

## Implementação do processo de enfermagem em uma área da saúde: modelos e estruturas de avaliação utilizados

Joseba Xabier Huitzi-Egilegor<sup>1</sup>

Maria Isabel Elorza-Puyadena<sup>1</sup>

Jose Maria Urkia-Etxabe<sup>2</sup>

Carmen Asurabarrena-Iraola<sup>3</sup>

Objetivo: analisar quais modelos de enfermagem e estruturas de avaliação de enfermagem têm sido utilizados na implementação do processo de enfermagem, nos centros públicos e privados da área de saúde de Gipuzkoa (País Basco). Método: foi realizado um estudo retrospectivo, baseado na análise dos registros de enfermagem que utilizaram os 158 centros estudados. Resultados: o modelo de Henderson, a estrutura bifocal de Carpenito, a estrutura de avaliação de Gordon e a estrutura Resident Assessment Instrument Home 2.0 foram os modelos e estruturas de avaliação de enfermagem utilizados na implementação do processo de enfermagem. Em alguns centros, o modelo ou estrutura de avaliação escolhido mudou ao longo do tempo. Conclusão: foi concluído que o modelo de Henderson foi o mais utilizado na implementação do processo de enfermagem. Além disso, foi observada a tendência de complementar ou substituir o modelo de Henderson com estruturas de avaliação de enfermagem.

Descritores: Modelos de Enfermagem; Teoria de Enfermagem; Processos de Enfermagem; Avaliação em Enfermagem; História da Enfermagem; Pesquisa Metodológica em Enfermagem.

<sup>1</sup> PhD, Professor Titular, Departamento de Enfermería II, Universidad del País Vasco, Donostia - San Sebastián, Espanha.

<sup>2</sup> PhD, Professor Titular, Departamento de Física Teórica e Historia de la Ciencia, Universidad del País Vasco, Donostia-San Sebastián, Espanha.

<sup>3</sup> PhD, Professor Colaborador, Departamento de Enfermería II, Universidad del País Vasco, Donostia - San Sebastián, Espanha.

## Introdução

O processo de enfermagem é o método de trabalho utilizado na área de enfermagem e permite, através da pesquisa, da análise lógica e do raciocínio analítico, desenvolver e implementar cuidados, tanto técnicos como interpessoais ou de relacionamento e comunicação. Composto por cinco etapas: a etapa de avaliação, a de diagnóstico, a de planejamento, a de implementação e, finalmente, a de avaliação<sup>(1)</sup>.

Ele foi criado entre os anos 1950 e 1960, nos Estados Unidos e Canadá<sup>(2)</sup>. Nos primeiros anos, foi trabalhado e desenvolvido principalmente na área do ensino. Na década de 1970 se estendeu à prática clínica (prática profissional) desses países e continua sendo desenvolvido. O estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem e as terminologias NOC-NIC (*Nursing Outcomes Classifications* e *Nursing Interventions Classifications*) são etapas que se destacam nesse desenvolvimento. Atualmente, o processo de enfermagem é utilizado em centros médicos no mundo inteiro<sup>(3-4)</sup>.

Nas mesmas décadas em que o processo de enfermagem foi criado e implantado, foram estabelecidos modelos e teorias que orientam a prática profissional de enfermagem<sup>(5)</sup>. Enquanto o processo de enfermagem é uma metodologia para a organização da prática profissional, os modelos e teorias de enfermagem são uma estrutura para compreender e dar sentido a essa prática, o que garante uma prática rigorosa com base na experiência pessoal e nos pressupostos científicos e filosóficos que cada teórico(a) expõe. Para isso, é necessário começar a partir de elementos científicos e filosóficos gerais que irão se tornar elementos específicos e únicos, que servirão para definir os elementos empíricos e operacionais de cada modelo conceitual. Nesse sentido, as orientações ou modelos de enfermagem utilizados determinam a prática, que é apoiada pelos fundamentos teóricos que cada modelo contém e com os quais o enfermeiro se identifica, aceitando que a realidade do cliente e a sua própria são dependentes da base teórica que o sustenta<sup>(6)</sup>.

