

O ACOLHIMENTO, A ESCUTA E O CUIDADO: algumas notas sobre o tratamento da loucura

Doris Rinaldi*

A transformação da 'loucura' em 'doença mental'¹ é historicamente correlata ao nascimento da psiquiatria e do asilo, como espaço de tratamento da alienação mental. O marco desse nascimento está associado ao Alienismo, com o 'tratamento moral' de Pinel que, ao libertar os loucos das correntes e delimitar um espaço onde a loucura pôde tornar-se objeto de uma terapêutica, ao mesmo tempo aprisiona-a, como 'doença mental', ao saber médico. Como indica Foucault (1993), o advento da ordem psiquiátrica se dá simultaneamente ao surgimento de um espaço que é, paradoxalmente, lugar de expressão da verdade da loucura e lugar de sua abolição.

A ordem psiquiátrica opera, ainda hoje, pela suposição de que o saber está no médico e a ignorância no doente. É o lugar onde o 'louco' procura sinais de sua identidade perdida nos critérios de objetivação diagnóstica, onde não será mais do que um objeto do saber científico. É este saber que o qualifica como 'doente mental' e traça o seu destino de isolamento, respondendo a uma demanda da sociedade que procura afastar de si aquilo que a questiona no mais íntimo de si mesma, isto é, nas suas relações com a morte, com a sexualidade e com a liberdade.

O isolamento do 'doente', por sua vez, no meio fechado do hospital, faz surgir o que Maud Mannoni (1971,p.25), ao se referir à segregação psiquiátrica, denomina de uma "doença 'institucional' que se superpõe à doença inicial, deformando-a ou fixando-a de maneira anormal." O tratamento basicamente medicamentoso, mesmo que associado a outros procedimentos terapêuticos, dirige-se aos critérios de adaptação social, onde é a fala do sujeito, sua verdade, que não pode ser escutada. O saber psiquiátrico tradicional, tal como é transmitido nos hospitais, e principalmente naqueles que se dedicam à formação de novos médicos, coloca-se ao abrigo de qualquer imprevisto, melhor dizendo, ao abrigo das interpelações do inconsciente. Como tal, não permite o surgimento de uma verdade singular, constituindo-se como uma forma de defesa fundada no cientificismo médico. Ao enquadrar o 'doente' numa classificação nosográfica que determinará o valor de sua palavra, isto é, a desconfiança em relação a sua palavra, não é apenas este que é calado, mas também o próprio médico, ao se proteger das perturbações que a loucura traz, ao invocar esse outro em nós mesmos do qual não queremos tomar conhecimento.

Ainda que nesses duzentos e poucos anos que nos separam da obra de Pinel mudanças tenham ocorrido no tratamento da loucura, com o questionamento da própria ordem psiquiátrica nas últimas décadas, podemos perceber nas novas práticas que se desenvolvem a presença de valores e atitudes da velha prática moral normalizadora.

Não há dúvida de que os diversos movimentos internacionais que se consubstanciaram na experiência das comunidades terapêuticas, na antipsiquiatria, na psicoterapia institucional, na psiquiatria democrática, realizaram uma crítica profunda da ordem psiquiátrica e da cultura asilar e manicomial, procurando implementar várias tentativas de reformas. No Brasil, esse movimento tomou forma nos anos 80, através da 'luta anti-manicomial', tendo, nos anos 90, desenvolvido-se no sentido da proposta de uma Reforma Psiquiátrica, com a apresentação e discussão do projeto de lei Paulo Delgado, recentemente aprovado no Congresso Nacional e sancionado pelo Presidente da República. Mesmo que os asilos ainda continuem em número elevado no País, certamente este movimento teve conseqüências no sentido de introduzir transformações na

* Psicanalista e Doutora em Antropologia Social pelo Museu Nacional/UFRJ, Professora Adjunta do Instituto de Psicologia da UERJ, Coordenadora do Curso de Especialização em Psicanálise e Saúde Mental e Coordenadora Adjunta do Curso de Mestrado em Psicanálise deste Instituto, membro da Intersecção Psicanalítica do Brasil.

¹ Este artigo é um produto da Pesquisa "Saúde, Loucura e Família: práticas socioinstitucionais em serviço" por mim coordenada juntamente com o professor Marco José de Oliveira Duarte, que se desenvolve na UERJ desde 1995, contando com o apoio do CNPq.

assistência psiquiátrica, através da criação de diversos serviços alternativos ao modelo dominante hospitalocêntrico, tais como hospitais-dia, lares abrigados e centros de atenção psicossocial (CAPS).

