesquisa bibliográfica pode-se perceber que a fobia específica é um transtorno que pode acometer qualquer pessoa que passe por um evento traumático em uma das fases iniciais da vida. A fobia é um transtorno que pode gerar uma mudança na vida da pessoa, pois esta vai a todo custo evitar esse objeto ou situação que lhe causa ansiedade.

O tratamento baseado na TCC para as fobias específicas sugerem ser bastante eficientes, mas é necessário lembrar que é necessário ter um terapeuta que saiba realizar as mesmas de forma eficaz e responsável, pois o objetivo da TCC é proporcionar a resolução dos problemas do paciente. O tratamento usa das

técnicas tanto cognitivas e comportamentais e é necessário o comprometimento do paciente para que haja melhora nos sintomas fóbicos.

## REFERÊNCIAS

AUGUSTO, Cleiciele Albuquerque. Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). **Rev. Econ. Sociol. Rural**. Brasília. v. 51, n. 4, p. 745-764, out/dez. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-20032013000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20032013000400007&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 24.mar.2020.

Beck, Judith s. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e pratica**. 2014.

BORLOTI, Elizeu; SANTOS, Andressa dos; HAYDU, Verônica Bender. Terapia com exposição a realidade virtual e avaliação funcional para fobia de dirigir: um programa de intervenção. **Av. Psicol. Latinoam.** Bogotá. v. 36, n. 2, p. 235-251, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-47242018000200235&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242018000200235&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 24.mar.2020.

D'EL REY, Gustavo J. Fonseca; PACINI, Carla Alessandra. Terapia cognitivo-comportamental da fobia social: modelos e técnicas Cognitive-behavioral therapy of social phobia: models and techniques Terapia cognitivo-comportamental de la fobia social: modelos y técnicas. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 269-275, Aug. 2006. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722006000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000200005&lng=en&nrm=iso). Acesso em 02 Set. 2020.

GUSMAO, Estefanea Élide da Silva et al. Contribuições da terapia cognitivo-comportamental para o tratamento da fobia social. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 118-125, dez. 2013. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872013000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872013000200007&lng=pt&nrm=iso). acessos em 02 set. 2020.

KNAPP, Paulo; BECK, Aaron T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo. v. 30, supl. 2, p. s54-s64, out. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462008000600002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 24.mar.2020.

MANCINI, Marisa Cotta; SAMPAIO, Rosana Ferreira. Quando o objeto de estudo é a literatura: estudos de revisão. **Rev. bras. fisioter.** São Carlos. v. 10, n. 4, dez. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-35552006000400001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552006000400001&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 24.mar.2020.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] DSM-5 / [American Psychiatric Association: tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento... *et al.*] ; **revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli...**[*et al.*]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre :Artmed, 2014.

NETO, Francisco Lutofo. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais**. 2011.

PHERGER, Giovanni Kuckartz; HAACK, Karla Rafaela; JESUS, Jaqueline de. **Fundamentos e praticas em serviço-escola – espaço potencial em formação em psicologia**. 2016

SANTOS, Luciana Oliveira dos. O medo contemporâneo: abordando suas diferentes dimensões. **Psicol. cienc. prof.** Brasília. v. 23, n. 2, p. 48-49, jun. 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932003000200008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000200008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 24.mar.2020.