



ARTIGO ORIGINAL

TÉCNICAS DE REVULSÃO NA PRÁTICA DAS ENFERMEIRAS BRASILEIRAS: OS RUBEFACIENTES FÍSICOS (1932-1942)
TECHNIQUES OF REVULSION ON THE PRACTICE OF BRAZILIAN NURSES: THE PHYSICAL RUBEFACIANT AGENTS (1932-1942)
TÉCNICAS DE REPULSIÓN EN LA PRÁCTICA DE LAS ENFERMERAS BRASILEÑAS: LOS RUBEFACIENTES FÍSICOS (1932-1942)

Ricardo Quintão Vieira¹
Leila Maria Rissi Caverni²

Doi:10.5902/217976927254

RESUMO: Objetivo: descrever a semiótica de revulsivos do tipo rubefacientes físicos para enfermeiras nas primeiras publicações brasileiras, no período de 1932 e 1942. **Método:** estudo histórico-descritivo, cujas técnicas de enfermagem coletadas foram classificadas conforme o referencial de Zaira Cintra Vidal sobre os revulsivos. **Resultados:** um artigo de revista e cinco livros apontaram várias técnicas de aplicação, tais como: úmida e local (compressa, pedilúvio, irrigação), seca e local (saco, luz elétrica), úmida e sistêmica (banho simples, banho a vapor, envoltório), seca e sistêmica (banho de luz). Os rubefacientes tinham status de medicamentos, sendo prescritos pelo médico e aplicados pela enfermeira, que deveria ter noções de revulsão, reações fisiológicas às aplicações termofísicas na Hidroterapia, Balneoterapia e Helioterapia. **Conclusão:** possibilitou conhecer parte do paradigma terapêutico no qual os pacientes eram submetidos, da rotina fatigante no preparo, manutenção e vigilância da aplicação no conforto e segurança do paciente, além dos riscos ocupacionais para a enfermeira.

Descritores: História da enfermagem; Cuidados de enfermagem; Helioterapia; Hidroterapia.

ABSTRACT: Objective: to describe the semiotics of the physical rubefaciant agents of revulsion for Brazilian nurses in the first published records. **Method:** history study and literature review based on books and national articles of the period 1932 to 1942. The nurse technicians were classified according to the Zaira Cintra Vidal's classification of revulsion. **Results:** a journal article and five books showed great variety of techniques and site humid application (compress, foot baths, irrigation), site dry application (bag, electric light), systemic humid (toilet, steam bath, wrap) and systemic dry application(light bath). The physical flushing agents had medicine status, therefore they're only prescribed by physician. However, the nurse should have knowlegde of revulsion, physiological responses to hydrotherapy, balneotherapy and heliotherapy. **Conclusions:** it helped understand part of the treatment paradigm in which patients underwent and a stressful routine in the preparation, maintenance, monitoring of application, patient comfort and safety and occupational risk for nurses.

Descriptors: History of nursing; Nursing care; Heliotherapy; Hydrotherapy.

RESUMEN: Objetivo: describir la semiótica de rubefacientes físicos para enfermeras en los primeros archivos publicados en Brasil, del período 1932 hasta 1942 **Método:** estudio histórico

¹Graduando em Enfermagem pela Universidade Nove de Julho (UNINOVE). Bibliotecário-Documentalista do Senac-SP, formado pela Universidade de São Paulo (USP). Membro do Centro de Estudos e Pesquisas sobre História da Enfermagem (CEPHE). São Paulo, SP. E-mail: ricqv@ig.com.br

²Enfermeira. Orientadora. Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Mestre em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Pesquisadora do Centro de Estudos e Pesquisas sobre História da Enfermagem (CEPHE). E-mail: lcaverni@uol.com.br

y descriptivo cuyas las técnicas fueron clasificadas de acuerdo con la referencia de Zaira Cintra Vidal. **Resultados:** un artículo de revista y cinco libros mostró técnicas de aplicación, como: húmeda y local (compresas, baños de pies, el riego), local y seca (bolsa, luz eléctrica), húmeda y sistémica (aseo, baño de vapor, envoltura) y seca y sistémica (baño de luz). Fueron considerados como fármacos, así prescrito por el médico. La enfermera debe tener nociones de repulsión, hidroterapia, de balneoterapia y la helioterapia. **Conclusión:** ayudó a comprender parte del paradigma de tratamiento en el que los pacientes fueron sometidos. Revelaron una rutina estresante en la preparación, supervisión de la aplicación, comodidad y seguridad del paciente, y de riesgos laborales para las enfermeras.

