

Estudo exploratório em pacientes com urticária crônica: elementos autorreferidos sobre a doença e investigação de sintomas depressivos

Exploratory study in patients with chronic urticaria: self-referred elements of the disease and investigation of depressive symptoms

Thiago R. Juhas¹, Maria G. Pinto¹, Renata F. O. Cuisse¹, Nivaldo O. Santos²,
Gláucia R. G. Benute³, Antonio A. Motta⁴, Mara C. S. de Lucia⁵

Resumo

Objetivo: Realizar estudo exploratório dos fatores autorreferidos presentes no surgimento e na manifestação clínica da urticária crônica e investigar presença de sintomas depressivos.

Método: O estudo foi transversal e exploratório. Foram entrevistados 40 pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico de urticária crônica, com idade de 18 a 63 anos, em tratamento ambulatorial em Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e aplicados os seguintes instrumentos: Entrevista Semi-Dirigida e Inventário de Depressão de Beck.

Resultados: A população foi caracterizada por 82,5% do sexo feminino, 55% com idade entre 41 a 60 anos. As respostas atribuídas à entrevista demonstraram que quanto às causas do surgimento da doença e aos fatores de piora, respectivamente, 30% e 37,5% relataram fatores de ordem psicossocial. Como enfrentamento da doença 55% referiram o uso de medicamentos e 22,5% disseram enfrentar as crises com uso de produtos no banho e outros tratamentos alternativos. Quanto aos prejuízos decorrentes da doença, 30% citaram alterações do humor e prejuízos na sexualidade e 22,5% alegaram restrições importantes no cotidiano. A avaliação da depressão revelou que 55% dos sujeitos apresentaram sintomas depressivos, sendo 15% de sintomas de depressão grave.

Conclusões: A ansiedade, a depressão, os sentimentos ambivalentes envolvendo conflitos intrapsíquicos e a própria cronicidade da urticária favorecem o agravamento do quadro clínico levando a prejuízos significativos na vida do paciente.

Rev. bras. alerg. imunopatol. 2011; 34(5):209-213: Urticária crônica, avaliação psicológica, depressão, ansiedade, aspectos psicossociais.

Introdução

Atualmente muito se investiga acerca da urticária, principalmente, no que diz respeito à etiologia, aos fenótipos, aos fatores de risco e à piora dos sintomas. Segundo Tharp¹ e Greaves², a doença permanece como um desafio ao médico,

Abstract

Purpose: To investigate self-reported data concerning the appearance of the disease, and evaluate the presence of depressive symptoms.

Methods: The study was cross-sectional and exploratory. We studied 40 outpatients of both sexes, diagnosed with chronic urticaria, aged 18 to 63 years in treatment at Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, and it was used the following instruments: semi-directed interview and Beck Depression Inventory.

Results: The population was characterized by 82.5% female, 55% aged 41 to 60 years. The answers given to the interview showed that the causes of onset and worsening factors are, respectively, 30% and 37.5% associated to psychosocial factors. When asked about how they cope with the disease 55% reported the use of medicines and 22.5% said they deal with the crises using bath products and other alternative treatments. In relation to the damage from the illness, 30% presented mood changes and sexuality problems; 22.5% reported significant restrictions in daily life. The evaluation of depression revealed that 55% of subjects had depressive symptoms, 15% of them with severe symptoms of depression.

Conclusions: Anxiety, depression, ambivalent feelings involving intrapsychic conflicts and the chronicity of urticaria itself favor the worsening of clinical symptoms leading to significant losses in the patient's life.

