

A RELAÇÃO DE AJUDA COMO INSTRUMENTO PARA O TRABALHO DO ENFERMEIRO PSI- QUIÁTRICO: RELATO DE UM CASO*

The help relation as a tool for the psychiatric nurse work: a case study

Antonio Carlos Siqueira Junior¹

Antonia Regina F. Furegato²

Maria Cecília Moraes Scatena³

RESUMO

Este estudo foi desenvolvido na unidade de internação psiquiátrica de um hospital da Faculdade de Medicina de Marília, tendo como objetivo discutir a aplicação da técnica de relação de ajuda ocorrida entre um enfermeiro e um cliente com diagnóstico de esquizofrenia. Selecionado um paciente com diagnóstico de esquizofrenia esquizo-afetiva foi desenvolvida com ele uma interação de aproximadamente 35 minutos. Depois, esta foi analisada e discutida juntamente com docentes da disciplina "Relacionamento Interpessoal Enfermeiro Paciente". Observou-se que, mesmo sendo uma tarefa difícil trabalhar com esquizofrênicos, é possível desenvolver uma assistência pautada na relação de ajuda.

UNITERMOS: esquizofrenia/enfermagem; relações interpessoais; enfermagem psiquiátrica

* Trabalho desenvolvido na disciplina Relacionamento Interpessoal Enfermeiro-Paciente (ERP-5731), do Programa de pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da EERP-USP.

1 Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília.

2 Profº Titular do DEPOCH da EERP-USP.

3 Profº Associada do DEPOCH da EERP-USP.

1 INTRODUÇÃO

O trabalho desenvolvido pelo enfermeiro está se ampliando a cada dia, pois a constante evolução nas formas de tratamento e dos equipamentos utilizados para assistir o cliente faz com que este profissional tenha cada vez mais necessidade de adquirir conhecimento e de assumir novas funções.

Além do conhecimento da evolução técnica e científica, faz-se necessário que o enfermeiro tenha uma maior aproximação com seus clientes, não podendo esta prática estar distante do conhecimento. Este princípio geral se estende à área da psiquiatria e da saúde mental, em que se observa uma constante evolução nas formas de tratamento dos clientes, exigindo cada vez mais que o enfermeiro tenha conhecimento aprofundado de diversas áreas subsidiárias como farmacologia, bioquímica e anatomia. A assistência de enfermagem ao portador de transtorno mental, entretanto, é alicerçada principalmente na relação interpessoal terapêutica.

Neste sentido, Furegato (1999) aponta cinco funções que o enfermeiro deve desenvolver para ter uma efetiva atuação profissional. Uma dessas funções é a de manter relações interpessoais terapêuticas estáveis, tanto com os clientes como com a equipe multiprofissional, relação esta entendida como aquela que ocorre entre duas ou mais pessoas, com o objetivo de ajudar a pessoa naquilo que ela necessita, naquele momento.

Ainda Furegato (1999, p.57) afirma que “ser terapêutico é uma atitude que deve permear toda a conduta do enfermeiro frente à pessoa que passa por um episódio de sofrimento (físico ou psíquico)”. Esta conduta deve ser valorizada, portanto, durante o processo de formação do enfermeiro e incentivada para ocorrer no dia-a-dia do profissional.

Segundo Lazure (1994), a função do enfermeiro é assistir o cliente na exploração da situação atual e continuar a ajudá-lo a fim de que desenvolva uma compreensão pessoal relativa ao objetivo que queira atingir. Ou seja, ajudar o cliente naquilo que se apresenta como problema e não pré-julgar ou atuar na perspectiva do que julga importante apenas sob seu ponto de vista.

No presente estudo, foi desenvolvida uma interação que segue os pressupostos da relação de ajuda, definida por Rudio (1999, p.13) como “uma conversa diferente das comuns, onde existe um objetivo a ser atingido (a compreensão e a solução do problema), em que o assunto é determinado (o conteúdo do proble-

ma e a busca de uma solução)". O autor afirma que esta deve ser uma conversa estruturada e enfatiza que a interação deve valorizar a pessoa e não o problema que a pessoa apresenta.