Descriptor: Historia de la enfermería; Atención de enfermería; Helioterapia; Hidroterapia.

INTRODUÇÃO

As manipulações das propriedades termofísicas da água e das substâncias farmacológicas para o tratamento tópico ou sistêmico eram parte de um conjunto de técnicas antigas denominadas de revulsivas. A revulsão ou contra-irritação tinha o objetivo de modificar as respostas nervosas ou nutricionais de um local específico ou de todo o organismo, por meio do restabelecimento dos fluidos internos, supostamente desequilibrados na doença.¹⁻²

A revulsão remonta às origens da prática médica de Hipócrates, fundamentada na teoria dos quatro humores ou fluidos orgânicos: sangue, catarro, bÍlis amarela e bÍlis negra, que expressavam os elementos da natureza, a saber: o sangue representava o elemento quente e úmido (ar), o catarro era o frio e úmido (água), a bÍlis amarela era o quente e seco (fogo) e a bÍlis negra era o frio e seco (terra).³⁻⁴ O desequilíbrio desses elementos podia ser minimizado por meio de atração dos agentes morbígenos para uma parte do corpo, favorecendo sua saída.³ Essa abordagem terapêutica manteve-se por muitos séculos no atendimento do médico aos seus pacientes, sendo natural que a enfermeira estivesse próxima ou, ainda, executando tais técnicas.

Essa constatação pode ser verificada em diversas publicações realizadas por enfermeiras brasileiras, nas décadas de 1930 e 1940. Segundo o referencial de Zaira Cintra Vidal, presente no primeiro artigo dedicado a essa temática em periódico brasileiro de enfermagem, os revulsivos eram divididos em três grandes categorias: os rubefacientes, os vesicantes e os escarificantes.² Os rubefacientes tinham a função específica de causar vermelhidão da pele por meio de três tipos de agentes: físicos, mecânicos e químicos. Os rubefacientes do tipo físico eram representados pelas aplicações térmicas de natureza úmida e local (compressa, pedilúvio, irrigação), seca e local (bolsa, luz elétrica), úmida e sistêmica (banho simples, banho a vapor, envoltório) e a seca e sistêmica (banho de luz, ar quente).²

O uso de determinada propriedade termofísica da água era essencial para o tipo de ação terapêutica, que poderia ser rubefaciente, vesicante ou escarificante, o que elevou o status da água como medicamento até o final do século XIX, quando a medicina passou a buscar outras abordagens terapêuticas, baseadas na Fisiologia, Iatroquímica e Mecânica Corporal, em detrimento da teoria dos humores orgânicos.^{3,5} Além disso, a revulsão causada pela ação da água compartilhava fundamentos comuns da Hidroterapia, iniciada empiricamente pelo austríaco Vicente Priessnitz, na primeira metade do século de 1800, que associava Física, Química, Fisiologia e Patologia em suas aplicações. Suas técnicas foram seguidas e aprimoradas pelo médico Luiz de Fleury, que lançou as bases da Hidroterapia Científica, em 1848.³

Em meio a tantas abordagens terapêuticas, surgiu o questionamento sobre o impacto das técnicas dos rubefacientes físicos na Semiotécnica de Enfermagem, presente em diversas fontes de informações registradas, dentre elas, livros e artigos de periódicos da Enfermagem.

São conhecimentos que podem destacar o trabalho realizado pelas primeiras enfermeiras brasileiras e sua proximidade com as técnicas de revulsão. Desse modo, o objetivo do presente estudo é descrever a semiotécnica de revulsivos do tipo rubefacientes físicos para enfermeiras, nos primeiros registros publicados sobre o tema, no período de 1932 a 1942.

MÉTODO

Estudo histórico e descritivo, baseado em publicações sobre a utilização de rubefacientes físicos por enfermeiras, no período de 1932 e 1942. Esses marcos temporais foram escolhidos por representarem a primeira e última edições da primeira fase de publicação da revista “Annaes de Enfermagem”, que representou o primeiro esforço das enfermeiras brasileiras na manutenção de um canal próprio de informações sobre a profissão. Os artigos de 1932 a 1941 estão no CD-ROM desenvolvido pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), onde todos foram lidos e selecionados quanto à presença de técnicas revulsivas do tipo rubefacientes físicos.

