



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

# IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 11, Issue, 05, pp. 47361-47364, May, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.21981.05.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

## INDICADORES HOSPITALARES DE UM SERVIÇO REFERÊNCIA EM NEUROLOGIA NO ESTADO DA PARAÍBA, BRASIL: UM ESTUDO RETROSPECTIVO

Sergio Vital da Silva Junior\*<sup>1</sup>, Anny Michelle Rodrigues da Silva Alves<sup>2</sup>, Katia Jaqueline da Silva Cordeiro<sup>2</sup>, Gilberto Costa Teodozio<sup>2</sup>, Carlos Cesar Silva Alves<sup>3</sup>, Michele Lopes Diniz<sup>4</sup>, Maria Helena do Nascimento Faustino<sup>2</sup>, Sidcleia Onorato Arruda Vasconcelos<sup>5</sup> and Rafaela Guilherme do Nascimento<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Enfermeiro. Mestre em Enfermagem, Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires. Santa Rita, Paraíba, Brasil.

<sup>2</sup>Enfermeiro (a). Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires. Santa Rita, Paraíba, Brasil; <sup>3</sup>Enfermeiro. Mestre em Ciências da Saúde. Hospital Universitário Lauro Wanderley. João Pessoa, Paraíba, Brasil; <sup>4</sup>Enfermeira. Mestre em enfermagem. Prefeitura da Cidade do Recife, Pernambuco, Brasil; <sup>5</sup>Enfermeira. Especialista em urgência/emergência pela UFSC. Especialista em metodologia do ensino pela Facene. Ex-coordenadora da escola de enfermagem Nova Esperança. Enfermeira da Rede Cuidados em Cardiologia, Perinatalogia e Obstetrícia do Estado da Paraíba

### ARTICLE INFO

#### Article History:

Received 20<sup>th</sup> February, 2021

Received in revised form

14<sup>th</sup> March, 2021

Accepted 20<sup>th</sup> April, 2021

Published online 30<sup>th</sup> May, 2021

#### Key Words:

Clínica neurológica, Região Metropolitana, Assistência multiprofissional.

### ABSTRACT

**Introdução:** O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma doença cerebrovascular sendo a segunda maior causa de morte na população mundial. Cada pessoa pode apresentar sinais e sintomas diferentes, de acordo com a região acometida do cérebro, assim como a extensão do dano cerebral. Atualmente, no Estado da Paraíba, Nordeste do Brasil, existe um serviço referência nas áreas de Cardiologia e Neurologia na Região Metropolitana da capital do estado. O serviço de urgência em neurologia do referido serviço dispõe de 20 leitos, dos quais 09 recebem pacientes da neurocirurgia, 09 da neuroclínica e 02 na unidade de decisão clínica neurológica. As unidades contam com assistência multiprofissional, composta de médicos neurocirurgiões, neuroclínicos e intensivistas, enfermeiros especialistas em diversas áreas e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, além de psicólogos e assistentes sociais. **Método:** O presente artigo foi construído após coleta de dados consolidados após desmembramento do setor de neurologia da área de cardiologia a partir do mês de agosto de 2020. O recorte cronológico dos indicadores ocorreu entre agosto a dezembro de 2020 na Unidade de Decisão Clínica e Urgência Neurológica. **Resultados:** Nos últimos meses do ano de 2020, foram realizadas 361 admissões no referido setor, independentemente da classificação dos pacientes em clínicos e cirúrgicos. No recorte cronológico em evidência a meta estabelecida na Urgência Neurológica de até 24h de permanência no setor não foi atingida. O mês que apresentou valor mais baixo foi o de novembro, com 96h médias de permanência, acima da meta estabelecida. No ano de 2020 o único mês que não atingiu a meta estabelecida foi o mês de setembro, apresentando um valor de 3,5. O mês de outubro apresentou o melhor resultado, apresentando 5,8. Houve um total de 14 óbitos no Complexo de Urgência em Neurologia. **Considerações Finais:** Esta pesquisa buscou descrever a assistência neurológica especializada prestada a população paraibana no Nordeste do Brasil por meio do Sistema Único de Saúde em um serviço de referência do governo do Estado. O referido serviço de urgência em neurologia vem atuando de forma resolutiva e coordenada para melhoria do atendimento neurológico da população Paraibana, no Nordeste do Brasil.

