

Qualidade de vida de estudantes de Psicologia

The quality of life of Psychology students

MAYARA MENDES BACHA*

JOSÉ CARLOS SOUZA**

LUCY RATIER MARTINS***

LUCAS RASI CUNHA LEITE****

JULIANA MARTIMBIANCO ZILIOUO*****

MIRNA TORRES FIGUEIRÓ*****

Resumo

Este estudo avalia a qualidade de vida de acadêmicos de psicologia e correlaciona-a com fatores sociodemográficos. Participaram 310 alunos de psicologia que responderam a um questionário sociodemográfico e ao *The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36) para avaliar a qualidade de vida. Para a análise estatística aplicaram-se os testes: *T-student* e de análise de variância para as variáveis

* Psicóloga pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), Campo Grande, MS, Brasil. (E-mail: mayaramendesbacha@hotmail.com).

** Psiquiatra, dDoutor em Saúde Mental pela Unicamp, PhD da pela Faculdade de Medicina de Lisboa. Docente da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB),. Campo Grande, MS, Brasil. E-mail:(josecarlossouza@uol.com).

*** Doutora, docente na Universidade Católica Dom Bosco,. Campo Grande, MS, Brasil. E-mail: (lucy@gersonmartins.jor.br).

**** Economista pela Universidade Estadual de Maringá e mMestre em Agronegócios da pela Universidade Federal de do Mato Grosso do Sul,. Campo Grande, MS, Brasil. (E-mail: lucas_rasi@hotmail.com).

***** Graduanda em Psicologia da pela Universidade Católica Dom Bosco,. Campo Grande, MS, Brasil. E-mail: (juliana_ziliotto@hotmail.com).

***** Graduanda em Psicologia da pela Universidade Católica Dom Bosco,. Campo Grande, MS, Brasil. E-mail: (mirninha_@pop.com.br).

categóricas em relação às dimensões do SF-36 e o de correlação linear de *Pearson* para as variáveis demográficas contínuas. Os resultados indicaram que o escore total da qualidade de vida é pior no primeiro ano e aumenta com o desenrolar do curso. O domínio de maior escore foi o de “capacidade funcional” (média 87,43), o de menor, “vitalidade” (média 58,50). Detectaram-se diferenças significativas em relação ao gênero: mulheres apresentam escores significativamente inferiores aos dos homens no domínio “dor”; com relação à renda familiar, os com rendas maiores apresentaram escores significativamente melhores em relação àqueles com menor renda nos domínios “dor”, “vitalidade”, “aspectos sociais” e “saúde mental”. Concluiu-se que a avaliação geral da qualidade de vida é satisfatória, entretanto, há alguns pontos possíveis de serem explorados pela universidade na busca por proporcionar programas de desenvolvimento e fortalecimento da qualidade de vida.

Palavras-chave: qualidade de vida; universitários; SF-36.

Abstract

This paper assesses the quality of life of Psychology students, identifying correlations with socio-demographic factors. The survey was conducted with 310 psychology students, who completed the socio-demographic questionnaire and *The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36), this one used to assess the quality of life. For statistical analysis, three different tests were applied: the *t-Student* test, the analysis of variance for categorical variables in relation to the SF-36 test dimensions, and the Pearson's linear correlation test for continuous demographic variables. Results show that the total score of quality of life is worse in the first year and increases with the progress of the course. The domain with the highest score was “functional capacity” (average 87.43) and with the lowest was “Vitality” (average 58.50). There were significant differences regarding gender: women had significantly lower scores than men on “pain”; as to family income, the students with higher incomes had significantly better scores compared to those with lower income in “pain”, “vitality”, “social aspects” and “mental health”. Conclusion: the quality of life of psychology students is satisfactory, although some aspects could be better exploited by the university in seeking to provide development programs and strengthening the quality of life of their students.

Keywords: quality of life; university students; SF-36.

Introdução

Nos últimos anos, o termo “qualidade de vida” popularizou-se, sendo comum ouvi-lo em diversos contextos do nosso cotidiano; passou a ser utilizado (SEIDL; ZANNON, 2004), tanto em uma linguagem mais popular como em pesquisas científicas em diferentes áreas.

Na área da saúde, especificamente (MINAYO; ZHARTZ; BUSS, 2000), tornou-se comum falar e ouvir que a saúde não pode mais ser considerada apenas a ausência de doença, mas, sim, a presença de qualidade de vida. Entretanto, esses autores ressaltam que essa significação é incompleta.