Este pensamento é reforçado por Lazure (1994) que coloca a atualidade como uma característica importante "a necessidade de se centrar na situação atual, ou seja, trabalhar aquilo que o cliente traz, o aqui e o agora".

Travelbee (1982), quando descreve a relação de pessoa a pessoa, enfatiza que o enfermeiro deve aceitar o cliente como ele é, não devendo exercer o pré-julgamento e, portanto, não estabelecendo o que deve ser objeto de análise. Tal pressuposto é aplicado igualmente para a relação de ajuda.

Stefanelli, Arantes e Fukuda (1982) afirma que é necessário o enfermeiro aceitar o cliente sem julgá-lo para que ocorra a empatia, definida pela autora como a capacidade de sentir a experiência como o outro, sem perder a sua identidade.

Neste sentido, alicerçado nos aspectos já discutidos e acreditando na possibilidade real de se desenvolver, a contento, tal interação, o presente estudo relata a experiência desenvolvida com um cliente com diagnóstico de esquizofrenia esquizo-afetiva, internado na unidade psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Marília, São Paulo. Tem como objetivo discutir a aplicação da técnica de relação de ajuda ocorrida durante a interação do enfermeiro junto ao cliente com diagnóstico de esquizofrenia.

2 METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido com a anuência institucional do Hospital de Clínicas de Marília. Foi selecionado, aleatoriamente, um paciente internado na unidade psiquiátrica. Após consulta e com consentimento do paciente e sua família, foi realizada a interação para a qual não se tinha assunto pré-estabelecido, como sugere Lazure (1994), com duração de 35 minutos, sendo esta gravada. A interação foi transcrita e a seguir discutida pelos docentes e pós-graduandos durante as atividades da disciplina "Relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente".

Para tal interação foi utilizada a entrevista não diretiva, que tem como característica, entre outras, proporcionar oportunidade para que o cliente reflita sobre sua própria fala. Para isso, o enfermeiro trazia de volta as últimas comunicações feitas pelo cliente. Esta atividade, reflexiva, entretanto, não deve ser somente uma repetição fria e automática, como coloca Rudio (1999).

Após a transcrição da fita gravada, esta foi oferecida ao cliente e sua família que não se interessaram por guardá-la, sendo então destruída pelo autor do trabalho na presença da família.

3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

3.1 História da internação de um esquizofrênico

O cliente, JRC, masculino, branco, residente na cidade de Marília, solteiro, católico, com primeiro grau completo, 27 anos, deu entrada no Pronto Socorro do HC-Marília no dia 02/04/2000, acompanhado de uma irmã. Apresentava agitação psicomotora, confusão, humor e afeto exaltados, estando desatento há 5 dias.

A irmã informa que uma vez por ano o cliente fica agitado, confuso, desatento, porém orientado. Foi então medicado com haloperidol (anti-psicótico) e biperideno (anti-parkinsoniano) e encaminhado para internação na unidade psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Marília.

No segundo dia de internação foi colhida a história detalhada, sendo que parte dos dados foram fornecidos pela irmã do cliente. Segundo o relato, há 10 anos o cliente iniciou quadro de intensa agitação psicomotora, insônia, alucinações visuais, medo e intensa persecutoriedade. A informante não identifica nenhum fator desencadeante para tais sintomas.

Referiu que JRC apresenta recaídas quase que anualmente, sempre com as mesmas características, isto acontecendo até 1993, quando teve sua maior recaída sendo então internado pela primeira vez. Após receber alta hospitalar, foi acompanhado por especialistas no ambulatório de saúde mental tendo, neste período, momentos de melhora e piora do quadro, mas não tendo sido necessária a internação.

Conforme relato da irmã, há 10 dias, o cliente havia descoberto que algumas pessoas com quem trabalhava estavam pegando marmitas em seu nome sem pagar. Daí por diante começou a ficar agitado, com insônia, apresentando medo e discreta agressividade. O cliente informa que apresentou alucinações visuais, sonhava que martelava a cabeça de sua irmã e que achava muito engraçado estes pensamentos, levando a família a procurar atendimento.

