

# Humanização no Programa de Saúde da Família

## Humanization in the Program for Family Health

*Eliane Corrêa Chaves\**  
*Wânia Regina Veiga Martines\*\**

---

**RESUMO:** Pretende-se, mediante este trabalho, descrever as ações desenvolvidas no Programa de Saúde da Família em uma Unidade de Saúde localizada no município de São Paulo, relacionadas à humanização da assistência prestada à comunidade local, caracterizadas pelo trabalho de prevenção, promoção da saúde e atendimento aos usuários já adoecidos. O enfoque na humanização compreende o conceito de atenção integral voltado para o indivíduo e a família, por intermédio de equipe interdisciplinar, que atua na Unidade de Saúde, no domicílio e na própria comunidade.

**DESCRITORES:** Humanismo; Promoção da Saúde; Saúde da família

**SUMMARY:** The present paper aims to describe initiatives taken by the Program for Family Health in a Health Unit of São Paulo City as regards humanization of assistance given to the local community, marked by an effort to promote prevention, health conditions and assistance to already sick patients. Focus on humanization includes the concept of integral attention to both individuals and families on the part of the interdisciplinary team working on the Health Unit, in people's homes and in the community as a whole.

**KEYWORDS:** Humanism; Promotion of health; Family health

---

Desde 1994 temos presenciado no Brasil a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde, sendo que, no município de São Paulo, essa implantação se deu a partir de 1996, inicialmente na região leste e sudeste da cidade, como um modelo de atenção que incorporou as perspectivas do SUS, previstas na Constituição de 1988, mas que priorizou reorientar a assistência em função dos fatores de

risco da comunidade, pensando no trabalho de prevenção, promoção da saúde e atendimento aos indivíduos já adoecidos.

Para tanto, algumas diretrizes foram traçadas e são consideradas fundamentais: assistência integral, adscrição da clientela em território delimitado, enfoque familiar, participação e controle social do serviço prestado, intersetorialidade, intervenção nos fatores de risco ao indivíduo, família e popu-

lação, espaço para criação e aprimoramento da cidadania e humanização das práticas, por meio de equipe interdisciplinar.

Entende-se que, para trabalhar sob a ótica do PSF, seja imprescindível aos profissionais se comprometerem com a noção de humanização muito antes de sua contratação, como um pré-requisito fundamental que os instrumentalize para olhar e observar as necessidades do território sob

---

\* Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

\*\* Enfermeira. Diretora Técnica da Unidade de Saúde da Família Vila Reunidas — Fundação Zerbini/Distrito de Saúde da Vila Prudente — Secretaria Municipal da Saúde.

sua responsabilidade e sobretudo para perceber onde estão as vulnerabilidades reais e potenciais que podem levar as pessoas ao sofrimento, seja ele de qualquer natureza.

*"Humanizar significa reconhecer as pessoas que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde como sujeitos de direitos; é observar cada pessoa e cada família, em sua singularidade, em suas necessidades específicas, com sua história particular, com seus valores, crenças e desejos, ampliando as possibilidades para que possam exercer sua autonomia"* (Zoboli et al, 2001).

Podemos verificar que a "missão" a que se propõe o PSF não é pequena, uma vez que necessita inverter toda uma lógica biomédica, centrada até então na consulta médica, agora direcionada a outras práticas em saúde e ao trabalho interdisciplinar e inter-setorial, ou seja, promover o diálogo entre as famílias assistidas, os profissionais da saúde e os profissionais de áreas, como, por exemplo, a educação, esporte e meio ambiente, sem as quais a prática tradicionalmente centrada na doença jamais se transformaria.

A Unidade de Saúde iniciou suas atividades em janeiro de 2000 e conta com 6 equipes de saúde da família (cada uma composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 6 agentes comunitários de família), equipe de saúde bucal (cirurgiões dentistas, técnico em higiene dental, auxiliares de consultório dentário) e equipe de reabilitação do portador de deficiência (fonoaudiólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais), funcionários administrativos, serviços gerais, segurança e um diretor técnico que gerencia

o serviço; atualmente trabalhamos com 99 profissionais para o atendimento/acompanhamento de cerca de 26.000 pessoas cadastradas na área geográfica correspondente à nossa atuação.

