

ABORDAGEM HOLÍSTICA DO SISTEMA DE CUIDADO FAMILIAR DO IDOSO COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL¹

HOLISTIC BOARDING OF FAMILY CARE SYSTEM FOR THE ELDERLY WITH CEREBROVASCULAR ACCIDENT

Oseias Guimarães de Andrade*
Rosalina Apda. Partezani Rodrigues[#]

RESUMO

Este trabalho teve como objetivos; 1) compreender a realidade do sistema de cuidado familiar do idoso acometido de Acidente Vascular Cerebral (AVC), 2) implementar um suporte ao sistema de cuidado familiar do idoso com AVC, a partir de uma perspectiva holística de saúde. A amostra foi constituída de cinco famílias. A partir de conceitos do referencial holístico de saúde formulado por CAPRA (1997), articulamos a pesquisa-ação com a estratégia de observação participante e a técnica de *Procedimento de desenho-história com tema*. Os dados foram submetidos à *análise temática*, a qual permitiu a identificação de três temas: 1) o cuidador principal como foco do sistema de cuidado familiar, 2) o sistema de cuidado familiar como contexto de complexidades e singularidades e 3) a natureza holística do sistema de cuidado familiar do idoso com AVC. Foi implementado um suporte de perspectiva holística de saúde ao sistema de cuidado familiar do idoso com AVC, o qual se mostrou adequado para diminuir o impacto da doença na vida do idoso, bem como na de seus familiares.

Palavras-chave: Idoso. Cuidado familiar. Abordagem holística.

INTRODUÇÃO

Entre os idosos que apresentam problemas de saúde, não é raro constataremos múltiplas doenças que se relacionam de forma interdependente. Segundo Lessa (1998), esta situação exige avaliações rigorosas e ações interdisciplinares, cuja complexidade aponta para a necessidade de construção de novos modelos conceituais integrativos que permitam uma compreensão mais ampla para sua resolução efetiva.

As doenças mais prevalentes naquela população são denominadas crônicas nãotransmissíveis. Entre essas, as principais em ordem de importância, são as doenças cardiovasculares, as neoplásicas e as

cerebrovasculares, cuja principal representante é o acidente vascular cerebral (AVC).

Com as mudanças demográficas e a transição epidemiológica, o surgimento das doenças crônicas nãotransmissíveis põe em relevo a função da família como cuidadora dos seus idosos, principalmente daqueles mais fragilizados ou acometidos de doenças produtoras de incapacidades funcionais.

Segundo Ayéndez (1994), a família continua sendo a principal fonte de apoio para os idosos. A autora explica que a família do idoso, principalmente os filhos e cônjuges, provê a assistência tanto em ocasiões normais da vida diária como em momentos de crise. A família fornece apoio social, funcional, econômico ou material e afetivo à seus membros.

¹ Artigo extraído da Tese "Suporte ao sistema de cuidado familiar do idoso com Acidente Vascular Cerebral a partir de uma perspectiva holística de saúde", apresentada à Escola de Enfermagem da USP em maio de 2001

* Enfermeiro. Doutor em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. Docente do Departamento de Enfermagem da UEM desde 1º de agosto de 1984. Disciplina de Enfermagem na Saúde do Adulto.

[#] Professor Titular do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

Neste estudo, focalizaremos o sistema de cuidado familiar do idoso com AVC no contexto domiciliar, e assim, partimos dos seguintes questionamentos:

Como as famílias vivenciam o sistema de cuidado do idoso acometido por AVC, no domicílio?

Como o enfermeiro geriátrico poderia auxiliar a família no desenvolvimento do sistema de cuidado do idoso com AVC?

Estas questões nos levaram a formular os seguintes objetivos:

- compreender a realidade do sistema de cuidado familiar do idoso com AVC.
- implementar um suporte ao sistema de cuidado familiar do idoso com AVC, utilizado-se de um referencial holístico de saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com Capra (1997), as profundas mudanças de conceitos e idéias que ocorreram na física iniciadas nos primeiros trinta anos do século XX, são as responsáveis por uma nova ordem no pensamento do homem contemporâneo, passando da concepção mecanicista de Descartes e Newton para uma visão holística e ecológica de mundo.