Rev. bras. alerg. imunopatol. 2011; 34(5):209-213: Chronic urticaria; psychological assessment, depression, anxiety, psychosocial aspects.

uma vez que 70% das manifestações que caracterizam a enfermidade possuem causa indefinida, mesmo após investigação detalhada¹. Segundo Criado et al.³ a doença pode ser caracterizada por lesões cutâneas, decorrentes de edema

1. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Centro de Estudos em Psicologia da Saúde (CEPSIC) e da Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICHC/FMUSP).
2. Doutorando em Ciências pelo Departamento de Neurologia da FMUSP.
3. Doutorada em Ciências pelo Departamento de Obstetrícia da FMUSP.
4. Doutor em Medicina Alergia e Imunopatologia da FMUSP.
5. Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Artigo submetido em 29.06.2011, aceito em 27.09.2011.

dérmico. Pode ter causa física, alérgica, pseudoalérgica, infecciosa ou relacionada a drogas, sendo denominada idiopática se nenhuma dessas causas for identificada. A urticária pode ser classificada como aguda ou crônica, a depender de seu tempo de duração; é considerada crônica quando há persistência do quadro clínico por seis semanas ou mais⁴.

Em qualquer doença crônica, dois problemas são centrais no agravamento e na falta de controle dos sintomas: a dificuldade de preservar a qualidade de vida e a adesão ao tratamento em níveis satisfatórios. Tais fatores estão fortemente associados a questões emocionais e sociais. Na urticária crônica, as contingências psicológicas interferem em vários níveis, mais especificamente no que concerne à relação médico-paciente, à crise em si, à piora e/ou agravamento dos sintomas e às intensas consequências psicossociais.

O papel dos fatores psicológicos no declínio da saúde do paciente com a referida doença de pele é subestimado; contudo, normalmente o impacto psicológico é mencionado, sendo que, de 30% a 40% dos pacientes com urticária crônica apresentam algum tipo de estado depressivo associado, assim como qualidade de vida prejudicada⁵.

Engin et al.⁶ avaliaram o diagnóstico e sintomas de transtornos psiquiátricos em 89 pacientes com urticária crônica e 64 indivíduos controles. Os resultados demonstraram que 50% dos pacientes com urticária crônica tiveram pelo menos um diagnóstico confirmado de transtorno mental e 45% apresentaram pelo menos um transtorno no que se refere à personalidade. O transtorno mais prevalente foi o transtorno obsessivo-compulsivo, em 30%, e a depressão maior foi observada em 14% dos sujeitos. Ademais, Sukan et al.⁷ documentaram o diagnóstico de depressão maior em mais de 30% dos pacientes por eles avaliados.

Buffet⁸ e Consoli⁵ realizaram estudo de revisão sobre os fatores psicológicos associados à urticária crônica, como fatores responsáveis, como fatores agravantes ou como consequência da urticária. De acordo com os autores, em muitos estudos são encontrados relatos de associação entre estresse, ansiedade ou sintomatologia depressiva e urticária crônica, mas não se pode afirmar uma causalidade; a revisão apresenta estudos controlados que apontam a depressão e a ansiedade como os transtornos mentais mais importantes em pacientes com urticária crônica.

Alguns profissionais da área médica que trabalham com doenças dermatológicas consideram o estresse e fatores psicológicos como desencadeantes de crises, mas não são fornecidos dados provenientes de estudos clínicos que relatem com clareza esses elementos. Buscou-se encontrar uma alternativa para sanar a dificuldade em ser específico quanto aos fatores psicológicos. Assim, o que se objetivou neste estudo foi investigar dados autorreferidos sobre a urticária crônica quanto ao surgimento da doença, fatores de piora, formas de enfrentamento e prejuízo nas atividades cotidianas, bem como avaliar a presença de sintomas depressivos.

Método

Foi realizado um estudo transversal, exploratório, em uma amostra não probabilística selecionada por conveniênc-

cia, composta por 40 pacientes com diagnóstico de urticária crônica, de ambos os sexos, idade superior a 18 anos e em tratamento ambulatorial no Serviço de Imunologia Clínica e Alergia de um hospital universitário. Foram convidados a participar do estudo pacientes que se encontravam no dia da consulta médica. Após a leitura, compreensão e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, o protocolo se iniciava. Este estudo foi previamente aprovado pela Comissão de Ética da instituição.

O protocolo iniciava com a realização de uma entrevista semi-dirigida, com roteiro desenvolvido pelos autores, com o objetivo de obter dados sociodemográficos, além de dados autorreferidos referentes ao surgimento da doença, aos fatores de piora, às formas de enfrentamento e ao prejuízo nas atividades cotidianas.