Os artigos foram lidos integralmente, analisados, compilados e descritas as categorias de rubefacientes físicos conforme a organização das técnicas de revulsivos da enfermeira Zaira Cintra Vidal, além de serem contextualizados por livros direcionados para enfermeiras e publicados até 1942.^{2,6}

Foram consideradas as técnicas que envolviam a água e a luz como formas de aplicações de calor e frio, sendo excluídas as substâncias aromáticas, farmacológicas, cosméticas e cirúrgicas que agregavam a função de revulsão.

Não foi necessário submeter o presente estudo ao Comitê de Ética de Pesquisas em Seres Humanos por basear-se em dados publicados e disponíveis para acesso.

RESULTADOS

Foram recuperados cinco livros direcionados a enfermeiras, sendo três escritos ou traduzidos por médicos, sendo os títulos: “Noções práticas de socorros de urgência e enfermagem” (1942), “Curso de enfermeiros” (1939) e “Breviário das mães e das enfermeiras” (1930).^{7,9} Os títulos escritos por enfermeiros foram um artigo de intitulado de “Apanhados de técnica” (1937) da revista Annaes de Enfermagem, “Technica de enfermagem” (1933) e “Técnica de Enfermagem” (1942).^{2,6,10} Essas fontes revelaram o médico responsável por determinar os detalhes de temperatura, local de aplicação, tempo de exposição, tipo de aplicação seca ou úmida, aparelhos e materiais.⁶

Ação local e úmida

A primeira classificação dos rubefacientes físicos consistia nas aplicações frias ou quentes, com o contato direto a água com a pele, delimitada apenas a uma região do corpo. Para isso, havia compressas, pedilúvios, banhos de assento e de irrigação.

As compressas frias tinham a função terapêutica de promover a vasoconstrição, evitar a supuração, aliviar a congestão e dor, diminuir o edema e evitar a hemorragia. A técnica compreendia mergulhar uma compressa em recipiente contendo água fria, de 8° a 10° Celsius (C), ou água com gelo, 2° a 5° C, que depois de torcida era aplicada sobre determinada região corporal, com o uso de compressas dobradas de seis a oito vezes.^{7,8} As compressas oculares eram confeccionadas de flanela e cortadas em forma de monóculo, aplicadas individualmente em cada olho, trocadas a cada dois minutos, sem reutilização, cujo tratamento durava dez minutos.⁶ Ao se aplicar essas técnicas com compressas, protegia-se a cama com impermeável e toalha, evitando molhar o resto do corpo do paciente.²

Por sua vez, as compressas quentes agiam como agentes vasodilatadores, analgésicos e supurativos, possuindo uma peculiaridade em relação à compressa fria, pois, para retirar o excesso da água quente a 50° C, utilizava-se um torcedor de pano especial, ilustrado na forma de pergaminhos de haste dupla de madeira, com intuito de não abrasar as mãos da enfermeira.⁷ Em outra versão dessa técnica, havia uma preocupação com a assepsia da aplicação, utilizada para tratar as infecções abdominais de feridas operatórias. Para isso, era necessário manipular, exclusivamente, as compressas com pinças esterilizadas.^{6,10} Em regiões sensíveis e inflamadas como os olhos, as compressas quentes eram trocadas em intervalos regulares, às vezes de 30 em 30 segundos.⁹

O pedilúvio ou “escalda pés” tinha o objetivo de diminuir a congestão em qualquer parte do corpo (cabeça, abdome, tórax, pelve e faringe), diminuindo a cefaleia e a hemorragia cerebral. Nessa técnica, os pés do paciente eram deixados dentro de uma grande bacia de água quente, a 45 graus, por 20 minutos.^{6,8}

A irrigação contínua era aplicada durante o banho simples ou por jato frio de pressão moderada e direcionada a partes ou cavidades do corpo.⁸

O banho de assento ou semicúpio era utilizado para aliviar as dores e congestões dos órgãos da cavidade abdominal, em cólicas, tenesmo retal, cistites e processos inflamatórios uterinos e de seus anexos. Nessa técnica, o paciente sentava-se numa bacia cheia de água, sendo agasalhado e protegido quanto à sua intimidade.¹⁰

Ação local e seca

A segunda classificação dos rubefacientes físicos consistia nas aplicações frias ou quentes, com utilização de luz ou água, que não tocava a pele, delimitada apenas a uma região do corpo. Nessa modalidade revulsiva, a enfermeira poderia utilizar os sacos, os envoltórios, os tubos e as luzes elétricas.