Em geral, pode-se dizer que os modelos e teorias de enfermagem ajudam a identificar os objetivos e métodos da prática, aumentando a autonomia e cuidados gerais individuais que são oferecidos a cada pessoa<sup>(7)</sup>. Por exemplo, ao adotar o modelo de Henderson, a enfermeira aceitará as propostas que satisfaçam suas necessidades e tentará criar

independência em cada pessoa cuidada. Se a sua preferência é baseada no modelo de Orem, ela terá como objetivo a capacidade máxima de autoatendimento do cliente<sup>(6)</sup>.

Mais tarde, sem se tornar modelos ou teorias, estruturas diferentes foram publicadas como estruturas para avaliação de enfermagem, incluindo a estrutura bifocal de Carpenito<sup>(8)</sup> e a estrutura conceitual de Gordon<sup>(9)</sup>. A estrutura bifocal introduzida por Carpenito, em 1983, é um modelo no qual são identificadas as situações clínicas em que a enfermeira intervém com referência ao trabalho independente do enfermeiro e o trabalho interdependente ou de colaboração. A estrutura conceitual de Gordon serve como uma referência geral para a avaliação de cada pessoa através da proposta de Padrões Funcionais de Saúde. Essa estrutura, depois de obter a permissão de Gordon e após de ser modificada pelo Comitê Internacional de Taxonomia de NANDA, foi aceita pela NANDA em abril de 1998<sup>(10)</sup>.

Na Espanha, foram encontrados poucos estudos<sup>(11-12)</sup> que fornecessem dados numéricos sobre os modelos e estruturas de enfermagem utilizados na aplicação da metodologia de enfermagem, e se tratava de trabalhos que não se referiam a casos relacionados a essa questão e que não consideravam as datas de início específicas.

O objetivo deste trabalho foi estudar modelos e estruturas de enfermagem que têm sido utilizados na implementação do processo de enfermagem nos centros de saúde públicos e privados na área de Gipuzkoa (País Basco). Os resultados serão utilizados para conhecer a evolução na forma de trabalho em enfermagem em Gipuzkoa e ver a influência que os modelos e estruturas de enfermagem tiveram e têm na metodologia da enfermagem.

## Método

Foi realizado estudo retrospectivo dos registros de enfermagem utilizados pelos centros de saúde públicos e privados da área de Gipuzkoa, uma das três áreas de saúde do País Basco.

O total de 158 centros foi estudado: 137 públicos (todos centros públicos) e 21 privados (todos aqueles que têm 10 ou mais enfermeiros na equipe). Nesses 158 centros trabalhavam 2.667 enfermeiros (2.103 em centros públicos e 564 em centros privados), que correspondem a cerca de 90% de todos os profissionais que atuam na prática clínica em Gipuzkoa.

A obtenção ou a visualização dos registros de enfermagem foi realizada após a obtenção da autorização da direção dos centros envolvidos, e depois de entrevistar os responsáveis por tais registros. Na publicação dos dados foi mantido o anonimato dos centros.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do País Basco - Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV-EHU) começou a funcionar em 2010. A coleta de dados para este estudo foi entre janeiro e dezembro de 2009 e, portanto, não foi possível obter um relatório de avaliação por parte dessa Comissão.

Os dados coletados em cada centro foram os seguintes:

- o número de enfermeiros que trabalhavam no centro;
- a data dos registros de avaliação mais antigos existentes no centro de enfermagem. A existência de um registro correspondente à etapa de avaliação de enfermagem foi o critério considerado no processo de implementação de enfermagem, uma vez que o resto das etapas do processo de enfermagem é baseado nessa primeira<sup>(1,13)</sup>;
- a configuração dos registros de avaliação de enfermagem utilizados no centro ao longo do tempo. Para determinar qual o modelo de enfermagem e/ou qual estrutura de avaliação seria utilizado, foi verificado qual configuração dos registros correspondia às diretrizes estabelecidas por um modelo ou estrutura ou por outro. Por exemplo, se se considerar que o modelo utilizado é o de Henderson, no registro de avaliação deverão ser consideradas, pelo menos, 75% das necessidades básicas que esse modelo estabelece<sup>(14)</sup>. Em outro exemplo, se se considera que a estrutura de avaliação usada é a de Gordon, serão avaliados pelo menos 75% dos padrões funcionais em que essa estrutura se baseia.