Entretanto, a criação desta rede não garante, por si só, a transformação dos modos tradicionais de lidar com a loucura, uma vez que não se trata apenas de reformar a assistência através da criação social e administrativa de novas e necessárias formas de tratar o chamado 'louco', mas de contestar radicalmente a nossa relação com ele, enraizada em nossa cultura. Como afirma Mannoni (op.cit.,p.74)

Se considerarmos a linguagem como solidária com a verdade, não poderemos deixar de colocar a questão sobre o que procuramos eliminar em nós, quando recusamos a linguagem do psicótico. O que recusamos é *uma verdade que nos perturba*. Nossa recusa conduz o psicótico a um mundo privado, separado do nosso. Na nossa cultura os seres têm, cada vez mais, dificuldades em fazer entrar o verdadeiro no seu dizer e, quando se põem a dizer a verdade sobre nossa sociedade e sobre nós mesmos, tudo se passa como se nas estruturas que nós lhe oferecemos não houvesse para eles outra escolha que não a da loucura.

Nesse sentido, torna-se importante não apenas *reformar*, mas *desconstruir* a ordem psiquiátrica. Esta desconstrução que, de certa forma, confina com o paradigma da desinstitucionalização que norteia a Reforma Psiquiátrica, deve ter, a meu ver, duas faces: do ponto de vista político-institucional, ela se realiza através da defesa da cidadania do louco, de seus direitos, da exigência de respeito social a sua diferença, da criação de espaços de sociabilidade para ele e da substituição do modelo manicomial por outros dispositivos. Esta tem sido a face mais explorada pelos partidários da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, todas estas propostas perderão em parte o seu valor se esquecermos a dimensão clínica do fenômeno da *psicose*, como uma delimitação inscrita pela psicanálise no campo da loucura², a partir do questionamento introduzido por Freud da oposição normal x patológico, que abre uma possibilidade de comunicação entre razão e desrazão. É essa dimensão que permite reconhecer a singularidade de cada sujeito no enfrentamento de um conflito que nos acomete a todos, ainda que com destinos diferentes. Citando mais uma vez Mannoni (op.cit.,p.37):

À pergunta: que é a loucura? Freud respondeu mostrando que não era preciso opor a loucura à normalidade. O que se descobre na loucura está de certa maneira já no inconsciente de cada um e os loucos simplesmente sucumbiram numa luta que é a mesma para todos e que todos temos de conduzir sem interrupção.....(mas) por que alguns sucumbem e outros não?

Para Freud, ao contrário da concepção psiquiátrica, o *delírio* é *uma tentativa de cura* e, como tal, deve se *escutado* e não suprimido através da medicação. A dimensão clínica, nesta perspectiva, ao contrário da ordem psiquiátrica, valoriza o discurso do psicótico, suas produções, na medida em que supõe que ele veicula um desejo, lhe oferecendo uma *escuta*, instrumento fundamental para a realização de um trabalho terapêutico.

A *escuta* na prática psicanalítica inaugurada por Freud é o dispositivo que, do lado do analista, corresponde à regra fundamental da psicanálise para o paciente, de dizer tudo o que lhe vier à cabeça, sem ser detido por sentimentos como vergonha e senso crítico - a "associação livre". De sua parte o analista deve apenas *escutar*, sem se preocupar se está lembrando alguma coisa e sem estabelecer uma seleção do material. A isso Freud designa como "atenção flutuante" ou "atenção uniformemente suspensa", dispositivo através do qual o psicanalista se abandona inteiramente à 'memória inconsciente' (Freud, (1912) 1976, p. 150).

Como se pode ver, Freud propõe a direção do tratamento não a partir de um saber previamente instituído, mas de uma abertura inconsciente, onde o terapeuta deve, antes de mais nada, abrir mão de seus preconceitos. É isso que permitirá a ele *escutar* as particularidade do

² O termo *psicose* foi introduzido pelo saber psiquiátrico em meados do século XIX, em substituição ao vocábulo *loucura*, tendo sido retomado por Freud como um conceito. Para isso ver Roudinesco,1998

discurso de cada sujeito que lhe traz uma queixa, as diferenças que o constituem enquanto tal. Naquilo que o psicótico fala, ele se dá a conhecer, mesmo que não possa reconhecer-se no que diz.