O saco de gelo poderia ser aplicado sobre a região precordial como agente cronotrópico negativo e inotrópico positivo, além de ser utilizado em curativos cirúrgicos como hemostáticos.^{5-6,8,10} No entanto, o local de aplicação mais familiar para a enfermeira era a região abdominal do paciente, que tinha objetivo de tratar inflamações e hemorragias.¹⁰ Além do saco de gelo padrão, havia versões em forma de envoltórios fabricados especificamente para a cabeça, chamados de “capacetes de gelo”, ou para o pescoço, chamados de “gravatas de gelo” ou sacos reniformes.⁸⁻¹⁰ Esses envoltórios eram protegidos por impermeáveis especiais, como o papel de guta-percha, extraído do látex natural semelhante à borracha utilizada como isolante elétrico.^{1,9}

O envoltório de Priessnitz era uma versão especial e única do saco de gelo, que não necessitava de impermeável. Era aplicado inicialmente frio e aos poucos a temperatura elevava-se conforme a troca térmica com o calor do paciente, consistindo em tratamento duplo de frio e calor com duração de seis a 12 horas.⁹

Todas as versões de envoltório do saco de gelo poderiam ser extremamente irritativas para crianças, o que demandava uma intervenção de proteção dermatológica pela enfermeira, que poderia utilizar pomada, água de colônia (água de cheiro preparado à base de álcool e diversas essências de limão, bergamota e óleo de cravo), e o “espírito camphorado” (substância natural extraída da madeira da canforeira).^{1,9}

Como era necessário trocar o saco de gelo muitas vezes, havia uma técnica denominada “Tubo de gelo”, que consistia num sistema corrente de água gelada entre dois baldes e um tubo de borracha.^{2,6}

O saco quente tinha função terapêutica de localizar uma infecção, aliviar congestão, disúria, cólicas renais e intestinais, espasmo muscular e dor, e evitar o choque e aquecer o paciente. A temperatura ideal para essa aplicação de calor era 46 graus.⁶ Para

crianças pequenas, havia uma versão do saco quente chamada de botija de água quente, que se consistia em uma garrafa de barro ou cobre, com uma rolha especial. As botijas exigiam maior vigilância das enfermeiras devido ao extravasamento acidental e contato direto com a pele, causa de grandes queimaduras infantis. Como medida de segurança, elas enrolavam cuidadosamente essas garrafas em lã ou feltro antes de encostá-las à pele.⁹

A aplicação de luz elétrica local diferenciava-se da aplicação de água pela comodidade e pelos recursos utilizados. Os aparelhos possuíam lâmpadas que emitiam raios ultravioletas, chamadas de “Sollux” ou “Spectrosol”, que imitavam a luz solar. Para utilizar tais raios, era necessário manter a distância de 60 cm a 100 cm, entre a pele do paciente e as lâmpadas. Quando aplicados na face, os olhos deveriam ser protegidos com óculos especiais ou venda de pano, tanto para adultos quanto para crianças.^{6,9} Em ambulatórios pediátricos, a aplicação de luz elétrica local era espaçada de um a dois dias, adicionando-se o cuidado de proteção da pele com pó ou pomada refrescante. O ambiente físico de aplicação da luz ultravioleta deveria ser bem arejado devido aos gases tóxicos liberados pelas lâmpadas.⁹

Ação sistêmica e úmida

A terceira classificação dos rubefacientes físicos consistia nas aplicações frias ou quentes, com utilização de água na forma líquida ou vaporosa e envolvia grandes superfícies corporais. Para conseguir tais ações termofísicas, a enfermeira poderia utilizar os banhos de imersão, banhos de vapor e os envoltórios corporais.