Foi realizada uma análise quantitativa dos dados, utilizando estatística descritiva.

## Resultados

A Tabela 1 mostra quais os centros estudados, o número de enfermeiros que trabalhavam neles, o ano em que ele começa a utilizar o Processo de Enfermagem (PE), o modelo de enfermagem ou estrutura de avaliação que se utiliza atualmente na execução do processo de enfermagem e em que ano começa a ser usado esse modelo ou estrutura de avaliação de enfermagem. Quando a caixa está vazia, isso significa que nesse centro não são utilizados os anteriores. O número de enfermeiros em cada centro mostra o tamanho do centro.

De acordo com os números da Tabela 1, a utilização do processo de enfermagem começa, com uma exceção, a partir de 1990 e se torna comum na década de 2000. Atualmente, em 155 (98%) dos 158 centros estudados é aplicado o processo de enfermagem. São aplicados em todos os centros públicos e em 18 dos 21 centros privados. Os detalhes desse início foram divulgados em um estudo retrospectivo já publicado<sup>(15)</sup>, e os detalhes da utilização atual (uso de diagnósticos de enfermagem, das terminologias NOC-NIC e planos de cuidados de uniformização) estão em um estudo transversal, também publicado<sup>(12)</sup>.

Dos 155 centros que aplicam o processo de enfermagem, em 127 (82%) é aplicado o modelo de Henderson; 6 (4%) utilizam a estrutura bifocal de Carpenito; 17 (11%) utilizam a estrutura conceitual de Gordon e 1 utiliza a estrutura RAI-NH 2.0 (*Resident Assessment Instrument Nursing Home 2.0*). Nos 4 centros restantes o processo de enfermagem é aplicado sem o respaldo de qualquer modelo ou estrutura de avaliação, com registros feitos de acordo com os critérios específicos dos enfermeiros em cada centro.

A estrutura bifocal de Carpenito, também chamada *modelo bifocal de prática clínica* é uma estrutura de avaliação que propõe o uso de um modelo de enfermagem para coleta de dados que permitirão obter diagnósticos de enfermagem do cliente e uso da estrutura de avaliação de enfermagem dos sistemas corporais, para agrupar os dados, permitindo acessar os problemas interdependentes ou relacionados dos clientes. Nos centros públicos de atendimento especializado estudados e no serviço de psiquiatria do hospital público nº1, a estrutura bifocal de Carpenito foi implementada da seguinte forma: foi utilizado o modelo de enfermagem de Henderson para coletar as informações necessárias para chegar aos diagnósticos de Enfermagem do cliente, e tem sido utilizado para a avaliação da estrutura dos sistemas do corpo para acessar as informações necessárias para acessar os problemas interdependentes dos clientes. Portanto, considerando-se que os centros que utilizam a estrutura bifocal de Carpenito estão aplicando o modelo de Henderson, se se somar os 127 centros que utilizam o modelo de Henderson e os 6 centros, onde a estrutura bifocal de Carpenito é usada, poderá ser observado que, até o momento, dos 155 centros que aplicam o processo de enfermagem, 133 (86%) utilizam o modelo de Henderson.

O número de profissionais de enfermagem trabalhando em centros nos quais o processo de

Tabela 1 - Os centros de estudo, o número de enfermeiros que trabalham neles, o ano em que se começou a usar o processo de enfermagem, o modelo (PE) de avaliação de enfermagem ou estrutura que hoje é usado na execução do processo de enfermagem e o ano em que se começou a usar esse modelo ou estrutura de avaliação de enfermagem. Gipuzkoa, País Basco, Espanha, 2009