Conta-se com a retaguarda da Casa de Parto de Sapopemba, onde é desenvolvida a prática do parto humanizado por enfermeiras obstétricas e equipe de apoio, e do Ambulatório Regional, por meio das especialidades médicas.

As equipes de saúde da família (ESF) prestam assistência generalista, ou seja, a consulta do médico e do enfermeiro, assim como os demais atendimentos profissionais são voltados para todos os ciclos de vida: gestante, criança, adolescente, mulher, adulto e idoso. O paciente que requer resolutividade mais complexa é encaminhado ao especialista e posteriormente volta para a ESF, pois ela é responsável pelo acompanhamento contínuo dos usuários e famílias daquela comunidade.

As ESFs juntamente com a equipe de saúde bucal e reabilitação desenvolvem, além do atendimento em consulta, trabalho educativo com grupos dos diferentes ciclos de vida, visita domiciliar, reuniões na comunidade para discutir problemas e sugestões referentes ao funcionamento da Unidade de Saúde, ações como: caminhada monitorada, grupos de alongamento e relaxamento, Liang Gong, oficinas de sala de espera, jogos de futebol entre adolescentes com enfoque em DST-AIDS, peso feliz, artesanato, cafés da manhã comunitários, viagens e passeios com os pacientes, projeto de cozinha natural, alfabetização solidária de adultos (parceria com a Universidade São Judas) e oferece campo de estágio para Residência Médica do HCFMUSP,

Graduação em Enfermagem do Centro Universitário São Camilo e UNIFESP, Terapia Ocupacional da USP e Fonoaudiologia da PUC.

O conjunto de ações é diversificado na possibilidade de manter o trabalho centrado no eixo da saúde ampliada, onde se pretende perceber a pessoa como um conjunto dinâmico e inter-relacionado das expressões do ser humano, sejam elas fisiológicas, comportamentais, culturais, laborais, patológicas, ambientais, sociais, grupais, familiares, cognitivas, psicológicas, afetivas e tantas outras que possam existir.

Este é um enorme desafio para a equipe interdisciplinar! Não é pouco árduo o exercício de conceber uma pessoa como produto de um processo saúde-doença tão complexo, e mais, compreendê-la inserida em determinado núcleo familiar, que por sua vez está dentro de uma comunidade específica.

As variadas formas de fazer a assistência acontecer conforme relatamos (grupos, oficinas etc.) oferece oportunidades de conhecer melhor o paciente; é comum ele estar mais à vontade num grupo de artesanato e se abrir com relação a algum tipo de sofrimento que esteja passando, ou seja, essa é uma das formas de aproximação e formação de vínculo.

A ESF tem um período de 4 horas na semana, em que todos os seus componentes se reúnem, além de profissionais da equipe de saúde bucal, reabilitação e estagiários, para discutir casos, óbitos, nascimentos, hospitalizações; ali, também, planejam-se atividades de grupo, visita domiciliar (VD) dos técnicos (médico, enfermeiro, dentista e outros) e demais atividades que a equipe considere importante.

Peduzzi (2000) aponta que *"todos estão de acordo quanto à ne-*

*cessidade de constituir equipes de saúde, no entanto raras são as situações de trabalho em que os profissionais se reconhecem integrados em uma equipe" e enfatiza: "... a integração no trabalho em equipe expressa, simultaneamente e de forma complementar, dois aspectos: a) a articulação das inúmeras ações executadas pelos distintos profissionais da equipe, e b) a comunicação e interação desses profissionais. Pois ações e sujeitos das ações são as duas faces de uma mesma moeda".*

Aqui esbarramos na questão do quanto cada equipe consegue flexibilizar-se, comunicar-se, compreender e lidar com as diferenças entre seus integrantes, do ponto de vista técnico, das atribuições dentro do programa e dos valores de vida que cada um traz como experiência particularizada. Aceitar que tais diferenças existem ainda é um grande obstáculo e pode comprometer o planejamento, a implementação de ações, maneiras de tomar decisões e de avaliar o impacto do que está sendo feito.