O banho frio de imersão com objetivo de revulsão foi pouco descrito na literatura. Nas enfermarias, ele era utilizado como agente calmante e antitérmico, quando aplicado por 20 minutos em temperaturas que variavam conforme a prescrição médica, que poderia ser ambiente ou inferior em dois graus em relação à temperatura do paciente.^{2,6,9}

Por sua vez, o banho quente de imersão era realizado durante 15 ou 20 minutos em pacientes adultos e oito minutos em crianças.^{2,6} É interessante descrever que todo o banho quente de imersão ou envoltório quente corporal era acompanhado de uma aplicação simultânea de saco de gelo na cabeça do paciente, que supostamente prevenia a congestão de “vísceras” cerebrais. Após o banho quente, passava-se álcool em todo o corpo do paciente, controlando-se os sinais vitais (pulso, temperatura e respiração).⁶

Destaca-se uma técnica fria realizada concomitantemente ao banho quente de imersão, chamada, na época, de “afusão de água fria”. Nessa técnica, levantava-se a criança da banheira de água quente e jogava-se meio copo de água fria sobre o seu corpo, que tinha o objetivo de assustar, provocar o choro energético e arejar os pulmões, sendo que, ao final, mergulhava-se novamente a criança na água quente para confortá-la e acalmá-la.⁹

O banho de vapor era uma versão da técnica de sudação hidroterápica, com temperaturas que variavam de cinco a 75 graus em ambiente fechado, onde o paciente permanecia de 15 a 30 minutos. Em outras versões de sudação, a enfermeira preparava o banho romano (também chamado de turco ou mouro), onde a temperatura era elevada aos poucos, intercalando-se aplicação de água fria em ducha e massagens. Além disso, ela preparava o banho russo, que combinava a estufa úmida com a seca, acompanhada de massagens, duchas frias e “flagelações”.⁸

Os grandes envoltórios frios eram utilizados como agentes antitérmicos, por 20 minutos ou como sedativos, por 60 minutos.^{6,10} Nessa técnica, o paciente ficava sem camisa, sendo envolvido com um pano úmido e frio em volta do tórax ao tornozelo, além de um saco de gelo sobre a cabeça e um saco de água quente em seus pés. Durante a aplicação, a enfermeira realizava a hidratação oral do paciente com água fria, monitorizava o risco de choque por meio dos sinais vitais de temperatura, respiração e pulsação, esta última mensurada na artéria temporal. O saco de água quente aplicado nos

membros inferiores tinha a função de aumentar a vasodilatação local e diminuir o risco de congestão dos órgãos internos.⁶

Na Pediatria, a criança era envolvida do pescoço aos pés em toalha úmida na temperatura ambiente, colocando-se um tecido felpudo por cima dessa toalha, e mantida no berço por dez minutos, sendo que a enfermeira fazia troca regular da toalha úmida.⁹

Os envoltórios quentes corporais eram utilizados em casos de hipertensão arterial, hiperexcitação nervosa, envenenamento por mercúrio, uremia, cardioneftites e eclâmpsia. As regiões do tórax e abdome, da pelve e coxa do paciente eram cobertos por um pano úmido quente, além do saco de gelo na cabeça e o saco de água quente nos pés. Após aplicação de 20 a 30 minutos, a enfermeira passava álcool a 50% em toda a região corporal do paciente, que era aquecido com cobertor seco.^{6,10}

Na técnica de sudação por envoltório pediátrico, a enfermeira poderia adicionar três botijas de água quente, uma para os pés e as duas restantes nos lados esquerdo e direito da criança. A aplicação de envoltório quente mantinha-se por uma hora, enquanto a enfermeira hidratava a criança oralmente com colheradas de chá quente de sabugueiro e tília (utilizados como xarope para tosse) e limonada quente.^{1,9}

Ação sistêmica e seca

A última categoria dos rubefacientes físicos consistia nas aplicações exclusivamente quentes, sem utilização de água. Para isso, a enfermeira deveria conhecer a luz elétrica e a Helioterapia. Apesar do banho de vapor seco não promover a umidade do corpo, ele deveria ser intercalado de aplicações úmidas, motivo pelo qual não foi inserido nessa categoria. O referencial de Zaira Cintra Vidal cita a técnica de ar quente nessa categoria, mas não se recuperou informações sobre ela.