Segundo o autor, o termo holística originou-se do grego “holos”, que se refere totalidade, correspondendo a uma concepção da realidade, em função de totalidades integradas, cujas propriedades não podem ser reduzidas a unidade menores.

A visão de mundo que está se estruturando a partir das descobertas da física moderna nos remete a uma visão sistêmica compatível com abordagens que têm surgido em outros campos da ciência, a qual, por seu turno, consolida cada vez mais uma concepção holística e intrinsecamente dinâmica do universo.

Integrando as últimas teorias da física e outras, Capra (1997) desenvolve o raciocínio para a elaboração de sua concepção holístico-ecológica de saúde, inferindo a priori que todo processo de doença e cura é essencialmente mental, e como consequência, todas as doenças são de ordem psicossomática.

O autor refere que tanto a origem da doença como seu desenvolvimento e cura envolvem a interação contínua da mente e do corpo.

Numa abordagem holístico-ecológica do processo saúde-doença, Capra (1997) concebe o organismo humano como um sistema, cujas dimensões biológicas, psicológicas, e espirituais são interligadas e interdependentes, sendo parte integrante de sistemas maiores, subentendendo que o homem como organismo individual está em contínua interação com seu meio ambiente físico e social. Nesta perspectiva holística concebemos a família como um sistema no qual se evidencia que o problema de saúde de um membro, no caso, o idoso, é também problema de todos os outros. Neste sentido poderíamos dizer que todos os problemas são problemas de todos nós, já que fazemos parte de uma família planetária.

O PERCURSO METODOLÓGICO

Optamos pela pesquisa-ação como estratégia metodológica para desenvolvimento de um suporte à família no que concerne ao sistema de cuidado do idoso com AVC no domicílio, fundamentado no referencial holístico de saúde. Desta forma, ao nosso ver, tanto a metodologia da pesquisa-ação quanto a perspectiva holística de saúde engendrariam uma estratégia de interação com as famílias cuidadoras de idosos com AVC, de modo a complementar o modelo biomédico, suprimindo a necessidade imposta pela realidade que elas vivenciam.

O desenvolvimento da pesquisa foi no domicílio. Contudo, para termos acesso a este espaço, procuramos uma instituição de saúde – Hospital Universitário de Maringá-Pr, (HUM), como referência para a seleção do grupo que faria parte da pesquisa.

Para a escolha dos participantes da pesquisa, pautamo-nos pelo critério de representatividade qualitativa. Assim, recorremos à chamada amostra intencional, que, segundo Thiollent (1996), é constituída de um pequeno número de pessoas selecionadas intencionalmente, considerando-se a relevância que tais pessoas significam em relação à realidade a ser compreendida.

A partir deste critério chegamos à composição do grupo de participantes da pesquisa, que se constitui de 5 famílias.

Como estratégia para produção de dados optamos por uma articulação entre observação

participante (OP) e uma modalidade de entrevista, o procedimento de desenho-história com tema (DHT).

A aplicação da técnica de DHT foi realizada no princípio de nossas interações com a família, mais exatamente na segunda visita ao domicílio, junto ao cuidador principal, com o objetivo de favorecer a expressão do pensamento espontâneo dos cuidadores acerca do sistema de cuidado familiar.

Os dados foram analisados de acordo com os pressupostos da técnica de análise temática preconizada por Bardin (1994). De acordo com o autor, a noção de tema corresponde a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Comporta um feixe de relações que pode ser apresentado através de um resumo, de uma frase ou de uma palavra.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

A análise dos dados propiciou a identificação de três grandes temas, cuja apresentação e discussão são feitas a seguir.