Sem dúvida, o grau de integração da equipe determina o grau de humanização do processo de trabalho para quem faz e para quem recebe assistência, assim como seus resultados.

Coloca-se cotidianamente nas mãos do agente comunitário de saúde (ACS) boa parte da responsabilidade relativa à humanização no PSF, acredita-se que é o profissional fundamental na ESF, por conhecer mais profundamente as características da comunidade, já que há a obrigatoriedade de nela residir. É considerado responsável pelo vínculo entre a ESF/Unidade de Saúde e as famílias. Não tem formação prévia na área da saúde.

Há atribuições já firmadas para cada profissional dentro do PSF, mas é no ACS que claramente depositamos as maiores expecta-

tativas: de tolerância, humanização, isenção de preconceitos, agente *inclusor*, bom relacionamento com as famílias, sigilo, ética, boa comunicação, senso de observação, integração na ESF e, finalmente, que seja capaz de realizar 1 VD mensal por família — cada ACS tem cerca de 200 famílias — com vistas a concretizar o processo de vigilância à saúde: identificar precocemente indivíduos, famílias e grupos vulneráveis ao adoecimento, acompanhar os grupos de risco já existentes, como gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos, acamados e outras condições desfavoráveis como miséria, drogadição e violência, além de desenvolver o trabalho de orientação, prevenção e promoção da qualidade de vida daquelas pessoas.

É quem tem o primeiro contato com cada família e é portanto quem conquista e estabelece na prática — ou não — o que compreendemos por humanização, levando em conta que muitos têm, neste primeiro momento, um grau considerável de rejeição e desconfiança por parte da população, pois trata-se de um novo modelo de atenção em saúde pública no país.

No grupo de 37 ACS, muitos, mesmo antes do PSF, já desenvolviam trabalhos voluntários na Pastoral da Criança, Pastoral da Saúde, movimento de favelas, de moradia, de saúde e outros ligados na maioria das vezes à iniciativas da Igreja Católica e já trazem uma experiência de abordagem humanitária, o que facilita "aprimorarmos" esse conceito para a prática na área da saúde, com o cuidado de evitarmos uma possível postura assistencialista.

Para Ferreira (1986), humanização é o "ato ou efeito de humanizar(-se)", o que curiosamente remete à idéia de que há

de haver uma atitude e uma preparação do humanizador para que ele possa agir, em se tratando do modelo assistencial em saúde, com a concepção técnica e ética da humanização.

O processo de capacitação do ACS inicialmente se dá por meio de profissionais médicos e enfermeiros com o aparato do material audiovisual do Ministério da Saúde, que aborda, numa carga horária aproximada de 48 horas, o funcionamento do corpo humano, as doenças mais incidentes e prevalentes nos diversos ciclos de vida da pessoa, prevenção e temas como ética, sigilo, preconceito, trabalho em equipe etc. Ao longo do tempo, essa capacitação vai sendo complementada com pequenos cursos direcionados à ESF como um todo, na área de hipertensão, diabetes, DST-AIDS, reabilitação, saúde bucal e outros.

Mas ainda pouco se discute sobre como esse ACS simboliza o sofrimento humano, como se comunica, como faz o enfrentamento de situações difíceis nas famílias onde há pacientes mutilados ou com seqüelas, com feridas crônicas extensas, doença mental, ou situações de miséria extrema, drogadição, violência doméstica e idosos acamados sem cuidados adequados por parte do cuidador.

Verifica-se que os enfermeiros e médicos, responsáveis por essa capacitação e pela supervisão do ACS, por sua vez, pouco discutiram sobre a dor humana e sobre humanização nas universidades ou nas experiências de trabalhos anteriores, o que indica a necessidade de promover discussões e corrigir eventuais distorções na prática diária, perpassando primeiro as relações entre os profissionais da Unidade de Saúde, pois não há

como "oferecer" desvinculado do "vivenciar".

