

CUIDADO NO FINAL DA VIDA: REFLEXÕES SOBRE A MORTE E O MORRER

ANA HELENA ARAÚJO BOMFIM QUEIROZ¹⁶

ÂNGELA MARIA ALVES E SOUZA¹⁷

RICARDO JOSÉ SOARES PONTES¹⁸

Resumo: Esse estudo tem o objetivo de resgatar algumas contribuições das ciências humanas e sociais para reflexão sobre a morte e o morrer no contexto dos cuidados no final da vida. Ante a relação histórica de progressivo afastamento da sociedade ocidental e do indivíduo com a morte, supõe-se que o modo como os cuidadores, tanto os profissionais de saúde como os familiares, lidam com seus sentimentos e emoções diante da morte contribui em como o cuidado será realizado junto aos doentes e suas famílias.

Palavras-chave: *Morte e Morrer. Cuidados Paliativos. Saúde Pública.*

O objetivo deste artigo é resgatar algumas contribuições das ciências humanas e sociais para a reflexão sobre a relação do ser humano com a morte e com o processo de morrer no contexto dos cuidados no final da vida. É parte dos resultados da dissertação de mestrado em Saúde Pública da primeira autora, intitulada “Familiares e profissionais de saúde: cuidados domiciliares no final da vida”, cujo objetivo foi compreender como é cuidar de pessoas com doença em estágio terminal no domicílio, na perspectiva dos familiares e profissionais de saúde.

Investigar sobre os cuidados no final da vida torna-se relevante diante do contexto atual de transição demográfica e epidemiológica, em que se percebe um crescente envelhecimento populacional e um aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas (doenças cardiovasculares e neoplasias), além de uma maior longevidade, proporcional à população de idosos. Estima-se que, nos próximos anos, cerca de um milhão de pessoas na América Latina e Caribe necessitarão de cuidados no final da vida, sendo grande parte delas acometidas por neoplasias (INOCENTI; RODRIGUES; MIASSO, 2009).

¹⁶ Mestre em Saúde Pública. Professora do curso de Psicologia da *Faculdade Luciano Feijão* (FLF). E-mail: anahelenabqueiroz@gmail.com

¹⁷ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da *Universidade Federal do Ceará* (UFC). E-mail: amasplus@yahoo.com.br

¹⁸ Pós-doutor em medicina. Professor Departamento de Saúde Comunitária. *Universidade Federal do Ceará* (UFC). E-mail: rjpontes@fortalnet.com.br

Cuidado no final da vida pode ser definido como o conjunto de teorias e práticas cujo objeto central é o fenômeno da morte (REGO; PALÁCIOS, 2006). São os cuidados “[...] prestados aos familiares e aos pacientes em fase aguda e de intenso sofrimento, na evolução final de uma doença terminal, num período que pode preceder horas ou dias o óbito.” (MORITZ *et al.*, 2008, p. 423).

Diante da necessidade intervenção nessa fase da vida, surge a expressão *cuidados paliativos*, que se configura como modalidade emergente de assistência (FLORIANI; SCHRAMM, 2008), um modelo da gestão do fim da vida (MARINHO; ARÁN, 2011), amparada na filosofia do moderno movimento *Hospice*. Alguns fatores contribuíram para o surgimento desse movimento: a gestão dos casos de sobrevida artificial e o conceito de morte cerebral no final da década de 1960, o deslocamento da morte para os hospitais e as modificações das relações do médico com o paciente moribundo, o que ensejou críticas à profissão e à noção de “boa morte (MARINHO; ARÁN, 2011).

O termo *Hospice* tem origem no latim *hospes*, que se relaciona à hospitalidade. No século XIX, na França, os *hospices* eram abrigos para peregrinos e apresentavam caráter religioso. Atualmente, o termo *Hospice* é reconhecido como o local onde são desenvolvidos os cuidados paliativos (MELO; CAPONERO, 2009).