Neste dia, estava com bom contato verbal, orientado, pensamento lógico, senso-percepção sem alteração, humor e afeto congruentes, apesar de apresentar juízo crítico alterado. Foi então

levantada a hipótese diagnóstica de esquizofrenia esquizo-afetiva pelo médico residente de psiquiatria que fez a consulta.

Durante sua internação, o cliente alternou momentos de tranquilidade e de ameaças de fuga e agressividade, sem efetivamente ter havido qualquer destas ocorrências. Em alguns momentos apresentava-se ansioso, sendo necessário ser medicado fora de seu horário padrão.

Neste período, apresentava, em vários episódios, pensamentos com idéia de matar sua irmã com uma martelada. Dizia ver esta cena e que isso o deixava muito “nervoso”, aumentando seu risco de fuga e agressividade naquele momento.

Após aproximadamente 10 dias de internação, o risco de fuga e agressividade diminuíram significativamente, podendo o cliente iniciar a atividade de cuidar da portaria, função esta rejeitada no início e depois aceita, demonstrando atitude bastante responsável.

Apesar dos sintomas como alucinações e agressividade terem desaparecido, permaneceu evidente uma desorganização intensa de pensamento, predominando aceleração da fala. Estes sintomas predominaram por aproximadamente mais 15 dias, sendo então proposto a ele que passasse o fim de semana em casa e retornasse na segunda-feira.

Ao retornar no dia marcado, recebeu-se a informação de que o cliente não tinha ficado bem, voltando a apresentar os sintomas do início de sua internação. Foi então reavaliado o esquema medicamentoso e mantidas as demais condutas.

Com a evolução do quadro foi de melhora, o cliente foi transferido para um hospital dia, visando à continuidade do seu tratamento, pois se acreditava que a internação integral já tinha chegado no limite da ajuda que lhe podia ser oferecida. Além disso, o cliente já não ofereceria nenhum risco que justificasse sua permanência em internação integral.

3.2 Alguns aspectos teóricos sobre a esquizofrenia

A esquizofrenia é definida por Isaacs (1998) como um grupo de reações psicóticas caracterizadas por distúrbios das relações pessoais e incapacidade de pensar e comunicar-se com clareza. Este distúrbio altera principalmente os processos de pensamento, percepção e afetividade.

Kaplan, Sadock e Grebb (1997) colocam que nenhum sinal ou sintoma clínico é patognomônico de esquizofrenia e estes

podem mudar com o tempo. Também o nível educacional, a capacidade intelectual e a capacidade de compreender conceitos abstratos devem ser considerados nesta doença.

Nunes Filho, Bueno e Nardi (1996) reconhecem que a esquizofrenia é a doença mais importante que os psiquiatras tratam, pois se manifesta precocemente nas pessoas, produz afastamento social e familiar intenso e seus sintomas agudos desorganizam intensamente os pensamentos. Descrevem-na como um transtorno que traz alterações graves no pensamento, afeto e vontade.

Todos os autores acima citados afirmam que esta doença traz para o cliente grandes dificuldades no estabelecimento de relações e comunicação adequada, visto que os sintomas tais como delírios, alucinações, embotamento afetivo trazem grandes prejuízos nas suas relações interpessoais.

Estes conceitos teóricos são observados na prática, principalmente quando se trabalha em unidades de internação, em que é bastante freqüente este tipo de cliente em fase aguda da doença.

Nota-se que o portador desses transtornos tem alterações importantes na sua função motora, podendo alterar rapidamente seu comportamento da apatia para a agitação. São pessoas com dificuldades para tomar decisões por mais simples que possam parecer; mostram grande dificuldade para demonstrar seu afeto de uma forma coerente e duradoura, tendo então muitas dificuldades para desenvolver relacionamentos efetivos.

Quanto ao tipo esquizo-afetiva, o CID-10 define como “transtornos episódicos, nos quais ambos os sintomas, afetivos e esquizofrênicos, são proeminentes dentro do mesmo episódio da doença, preferencialmente de forma simultânea ou pelo menos distam poucos dias uns dos outros”.