#### \*Corresponding author:

Sergio Vital da Silva Junior

Copyright © 2020, Sergio Vital da Silva Junior et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Sergio Vital da Silva Junior, Anny Michelle Rodrigues da Silva Alves, Katia Jaqueline da Silva Cordeiro, Gilberto Costa Teodozio et al. "Indicadores hospitalares de um serviço referência em neurologia no estado da paraíba, brasil: um estudo retrospectivo", *International Journal of Development Research*, 11, (05), 47361-47364.

## INTRODUCTION

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma doença cerebrovascular sendo a segunda maior causa de morte na população mundial. A cada ano, 17 milhões de pessoas são acometidas pelo AVE. Destas, 6,5 milhões morrem e 26 milhões apresentam incapacidade permanente. No Brasil, o AVE é a principal causa de morte e incapacidade, com enorme impacto econômico e social, podendo ocorrer em qualquer idade, inclusive em crianças (ESPÍRITO SANTO, 2018). Cada pessoa pode apresentar sinais e sintomas diferentes, de acordo com a região acometida do cérebro, assim como a extensão do dano cerebral. O AVE pode ser associado à cefaleia ou serindolor, sendo os sinais e sintomas mais comuns: desvio de rima labial; dificuldade para falar ou entender comandos simples; confusão mental; perda visual em um ou ambos os olhos; crise convulsiva; perda de força e/ou sensibilidade em um ou ambos os lados do corpo; perda de equilíbrio, coordenação ou dificuldade para andar; cefaleia intensa (HARZHEIM; AGOSTINHO; KATZ, 2016). O AVE pode ser classificado como Isquêmico, que é o mais prevalente (84% dos casos) e tendo como os principais fatores de risco a Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Fibrilação atrial e Aterosclerose de pequenas e grandes artérias cerebrais e como AVE Hemorrágico, que é uma emergência médica. O aumento súbito do volume de sangue intracraniano eleva a pressão e causa cefaleia intensa, dor na nuca, visão dupla, náusea e vômito, perda da consciência ou morte (ARAÚJO, et al., 2018).

O prognóstico do AVC hemorrágico é pior e o índice de óbitos maior em relação ao AVC isquêmico. O diagnóstico rápido e o manejo atento de pacientes com hemorragia intracraniana são cruciais, porque a deterioração precoce é comum nas primeiras horas. Mais de 20% dos pacientes experimentaram um decréscimo na Escala de Coma de Glasgow de 2 ou mais pontos entre a avaliação dos serviços médicos de emergência pré-hospitalar e a avaliação inicial no departamento de emergência. Além disso, outros 15% - 23% dos pacientes demonstram deterioração contínua nas primeiras horas após a chegada ao hospital. O risco de deterioração neurológica precoce e a alta taxa de maus resultados a longo prazo reforçam a necessidade de um tratamento precoce agressivo (GOMES et al., 2019). Atualmente, no Estado da Paraíba, Nordeste do Brasil, existe um serviço referência nas áreas de Cardiologia e Neurologia na Região Metropolitana da capital do estado. O serviço de urgência em neurologia do referido serviço dispõe de 20 leitos, dos quais 09 recebem pacientes da neurocirurgia, 09 da neuroclínica e 02 na unidade de decisão clínica neurológica atendendo assim, pacientes que necessitam de assistência neurológica clínica ou cirúrgica. A unidade dispõe de equipamentos de monitorização e suporte para ventilação mecânica invasiva. Por não ser considerado “um serviço de porta-aberta” os pacientes são regulados através do NIR/SISREG, sendo necessário que os serviços que estão encaminhando a solicitação enviem os documentos da história clínica para que os pacientes sejam criteriosamente avaliados.