A entrevista clínica em psicologia constitui o principal instrumento para o levantamento de dados a respeito do indivíduo e consiste em um roteiro de questões, formalizado com o objetivo de uniformizar o procedimento de coleta de dados para, desta forma, garantir que o tópico principal seja abordado de maneira semelhante junto aos sujeitos, e na mesma sequência. Para a análise dos dados da entrevista, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin⁹, a qual se baseia em operações de desmembramento do texto em unidades, que posteriormente são desenvolvidas em categorias e classes distintas. As informações foram categorizadas de acordo com a frequência das respostas nas seguintes categorias: surgimento da doença, fatores de piora, formas de enfrentamento e prejuízo nas atividades cotidianas. Para ilustrar as categorias, foram apresentados trechos das respostas das entrevistas.

Para avaliação da presença de sintomas depressivos, empregamos o Inventário de Depressão de Beck (BDI)¹⁰, uma escala sintomática de rastreamento de depressão, composta por 21 itens, com quatro possibilidades de resposta cada um. Os itens são graduados de zero a três, da menor para maior intensidade do sintoma depressivo. Para obtenção do resultado, faz-se o somatório da pontuação (máximo de 63 pontos) e considera-se o total encontrado como sendo o resultado final. O escore usado para a classificação de gravidade dos sintomas depressivos foi: de 10 a 18 pontos, leve; de 19 a 29 pontos, moderada; e 30 pontos ou mais, grave. O questionário possui escores padronizados para a população brasileira¹¹.

Resultados

Os dados sociodemográficos obtidos por meio da entrevista semi-dirigida demonstram que a amostra foi caracterizada por mais mulheres (82,5%), indivíduos na meia idade – 55% dos sujeitos possuíam idades na faixa etária dos 40 aos 60 anos –, metade da amostra era casada e 10% não trabalhavam, sendo que 80% possuíam renda familiar de 1 a 5 salários mínimos. Utilizando-se da análise temática e conteúdo de Bardin⁹, categorizamos a frequência das respostas das entrevistas semi-dirigidas quanto ao surgimento autorreferido da doença. Quanto ao aparecimento dos sintomas da urticária crônica, 52,5% atribuíram à exposição a agentes químicos externos; 27,5% dos pacientes relacionaram eventos de cunho

depressivos e ansiosos, "nervosismo", perdas de pessoas significativas, problemas familiares, desavenças conjugais e dificuldades na esfera da sexualidade. Por exemplo: "Minhas coceiras apareceram quando me separei do meu marido" (O.M.S.); "Minha mãe ficou muito doente, e depois disso comecei a ter urticária" (I.N.A.); "Meu marido me traiu e apareceram as placas" (E.A.F) (Tabela1).

Tabela 1 - Atribuição autorreferida da etiologia da urticária crônica

Categorias	N (%)
Exposição a agentes químicos/medicamentos	21 (52,5)
Ansiedade, depressão e 'nervosismo'	4 (10,0)
Perda de pessoas importantes	5 (12,5)
Problemas conjugais, familiares e sexuais	2 (5,0)
Problemas financeiros	1 (2,5)
Não sabe/não se recorda	7 (17,5)

No que concerne aos fatores que fazem piorar a urticária crônica, 53,7% relataram que a exposição a agentes químicos externos piora ou é a causa do aparecimento das crises; 33,7% atribuíram a piora a estados ou eventos depressivos, ansiosos, "nervosismo", problemas familiares, problemas no relacionamento conjugal e questões relativas à sexualidade. Por exemplo: "Quando estou muito chateada, quando fico com 'aquilo' preso na garganta, quando não consigo externar o que estou sentindo, piora" (Z.C.S.); "O meu nervosismo piora a urticária" (C.R.R); "O contato com a pele de outra pessoa, principalmente quando tenho relação sexual, piora bastante a urticária" (A.S.); "Quando vejo briga, quando fico ansiosa e nervosa, piora a urticária" (D.C.S); "Não posso ter contato com coisas amarelas, comidas amarelas me causam urticária" (M.F.C.) (Tabela2).