Na literatura, é possível detectar dificuldades relacionadas à conceituação do termo “qualidade de vida”. Araujo (2009) coloca que é difícil haver unanimidade de significado para a qualidade de vida entre as pessoas de uma mesma sociedade e até de uma mesma comunidade. Novelli (2006) aponta que a percepção de qualidade de vida é pessoal, sendo influenciada pela percepção de cada indivíduo, por sua classe social, sua cultura, seus valores, sua personalidade. Minayo et al. (2000) reforçam essa individualidade do conceito, colocando-o como histórico, e explicam que, em uma mesma sociedade, o conceito muda com o passar do tempo. Outro aspecto que os autores ressaltam em relação ao conceito é a cultura, e marcam as diferenças relacionadas ao que é qualidade de vida para cada cultura. Por fim, há o aspecto relacionado às classes sociais. Nas sociedades com grandes desigualdades, a noção de qualidade de vida é estratificada, pois se faz sempre presente nas camadas socioeconômicas mais abastadas e na passagem de um limiar ao outro.

É bem evidente, no entanto, que a concepção de qualidade de vida modifica-se com o passar dos anos. Beck, Budó e Bracini (1999 apud ARAUJO, 2009) afirmam que o termo é mais antigo que Aristóteles, quando era relacionado a “felicidade” e “boa vida”. Oliveira (2006) e Araujo (2009) mencionam que o termo foi utilizado pela primeira vez em 1920 por Pigout, em seu trabalho sobre a economia e o bem-estar.

Após a Segunda Guerra Mundial, o termo tornou-se mais mencionado, principalmente nos Estados Unidos, para descrever o efeito que os bens materiais geravam na vida das pessoas. Posteriormente,

economistas e sociólogos procuraram índices que permitissem avaliar a qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade (FLECK *et al.*, 1999). Na década de 1950 (OLIVEIRA, 2006), o termo voltou a ser utilizado na crítica ao crescimento econômico desenfreado que levava ao desmatamento e poluição, fatos estes que prejudicariam a qualidade de vida no futuro.

Entretanto, o termo só teve grande notoriedade em 1964 (PINHEIRO, 2008), quando o então presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, declarou que “os objetivos não podiam ser medidos por meio do balanço dos bancos, mas só podiam ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”. Assim, nesta época, atribui-se ao termo uma relação com a política e com o padrão de vida.

A qualidade de vida relacionada à saúde teve seus primeiros estudos na década de 1930. Seidl e Zannon (2004) mencionam que esse interesse pela qualidade de vida na área da saúde é justificado pelos novos paradigmas e políticas existentes no setor, que colocam a saúde como um *continuum* relacionado aos aspectos econômicos, socioculturais, pessoais e estilos de vida; este olhar multifatorial para a qualidade de vida surge a partir dos anos 1980.

A qualidade de vida relacionada à saúde, conforme colocam Carvalho Filho e Papaléo Neto (2005), tem significado mais abrangente e influenciado pela percepção do indivíduo, por seus sentimentos e comportamentos relacionados à sua condição de saúde, mas não se limitando a ela.

Assim, faz-se importante e benéfico que a noção de saúde esteja inserida no conceito de qualidade de vida, tanto que Oliveira (2006) traz em seu trabalho a definição de Abbdi-Simon, Coureitch e Gelfi (2001, *apud* OLIVEIRA, 2006) para qualidade de vida como sendo uma medida intimamente relacionada ao bem-estar físico, mental e social percebido por um indivíduo, ou grupo, e o grau de satisfação e gratificação nos âmbitos da saúde, moradia, família, trabalho, educação e autoestima.

Ressalta ainda Oliveira (2006), nesta conceituação, a influência do conceito de saúde da OMS de 1947 (“o completo bem-estar físico, mental e social”), além de se observar fatores como condição social, educacional e ambiental. Minayo *et al.* (2000), também observam essa

gama de fatores quando colocam que, para se falar em qualidade de vida em qualquer lugar, tem de levar em conta a satisfação das necessidades básicas do ser humano (água, alimentação, habitação, saúde, trabalho) e elementos materiais que levem ao bem-estar individual e coletivo.

Nessa mesma linha de raciocínio, Araujo (2009) destaca que, além de contemplar a sobrevivência, a qualidade de vida deve garantir o bem-estar psicológico e físico, tanto do indivíduo como de sua família. Também Peixoto (1999, apud ARAUJO, 2009) coloca o equilíbrio como central na qualidade de vida e defende que sua aquisição depende da busca deste equilíbrio entre as suas dimensões.