As unidades contam com assistência multiprofissional, composta de médicos neurocirurgiões, neuroclínicos e intensivistas, enfermeiros especialistas em diversas áreas e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, além de psicólogos e assistentes sociais. A assistência em saúde neste setor era realizada no mesmo ambiente da urgência cardiológica, sendo desmembrada em agosto de 2020 com ênfase na humanização e no acolhimento com classificação de risco. No contexto da assistência à saúde, a humanização do cuidado torna-se necessária na medida em que alguns fatores como o avanço tecnológico, as rígidas rotinas hospitalares e o paternalismo da equipe de saúde fazem, por muitas vezes, com que o cuidado se resume na execução de procedimentos técnicos com objetivos mecanicistas que desfavorecem a autonomia do paciente (NASCIMENTO, 2019). A humanização nos tempos da pós-modernidade remete-se aos movimentos de recuperação de valores humanos esquecidos em virtude do capitalismo multinacional e pela globalização econômica.

Assim, o conceito de humanização da assistência à saúde destaca a necessidade de recuperar a essência do cuidado humanizado, que deve considerar os aspectos biopsicossocialespirituais e a individualidade do ser cuidado (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2014). O termo humanização é um constructo ético no âmbito assistencial em saúde, pois não se esgota em ter empatia pelo usuário ou chama-lo pelo nome em detrimento à codificação numérica destes, mas está no arcabouço de compreender os sentimentos apresentados pelos indivíduos que necessitam de cuidado profissional com apoio e lealdade com valorização do ser humano (INAGAKI et al., 2018). O Ministério da Saúde (MS) implantou, em 2009, o Programa de Acolhimento Com Classificação de Risco (ACCR) que consiste num processo dinâmico de identificação e priorização do atendimento, o qual visa a discernir os casos críticos dos não críticos. Entre os instrumentos utilizados, mundialmente, para a avaliação do usuário, destacam-se: o inglês Manchester Triage System (Protocolo de Manchester - MTS), o australiano Australasian Triage Scale (ATS), o canadense Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) e o americano Emergency Severity Index (ESI) (CAMPOS et al, 2020). No Brasil, a assistência de urgência/emergência é realizada nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Estratégia Saúde da Família (ESF), Atendimento Pré-Hospitalar (APH) e na área hospitalar na unidade de pronto socorro ou unidade de urgência/emergência. Nesses espaços, o protocolo de Manchester é um dos instrumentos utilizados para a avaliação do usuário. Ele também está em uso em outros países, como Holanda, Suécia, Espanha, Portugal e Inglaterra. É constituído por fluxogramas que auxiliam os profissionais na identificação das queixas relatadas pelos usuários e na definição de condutas a serem adotadas. O usuário é classificado em um dos cinco níveis de acordo com as prioridades: emergência, que tem como distintivo a cor vermelha e tempo de espera de zero minuto; muito urgente, usa-se a cor laranja e tempo de espera de até dez minutos; urgente, o distintivo tem cor amarela e o tempo máximo de espera de até sessenta minutos; pouco urgente, de cor verde e com tempo de espera de até cento e vinte minutos, e não urgente, a cor azul com o tempo de espera de até duzentos e quarenta minutos. Para cada nível é estabelecido um tempo para o atendimento médico e para a reavaliação pelo enfermeiro (CAMPOS et al, 2020). Nesse escopo, o serviço de urgência em neurologia vem atuando de forma resolutiva e coordenada para melhoria do atendimento neurológico da população Paraíba, com oferta de serviços de qualidade pelo SUS, integrada ao Serviço de Diagnóstico por Imagem com a realização de exames de Tomografia Computadorizada, Angiotomografia, Angiografia, Ressonância Magnética, Ecocardiograma, Raio X e Doppler seguindo fluxos rigorosos de qualidade, humanização e agilidade para elucidação diagnóstica imediata. Isso posto, a presente investigação tem por objetivo descrever a assistência neurológica especializada prestada a população paraibana no Nordeste do Brasil por meio do Sistema Único de Saúde em um serviço de referência do Governo do Estado.