Quanto às formas de enfrentamento da doença, 55% utilizam medicamentos; 17,5% tomam banhos; 17,5% esperam melhorar sem fazer nada. Relatos dos entrevistados apontam para algumas das medidas utilizadas: "Fico desesperada, passo vinagre no corpo, tomo banho bem quente com água e sal" (E.A.F.); "Passo gelo, passo uma pomada que se chama

Tabela 2 - Dados autorreferidos dos fatores que interferem na piora das crises e sintomas da urticária crônica

Categoria	N (%)
Exposição a agentes químicos/medicamentos	21 (52,5)
Ansiedade, depressão e 'nervosismo'	10 (25,0)
Perda de pessoas importantes	1 (2,5)
Problemas conjugais, familiares e sexuais	3 (7,5)
Problemas financeiros	1 (2,5)
Não sabe/não se recorda	4 (10,0)

'pomada milagrosa', feita em Centro Espírita; já passei até acetona" (M.A.S.S.); "Só coço... pareço que estou em um formigueiro" (M.C.O.) (Tabela 3).

Tabela 3 - Dados autorreferidos dos comportamentos de enfrentamento dos sintomas de urticária crônica

Categorias	N (%)
Uso de medicação	22 (55)
Banhos	7 (17,5)
Espera melhora por si só	7 (17,5)
Tratamentos alternativos	2 (5,0)
Procura do serviço médico	1 (2,5)
Outros	1 (2,5)

Dentre os pacientes investigados, 67,5% relataram algum tipo de prejuízo ou impacto causado pela urticária crônica nas atividades da vida em geral, sendo que 30% queixaram-se do surgimento de sintomas psíquicos, como depressão, ansiedade; limitações sociais; isolamento e prejuízos na sexualidade. Por exemplo: "É muito ruim viver doente, não se sabe quando terei a crise" (R.N.V.); "Mudou tudo; qualquer coceira, já acho que vou inchar e ficar feia" (O.M.S.); "Mudou pelas consequências que o remédio pode trazer, a dependência" (M.C.O.) (Tabela 4).

A avaliação da presença de sintomas depressivos obtidos com o Inventário de Depressão de Beck¹⁰ revelou que 55% dos sujeitos apresentaram algum sintoma depressivo, sendo 32,5% sintomas depressivos leves; 7,5% sintomas depressivos moderados e 15% sintomas graves de depressão.

Discussão

Os dados sociodemográficos da nossa amostra, composta por pacientes com urticária crônica, demonstram maior presença de pacientes do sexo feminino, dado também observado no estudo de revisão de Weller et al.¹². Uma vez que a população mais prejudicada são as mulheres, os autores sugerem que, globalmente, as mulheres parecem ser duas vezes mais afetadas em relação aos homens, no que se refere à urticária crônica.

Quanto à faixa etária, observamos maior presença na população de meia idade. Ferrer¹³ e Caproni et al.¹⁴, mostram um aumento significativo nos sujeitos entre 30 e 40 anos. Weller et al.¹² referem um crescimento atual da doença na quarta década da vida, o que, segundo os autores, indica tendência de aumento do número de casos entre pacientes com mais de 15 anos de idade e, particularmente, na faixa etária em torno da quarta década de vida.

O presente estudo revelou que um número importante dos participantes exerce alguma atividade remunerada, e que a grande maioria possui rendimento mensal de 1 a 5 salários mínimos. Estes dados apontam uma inserção dos

sujeitos no mercado de trabalho, apesar dos sintomas serem relatados como promovendo limitações nas atividades diárias, principalmente nos períodos de maior intensidade das crises. DeLong et al.¹⁵ estudaram pacientes adultos com urticária crônica, objetivando investigar seus gastos com os cuidados da saúde; a pesquisa concluiu que os altos custos causam impactos diversos, tanto na piora da doença, quanto na qualidade de vida dos pacientes que, além de perderem saúde e atividades prazerosas por conta da urticária crônica, são também prejudicados economicamente.