Sistema de saúde e área	Nº de centros	Nº de prof. de enferm.	Ano do início do PE	Modelo ou estrutura utilizado atualmente	Ano de início com esse modelo ou estrutura
Sistema de saúde pública	137	2103			
Cuidados primários	116	514	2004	Henderson	2004
Cuidados especializados	5	1523	1990	Bifocal*	1994
Hospital nº 1	1	1072	1990	Bifocal*	1994
Hospital nº 2	1	110	1990	Bifocal*	1994
Hospital nº 3	1	111	1990	Bifocal*	1994
Hospital nº 4	1	143	1990	Bifocal*	1994
Hospital nº 5	1	87	1990	Bifocal*	1994
Saúde mental	15	54			
Serviço de Psiquiatria do Hospital nº1	1	22	1990	Bifocal*	1994
Centros de atendimento ambulatorial	14	32	2007	Gordon	2007
Gerontologia/geriatria	1	12	1990	Henderson	1996
Sistema privado de saúde	21	564			
Cuidado especializado	6	410			
Hospital nº 1	1	35	-	-	-
Hospital nº 2	1	85	-	-	-
Hospital nº 3	1	40	2003	Henderson	2003
Hospital nº 4	1	50	1993	-	-
Hospital nº 5	1	165	-	-	-
Hospital nº 6	1	35	2004	Gordon	2004
Saúde mental	4	69			
Hospital nº 1	1	25	1992	Henderson	1992
Hospital nº 2	1	22	1998	Gordon†	2005
Hospital nº 3	1	12	2005	Gordon	2005
Hospital nº 4	1	10	2001	-	-
Gerontologia/geriatria	11	85			
Centro geriátrico nº 1	8	55	1982	Henderson	1982
Centro geriátrico nº 2	1	10	1999	RAI-NH2.0	1999
Centro geriátrico nº 3	1	10	2002	-	-
Centro geriátrico nº 4	1	10	1994	-	-

\*Nesses centros, entre os anos 1990 e 1994, foi utilizado o modelo de enfermagem de Henderson. Em 1994, teve início a estrutura bifocal de Carpenito.

†Nesse centro, entre os anos 1998 e 2005 foi utilizado o modelo de enfermagem de Henderson. Em 2005 pararam de utilizar esse modelo e iniciaram a estrutura de avaliação de Gordon.

enfermagem é aplicado usando apenas o modelo de Henderson é de 578 (24% de todos os profissionais que trabalham nos 155 centros que aplicam o processo de enfermagem); nos centros onde se utiliza a estrutura bifocal de Carpenito, o número é de 1.545 (65%); nos centros onde a estrutura conceitual é a de Gordon, o número é de 101 (4%) e no centro que utiliza a estrutura RAI-NH 2,0, o número é de 10 (0,4%). Se se somar os 578 enfermeiros que trabalham nos centros onde o processo de enfermagem é aplicado, utilizando o modelo de Henderson, e os 1.545 profissionais que trabalham nos centros em que o processo de enfermagem é aplicado, usando a estrutura bifocal de

Carpenito, obtém-se que, atualmente, são 2.123 (89%) profissionais que trabalham nos centros que utilizam o modelo de Henderson.

Quanto ao ano de início do modelo ou estrutura, se destaca o fato de que em alguns centros o modelo ou estrutura escolhida variou ao longo do tempo: em centros públicos de cuidado especializado e no hospital psiquiátrico público nº1, durante os anos de 1990 a 1994 foi usado o modelo de enfermagem de Henderson, e, a partir de 1994, foi utilizada a estrutura bifocal de Carpenito; no hospital privado de saúde mental nº2, nos anos de 1998 a 2005, foi utilizado o modelo de

enfermagem de Henderson, e, a partir de 2005, foi utilizada a estrutura conceitual de Gordon.

Fazendo a análise por área de atuação, observa-se que o modelo de enfermagem de Henderson é utilizado em todas as áreas; a estrutura bifocal, principalmente na área de atendimento especializado, a estrutura conceitual de Gordon, principalmente na área da saúde mental, e a estrutura RAI-NH 2.0, na área de Gerontologia e Geriatria.

## Discussão

Os resultados mostram que, em Gipuzkoa, o modelo de Henderson tem sido o mais utilizado na implementação do processo de enfermagem. Isso é consistente com estudos que relatam que o modelo de Henderson é um dos mais conhecidos e utilizados em todo o mundo<sup>(5,16)</sup>.