A expressão *cuidados paliativos*, cunhada por Balfour Mount, médico cirurgião canadense, no início da década de 1970 do século XX, foi incorporada posteriormente ao movimento *Hospice*, que utilizava anteriormente o termo “cuidado *hospice*” em referência aos cuidados realizados no fim da vida (FLORIANI, 2009). Os cuidados paliativos abrangem um campo interdisciplinar de “[...] cuidados totais, ativos e integrais dispensados aos pacientes com doenças avançadas e em fase terminal.” (FLORIANI E SCHRAMM, 2007, p. 2073). Esses cuidados podem ser desenvolvidos em ambiente hospitalar, ambulatorial, domiciliar e em locais específicos, os *hospices*.

A morte é um tema interdisciplinar, pois se encontra na confluência de vários discursos. No enfoque biomédico, o objetivo é definir as razões fisiológicas e patológicas que produzem o final da vida de uma pessoa e influenciam no processo de morrer. Do ponto de vista sociológico, a morte, em sua condição universal, apresenta-se de forma diferenciada em determinados momentos históricos e em diferentes sociedades. O discurso da Antropologia Cultural contribui com a reflexão da morte considerando a variedade cultural, enquanto a Antropologia Filosófica investiga o sentido último que tem para o ser humano essa experiência. O discurso bioético aponta os parâmetros para morrer com dignidade. Na perspectiva psicológica, a morte e o morrer alteram a vida psíquica da pessoa e de quem faz parte do seu entorno afetivo, inclusive após ela. Sob o prisma teológico, não significa o final absoluto da vida humana, mas o trânsito para outras formas de vida. A compreensão desses discursos sobre a morte e o morrer é fundamental para dispensar um acompanhamento adequado à pessoa que está morrendo e à sua família (TORRALBA I ROSELLÓ, 2009). Há um conjunto de discursos e

práticas sobre a morte que determinam como esta é percebida e conduzida pelas pessoas. “O morrer não é a penas um fato biológico, mas um processo socialmente construído” (MENEZES, 2004, p. 24).

O processo de “medicalização” social, iniciado ainda no século XIX, que envolve a incorporação de tecnologia à Medicina, possibilitou ao longo do século XX a criação de recursos para o prolongamento da vida, além da modificação dos hospitais. Com o uso de tecnologias, como os respiradores artificiais, houve mudança no conceito de morte e no processo de morrer. Assim, “a morte moderna é definida como um processo eminentemente medicalizado, no qual o doente terminal é submetido a regras e rotinas institucionais que privilegiam a competência e a eficácia médicas” (MENEZES, 2003, p. 131). Assim, a morte deixa de ser um fenômeno público, compartilhado pela família e pela comunidade, e passa a ocorrer nos hospitais, transformando-se em tabu.

As ciências sociais contribuem com estudos sobre o final da vida e a morte desde o início do século XX, inicialmente abordando as representações e os rituais da morte na perspectiva etnográfica. Desde a década de 1960, há o ressurgimento do interesse sobre esse tema, quando as transformações nas práticas relativas à morte se tornaram objeto de estudo (MENEZES, 2004). Oigman (2007) também recobra a caminhada histórica sobre esse campo de estudos:

Os estudos sobre o fim da vida e a morte tornaram-se um campo de investigação da etnografia no início do século XX, a partir dos trabalhos de Durkheim, Mauss e Radcliff-Brown, entre outros. Segue-se um enorme período sem produção intelectual nesse campo e é somente a partir dos anos 1960/70 que são retomadas as reflexões sobre o tema. Este simbólico silêncio é também pensado pelos historiadores, sociólogos e antropólogos, e sob a seguinte perspectiva: a mudança na relação entre o homem moderno e a morte. (p. 2248)

Em cada momento histórico existe um significado atribuído à morte, que inicialmente encontra-se “[...] externo ao indivíduo, pertencendo à cultura. À medida que esse significado é internalizado, transforma-se num instrumento subjetivo da relação do indivíduo consigo mesmo” (COMBINATO; QUEIROZ, 2006, p. 214). Desse modo, torna-se fundamental conhecer como o ser humano lida com a morte, sendo de especial interesse as transformações na civilização ocidental, e como estas têm reflexos nos dias de hoje, para as pessoas com doenças terminais e seus cuidadores, sejam profissionais de saúde ou membros da família.