Considera-se essencial olhar para o processo de trabalho e preparação do ACS, por perceber que ainda é um profissional mais exposto a importantes vulnerabilidades, até porque é quem mais atua na comunidade, trabalha na rua, enquanto os demais profissionais ficam "protegidos" na Unidade de Saúde, mais voltados para atividades internas, e quando saem, o fazem acompanhado pelo ACS. O agente é constantemente pressionado a resolver problemas, está exposto o tempo todo: as pessoas o param na rua, mesmo à noite, finais de semana, na feira, na escola do filho, pedindo por consulta, exames, dentista, fisioterapia e informações gerais, e a comunidade cobra o compromisso e a disponibilidade do ACS em altas doses!

Recentemente foi realizada uma pequena pesquisa em que os funcionários responderam de forma escrita e sem se identificar a duas perguntas, as quais são relacionadas a seguir com as respostas que se destacaram:

### O que você entende por humanização no PSF?

Virtudes humanas e pessoais partindo do ambiente de trabalho, mostrar nossos limites, não ser mecânico, ajudar as pessoas a se expressarem, dar o melhor de si, demonstrar que o seu problema é nosso problema, que o paciente não está sozinho, evitar a frieza do atender só por atender, cidadania, dar tratamento clínico adequado, humano e cordial, avaliar continuamente o trabalho de humanização no PSF, respeitar as diferenças culturais, *tratar o paciente pelo nome, ser feliz para doar felicidade, evitar julgar, permitir que o paciente tenha acesso*

*a todos os profissionais, tratar as causas e não só a doença, facilitar a vida do usuário.*

### Qual a sua missão quando falamos em humanização ?

Compartilhar alegrias e tristezas com os pacientes e colegas de trabalho, tratar bem funcionários e pacientes que nos procuram sobre qualquer assunto, se aprimorar como ser humano para ser melhor com os outros, *dividir os problemas, acalmar, orientar, se doar, tratar a pessoa como eu gostaria de ser tratado, mostrar que me preocupo com o paciente, transmitir paz e tranquilidade, valorizar as qualidades do outro, ser humana e profissional ao mesmo tempo em todas as ocasiões.*

Nesta pesquisa, contamos com a participação de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, profissionais de saúde bucal, ACS (45% dos participantes), serviços gerais e administrativos, e houve um conjunto de respostas comuns às 2 perguntas, misturando o conceito de humanização com a missão individual, bastante freqüente nos relatos dos profissionais das variadas categorias: *dar confiança, segurança, amor, harmonia, respeito, dignidade, tratar com carinho, atenção e bondade, amizade, ouvir, acolher, ser educado, ter empatia, humildade, compreensão, assegurar qualidade, promover o aumento da auto-estima das pessoas.*

As respostas em negrito acima referem-se a destaques percebidos nos relatos dos ACSs, como um desejo de ser continente a um universo muito abrangente do paciente: o papel de *doador*, a aplicação de *recursos restauradores*, a particularização do outro enquanto necessitado de um *resgate da identidade*, a atribuição

de um sentido *ético-empático* às relações, ser o profissional *inclusor/facilitador* do acesso.

Curiosamente, em nenhum momento os ACSs falaram de dificuldades, sendo que o tempo todo é validada a idéia de envolvimento e profundidade no contato com o paciente, no que concerne às responsabilidades que aparentemente são assumidas, que pertencem à esfera mais concreta da saúde, porém, muito mais às responsabilidades para com o subjetivismo da experiência humana, percorrendo desde a experiência de felicidade até a do sofrimento.

Isso mais uma vez demonstra o quanto se mostra essencial investirmos de forma mais elaborada e cuidadosa no que diz respeito à capacitação deste profissional no PSF; dele depende grande parte do processo de vínculo e humanização da assistência.

É reconhecido que o nosso já é um serviço de saúde que trabalha de forma diferenciada, há coisas já construídas, certamente que há sonhos por alcançar, assim como dificultadores, que somente podem ser dissolvidos à medida que se consegue, como construção coletiva de todas as categorias profissionais, uma linguagem, um entendimento e uma filosofia do serviço. Essa construção jamais pode ser hierarquizada, o gerente atua como um facilitador e como alguém que redireciona o foco do trabalho para as diretrizes do programa, quando notar distorções ocorrendo.