Tema 1: O cuidador principal como foco do sistema de cuidado familiar

Nesta pesquisa constatamos que a maior responsabilidade de cuidado do idoso com AVC é assumido pela mulher. Entretanto, com as mudanças verificadas na sociedade nas últimas décadas, em que a mulher é cada vez mais requisitada a participar do mercado de trabalho, sua função de cuidadora torna-se comprometida. Além disso, verificamos que os idosos voltam para suas casas após tratamento hospitalar do AVC com demandas de cuidados cada vez mais complexos, exigindo um preparo adequado das famílias que vão assumir a responsabilidade do cuidado no domicílio. Outrossim, é sabido que a medicina moderna prioriza a cura em detrimento do cuidado humano, assim o papel de cuidador configura-se à vista da sociedade como uma atividade menor. Desta forma, as famílias, bem como os cuidadores principais, não recebem nenhum apoio do sistema de saúde pública, o que acarreta uma gama de problemas, de ordem tanto individual como social, no que concerne ao sistema de cuidado familiar. Entre estes está a sobrecarga de um membro familiar, o cuidador principal, com todas as conseqüências decorrentes, como, desgaste físico e emocional,

estresse, problema de saúde física e mental, que redundam no comprometimento da qualidade de vida do próprio cuidador, do idoso e da família como um todo.

Nesta pesquisa constatamos que as dificuldades enfrentadas pelos cuidadores são multivariadas, a começar pelo desconhecimento da doença (AVC) e dos cuidados que esta demanda, como verificamos neste relato;

[...] eu não sabia os cuidados, eu ia fazendo, quer dizer, o que eu posso fazer, eu não sabia o que fazer...
(Maria, família 1).

As famílias que assumem o cuidado com seus idosos não receberam nenhuma informação sobre como este deveria ser conduzido no domicílio, o que gerava medo, insegurança e tensão, responsáveis pelo comprometimento da saúde do idoso e de seu cuidador.

Outra dificuldade freqüente entre os cuidadores observada nesta pesquisa, refere-se aos cuidados que exigem força física, como técnica de transferência ou mobilização do idoso, como podemos verificar no relato que segue; "... se tivesse uma pessoa com mais força, como eu falei para ela hoje..., porque me falta força..." (Margarida, família 5).

Associadas à falta de apoio, sobrevivem as cobranças da própria família, como constatamos nestas verbalizações; "... a minha filha, fala, fala, aí eu digo, - por que está queixando? ... então os cuidados sou eu, dô banho, dô remédio, tudo sou eu..." (Maria, família 1).

Os outros membros familiares e os próprios profissionais de saúde ainda não percebem a dimensão das dificuldades que as cuidadoras enfrentam ao assumirem a responsabilidade do cuidado do idoso acometido de AVC.

Nos limites de suas possibilidades as cuidadoras demonstravam sentir-se ainda insuficientes na sua função de cuidar, como verificamos abaixo;

[...] preocupação é esta, eu não consigo fazer tudo. Eu acho que poderia fazer mais se não fosse meu emprego...
(Hortência, família 4).

A descrição sucinta da experiência vivida pelas cuidadoras desta pesquisa, auxilia-nos na

compreensão da realidade dos sistema de cuidado familiar do idoso com AVC. Contudo, este tema não está desvinculado do contexto em que está inserido aquele sistema, o que nos remete á identificação do tema seguinte.

Tema 2: O sistema de cuidado familiar como contexto de complexidades e singularidades.

No contexto da instituição, o cuidado à saúde, enquanto atividade profissional, é regulado por relações objetivas e contratuais e se dá em situações objetivas, preestabelecidas, já regulamentadas e normatizadas.

No contexto domiciliar estas condições não estão dadas, mas são construídas estrategicamente e internalizadas na dinâmica familiar.

Nesta pesquisa, observamos que, em se tratando do cuidado familiar do idoso com AVC, existe uma convergência de complexidades e singularidades.

A família como um corpo social, uma rede de interações, assume diferentes formas, constrói objetivos, toma decisões, e enquanto grupo apresenta uma estrutura de funcionamento interno edificada por posições e papéis.

Em suas atribuições, ao assumir a responsabilidade de cuidar de seus membros em situação de doença, configura-se num contexto distinto de cuidado.

A nosso ver, o meio ambiente no qual está inserido o cuidado familiar é uma dimensão que integra e faz parte da própria identidade deste cuidado.

De acordo com Silva (1998), o cuidado influencia e é influenciado pelo contexto social, cultural, político e econômico mais amplo. Esta dimensão do cuidado, segundo a autora, põe em relevo a possibilidade de “poder” daqueles que cuidam e dos que são cuidados, na transformação individual e coletiva, e da sociedade em geral.