No decorrer do processo civilizador, mudam os problemas enfrentados pelos indivíduos e suas atitudes diante deles. A experiência de morte, por exemplo, pode diferir de sociedade para sociedade, não importando o quão parece imutável para um membro de uma sociedade em particular (ELIAS, 2001).

Ariés (2003), em seus estudos sobre a história da morte no ocidente, identificou diversas atitudes do homem diante da morte, desde a Idade Média até o século XX. Denominou **morte domada ou familiar**, a forma com que o homem medieval lidava com a morte. Os indivíduos sabiam que iam morrer pelos fatos naturais e pela intuição, porque observavam a si mesmos. Era uma cerimônia

pública e organizada. Todos tinham acesso ao leito do moribundo e os rituais eram organizados por ele. Apesar de temer a morte, o homem medieval a reconhecia como parte da vida, a morte lhe era familiar.

Elias (2001) discorda de Ariés (2003) quanto à compreensão histórica da mudança da relação do homem com a morte. Para o primeiro, é ingenuidade afirmar que o homem medieval enfrentava a morte serena e calmamente; ele, no entanto, concorda com a ideia de que a morte “[...] era tema mais aberto e frequente nas conversas da Idade Média do que hoje” (p. 21). “Em comparação com o presente, a morte naquela época era, para jovens e velhos, menos oculta, mais presente, mais familiar. Isso não quer dizer que fosse mais pacífica” (p. 21).

Com origem no século XI, numa relação cada vez mais estreita, se estabelece, entre a morte e a biografia de cada vida particular, o que ele denominou de **morte de si mesmo**.

O homem das sociedades tradicionais, que era não só o da primeira fase da idade média, mas também o de todas as culturas populares e orais, resignava-se sem grande dificuldade à ideia de sermos todos mortais. Desde meados da Idade Média, o homem ocidental rico, poderoso ou letrado conhece a si próprio em sua morte – descobriu a morte de si mesmo. (ARIÉS, 2003, p. 63)

Do século XVIII em diante, Ariés (2003) descreve uma relação de complacência do homem diante da morte, denominada **morte do outro**. O homem das sociedades ocidentais “[...] exalta-a, dramatiza-a, deseja-a impressionante e arrebatadora. Mas, ao mesmo tempo, já se ocupa menos de sua própria morte, e, assim, a morte romântica, retórica, é antes de tudo a morte do outro [...]” (p. 64). Com o desenvolvimento das sociedades industriais e os avanços da ciência, surge uma preocupação em isolar os mortos para evitar contaminação. Inicia-se o processo de afastamento.

Ariés (2003) destaca o fato de que no início do século XX, observa-se o deslocamento do lugar da morte. “Já não se morre em casa, em meio aos seus, mas sim, no hospital, sozinho”. (p. 85). O hospital, ainda na Idade Média, era um lugar de auxílio a miseráveis e peregrinos, passando a uma função curativa e, por fim, um lugar onde se luta contra a morte. A morte tornou-se um tabu, a **morte interdita**. Há uma “[...] supressão radical de tudo que lembra a morte” (p. 96).

Embora o tema da morte tenha se tornado interdito nos séculos XX e XXI, sendo ocultado na comunicação entre as pessoas, a morte está cada vez mais próxima, a denominada morte escancarada, relacionada à violência das ruas e nos meios de comunicação. Assim, apesar dessa aproximação cotidiana com a morte, persiste a conspiração do silêncio em relação à dimensão pessoal da morte (KOVÁCS, 2009).

A Tanatologia é uma área de investigação científica que analisa a morte e o morrer na espécie humana (COMBINATO; QUEIROZ, 2006). O grande desenvolvimento dessa área de estudos ocorreu após a Segunda Guerra Mundial, com o clássico *The meaning of death*, de Hermann Feifel, que