Oliveira (2006) e Faker (2009) trazem, em seus trabalhos, a definição de qualidade de vida desenvolvida pela ONU por meio da OMS que, após estudos em diferentes áreas e contextos, chegou à seguinte definição para o termo: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Faker (2009) ressalta que este conceito traz em si cinco dimensões: saúde física, saúde psicológica, nível de independência, relações sociais e meio ambiente.

Ao avaliar a qualidade de vida nessa compreensão, as instituições de ensino têm a possibilidade de realizar ajustes que busquem promover e fortalecer a qualidade de vida (OLIVEIRA, 2006).

Assim, o presente trabalho teve por objetivos:

- avaliar a qualidade de vida dos acadêmicos de Psicologia;
- correlacionar a qualidade de vida com os dados sociodemográficos desses acadêmicos.

Deste modo, entende-se que essa proposta poderá trazer subsídios para se pensar atividades dentro das universidades que visem ao desenvolvimento e melhoramento desta mesma qualidade de vida.

Método

Participantes

Participaram voluntariamente desta pesquisa 310 acadêmicos do curso de Psicologia de todos os semestres da Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande (MS), que responderam aos dois instrumentos.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico: levantou dados sobre as variáveis independentes como: idade, sexo, semestre, estado civil, renda familiar, meio de deslocamento para ir à universidade, distância da universidade à sua casa, condição ocupacional e carga horária de trabalho.

The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): o SF-36 compreende um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida (QV); é um questionário multidimensional e autoadministrável composto por 36 itens que avaliam as seguintes dimensões: capacidade funcional (desempenho das atividades diárias, como capacidade de cuidar de si, vestir-se, tomar banho e subir escadas); aspectos físicos (impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais); dor (nível de dor e o impacto no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais); estado geral de saúde (percepção subjetiva do estado geral de saúde); vitalidade (percepção subjetiva do estado de saúde); aspectos sociais (reflexo da condição de saúde física nas atividades sociais); aspectos emocionais (reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais) e saúde mental (escala de humor e bem-estar) (CASTRO *et al.*, 2003). Por ser um questionário genérico, seu conceito não é específico para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento; assim, é válido comparar os resultados em diferentes patologias, tratamentos e culturas (CICONELLI, 1997). Após a aplicação, tem-se um escore que varia entre 0 e 100, correspondendo ao pior e melhor resultados, respectivamente. Cada dimensão é analisada separadamente (CICONELLI, 1997).

Procedimentos

Inicialmente, o projeto foi encaminhado à direção e coordenação do curso de Psicologia para se obter o consentimento para a realização da pesquisa em suas dependências. Após o consentimento da direção e da coordenação, o projeto foi enviado à Comissão de Ética em Pesquisa para sua aprovação.

De posse das aprovações, foi acordado com a coordenação do curso o período de aplicação do instrumental para coleta de dados. Nessa ocasião, os alunos foram convidados a responderem

aos instrumentos de pesquisa, ou seja, o Questionário sociodemográfico e o SF-36. A aplicação ocorreu em salas de aula em horários habituais e procurou-se evitar dias e horários próximos a provas, avaliações ou apresentação e realização de trabalhos. Os pesquisadores, ao adentrarem as salas de aula, só o faziam com conhecimento prévio do professor.

Após o convite, os alunos que concordavam em participar da pesquisa assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias e, posteriormente, respondiam aos dois instrumentos.

A aplicação, em todos os semestres, deu-se no período de uma semana. Após a aplicação, os dados foram organizados e as análises estatísticas, realizadas, seguindo as indicações propostas pelo SF36 em sua avaliação dos escores, realizando-se as provas *t-student* e de análise de variância para as variáveis categóricas em relação às dimensões do SF-36 e a correlação linear de *Pearson* para as variáveis demográficas contínuas.

Quanto aos aspectos éticos, vale salientar a autorização da coordenação do curso de psicologia da instituição de ensino para a realização da investigação; o preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi homologado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece que seja:

- assegurado ao entrevistado o direito de desistir de participar do estudo a qualquer momento;
- assegurado o sigilo e o anonimato;
- permitido aos entrevistados o livre acesso aos dados;
- assegurado o consentimento para a divulgação dos dados;
- mantido o compromisso na transcrição dos dados.

Resultados e discussão

Em relação às dimensões do SF-36, os escores são estatisticamente diferentes ($p < 0,001$), sendo que a dimensão “capacidade funcional” possui maior escore (média = 87,43) e a dimensão “vitalidade”, o menor escore (media = 58,50) (Tabela 1).