Junto às famílias pesquisadas observamos que a necessidade de adaptar-se à nova situação, a reorganização do sistema familiar para atender às exigências do cuidado, as alterações físicas, emocionais, sociais e comportamentais do idoso engendradas pela doença, associadas à história familiar, geravam tensões, cujas consequências eram a modificação na qualidade das interações entre os membros do grupo.

Como um sistema aberto e dinâmico, a família está em interação com outros sistemas sociais; assim, influencia e o contexto econômico, político, social e cultural em que está inserida e é por ele influenciada. Neste sentido, o cuidado familiar do idoso com AVC configura-se como um espaço complexo e singular, refletindo o próprio contexto no qual se dá sua ocorrência.

Tema 3: A natureza do pensamento holístico na realidade do sistema de cuidado familiar.

O sistema de cuidado familiar, como experiência que se desenvolve no laboratório natural da vida cotidiana, reflete em grande medida o estatuto do senso comum, que por seu turno integra de um modo particular, o “pensar”, o “agir” e o “sentir” frente ao processo saúde-doença. Desta forma, revela uma natureza de pensamento mais próxima da abordagem holística de saúde.

Para Maffesoli (1998), o senso comum deve ser considerado não como um momento a ultrapassar, não como um “pré-texto” que prefigura o texto verdadeiro escrito sobre o social, mas como algo que tem sua validade em si, como uma maneira de ser e de pensar que basta a si própria e que não carece, quanto a isso, de nenhum mundo preconcebido, seja qual for, que lhe dê sentido e respeitabilidade.

Entendemos que a consideração e o respeito ao senso comum consiste em saber sentir-se integrado ao mundo e compreender a necessidade de estar junto. A estratégia metodológica adotada por nós favoreceu esta concepção.

A primeira evidência de que o sistema de cuidado familiar do idoso, a partir do senso comum, constitui uma natureza holística, foi a constatação de uma integração entre o modo – de – ser – cuidado das cuidadoras com seu modo – de – ser – trabalho.

O cuidado assim transcende o simples fazer, implica na presença do próprio “ser”, de quem está administrando os procedimentos.

Observamos nesta pesquisa que a preocupação das cuidadoras muitas vezes transcende também o problema da doença em si, e elas percebem o idoso como um ser humano integral;

[...] com o desgaste da vida, tem que começar a oferecer coisas pra ele, né, pra poder continuar sobrevivendo, tipo vitaminas, alimentação correta, respeito, diversão, passeios na cidade, atenção das pessoas mais novas, ..acho que é isso que fortalece a pessoa, porque não é só dar remédios, remédios, porque remédios você vai na farmácia e compra, né.... (Leila, família 2).

Conforme relata a cuidadora acima, quando a atenção não está voltada somente para a doença, mas para o ser integral, então surge uma atitude de condolência, de respeito e valorização do idoso, como um ser integral.

A integração de diversos modelos utilizados na administração do sistema de cuidado familiar caracteriza o modo holístico de abordagem do processo saúde-doença, o qual, por sua vez, reflete uma atitude interdisciplinar da família na concepção do cuidado do idoso.

No plano do conhecimento científico, o cuidado familiar constitui-se de orientações oriundas do tratamento médico como administração de medicamentos, programa de fisioterapia e outros.

No plano do conhecimento religioso, observamos que algumas famílias buscavam através das práticas religiosas, como orações/rezas, novenas, uma forma de complementar os recursos materiais para o cuidado familiar.

Maria, cuidadora da família 1 verbaliza;

[...] mas agora, não tem meio, mas eu tenho uma fé que ele vai andar ainda, eu rezo todo dia pra ver se ele anda, né... (Maria, família 1).

Outra cuidadora também manifestou sua fé, cuja correspondência se encontra na prática da oração;

Eu tô pedindo oração, tô pedindo oração na igreja, porque agora neste momento, neste momento não, sempre né. Deus é em primeiro lugar, depois são as outras coisas.... (Margarida, família 5).

Estas manifestações refletem a dimensão espiritual na prática do cuidado.