inclui textos de Filosofia, Arte, Religião e Sociologia (KÓVACS, 2008). Com origem nesse marco, houve um crescimento do interesse pela discussão da morte nas universidades dos Estados Unidos, inicialmente na Psicologia, Antropologia e Sociologia, e posteriormente na Saúde (SANTOS, 2009). Na década de 1960, Elizabeth Kübler-Ross e Cicely Saunders contribuíram significativamente com seus estudos sobre os cuidados às pessoas com doenças terminais e suas famílias. Na década de 1970, os livros *Psychology of death*, de Kastenbaum e Aisenberg, e *História da Morte no Ocidente*, de Ariés, tornaram-se referências para o estudo da relação do ser humano com a morte. Acrescentam-se ainda as contribuições de Edgar Morin com o livro *O Homem perante a Morte*, na década de 1980. Os temas atuais estudados em Tanatologia são: estudos sobre o luto, cuidados aos pacientes no final da vida, estudos acerca da violência urbana e das guerras, a morte na televisão e a educação para a morte (KÓVACS, 2008).

Há várias maneiras de o ser humano lidar com a finitude: a morte pode ser “mitologizada” na perspectiva de outra vida, maneira mais antiga e comum de encará-la; podemos evitar a morte afastando-a de nós, reprimindo ou assumindo uma ideia de imortalidade; e podemos encarar a morte como parte da existência. A forma de lidar com a morte é aprendida, uma vez que a compreensão da morte e os rituais fazem parte da socialização dos indivíduos (ELIAS, 2001).

O “recalcamento” da morte ocorre no plano individual e coletivo. No primeiro, as pessoas utilizam mecanismos de defesa para se aproximar da morte, mas evitando enxergar a própria morte refletida. Assim, a dificuldade de cuidarmos dos moribundos está relacionada ao fato de que a morte do outro nos remete a nossa própria morte. No plano coletivo, só é possível identificar a mudança das sociedades avançadas em relação à morte ao compararmos-las a épocas anteriores ou a outras sociedades. A relutância dos adultos na familiarização das crianças com a morte ilustra o recalcamento no plano individual e coletivo, uma vez que antigamente as crianças também estavam presentes quando as pessoas morriam (ELIAS, 2001).

Elias (2001) aponta quatro características específicas das sociedades contemporâneas que nos ajudam a compreender a relação do homem atual com a morte. A primeira é o aumento da expectativa de vida, fazendo com que o indivíduo possa manter a ideia de morte afastada por um período maior de sua vida. A segunda é a noção da experiência de morte como um processo natural, amparada pelo progresso médico e pela elevação do padrão de higiene, que possibilita aliviar a angústia e acreditar que, mesmo sendo um evento natural, a ciência tem a capacidade de adiá-la. A terceira característica é o elevado grau de pacificação interna, ou seja, de um certo controle da violência. A quarta característica é o alto grau e padrão específico de individualização, que podem produzir sentimentos de solidão e isolamento social nos moribundos. “A vida é mais longa, a morte é adiada. O espetáculo da morte não é mais corriqueiro. Ficou mais fácil esquecer a morte no curso normal da vida” (ELIAS, 2001,

p.5). Nesse âmbito, Souza e Boemer (2005) afirmam que atualmente esperamos que a morte ocorra no hospital, quando o indivíduo já se encontra em idade avançada e, de preferência, durante o sono.

Apesar das diferentes formas de lidar com a morte ao longo da história, Kovács (1992) acentua que “o medo de morrer é universal e atinge todos os seres humanos, independente de idade, sexo, nível socioeconômico e credo religioso” (p. 15). Há o medo da morte do outro, que envolve o temor do abandono; e o medo da própria morte, relacionado à consciência da finitude e às condições da morte (quando e como será). A morte nos remete a reconhecer a finitude do ser humano, a encarar a solidão, para o sujeito contemporâneo, enfrentar a possibilidade do desmonte das redes afetivas e o medo do sofrimento e do desconhecido. Apesar de o homem ser consciente de sua finitude, a sociedade ocidental se utiliza da tecnologia disponível para tornar o homem inconsciente e privado da própria morte (OLIVEIRA *et al*, 2010). A diferença entre pessoas em geral e os profissionais da área da saúde é que, para estes, a morte está presente no cotidiano do trabalho. Assim, “toda doença é uma ameaça à vida e, portanto, pode parecer como uma aceno à morte” (KÓVACS, 1992: 235).