Em relação aos números de utilização obtidos neste estudo, mais de 80%, no caso do modelo de Henderson, estão acima dos obtidos em outros estudos semelhantes. Um estudo realizado na Espanha afirma que, nos cuidados primários, 35% dos centros utilizam o modelo de Henderson e que esse é o único utilizado<sup>(11)</sup>. Em um estudo realizado no Canadá, foi encontrado que apenas 25,5% dos centros utilizam um modelo de enfermagem para implementar o processo de enfermagem<sup>(17)</sup>. O estudo não especifica quais modelos de enfermagem são utilizados. Em outro estudo, realizado na Polônia, foi verificado que, na prática clínica no país, são utilizadas ideias e teorias de Nightingale, Orem e Henderson, mas o estudo não quantifica o uso pelos centros<sup>(18)</sup>.

Pode-se dizer que, em geral, em Gipuzkoa o processo de enfermagem é aplicado sob a influência de um modelo de enfermagem ou teoria de enfermagem. A exceção são os casos de centros que aplicam o processo de enfermagem utilizando a estrutura conceitual de Gordon, a estrutura de RAI-NH 2.0<sup>(19)</sup>, ou os casos de registros feitos de acordo com os critérios de enfermagem profissional específicos do centro. Deve-se considerar que a estrutura conceitual de Gordon e a estrutura RAI-NH 2.0 não são modelos de enfermagem propriamente ditos, mas, sim, estruturas de avaliação de enfermagem.

Dito isso, cabe focar os centros que, com o passar do tempo, passaram por mudanças na escolha do modelo ou estrutura de avaliação. Essas mudanças afetaram 1.567 enfermeiros (66% de todos os profissionais que trabalham em 155 centros que aplicam o processo de enfermagem), e tem a ver tanto

com a substituição do modelo de Henderson por uma estrutura ou avaliação, ou com a complementação do modelo de Henderson com a estrutura bifocal de Carpenito. Parece que nesses centros o modelo de Henderson não era, por si só, suficiente para permitir avaliação adequada do paciente/cliente e que precisava de algo mais ou algo diferente. Portanto, em Gipuzkoa, observa-se a tendência de complementar ou substituir o modelo de Henderson pelas estruturas de avaliação de enfermagem.

Essa tendência corrobora os autores que alertam para os problemas que podem surgir se não se utiliza adequadamente o modelo escolhido ou que levem a dificuldades ao combinar modelo de enfermagem com a adição de novas funcionalidades (diagnósticos de enfermagem, as terminologias NIC-NOC...) ao processo de enfermagem<sup>(20-21)</sup>.

Em relação à área de ação, foi mencionado que a estrutura conceitual de Gordon é utilizada principalmente no campo da saúde mental. Isso pode ser devido ao fato de essa estrutura ser a preferida pelo Sistema de Ensino do País Basco, que oferece estudos que permitem a obtenção do título de especialista em enfermagem em saúde mental.

Quanto à área de Gerontologia e Geriatria, é interessante ressaltar que em ambos os centros de saúde públicos e privados, nos registros de avaliação de enfermagem, se encontra uma seção em que a capacidade do paciente é avaliada para atividades da vida diária. O termo "atividades da vida diária" lembra o termo "atividades principais da vida" modelo de enfermagem de Roper-Logan-Tierney<sup>(22)</sup>, mas nos registros estudados não são avaliadas as 12 atividades da vida que o modelo propõe, mas somente aquelas que propõem os índices utilizados para medir a autonomia na realização das atividades da vida diária (índice de Katz, Barthel e Lawton). Essa é a razão pela qual ele não considera que o modelo de enfermagem tenha sido aplicado.

Finalmente, chama a atenção que, em quase todos os centros públicos da mesma área, o modelo ou estrutura de avaliação escolhido coincida e seja simultâneo no tempo, enquanto nos hospitais particulares há diferenças na escolha do modelo ou estrutura de avaliação como a data de início. Isso porque, em centros públicos, o endereço de cada área, que é o que impulsiona as mudanças, é unificado. Em vez disso, os endereços dos centros particulares são independentes, sem conexões entre eles.