Em relação aos fatores desencadeantes e/ou de piora das crises da urticária crônica, foram relatadas queixas e justificativas subjetivas, como nervosismo, problemas familiares e problemas no relacionamento conjugal. Gupta et al.¹⁶ relatam que fatores psiquiátricos e psicológicos trazem algum tipo de conflito ou sofrimento psíquico em pelo menos 30% das pessoas que possuem problemas dermatológicos.

No que concerne ao prejuízo ou impacto causado pela urticária crônica nas atividades da vida em geral, os pacientes relataram restrições alimentares, restrições no uso de produtos de higiene pessoal e uso contínuo e "indefinido" da medicação. Ocorrem mudanças na vida cotidiana como forma de evitar e reduzir a exposição a agentes físicos, contato com plantas, insetos, entre outros aspectos, que muitas vezes causam isolamento ou trazem limitações que repercutem em estados depressivos, ansiosos ou "nervosismo" – representados, segundo muitos pacientes, por uma grande sensação subjetiva de estresse e angústia.

Podemos verificar que alguns pacientes relacionaram o surgimento da doença à exposição a agentes químicos e relataram que a exposição a agentes externos piora ou se constitui como causas do aparecimento da doença. O tratamento da urticária crônica ocorre basicamente através do uso de anti-histamínicos e do controle da exposição ao(s) fator(es) desencadeante(s), quando esse é indetificado (minoridade dos casos)^{3,17}. Alguns destes medicamentos podem causar sonolência e outros efeitos colaterais desfavoráveis que comprometem a realização das atividades de rotina dos indivíduos.

Para lidar com as consequências que a doença traz, além do tratamento médico convencional, os sujeitos recorreram a estratégias alternativas com uso, por vezes, de produtos que causam ainda mais irritação na pele. Estes "tratamentos" alternativos não costumam ser referidos pelos pacientes durante o retorno à consulta médica, muitas vezes devido ao receio do julgamento, mas apontam para uma tentativa contumaz de aliviar ou eliminar os sintomas com o auxílio de crengas. Cada paciente se relaciona com seu corpo de acordo com as crengas e informações que tem acerca de sua doença; o que cada um acredita e faz com o modo de estar doente sustenta seu discurso ao mundo e a si^{18,19}.

Apesar do quadro de urticária crônica implicar em prejuízos inegáveis à qualidade de vida do paciente, também foi possível identificar relatos onde a manifestação dos sintomas se insere em uma rede complexa de relações do sujeito com o seu próprio corpo e com cônjuges, familiares ou outros. Nestes casos, o paciente estabelece uma relação de identificação inconsciente com o adoecimento, implicando em

um uso particular dos sintomas. O paciente coloca a doença como única forma de se representar para os outros e para si mesmo, o que pode gerar ganhos secundários, por um lado, e certamente grande sofrimento psíquico, por outro.

A forma como o paciente relata estar doente traz informações que devem auxiliar os médicos e à equipe que trata estes pacientes a localizarem o impacto negativo e penoso da doença. Sem dúvida alguma, a abordagem de pacientes com urticária crônica deve incluir avaliação e tratamento especializado junto a profissionais da psicologia, isso porque tratar a urticária crônica unicamente como fenômeno orgânico e esquecer o impacto psicológico que ela acarreta, frequentemente retro-alimenta as crises.

Nossos achados são similares ao estudo de Picardi et al.²⁰, que também constataram uma alta prevalência de sofrimento e angústia em pacientes com urticária crônica. Além disso, os autores argumentam que a redução do bem-estar em pacientes dermatológicos é um forte preditor para co-morbidades psíquicas.