O medo da morte é necessário, uma vez que “ele é a expressão do instinto de autoconservação, uma forma de proteção à vida e uma possibilidade de superar os instintos destrutivos” (KOVÁCS, 1992, p. 24). Não podemos viver, entretanto, sempre “sob a esmagadora presença da morte” (p. 2). Há diversas formas de ocultamento, tanto culturais como psicológicas, para ajudar o ser humano nessa relação. As estratégias psicológicas são os mecanismos de defesa, que apresentam um caráter transitório, mas não extinguem a morte, ou seja, o ser humano, ao longo do seu desenvolvimento, fatalmente entrará em contato com ela.

Souza e Boemer (2005), no texto reflexivo sobre “o cuidar em situação de morte”, utilizam os referenciais da fenomenologia existencial e as contribuições de Heidegger para compreender a morte para o ser humano e para o profissional de saúde.

Diante de tal referencial, a pessoa que tem uma doença grave é um ser que tem uma parte de si afetada pela enfermidade, se apresentando como um “sendo-doente” e que é uma pessoa que tem seu mundo influenciado por esta vivência, que compromete suas possibilidades de vir-a-ser, trazendo a perspectiva do não ser que passa a se revelar com a consciência de que todo ser humano é um ser- para-a-morte. (SOUZA; BOEMER, 2005, p.51)

A experiência do ser humano com a morte ocorre por meio da morte do outro, que nos remete à ideia de que “somos seres para a morte” (SOUZA; BOEMER, 2005), e que em algum momento também passaremos por isso.

Na década de 1960, começaram a surgir movimentos de defesa dos direitos dos pacientes e de humanização das práticas de saúde no contexto de excessivo poder médico e de “medicalização” social. Em contraposição à morte moderna, aflorou o modelo de **morte contemporânea, neomoderna ou pós-moderna** (MENEZES, 2003), no qual os profissionais atuam no sentido de melhorar a qualidade

de vida do doente até o momento da morte, incluindo o processo o luto da família. Emerge um discurso comum de “morrer bem”, “com dignidade”, baseado no conceito de “boa morte”, que passa a ser amplamente difundido.

De acordo com as diversas contribuições sobre a relação do ser humano com a morte, há um consenso de que o morrer na civilização ocidental, apesar de fazer parte da existência humana, proporciona, para as pessoas em geral e para os profissionais de saúde e familiares, uma grande carga de angústias e temores.

Rego e Palácios (2006) ressaltam que “a morte ainda é vista, por muitos profissionais de saúde, como um fracasso, incapacidade ou incompetência, uma vez que eles foram formados para combatê-la.” (p. 1755). O profissional de saúde, na maioria das vezes, não está preparado para “estar ao lado” por não suportar a sua impotência diante da inevitabilidade da morte (KÓVACS, 2003).

Diante da morte, algumas questões podem ser conflituosas para a equipe, como: revelar o diagnóstico de uma doença grave, o envolvimento emocional com o paciente, o tipo de atenção disponibilizada ao doente com doença terminal e a necessidade de uma intervenção psicológica para o doente e a família (SOUZA; BOEMER, 2005).

Atitudes de negação dos profissionais de saúde “[...] podem ser compreendidas como uma necessidade mais relacionada às suas angústias pessoais de convívio com o morrer do que uma real necessidade para o melhor cuidado para com o paciente” (SOUZA; BOEMER, 2005, p. 52). O profissional que tenha interesse em acompanhar o paciente na morte precisa lidar com questões como a própria morte e sua posição frente a vida (GUTIERREZ, 2001).

Na formação em psicologia, não há muitas reflexões sobre o tema da morte, apesar de pequenos avanços na área de graduação (extensão) e pós-graduação (JUNQUEIRA; KOVÁCS, 2008). O psicólogo, como um profissional da área da saúde, passou a ter a morte como companheira do cotidiano. Em outras áreas de atuação, como a escola, por exemplo, é necessário que esse tema seja abordado; na família, há perdas de pessoas significativas; nas organizações, há os acidentes de trabalho e suicídios. Na clínica, existem as pequenas perdas que precisam ser trabalhadas na psicoterapia. Na atuação junto aos idosos, é importante abordar as dificuldades psíquicas e sociais do envelhecimento e a proximidade com a morte.