## METODOLOGIA

O presente artigo foi construído após coleta de dados consolidados depois do desmembramento do setor de neurologia da área de cardiologia a partir do mês de agosto de 2020. O recorte cronológico dos indicadores ocorreu entre agosto a dezembro de 2020 na Unidade de Decisão Clínica e Urgência Neurológica de um Hospital que atende a população paraibana usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da esfera estadual de assistência. O complexo de urgência em neurologia dispõe de 20 leitos na urgência neurológica, sendo 09 leitos destinados a pacientes neurocirúrgicos, 09 destinados a pacientes neuroclínicos e 02 leitos na unidade de decisão clínica em neurologia. Dispõe de equipamentos de monitorização multiparamétrica de sinais vitais e suporte para ventilação mecânica invasiva, caso necessário. A unidade dispõe ainda de equipe permanente de médicos e de profissionais da enfermagem, além de outros profissionais da saúde que formam a equipe multiprofissional como fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais.

Por se tratar de pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual de acordo com a resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde brasileiro, esta pesquisa não necessitou de aprovação por um comitê de ética. Ressalta-se que os dados foram manipulados de forma confidencial, após aprovação das instâncias responsáveis pelo referido serviço.

## RESULTADOS

Na Unidade de Decisão Clínica e Urgência Neurológica o objetivo comum é a estabilização clínica dos pacientes acometidos por agravos no sistema nervoso antes da transferência para Unidade de Terapia Intensiva, caso haja necessidade, ou enfermaria a depender do quadro clínico em que este se encontra. Nos últimos meses do ano de 2020, foram realizadas 361 admissões no referido setor, independentemente da classificação dos pacientes em clínicos e cirúrgicos. Ressalta-se que no mês de novembro houve maior número de admissões possivelmente por conta da maior divulgação do serviço entre a rede assistencial de saúde e consequentemente maior demanda de regulação pelas unidades satélites reguladoras.

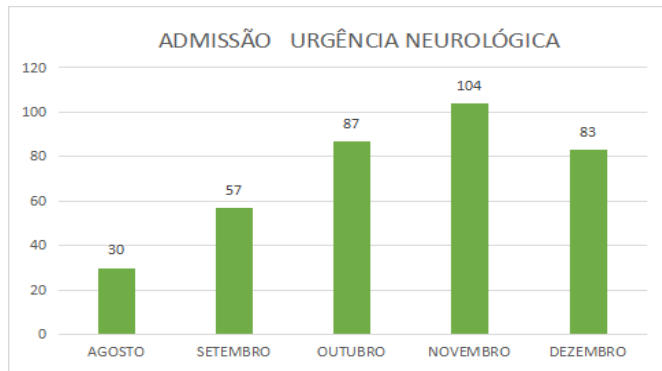
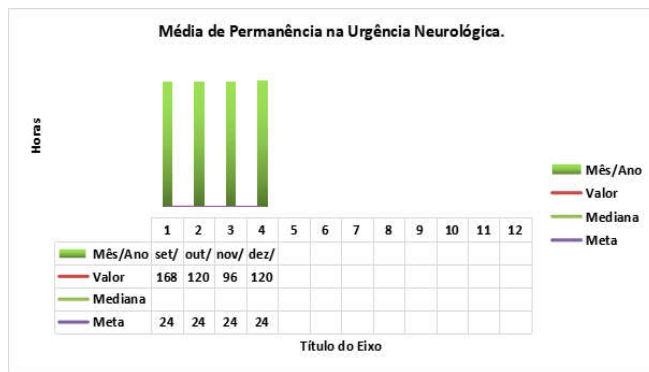


Gráfico 1. Admissão de pacientes no Complexo de Urgência em Neurologia. Santa Rita, PB. 2020.