Os dificultadores estão concentrados principalmente no trabalho interdisciplinar; falar de trabalho em equipe é um sonho, fazê-lo acontecer é um tremendo desafio, implica lidar com conflito, frustração e diferenças dia-riamente, implica fugir constan-

temente da tendência cômoda que os profissionais têm em aglutinar disciplinas, ou seja, há de haver provocações para o diálogo técnico acontecer e conter o saber “não científico-acadêmico”, mas comunitário, e de grande valor, que o ACS traz.

Há reuniões mensais com todos os funcionários e outra reunião com os técnicos. A primeira garante espaço para informes e pautas variadas que precisam ser discutidas e devem/podem ser sugeridas por qualquer funcionário. A segunda é de cunho técnico e geralmente o enfoque é no atendimento, com a tendência de precisarmos sempre rediscutir os problemas aflorados no *acolhimento*.

Chamamos de acolhimento o ato de receber o usuário que chega na Unidade de Saúde em busca de algo, quase sempre em busca de uma consulta no dia, por alguma razão mais urgente que não dê para aguardar um agendamento, uma crise de bronquite, por exemplo.

Ele é recebido por um funcionário de serviços gerais que fica na entrada do prédio, ou pelo vigia, posteriormente é ouvido por um auxiliar de enfermagem numa sala destinada a essa escuta individualizada, que funciona durante todo o dia. Dependendo do caso, o paciente é encaminhado para consulta com médico ou enfermeiro, como também pode receber uma orientação e ser dispensado. Se o caso é complexo, é discutido com o médico e o enfermeiro, antes do encaminhamento. Recebemos pessoas feridas, transtornos depressivos, gestantes com algum tipo de mal-estar, portadores de doenças crônicas descompensadas, outros que perderam a receita médica e precisam de outra para obter a medicação, mulheres com sus-

peita de gravidez, pacientes com infecções respiratórias, asma, gripes, suspeitas de dengue, vítimas de violência doméstica, queixas das mais variadas, e chegam também emergências que recebem um primeiro atendimento ali e são encaminhadas pela ambulância para um PS. Cada dia uma ESF assume essa retaguarda (auxiliar de enfermagem, médico e enfermeiro). Há também o atendimento das urgências feito pela equipe de saúde bucal.

Falar em humanização dentro do nosso serviço é automaticamente falar no acolhimento, porque ele é um gerador de polêmicas entre os profissionais, fazemos reuniões periódicas para avaliá-lo, mais que isso, avaliar se estamos sendo acolhedores ou fazendo um mero serviço de triagem e pronto-atendimento. Uma parte dos funcionários acredita que temos mesmo de receber e atender os pacientes que já têm um vínculo de confiança conosco e até se colocam no lugar do paciente, concebendo o acolhimento como obrigatório dentro da humanização do programa. Outros já confundem a compreensão do acolhimento, atribuindo a ele a idéia de paternalismo, fazer tudo o que a clientela quer, ter de dar conta de um PA que não está previsto formalmente nas diretrizes do PSF, ou seja, têm dificuldade em interpretar que acudir um paciente fora do agendamento, ou seja, fora da previsibilidade, é assumilo como objeto de intervenção no momento em que ele necessita, sobretudo pela escassez de PA/PS na região.

Sem dúvida que a jornada de trabalho dos profissionais não é suficiente para que se possa fazer prevenção, promoção e acompanhamento dos grupos de risco, e essa é uma das justificativas

a que (poucos) se apegam para dizer: “Ainda temos a grande demanda do acolhimento!”. Isso porque, enquanto o Ministério da Saúde preconiza cerca de 800 famílias por ESF, estamos trabalhando por volta de 1.200. Realmente é uma sobrecarga, mas isso não nos tira a responsabilidade de responder à necessidade do paciente que nos procura via acolhimento, e essa é a visão da grande parte dos profissionais, principalmente aqueles que ingressaram no PSF estimulados pelo vigor de David Capistrano da Costa Filho, médico sanitarista que trabalhou contagiando e encantando as pessoas em torno da idéia da saúde humanizada, tendo sido o responsável pela implantação do PSF em São Paulo e grande defensor do acolhimento.