No banho de luz artificial, a enfermeira levava o paciente até uma banheira especial sem água, onde havia uma caixa perpendicular de lâmpadas elétricas, não especificadas quanto ao tipo, dispostas de forma lateral.⁸ Assim como ocorria na versão úmida, a aplicação de banho de luz artificial também era acompanhada do saco de gelo na cabeça do paciente, além da exigência da hidratação oral constante do paciente.⁶

A Helioterapia consistia em tratamento gradual e cíclico, que exigia controle da exposição solar. O paciente ficava deitado, expondo partes de seu corpo, progressivamente, até completar o ciclo de 15 dias, sendo que no primeiro dia de tratamento, a sequência iniciava-se com uma exposição exclusiva nos pés do paciente por duas a três horas, adicionando-se diariamente outras partes do corpo no sentido podocéfálico, sendo registrado em um formulário de Helioterapia, utilizado pela enfermeira para controle da sequência de exposição.⁸

CONCLUSÃO

As publicações da década de 1930 e início da década de 1940 apontaram para rotinas de enfermagem compostas de técnicas termofísicas da água ou de exposições luminosas, que surpreende pela quantidade e variedade.

Esse fato pode explicar a razão pela qual três dessas publicações foram escritas ou traduzidas por médicos, que preocupados com a diversidade dos tratamentos com o uso de rubefacientes físicos, necessitavam de pessoas tecnicamente capacitadas para aplicá-los, deixando a cargo da enfermeira a responsabilidade pela execução correta e segura.

A descrição da maioria das técnicas supõe rotina desgastante devida à movimentação constante das enfermeiras pelos leitos, exigindo trocas constantes e vigilância da pele quanto às reações exageradas e à eficiência do tratamento. Além disso,

elas eram expostas provavelmente a riscos ocupacionais constantes relacionados ao fogo, eletricidade e mudanças bruscas de temperaturas.

A partir da descrição das antigas práticas da enfermeira brasileira, pode-se inferir que os dados sobre os rubefacientes físicos permitiram conhecer, de forma concreta, parte das realidades e dos paradigmas antigos de atendimento à saúde aos quais os pacientes eram submetidos na época.

O presente estudo demonstrou a possibilidade de realização de outras pesquisas, a partir do referencial da enfermeira Zaira Cintra Vidal, ampliando o conhecimento sobre outras categorias de revulsivos, tais como rubefacientes mecânicos e químicos, além dos vesicantes e escarificantes, também correntes no recorte temporal pesquisado.

REFERÊNCIAS

1. Houaiss A, Villar MS, Franco FMM. Dicionário em português Houaiss [CD-ROM]. [S.l.]: Objetiva; [c2002].
- 2- Vidal ZC. Apanhados de técnica. *Annaes de Enfermagem*[CD-ROM]. 1937;10:32-34. Associação Brasileira de Enfermagem; 2006.
3. Abreu ACV. Um capítulo de Hidroterapia: dos efeitos physiologicos e therapeuticos [dissertação]. Porto, Portugal: Escola Médico-Cirúrgico do Porto; 1877. 58 p.
4. Alfonso-Goldfarb AM. História da Ciência. São Paulo: Brasiliense; 1994. p. 22-3.
5. Christino JJS, Jr. Algumas considerações sobre a revulsão em geral [dissertação]. Porto, Portugal: Escola Médico-Cirúrgico do Porto; 1880. 36 p.
6. Vidal ZC. *Technica de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara; 1933.
7. Magalhaes EA. Noções práticas de socorros de urgência e enfermagem. [Rio de Janeiro]: [Laemmert]; 1942.
8. Possolo A. *Curso de enfermeiros*. [Rio de Janeiro]: Freitas Bastos; 1939.
9. Sant'Anna J, Rocha M, Jr, Rocha JM. *Breviário das mães e das enfermeiras: noções de hygiene natal e infantil*. Rio de Janeiro: Leuzinger; 1930.
10. Reidt AV, Albano D. *Técnica de enfermagem: Enfermagem clínica*. São Paulo: [Rissolillo]; 1942.

Data de recebimento: 21/11/2012

Data de aceite: 17/01/2013

Contato com autor responsável: Ricardo Quintão Vieira

Endereço postal: Rua Ernesto Barreto, 30, casa 2, Jardim Cliper, São Paulo - SP, CEP: 04827-183

E-mail: ricqv@ig.com.br