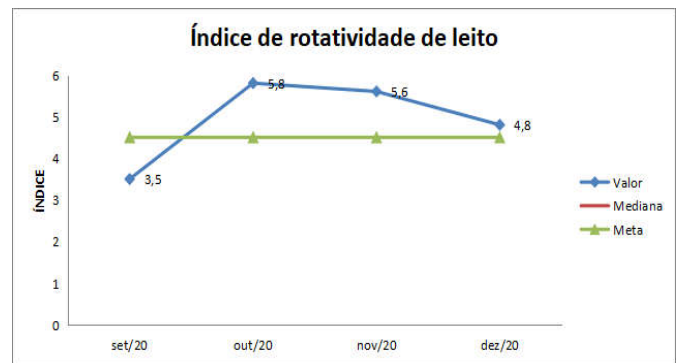


Fonte: Censo diário do Complexo de Urgência em Neurologia.

Gráfico 2. Média de Permanência de pacientes no Complexo de Urgência em Neurologia. Santa Rita, PB. 2020.

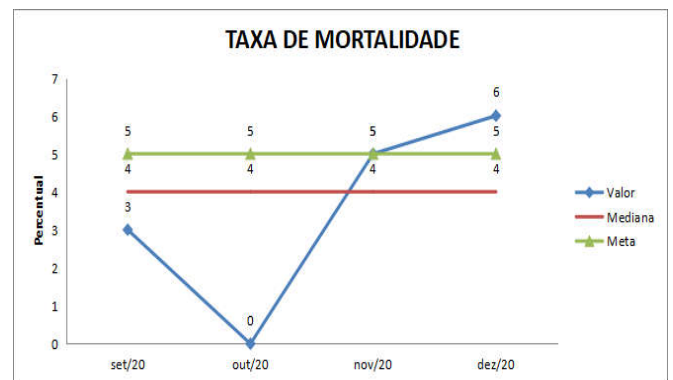
O gráfico 2 demonstra o indicador de permanência na unidade descrita neste estudo no período entre setembro e dezembro de 2020. No recorte cronológico em evidência a meta estabelecida na Urgência Neurológica de até 24h de permanência no setor não foi atingida. O mês que apresentou valor mais baixo foi o de novembro, com 96h médias de permanência, acima da meta estabelecida. Pode-se atribuir esse resultado ao perfil epidemiológico de atendimento do serviço da urgência, pois a maior parte dos pacientes que apresentaram longa permanência são neuroclínicos. Além disso, existe a gravidade do quadro clínico que os pacientes adentram ao serviço, com necessidade de monitorização contínua dos sinais vitais e maior vigilância clínica, inclusive em uso de ventilação mecânica invasiva, o que impossibilita a transferência para a internação neurológica em tempo hábil estipulado pela meta de permanência em 24 horas. O Índice de Rotatividade do Leito descrito no gráfico 3 aponta para o registro

deste indicador no recorte cronológico desta investigação. No ano de 2020, como pode-se observar no gráfico exposto, o único mês que não atingiu a meta estabelecida foi o mês de setembro, apresentando um valor de 3,5, sendo a meta de 4,5. O mês de outubro apresentou o melhor resultado, apresentando 5,8. Justifica-se esse resultado positivo à alta rotatividade dos pacientes da neurocirurgia. A Taxa de Mortalidade na referida unidade é descrita por meio do Gráfico 4. Durante o período observado houve um total de 14 óbitos no Complexo de Urgência em Neurologia. Como se pode observar através do gráfico, houveram meses em que foi ultrapassada a meta estabelecida de até 5% de óbitos mensais haja vista a complexidade clínica dos pacientes que chegam ao referido serviço. Possivelmente atribui-se esse número à instabilidade hemodinâmica dos pacientes e ao prognóstico clínico apresentado pelos pacientes que são admitidos no setor. Quanto a Taxa de Ocupação, observa-se as informações no gráfico 5. A meta de taxa de ocupação no serviço, decorrente do índice de rotatividade e outros parâmetros é de 85%. O mês de setembro atingiu a meta e o mês de novembro apresentou o menor índice de ocupação menor do que o estabelecido.