A alteração afetiva deste transtorno pode ainda aparecer de duas formas bem distintas, a maníaca e a depressiva. O cliente do presente estudo apresentava, no momento da sua internação, a forma maníaca. Esta manifestação da doença tem como característica, o humor em forma de euforia, aumento da auto-estima, idéias grandiosas; às vezes, excitação, irritabilidade, podendo desenvolver comportamento agressivo, idéias persecutórias, aumento da atividade psico-motora e diminuição da concentração. Delírios podem estar presentes, geralmente com características de persecutoriedade ou de grandeza.

Esta classificação diagnóstica ainda hoje não é clara, Homero Filho e Geraldo Filho (2000) afirmam que “a fronteira entre esquizofrenia e distúrbio esquizo-afetiva, no entanto, nem sempre é fácil de ser definida”.

3.3 Apresentação e análise da interação terapêutica

Houve algumas dificuldades no desenvolvimento da interação, pois num cliente com diagnóstico de esquizofrenia em surto agudo são comuns os sintomas de desatenção, inquietação e dificuldades afetivas, entre outros. Quando, porém, o cliente consegue se sentir aceito pelo profissional, estas dificuldades são amenizadas. O cliente em questão aceitou e suportou uma interação de 35 minutos.

Furegato (1999) coloca que para a relação de ajuda ser adequada o cliente deve se sentir aceito. Essa condição é para o enfermeiro um dos pontos de maior conflito, pois, quando se trata de um cliente que não sofre de distúrbios mentais parece ficar mais fácil. Na avaliação deste investigador, o cliente em questão se sentiu realmente aceito, tanto que pôde mostrar todos seus sintomas sem que fosse desestimulado ou inibido.

Pode-se observar o cliente falando sobre: o que gostaria de ter (Ferrari, ganhar na mega sena), sua doença atual, a vontade de matar a irmã, seu diagnóstico, entre outros assuntos, informações que contribuíram para a observação.

A mesma autora descreve que, na relação de ajuda, o cliente deve perceber que o outro é confiável e que está seguro para assisti-lo. Isto pode ser avaliado por aspectos como o tempo de permanência na entrevista, assuntos que são abordados, principalmente quando o cliente faz colocações sobre os temas mais difíceis de serem tratados. Na interação descrita neste trabalho o tempo foi considerado adequado, como já se viu, e os assuntos foram abordados de forma correta, oferecendo oportunidade para que o cliente pudesse se colocar livremente, tanto que um dos assuntos trazidos foi sobre sua sexualidade, tema difícil de ser colocado em uma primeira interação.

Esta interação seguiu os parâmetros da relação de ajuda, que valoriza as necessidades do cliente e não a do entrevistador, deixando o entrevistado à vontade para direcionar o assunto.

Este aspecto foi trabalhado na interação quando o cliente, parecendo não aceitar esta abertura, coloca “*assunto meu mesmo, ou não?*”, insistindo em perguntar o que se gostaria que ele

falasse. Ultrapassada esta dificuldade inicial, o cliente verbalizou espontaneamente o que sentia, seus sintomas, ansiedades e fantasias.

Para Rogers (1982), uma característica importante nesta relação é a necessidade do cliente não se sentir julgado, percebeu-se que isso não ocorreu em tal interação. Isto pôde ser observado quando ele diz: *Estou impotente, não tenho vontade de ver nada nem revista, ou então, eu que sou mais bobo ...*, ou ainda, *tenho vontade de tirar carta de moto e de carro, mas não consigo*. Estes temas expõem as pessoas e portanto, normalmente são colocados quando elas sentem que serão tratadas de forma não pré-conceituosa, como se traduz muitas vezes o julgamento de valores.

Durante seu relato, apresentou uma série de sintomas delirantes, mostrando a incapacidade em ter um juízo crítico adequado como por exemplo, *“eu queria ter uma Ferrari”*; mostrou vontade de ganhar na sena acumulada, comprar uma fazenda do tamanho de Marília. O profissional entendeu que naquele momento parecia difícil para o cliente aceitar a sua real condição. O enfermeiro disse: *“do jeito que está, sua vida hoje não está boa”* e obteve como resposta, *“não, não está”*, seguida por silêncio. Daí passou a trabalhar com o cliente os aspectos de sua insatisfação.