## Conclusões

Os resultados deste estudo mostram que em Gipuzkoa o modelo de Henderson tem sido o mais utilizado na implementação do processo de enfermagem.

Com o tempo, observa-se a tendência de complementar ou substituir o modelo de Henderson por estruturas de avaliação de enfermagem.

Finalmente, este trabalho mostra que nos centros públicos, de uma mesma área, o modelo ou estrutura de avaliação de enfermagem escolhido quase sempre coincide, enquanto que nas escolas privadas não.

## Referências

1. Alfaro-Lefevre R. Applying nursing process: the foundation for clinical reasoning. Philadelphia: Lippincott; 2014. 3 p.
2. De la Cuesta C. The Nursing Process: from development to implementation. *J Adv Nurs*. 1983;8(5):365-71.
3. Müller-Staub M, Lavin MA, Needham I, Van Achterberg T. Nursing diagnoses, interventions and outcomes – application and impact on nursing practice: systematic review. *J Adv Nurs*. 2006;56(5):514-31.
4. Lunney M. Critical thinking and accuracy of nurses diagnosis. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2003;14(3):96-107.
5. Raile M, Marriner A. Nursing theorists and their work. 7th. ed. New York: Mosby/Elsevier; 2010. 3-15 p.
6. Durán de Villalobos M. Marco epistemológico de la enfermería. Aquichan. [Internet]. 2009 [acesso 16 maio 2014]; 2(1). Disponível em: <<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/34>>.
7. Meleis A. Theoretical nursing development and progress. 5th. ed. Philadelphia: Lippincott-Williams & Wilkins; 2012. 10 p.
8. Carpenito LJ. Nursing diagnosis: Application to clinical practice. 14th. ed. Philadelphia: Lippincott-Williams & Wilkins; 2013.
9. Gordon M. Manual of nursing diagnosis. 12th. ed. London: Jones and Bartlett Publishers International; 2010.
10. NANDA-International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013. 49 p.
11. Izquierdo JM, Pérez MB, Ramírez FJ, Serrano I, Torres MD, Conde G. Implantación del proceso enfermero. *Rev Enferm*. 2002;25(7-8):488-93.
12. Huitzi-Egilegor JX, Elorza-Puyadena MI, Urkia-Etxabe JM, Zubero-Linaza J, Zupiria-Gorostidi X. Use of the nursing process at public and private centers in a health area. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(5):903-8.
13. Giménez AM, Serrano P. Imprecisiones del proceso diagnóstico enfermero. *Metas Enferm*. dic 2008/ene 2009;11(10):57-62.
14. De Henderson VA. The nature of nursing: Reflections after 25 years. New York: National League for Nursing Press; 1991.
15. Huitzi-Egilegor JX, Elorza-Puyadena MI, Urkia-Etxabe JM, Esnaola-Herrero MV, Asurabarrena-Iraola C. Retrospective study of the implementation of the nursing process in a health area. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(5):1049-53.
16. Luis MT, Navarro MV, Fernández C. De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI. 3th. ed. Barcelona: Masson; 2005. 46 p.
17. Simpson J, Taylor D. Reality check. Do conceptual models of nursing work today? *Can Nurse*. 2002 Feb;98(2):24-6.
18. Zarzycka D, Dobrowolska B, Slusarska B, Wronska I, Cuber T, Pajnkihar M. Theoretical foundations of nursing practice in Poland. *Nurs Sci Q*. 2013;26(1):80-4.
19. Morris JN, Hawes C, Fries BE, Phillips CD, Mor V, Katz S, et al. Designing the national resident assessment instrument for nursing homes. *Gerontologist*. 1990;30(3):293-307.
20. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2009;65(7):1509-17.
21. Reyes J, Jara P, Merino JM. Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. *Cienc Enferm*. [Internet]. jun 2007 [acesso 16 maio 2014]; 13(1):45-57. Disponível em: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532007000100006&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100006&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000100006>.
22. Roper N, Logan WW, Tierney AJ. The Roper-Logan-Tierney model of nursing: based on activities of living. 3th. ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2009.

Recebido: 4.12.2013

Aceito: 17.6.2014