Com efeito, Kóvacs (2003) se pergunta se é possível uma educação para a morte, entendida como possibilidade de crescimento pessoal integral, que envolva o desenvolvimento interior durante a vida e também a preparação para a morte, como parte da vida.

Diante relação histórica de progressivo afastamento da morte pela sociedade ocidental e pelo indivíduo, a Saúde Coletiva é convocada a discutir e contribuir com temas importantes no processo saúde-adoecimento-morte, como: aspectos éticos ligados ao uso indiscriminado da tecnologia para

prolongamento da vida, atenção hospitalar e domiciliar aos pacientes terminais, papel da atenção primária e formação profissional de saúde.

PALLIATIVE CARE: REFLECTIONS ON DEATH AND DYING.

Abstract: This study has as goal to gather some of the Human and Social Sciences' contributions to reflect on death and dying within the context of end of life care. Facing the historical relation in progressive distancing of Westerns individuals and societies to death, it is assumed that the way caregivers, both health professionals and family, deal with their feelings and emotions about death contributes to how the care will be carried along patients and their families.

Keywords: *Death and Dying. Palliative Care. Public Health.*

REFERÊNCIAS

ARIÈS, P. *História da morte no ocidente*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. "Morte: uma visão psicossocial". In: *Est. Psicol.*, v. 11, n. 2, p. 209-216, maio/ago. 2006.

ELIAS, N. *A solidão dos moribundos seguido de "Envelhecer e morrer"*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001

GUTIERREZ, P. L. "O que é o paciente terminal?". In: *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 47, n. 2, 2001, p. 92-92.

INOCENTI, A.; RODRIGUES, I. G.; MIASSO, A. I. "Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos". In: *Rev. Eletr. Enferm.*, v. 11, n. 4, 2009, p. 858-865.

JUNQUEIRA, M.H.R.; KOVÁCS, M.J. "Alunos de Psicologia e Educação para a Morte". In: *Psicologia Ciência e Profissão*, 2008, 28 (3), p. 506-519.

MARINHO, S.; ARÁN, M. "As práticas de cuidado e as normalizações das condutas: algumas considerações sobre a gestão sociomédica da 'boa morte' em cuidados paliativos". In: *Interface Comum. Saúde Educ.*, v. 15, n. 36, jan./mar. 2011, p. 7-19.

MENEZES, R. A. "Tecnologia e 'Morte Natural': o Morrer na Contemporaneidade". In: *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, v. 13, n. 2, 2003, p. 129-147.

_____. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Garamond: FIOCRUZ,

2004.

MORITZ, R. D.; LAGO, P. M.; SOUZA, R. P.; SILVA, N. B.; MENESES, F. A.; OTHERO, J. C. B *et al.* "Terminalidade e cuidados paliativos". In: *Rev. Bras. Ter. Intensiva*, v. 20, n. 4, 2008, p. 422-428.

KOVÁCS, M. J. *Morte e o desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

_____. "Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer". In: *Paidéia*, v. 18, n. 41, 2008, p. 457-468.

_____. Educação para Morte. In: SANTOS, F. S (Org.). *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Atheneu, 2009.

OIGMAN, G. "Tabu da Morte". In: *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 9, set. 2007, p. 2248-2252.

OLIVEIRA, E. A.; SANTOS, M. A.; MASTROPIETRO, A. P. "Apoio psicológico na terminalidade: ensinamentos para vida". In: *Psicol. Est.*, v. 15, n. 2, abr./jun. 2010, p. 235-244.

REGO, S.; PALÁCIOS, M. "A finitude humana e a saúde pública". In: *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 8, ago. 2006, p.1755-1760.

SANTOS, F. S. "Tanatologia: a ciência da educação para a vida". IN: SANTOS, F.S (org.). *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Atheneu, 2009.

SOUZA, L. G. A.; BOEMER, M. R. "O cuidar em situação de morte: algumas reflexões". In: *Medicina*. v. 38, n. 1, 2005, p. 49-54.

TORRALBA I ROSSELLÓ, F. *Antropologia do cuidar*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

Recebido em 07/09/2012. Aprovado em 19/10/2012.