Esta forma de abordagem mostra que o cliente foi aceito e houve empatia na interação visto que a resposta do cliente foi afirmativa e a abordagem feita nesta direção. A empatia é um sentimento necessário quando se pretende trabalhar com a relação de ajuda como afirma Stefanelli, Arantes e Fukuda (1982).

Para um cliente com as características do JRC esta alternativa técnica faz com que ele não se perca em seus pensamentos, fato comum entre portadores de esquizofrenia. Isso pôde ser observado durante a entrevista em momentos como:

P: penso que outros vão matar-me ou eu irei matar alguém.,

T: você pensa

P: penso em matar as pessoas. Ou então:

T: você sabe que doença você tem?

P: esquizofrenia

T: esquizofrenia?

P: minha irmã tem um livro que fala sobre esta doença ...

Outro ponto importante a ser destacado é a necessidade do terapeuta conseguir organizar a interação quando o cliente mostra outra característica comum ao esquizofrênico, mudar de assunto repentinamente ainda sem ter concluído o tema inicial. Cabe ao

terapeuta, juntamente com o cliente, reorganizar os assuntos e ajudá-lo a dar um sentido para aquilo. Isso pode ser percebido nas falas:

T: você sabe o porquê desta sede?

P: não sei mais, deve ser do remédio. Pode perguntar? É obsceno?

T: pode!

P: é sobre sexo, este remédio abaixa a potência.

Antes mesmo de se encerrar este assunto, o cliente coloca:

P: minha vontade é de ser padre, eu tenho muita vontade de ser padre.

Neste tipo de abordagem é também importante perceber o momento que o cliente demonstra estar cansado, querendo parar. Neste caso, isso ocorreu nos minutos finais quando os silêncios ficaram mais frequentes após as intervenções do terapeuta. Percebendo esses indicadores foi encerrada a interação e dito para o cliente que ele teria espaço para colocar outro assunto, discutir. O enfermeiro colocou-se à disposição para outros momentos de interação, caso o cliente sentisse necessidade.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que o trabalho com pacientes esquizofrênicos é uma tarefa difícil para toda a equipe, pois estes exigem demais de todos, visto que seus sintomas são sempre carregados de conteúdos muito distantes da realidade, ou ainda por sua repetição monótona.

O enfermeiro, ao se deparar com um portador de sintomas psiquiátricos, deve estar atento para enfrentar estas dificuldades, pois é este profissional que, na maioria das vezes, fica mais tempo ao lado do cliente quando este está internado.

O enfermeiro pela proximidade com toda a desorganização apresentada pelo cliente, pode apresentar sentimentos de angústia ou rejeição neste profissional. Em vista disso, é necessário que o enfermeiro esteja preparado, conhecendo os transtornos e formas terapêuticas de lidar com os portadores, pois assim, poderá desenvolver sua atividade de uma forma adequada e com menos sofrimento para ele e seu cliente.

A relação de ajuda mostrou-se útil para se trabalhar com esquizofrênicos e deve ser adotada quando o enfermeiro acredita na recuperação do cliente e tem experiência no trato desta patolo-

gia. Esta técnica traz para o cliente oportunidade de poder expor suas dificuldades, de acordo com sua necessidade.

O modelo de relação de ajuda proposto por Rudio (1999) e Furegato (1999) é perfeitamente aplicável para clientes com diagnóstico de esquizofrenia, pois este modelo valoriza a pessoa e não a doença que ela apresenta.

Para que esta opção de trabalho ajude realmente o cliente faz-se necessário que o enfermeiro tenha bom preparo profissional e pessoal. Caso contrário, acredita-se que seja melhor não utilizar esta técnica, porque ambos se expõem durante a interação e o enfermeiro pode se “perder” na condução desta.

O que se pôde experimentar e observar foi que, com esta abordagem, tanto o cliente quanto o enfermeiro conseguem crescer e amadurecer como afirma Travelbee (1982), sendo esta uma condição para que se estabeleça uma interação eficaz.

Vale a pena ressaltar que, como esta foi a primeira interação desenvolvida, o aspecto aceitação fica muito evidente, já que, esta tem de ocorrer para o progresso do acompanhamento.