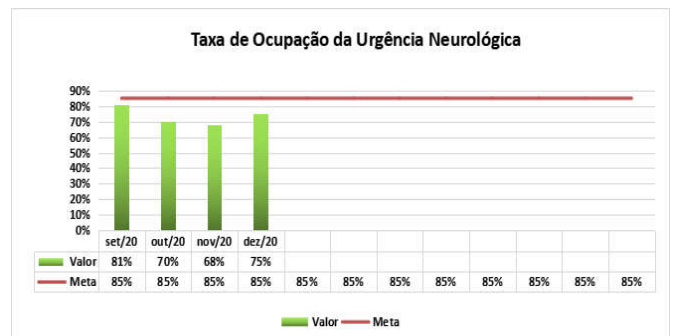
Fonte: Censo diário do Complexo de Urgência em Neurologia.

Gráfico 3. Índice de rotatividade de pacientes no Complexo de Urgência em Neurologia. Santa Rita, PB. 2020



Fonte: Censo diário do Complexo de Urgência em Neurologia.

Gráfico 4. Taxa de Mortalidade de pacientes no Complexo de Urgência em Neurologia. Santa Rita, PB. 2020.



Fonte: Censo diário do Complexo de Urgência em Neurologia.

Gráfico 5. Taxa de Ocupação de leitos pelos pacientes no Complexo de Urgência em Neurologia. Santa Rita, PB. 2020.

## DISCUSSÃO

A mortalidade por AVE no Brasil é uma das maiores dentre os países da América Latina e, embora essa taxa de mortalidade apresente um decréscimo nos últimos anos, a diminuição não é igual em todas as regiões do país, pois o Nordeste ainda apresenta taxas mais elevadas. O declínio na mortalidade difere de acordo com a etnia, o gênero e o estado socioeconômico (RIBEIRO *et al.*, 2016). A reabilitação pós-AVE deve ser iniciada precocemente, pois o tempo de seqüela pode influenciar o desempenho das atividades funcionais, visto que, a regeneração neuronal ocorre de forma mais intensa nos primeiros seis meses pós-lesão. Logo, a presença da equipe de reabilitação e de um cuidador bem orientado, desde a hospitalização, influencia positivamente no prognóstico funcional do paciente (LOUSADA; VIEIRA; BARBOSA, 2018). O cuidado no AVE deve contemplar as diversas dimensões do ser humano envolvido e dos processos necessários para que este cuidado ocorra de maneira integral. Não é possível cuidar da pessoa acometida pelo AVE apenas pela faceta do cuidado biológico. Torna-se necessário entender a subjetividade que permeia os aspectos sociais, cognitivos, afetivos, psicológicos para prestar qualidade no atendimento.

A compreensão sobre as subjetividades do cuidado é um dos caminhos para atingir o melhor potencial de recuperação quando possível e, aliviar, reconhecer e prevenir sofrimento em um movimento contínuo e ininterrupto (CAPOBIANCO *et al.*, 2019). O paciente com AVE pode necessitar de cuidados intensivos em algum momento do período de hospitalização, especialmente na emergência. Ressalta-se que quanto maior o número de necessidades comprometidas do paciente, maior será a urgência de esquematizar a assistência, pois a sistematização das ações visa à organização, à eficiência e à validade da assistência prestada (SILVA *et al.*, 2020). Nesse cenário, os serviços de urgência/emergência estão diretamente direcionados ao atendimento humanizado, primando o conforto e segurança do paciente, bem como proporcionando a agilidade no processo saúde-doença, evitando o agravamento da patologia presente. Isso promove mais qualidade na assistência, estabilizando as gravidades agudas, gerenciando os recursos mais adequados e transferindo o paciente para os locais de referência àquele agravo, quando necessário (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2020).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou descrever a assistência neurológica especializada prestada a população paraibana no Nordeste do Brasil por meio do Sistema Único de Saúde em um serviço de referência do governo do Estado. O referido serviço de urgência em neurologia vem atuando de forma resolutiva e coordenada para melhoria do atendimento neurológico da população Paraibana, no Nordeste do Brasil, com oferta de serviços de qualidade pelo Sistema Único de Saúde, integrada ao Serviço de Diagnóstico por Imagem com a realização de exames de Tomografia Computadorizada, AngioTomografia, Angiografia, Ressonância Magnética, Ecocardiograma e Doppler seguindo fluxos rigorosos de qualidade, humanização e agilidade para elucidação diagnóstica imediata com ênfase na assistência humanizada e resolutiva.