De acordo com Di Biase e Rocha (1998), foi a partir dos anos 70, com o início das pesquisas científicas sobre meditação, com o advento da programação neurolingüística e da valorização dos estados de transe pela psicologia transpessoal, é que emergiu a compreensão da sabedoria intrínseca das práticas de oração tradicionais. Os autores mencionam que estudos têm comprovado que a oração funciona como uma poderosa âncora física e mental, produtora de saúde e bem-estar.

No plano do conhecimento do senso comum, observamos que as famílias pesquisadas utilizavam-se de uma variedade de elementos naturais para tratar tanto os sintomas do próprio AVC como outros. Assim, verificamos que as famílias realizavam o preparo de chás, poções, bem como usavam de subprodutos animais como “sebo de carneiro” para massagens (dos membros paralisados) e mel, para composição de xaropes.

Entendemos que o uso de produtos naturais ainda existe porque está enraizado na consciência dos segmentos populares, que reconhecem sua eficácia e legitimidade.

Verificamos que a prática dessa “medicina popular” fazia parte das experiências compartilhadas a nível de comunicação social, reforçando a inter-relação humana e a solidariedade no interior da teia social.

A utilização de vários modelos de cuidado/tratamento na prática do sistema de cuidado familiar, como vimos, é engendrada pela integração de diversos tipos de conhecimentos. Neste sentido, reflete para nós, em certa medida, uma “filosofia” da multicausalidade das doenças, um conhecimento intuitivo das famílias, por um lado, e por outro, a própria concepção do idoso como um ser integral, em que uma abordagem exclusivista não daria resultados.

Podemos concluir que a integração dos diversos conhecimentos na administração do sistema de cuidado familiar reflete em certo modo uma dimensão da arte, no que tange à tendência a experiências de sínteses de várias disciplinas separadas. Por outro lado, ela põe em relevo também a dimensão ética, no sentido de expressar valores despertados pelo coração e pela alma, ligados à defesa da vida, da qual se responsabilizaram por cuidar.

SUORTE AO SISTEMA DE CUIDADO FAMILIAR DO IDOSO COM AVC A PARTIR DE UMA PERSPECTIVA HOLÍSTICA DE SAÚDE.

Este tópico versa sobre a fase da pesquisa em que, junto com a família, buscamos produzir e aplicar conhecimentos, através das trocas de experiências, de ações e da reflexão crítica da realidade que compartilhamos, o sistema de cuidado familiar do idoso com AVC.

Impõe-se assim, numa primeira instância, nossa própria transformação como profissionais. Desta forma, adotamos uma abertura à nova visão que desponta, no que tange ao processo saúde-doença, preconizada por Capra (1995), em que devemos lidar com toda a gama de fenômenos que afetam a saúde. Levamos em consideração a interdependência entre mente e corpo na saúde e na doença, uma concepção ecológica do organismo humano, segundo a qual ele está em constante interação com seu meio ambiente natural e social.

Numa perspectiva holística de saúde, é mister entrar em sintonia com a realidade vivida pelas famílias cuidadoras, adotar seu ponto de vista, conhecer sua rede de interações, suas necessidades, problemas, desejos, e a partir de sua própria percepção, as práticas e conhecimentos frente à situação de doença.

Assim, primamos de modo sistemático por uma relação de ajuda, no sentido de fornecer apoio emocional à família, a qual, a nosso ver, constituía uma necessidade emergencial. Esta relação pautou-se inicialmente pela escuta da “inteireza humana”, termo que segundo Leloup et al. (1998), significa ouvir a voz, o pensamento, o gesto e o sentimento. O estar-juntos, compartilhando experiências, afetos e conhecimentos, funcionava como um momento revitalizador de energias, tanto para nós como para as cuidadoras.

Nossa interação junto à família pautou-se pela realidade concreta que ela vivenciava. Neste sentido concebemos o senso comum como um método de conhecimento que reflete a

originalidade da teia da vida, da qual emanam toda coerência e todas as contradições. Além disso, adotamos uma integração deste conhecimento com outros, como o científico, o religioso, o ético e o estético, baseando-nos, portanto, numa concepção sistêmica da vida e na transdisciplinaridade, conceitos subjacentes à visão holística do mundo.