A experiência descrita faz parte do trabalho efetuado rotineiramente pelos autores desse relato. Ao ser compartilhada com os alunos da graduação que fazem estágio curricular na unidade de internação, acredita-se no incentivo dado a eles para desenvolverem uma interação durante sua passagem. Se este trabalho for estimulado, neste momento, os futuros profissionais poderão aplicar esta técnica em qualquer área em que forem atuar, porque a relação de ajuda não se restringe à psiquiatria, podendo ser desenvolvida em qualquer local de assistência.

Outro ponto a ser evidenciado é que o enfermeiro, elegendo esta técnica resalta seu papel de terapeuta, deixando de ser somente aquele profissional que cuida das tarefas administrativas ou do controle do comportamento do cliente.

ABSTRACT

This study was carried out at a in-ward psychiatric hospital unit at the Medical School of Marília and its aim was to discuss the applicability of the technique of help relation that occurred during the interaction of a nurse and a patient diagnosed as being schizophrenic. A patient presenting a diagnosis of schizo-affective schizophrenia was selected and an interaction of about 35 minutes

with him was developed. Afterwards, this moment was analyzed and discussed along with the teaching staff of the discipline "Interpersonal Relation Nurse/Patient". It was noted that even being a difficult approach to work with schizophrenic patients, it is possible to develop nursing care based on help relation.

KEY WORDS: *schizophrenia/nursing; interpersonal relations; psychiatric nursing*

RESUMEN

Este estudio fue desarrollado en una unidad de internación psiquiátrica de la Facultad de Medicina de Marília. Tuvo como objetivo discutir la aplicación de la técnica de relación de ayuda ocurrida entre un enfermero junto a un cliente con diagnóstico de esquizofrenia. Entonces fue seleccionado un paciente con diagnóstico de esquizofrenia esquizo-afectivo y hubo una entrevista de aproximadamente 35 minutos; después esta entrevista fue analizada y discutida juntamente con docentes de la disciplina "Relación Interpersonal Enfermero Paciente". Pudimos observar que, aunque difícil la tarea, trabajar con esquizofrénicos es posible desarrollar una asistencia pautada en la relación de ayuda.

DESCRIPTORES: *esquizofrenia/enfermería; relación interpersonal; enfermería psiquiátrica*

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1 FUREGATO, A.R.F. *Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem*. Ribeirão Preto: Scala, 1999.
- 2 HOMERO FILHO, V., GERALDO FILHO, B. Esquizofrenia. In: ALMEIDA, O.P.; DRATCU, L.; LARANJEIRA, R. *Manual de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara, 2000. cap. 9, p.127-150.
- 3 ISAACS, A. *Saúde mental e enfermagem psiquiátrica*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap.7, p.76-88: Distúrbios esquizofrênicos.
- 4 KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. cap. 31, p.439-492.

- 5 LAZURE, H. *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta, 1994.
- 6 NUNES FILHO, E.P.; BUENO, J.R.; NARDI, A.E. *Psiquiatria e saúde mental*. São Paulo: Atheneu, 1996. cap.10, p.91-105: Esquizofrenia.
- 7 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10: *classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*: décima revisão. 5 ed. São Paulo: Edusp., 1997. p.103-106.
- 8 ROGERS, C.R. *Tornar-se pessoa*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- 9 RUDIO, F.V. *Orientação não-diretiva na educação, no aconselhamento e na psicoterapia*. 13 ed., Petrópolis: Vozes, 1999.
- 10 STEFANELLI, M.C.; ARANTES, E.C.; FUKUDA, I.M.K. Aceitação, empatia e envolvimento emocional no relacionamento enfermeira-paciente. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.16, n.3, p.245-53, 1982.
- 11 TRAVELBEE, J. *Intervencion en enfermeria psiquiátrica*, 2 ed. Colômbia: Carvajal, 1982.

Data de entrada: 25/10/00

Início do período de reformulações: 08/12/00

Aprovação final: 18/05/01

Endereço ao autor: Antonio Carlos Siqueira Jr.
Author's address: Rua Jorge Bernardoni, 404
17.519-580 - Marília - SP
E-mail: acsj@famema.br
E-mail: furegato@eerp.usp.br
E-mail: cila@eerp.usp.br