Desejamos que a atitude de acolher seja absorvida como uma filosofia: acolher é a forma de receber a pessoa no serviço; como damos um bom dia sentido e não uma frase jogada ao ar... com que nível de cuidado e paciência estamos escutando o que uma mãe está nos perguntando no corredor lotado de gente, com a expressão aflita e sem saber se explicar direito, enquanto uma porção de pacientes nos esperam para ser atendidos também. Acolher é olhar no rosto da pessoa quando ela chega à recepção, ao invés de fixar os olhos no monitor do computador para localizar seu número de registro, é aprender a fazer bem ambas as coisas. É não ter respostas decoradas e ditas com tom de voz robotizado para se livrar logo daquela pessoa a fim de poder chamar o próximo da fila.

Parece óbvio falar em coisas dessa natureza, mas há profissionais que acham suficiente, e acham que é isso que é esperado

do seu desempenho, manter constantemente o sorriso no rosto! Procura-se estimular a reflexão de que isso pode ser profundamente artificial e não corresponder ao calor de acolher, que é o que todos nós gostaríamos de ter ao chegar a qualquer recinto: uma casa, uma loja, um restaurante, quanto mais num serviço de saúde. Dizer não, de maneira explicativa e atenciosa, fazendo o paciente sentir que aqueles breves minutos estão sendo dedicados a ele, pode deixá-lo tão satisfeito quanto ter sua necessidade final atendida com um sim.

A habilidosa dissolução dos dificultadores deve incluir também a forma com que o gerente do serviço presta atenção às idéias alternativas propostas pelos funcionários, dar espaço para a criação, experimentar mudanças em determinado setor: incluir o funcionário no processo gerencial é reconhecê-lo como alguém que pensa em melhorar a qualidade,

em facilitar fluxos, em suavizar e até solucionar problemas!

Os próprios funcionários contam que há pacientes que vão até a Unidade de Saúde simplesmente para conviver, com o pretexto de verificar uma pressão arterial, perguntar algo; são pessoas solitárias e ali se sentem reconhecidas, olhadas, saudadas; uma instituição acolhedora compreende esse fenômeno. Há uma paciente que vai até lá todos os dias e brincamos com ela dizendo que já se tornou funcionária e vamos cobrar que ela cumpra o horário e assine o ponto. Outro paciente, com mais de 80 anos de idade, cuida das flores do nosso jardim, que por sinal é lindo e muito elogiado. Ainda há um senhor que aprecia fazer a manutenção das sinalizações e pinturas do estacionamento.

Humanizar o ambiente é também poder contar com o dom particular de cada um, pois todos têm algo bom e construtivo a acrescentar. É aceitar a obra de arte que cada um, à sua maneira

e com seus recursos, pode desenhar, esculpir ou mesmo esboçar, isso diz respeito à característica amorosa do auxiliar de enfermagem quando realiza um procedimento, ao jeito espontâneo e alegre do funcionário da limpeza que localiza o setor que o paciente procura, o que devolve à nossa mente as perguntas: O que é cuidar? O que é perceber o outro como objeto de atenção? Quem deve cuidar de quem?

No modelo estratégico proposto, o PSE, a tarefa e a atitude de cuidar é de todos. Estamos falando do efeito reforçador positivo que podemos oferecer ao paciente mediante ações simples, como oportunamente nos lembra Silva (2000): *"A tarefa de cuidar é um dever humano, e não um dever exclusivo de uma classe profissional. O poder de transformar pelo amor e pela compaixão nunca foi prerrogativa de pessoas santas ou especiais. Coragem e compaixão não são dons especiais de nenhuma seleta minoria; são instrumentos de cuidado"*.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- PEDUZZI, M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família, na perspectiva da promoção da saúde. São Paulo, 2000... SEMINÁRIO: O ENFERMEIRO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2000.
- ZOBOLI, E. L. C. P. et al. O Programa de da Família na busca da humanização e da ética na atenção à saúde. In: **Manual de Enfermagem**: instituto para o desenvolvimento da saúde. Brasília: Ministério da Saúde/Universidade de São Paulo, 2001.
- FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- SILVA, M. J. P. da **O Amor é o caminho**: maneiras de cuidar. São Paulo: Gente, 2000.

*Recebido em 15 de janeiro de 2003.  
Aprovado em 14 de março de 2003.*