## REFERÊNCIAS

- Nascimento, C.C.N. Influências sociais e emocionais da humanização a assistência ao paciente oncológico. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*. 2019. Disponível em: <https://www.eumed.net/rev/cccss/2019/07/assistencia-paciente-oncologico.html>. Acesso em: 06 ago 2020.
- Chernicharo, I.M., SILVA, F.D., FERREIRA, M.A. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. *Rev. enferm. Esc. Anna Nery*. v. 18, n. 1, p. 156-62. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140023>
- Inagaki, A.D.M. et al. Fatores associados à humanização da assistência em uma maternidade pública. *Revenferm UFPE online*. v. 12, n. 7, p. 1879-86. 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i7a231395p1879-1886-2018>
- Campos T.S. et al. Acolhimento e classificação de risco: percepção de profissionais de saúde e usuários. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2020. v. 33, p. 9786.
- Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Abordagem aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral. Protocolo Clínico. 2018.
- Araújo, J.P. et al. Tendência da Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral no Município de Maringá, Paraná entre os Anos de 2005 a 2015. *Intern J of CardioSciences*. 2018;31(1):56-62.
- Harzheim, E., Agostinho M.R., KATZ, N. Resumo Clínico para Médicos e Enfermeiros- AVC/ UFRGS. 2016. Disponível em: [https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/protocolos\\_resumo\\_s/neurologia\\_resumo\\_avc\\_TSRS.pdf](https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/protocolos_resumo_s/neurologia_resumo_avc_TSRS.pdf). Acesso em: 08 de mar. De 2021.
- Gomes, G.L.S. et al. Cuidados de enfermagem na unidade de terapia intensiva às vítimas de acidente vascular encefálico. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde*. v.1, n. 4, p. 97-101. 2019. Disponível em: <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/59>. Acesso em: 08 de mar. de 2021.
- Ribeiro, A.L. et al. Cardiovascular health in Brazil: trends and perspectives. *Circulation*. V. 133, n. 4, p. 422-33. 2016.doi: 10.1161/Circulationaha.114.008727
- Lousada, M.L.S., Vieira, J.S.B.C., Barbosa, L.N.F. Guidelines on the process of care of post-stroke individuals in the hospital context from the perspective of caregivers and healthcare professionals. *Rev TerOcupUniv São Paulo*. v. 29, n. 1, p.1-7. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v29i1p1-7>
- Capobianco, J.G.P. et al. Cuidado no Acidente Vascular Encefálico: revisão integrativa da literatura. *Investigação Qualitativa em Ciências Sociais*. v. 3. 2019. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2436>. Acesso em: 08 de mar. de 2021.
- Silva, M.M. et al. 2020. Nursing process in hospital admission to brain vascular accident. *Brazilian Journal of Development*. Braz. J. of Develop., Curitiba, v. 6, n.12, p.97467-97478.. DOI: 10.34117/bjdv6n12-295
- Silva Júnior, S.V. et al. 2020. Superlotação dos serviços de urgência e emergência hospitalar. *EnfermBras* v.19, n. 1, p. 49-57, DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v19i1.3912>

\*\*\*\*\*