Tabela 1 - Escores totais do SF – 36 em cada ano de curso

DOMÍNIOS	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano	Total
Capacidade funcional	84,71	86,46	88,21	88,88	88,19	87,29
Aspectos físicos	71,23	78,82	75,00	81,78	73,94	76,15
Dor	65,27	68,90	71,52	71,03	68,51	69,05
Estado geral de saúde	65,54	71,49	73,14	77,96	76,04	72,83
Vitalidade	53,21	62,22	56,43	61,86	56,60	58,06
Aspectos sociais	65,18	71,58	68,75	75,00	71,28	70,36
Aspectos emocionais	52,20	62,96	56,34	62,71	65,96	60,03
Saúde mental	58,40	69,32	65,97	67,80	70,30	66,36
TOTAL	64,47	71,47	69,42	73,38	71,35	70,02

Por essa mesma Tabela 1, observa-se que, quando relacionadas as dimensões ao ano de faculdade, as dimensões significativas foram: “estado geral de saúde” ($p = 0,004$), “vitalidade” ($p = 0,042$) e “saúde mental” ($p = 0,008$).

No caso da dimensão “estado geral de saúde”, os acadêmicos do 1º ano estão piores em relação aos demais. Já na dimensão “vitalidade”, os acadêmicos do 2º ano e 4º anos estão melhores em relação aos demais. E, em relação à dimensão “saúde mental”, à medida que vai aumentando o ano de curso, a tendência é o escore melhorar, ou seja, os acadêmicos do último ano estão melhor na dimensão do que os do 1º ano de faculdade.

A partir da avaliação dos resultados, pode-se perceber que, à medida que o curso evolui, a “saúde mental” aumenta, ou é preservada, a cada ano, mostrando uma diferença de 58,40 para 71,35 entre o primeiro e o último ano, respectivamente. Outro aspecto que é de menor qualidade no primeiro ano do que nos demais é o estado geral de saúde; com esses dados, podemos pressupor que a formação favorece um cuidado maior consigo mesmo.

No resultado geral da qualidade de vida, os alunos do primeiro ano também apresentaram menor pontuação. Oliveira (2006) apresenta uma possível explicação para isso em sua tese de doutorado. Segundo ele, ao entrar no contexto universitário, o acadêmico tem de “se adaptar ao novo ambiente e à nova sistemática de ensino/aprendizagem que caracteriza a educação superior, além do momento de transformação natural em sua vida” (p. 61).

Para a comparação da qualidade de vida dos acadêmicos da Universidade Católica Dom Bosco com relação ao gênero foi apli-

cado o teste *t-student* para verificação de diferenças significativas, com 95% de confiabilidade (conforme Tabela 2).

Tabela 2: Comparação entre gêneros nas dimensões de qualidade de vida

Dimensões	Variável	Média	D.P	T	p-valor
Capacidade funcional	Masculino	89,74	14,49	2,44	0,119
	Feminino	86,95	11,6		
Aspectos físicos	Masculino	79,74	25,84	0,76	0,383
	Feminino	75,82	31,84		
Dor	Masculino	74,93	22,05	4,33	0,038
	Feminino	68,26	22,00		
Estado geral de saúde	Masculino	75,21	20,36	1,15	0,284
	Feminino	72,32	17,67		
Vitalidade	Masculino	61,38	22,47	1,50	0,222
	Feminino	57,92	18,57		
Aspectos sociais	Masculino	71,34	27,61	0,06	0,804
	Feminino	70,43	24,31		
Aspecto emocional	Masculino	63,16	40,67	0,38	0,536
	Feminino	59,51	39,85		
Saúde mental	Masculino	70,55	19,97	3,05	0,082
	Feminino	65,7	18,80		

O domínio (SF-36) que teve associação significativa com o gênero dos acadêmicos amostrados foi “dor”. Neste domínio, as mulheres obtiveram escores menores em relação aos homens, ou seja, no domínio significativo, as mulheres estão “piores” em relação aos homens nesse quesito. Vale salientar que o teste *t-student* foi aplicado com 95% de confiabilidade.

Para comparação da qualidade de vida dos acadêmicos com a renda familiar, foi aplicado o teste de análise de variância (ANOVA), para verificação de diferenças significativas (Tabela 3).

Tabela 3: Comparação da renda familiar com as dimensões do questionário de qualidade de vida.