CONCLUSÃO

A partir da adoção de novas concepções proporcionadas pelas descobertas originadas no âmbito da ciência física e outras, podemos dizer que o suporte ao sistema de cuidado familiar do idoso, de perspectiva holística, funda-se numa nova visão de mundo. Neste caso, configura-se numa síntese que inclui a visão sistêmica da vida, o ecossistema, a integração dos diversos conhecimentos, a dimensão transpessoal, além da arte e da ética, a qual culmina na manifestação do modo – de – ser – cuidado que visa à manutenção e ao desenvolvimento da vida.

Esta pesquisa põe em relevo uma das mais importantes funções da família, que é a de cuidar de seus membros em situação de doença. E ao fazê-lo, revela a figura do cuidador principal, um contexto de complexidades e singularidades, bem como um modelo de cuidado, a partir da conjunção de diversos conhecimentos, que é compatível com a visão holística que vem se afirmando no meio científico.

Por outro lado, a implementação deste suporte fez emergir também a necessidade de repensar nossa cultura no que tange à desvalorização da família, da mulher em seu papel de cuidadora, do idoso, do cuidado humano, e assim da própria vida. Esta conclusão nos incita a formular uma recomendação fundamental, que é a implantação de programas de integração dos sistemas formal e informal de saúde, bem como entre as diferentes formas de atender às necessidades de saúde do idoso com AVC.

HOLISTIC BOARDING OF FAMILY CARE SYSTEM FOR THE ELDERLY WITH CEREBROVASCULAR ACCIDENT

ABSTRACT

This work aimed at understanding the reality of the family care system for the elderly with cerebrovascular accident (CVA) and at implementing support to such system by means of conceptions based on a holistic health framework. Five families participated in the research. We articulated the participant research-actions

methodology, and technique of Drawing-Story Procedures with a Theme and Participant Observation as instruments for data generation. At first, these data were thematically analyzed, which made it possible for us to identify three themes: 1) the major caretaker as a focus of the family care system for the elderly with CVA; 2) the environment of the family care for the elderly with CVA, which revealed a context of complexities and singularities and; 3) the nature of holistic thinking in the reality of the family care system for the elderly with CVA. The implementation of a holistic health perspective contributed for to decrease the impact of disease in elderly's lives and their families too.

Key words Elderly. Family care. Holistic boarding.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, O. G. **Suporte ao sistema de cuidado familiar do idoso com Acidente Vascular Cerebral a partir de uma perspectiva holística de saúde**. 2001. 254 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2001.
- AYÉNDEZ, M. S. El apoyo social informal. In: PERES, E. A. et al. **La atención de los ancianos**: un desafío para los años noventa. Washington, DC; OPS, 1994. (Publicação Científica 546).
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Trad. Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1994.
- CAPRA, Fritjof. **Sabedoria incomum**. Trad. Carlos Afonso Malferrari. São Paulo: Cultrix, 1995.
- _____. **O Ponto de mutação**: a ciência a sociedade e a cultura emergente. Trad. de Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1997.
- DI BIASI, Francisco; ROCHA, Mário Sergio. F. da. **Caminhos da cura**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.
- LELOUP, Jean Yves. **Cuidar do ser**: Filón e os terapeutas de Alexandria. Trad. Regina Fittipaldi, Ephraim F. Alves, Lúcia Endlich Orth, Jaime Clasen. 3. Ed. Vozes. Petrópolis, 1996.
- LESSA, Ines. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não – transmissíveis. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1998.
- MAFFESOLI, Michel. **Elogio da razão sensível**. Trad. Albert Christophe Migueis Stuckembruck. Petrópolis: Vozes, 1998.
- SILVA, A. L. da. O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado. In: MEYER, D. E.; WALDOW, V. R.; LOPES M. J. M. **Marcas da diversidade**: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto alegre: Artmed, 1998.
- THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

Endereço para correspondência: R: Dr. Antônio de Azevedo, 477; ap. 43; Bloco A, Jardim Monte Carlo, 87.080-390, Maringá-PR. E-mail: oseiasandrade@wnet.com.br