A avaliação da sintomatologia depressiva através do BDI demonstrou que mais da metade dos pacientes apresentava sintomas depressivos em níveis significativos e que merecem atenção. É importante observar que uma parcela considerável da amostra apresentou sintomatologia depressiva grave, denotando angústia ou agitação considerável, significativa perda de auto-estima, sentimentos de inutilidade ou culpa, um perigo muito marcante de suicídio, nos casos em que a depressão pode ser classificada como grave ou maior, bem como, eventualmente, uma real impossibilidade em dar continuidade às atividades sociais, profissionais e domésticas²¹⁻²³.

A urticária crônica, por um lado, silencia e aplaca os conflitos intrapsíquicos, tais como as separações e conflitos nas relações interpessoais; por outro lado, como, do ponto de vista psicológico, tudo o que não é tratado retorna à superfície, o corpo sofre em nome do silêncio da subjetividade. Nosso trabalho demonstra a necessidade de atuações interdisciplinares para tratamento dos efeitos da doença.

Referências

1. Tharp MD. Chronic urticaria: Pathophysiology and treatment approaches. *J Allergy Clin Immunol* 1996;98:S325-30.
2. Greaves MW. Chronic urticaria. *N Engl J Med* 1995;29:1767-72.
3. Criado PR, Criado RFJ, Maruta CW, Martins JEC, Rivitti EA. Urticária. *An Bras Dermatol* 2005;80(6):613-30.
4. Greaves MW, Tan KT. Chronic urticaria: recent advances. *Clin Rev Allergy Immunol* 2007;33(1-2):134-43.
5. Consoli SG. Psychological factors in chronic urticaria. *Ann Dermatol Venereol* 2003;130(1):S73-7.
6. Engin B, Uguz F, Yilmaz E, Ozdemir M, Mevlitoglu I. The levels of depression, anxiety and quality of life in patients with chronic idiopathic urticaria. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008;22(1):36-40.
7. Sukan M, Maner F. Psychiatric comorbidity in patients with vitiligo and chronic urticaria. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8:30-6.
8. Buffet M. Management of psychologic factors in chronic urticaria. When and how? *Ann Dermatol Venereol* 2003;130(1):S145-59.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

10. Beck AT, Ward C, Mendelson M. Beck Depression Inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
11. Cunha, J. (2001). Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo.
12. Weller K, Altrichter S, Ardelean E, Krause K, Magerl M, Metz M, et al. Chronic urticaria. Prevalence, course, prognostic factors and impact. *Hautarzt* 2010;61(9):750-7.
13. Ferrer M. Epidemiology, healthcare, resources, use and clinical features of different types of urticaria. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2009;2:21-26.
14. Caproni M, Volpi W, Giomi B, Cardinali C, Antiga E, Melani L, et al. Chronic idiopathic and chronic autoimmune urticaria: clinical and immunopathological features of 68 subjects. *Acta Derm Venereol* 2004;84(4):288-90.
15. DeLong LK, Culler SD, Saini SS, Beck LA, Chen SC. Annual direct and indirect health care costs of chronic idiopathic urticaria: a cost analysis of 50 nonimmunosuppressed patients. *Arch Dermatol* 2008;144(1):35-39.
16. Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol* 2003;4(12):833-42.
17. Medeiros Júnior M, Soares AC, Mendes CM. Urticária e angioedema: uma avaliação de 793 casos. *Rev Bras Alergia Imunopatol* 1999;26(5):179-87.
18. Ferreira EA, Mendonca MB, Lobao AC. Adesão ao tratamento da urticária crônica. *Estud psicol (Campinas)* 2008;24(4):539-49.
19. Silva KS, Silva EA. Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos da vida. *Estud psicol (Campinas)* 2007;24(2):257-66.
20. Picardi A, Abeni D, Melchi CF, Puddu P, Pasquini P. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *Br J Dermatol* 2000;143(5):983-91.
21. Fleck MP, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, Juruena MF. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25(2):114-22.
22. DSM-IV. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed, 2002.
23. CID-10. Coordenação Organização Mundial da Saúde - Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Tradução: Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

Correspondência:
Thiago Robles Juhas
Rua Artur Pinto da Rocha, 53 – Jaguaré
05335-060 – São Paulo, SP
E-mail: thiagoroblesj@gmail.com