Dimensões	Variável	Média	D.P	F	P-valor
Capacidade funcional	1 a 4	85,83	12,00	1,14	0,332
	5 a 10	88,73	12,04		
	10 a 15	86,73	10,93		
	16 ou mais	88,57	13,67		
Aspectos físicos	1 a 4	73,60	33,15	0,49	0,693
	5 a 10	78,04	30,01		
	10 a 15	79,17	29,44		
	16 ou mais	76,79	30,44		
Dor	1 a 4	64,31	23,32	2,88	0,036
	5 a 10	71,21	21,14		
	10 a 15	68,57	22,83		
	16 ou mais	75,16	20,65		
Estado geral de saúde	1 a 4	69,62	17,02	2,21	0,087
	5 a 10	75,53	14,3		
	10 a 15	71,25	20,23		
	16 ou mais	75,23	24,01		
Vitalidade	1 a 4	53,19	20,77	4,33	0,005
	5 a 10	58,92	18,16		
	10 a 15	60,66	18,5		
	16 ou mais	65,12	18,27		
Aspectos sociais	1 a 4	63,89	26,79	3,52	0,016
	5 a 10	72,54	23,23		
	10 a 15	72,69	23,8		
	16 ou mais	72,54	23,23		
Aspecto emocional	1 a 4	53,48	40,94	1,78	0,152
	5 a 10	62,03	38,46		
	10 a 15	58,64	41,93		
	16 ou mais	69,92	38,59		
Saúde Mental	1 a 4	61,62	21,46	4,11	0,007
	5 a 10	68,69	16,97		
	10 a 15	65,78	18,66		
	16 ou mais	72,65	17,24		

Os domínios do questionário SF-36 que tiveram associação significativa com a renda familiar dos acadêmicos amostrados foram: “dor”, “vitalidade”, “aspectos sociais” e “saúde mental”. Em todos os domínios significativos, os acadêmicos de menor nível de renda tiveram escores mais baixos em relação aos de maior nível de renda, ou seja, nos domínios significativos, os acadêmicos com menor nível de renda estão “piores” em relação aos de maior nível de renda nestes quesitos.

Minayo et al. (2000) defendem essa influência da renda na qualidade de vida do ser humano quando colocam que a qualidade de vida tem seus aspectos subjetivos e objetivos. Os primeiros são aqueles relacionados a como a pessoa se sente em relação à sua vida e seu bem-estar, ou não; já os segundos dizem respeito a coisas reais, como alimentação, saneamento básico, educação, emprego/desemprego e, entre outros, renda.

Conclusão

Com este estudo foi possível detectar que a qualidade de vida dos acadêmicos de Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco é satisfatória e que, com o desenvolvimento do curso, o acadêmico, de uma maneira geral, aumenta seus escores e melhora sua qualidade de vida.

Entretanto, é de grande valia para a universidade olhar os resultados em seus detalhes e buscar atuar sempre na tentativa de melhorar o atendimento a estes alunos, oferecendo a possibilidade de auxiliar no desenvolvimento e fortalecimento da qualidade de vida em todos os seus aspectos.

Seria interessante um olhar especial àqueles que estão ingresando neste contexto universitário, já que é uma mudança significativa na vida e no cotidiano destas pessoas que, em maior ou menor grau, de maneira emocional ou física, sentem esta transformação.

Referências

ARAÚJO, M. **Qualidade de vida dos professores do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul**. 2009, 101f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2009.

CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETO, M. **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

CASTRO, M. de et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 3, p. 245-249, 2003.

CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida**. 1997, 120f. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade Federal de São Paulo (EPM), São Paulo, 1997.

FAKER, J. **A cana nossa de cada dia: saúde mental e qualidade de vida em trabalhadores rurais de uma usina de álcool e açúcar no Mato Grosso do Sul**. 2009, 188f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2009.

FLECK, M. P. de A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHO-QOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.

MINAYO, M. C.; HARTZ, Z. M.; BUSS, P. Qualidade de vida: um debate necessário. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

NOVELLI, M. M. P. C. **Validação da escala de qualidade de vida com doença de Alzheimer e seus respectivos cuidadores/familiares**. 2006, 170f. Tese (Doutorado em Medicina) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

OLIVEIRA, J. A. **Qualidade de vida e desempenho acadêmico de graduando**. 2006, 245f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

PINHEIRO, C. R. **Stress ocupacional e qualidade de vida em clérigos (as)**. 2008, 126f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2008.

SEILD, E. M.; ZANNON, C. M. **Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

Contatos dos autores:

Mayara Mendes Bacha; José Carlos Souza; Lucy Ratier Martins; Lucas Rasi Cunha Leite; Juliana Martimbianco Ziliotto; Mirna Torres Figueiró

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO

Mestrado e Doutorado em Psicologia

Av. Tamandaré, 6000 Jd. Seminário

CEP.: 79117-900 Campo Grande-MS

Email: josecarlossouza@uol.com.br

Recebido em: 10-06-2012

Aceito em: 23-08-2012