É bem verdade que Freud recuou diante do fenômeno da psicose ao afirmar que o tratamento psicanalítico tinha seus limites, considerando que os pacientes psicóticos eram inacessíveis aos esforços terapêuticos, em virtude de dificuldades no estabelecimento do vínculo transferencial. Ainda assim, sua contribuição à análise dessa questão é fundamental, uma vez que o tema da psicose foi uma de suas preocupações desde o início de sua obra, tendo nos legado a primorosa análise de um caso de paranóia - o Caso Schreber - onde subverte a concepção de psicose como falha, desrazão, algo a ser corrigido. Ao contrário, nesta análise ele demonstra a riqueza do universo schreberiano, formulando aí sua concepção central do delírio como forma de cura.

Outros psicanalistas que se seguiram a Freud, como Lacan, não têm, entretanto, a mesma opinião, considerando que é possível o tratamento da psicose pelo dispositivo analítico, ainda que com algumas diferenças em relação ao tratamento psicanalítico das neuroses. Bem, a isso voltaremos mais tarde. Importa assinalar que a *escuta* permanece como o instrumento essencial deste tratamento, na medida em que a psicose é concebida como implicando uma relação particular do sujeito com a linguagem.

O dispositivo psicanalítico da *escuta* vem sendo apropriado pelas novas formas de assistência surgidas no bojo da discussão da reforma psiquiátrica. Os profissionais das diversas categorias, em um trabalho que hoje envolve uma equipe multiprofissional que algumas vezes busca, em seu horizonte, a interdisciplinaridade, têm esse instrumento como referência, o que representa, sem dúvida alguma, um grande avanço nas transformações no trato com a loucura. Cláudia Corbisier (1992,p.12), em um trabalho em que discute o papel da *escuta* na emergência psiquiátrica, chama a atenção para a diferença entre o “escutar e acolher” e o “ver e conter”. A postura tradicional no pronto-socorro psiquiátrico é responder rapidamente a uma suposta urgência que se manifesta, por exemplo, sob a forma de uma crise de agitação, com a sedação medicamentosa ou com a contenção pela força física. Com isso, fica-se sem saber qual era a urgência em jogo, a urgência do atendimento se sobrepondo a do paciente. Quando é possível ter paciência e disponibilidade para suportar o insuportável, a urgência que ali importa pode surgir através de um texto muitas vezes delirante, o que abre a possibilidade de se iniciar um processo terapêutico.

A ideologia da ‘contenção’ está ainda bastante presente, não apenas nos serviços psiquiátricos tradicionais, mas mesmo naqueles que procuram se modernizar, incorporando algumas referências novas introduzidas com a Reforma Psiquiátrica. É ainda ‘moeda corrente’, indicando a maneira dominante de se lidar com os problemas relacionados ao sofrimento psíquico. Isto fica claro no texto de Bernardo (1999), em que a autora, ao referir-se à estruturação do trabalho em um determinado serviço de psiquiatria³, mostra como são tratadas as questões consideradas pelo discurso médico externas ao quadro psicopatológico do doente.

Os profissionais coadjuvantes entram em cena para resolverem tais questões e limpam o *campo da instituição médica*. São na maioria os psicólogos e os assistentes sociais que geralmente são solicitados para **conter** os problemas familiares ou sociais (op.cit., p.140)

Assim, dentro desta lógica, não são apenas as ‘agitações’ que devem se contidas, mas também os problemas familiares ou sociais, tarefa que cabe aos profissionais ‘coadjuvantes’.

Contudo, é neste mesmo serviço que a noção de *escuta* passa a ser, nos últimos anos, também ‘moeda corrente’, pelo menos para parte dos profissionais envolvidos. Vejamos alguns trechos de entrevistas:

- *Eu acho que um dos principais procedimentos é a **escuta**, inclusive é a **escuta que qualifica o terapêutico**. Você pode fazer qualquer coisa na sua vida, mas se você tem uma **escuta profissional, de ajuda**, enfim, para estar fazendo isso, essa **escuta participa do terapêutico (psiquiatra)**.*

³Trata-se do Serviço de Psiquiatria do HUPE/UERJ, que foi também objeto de nossa pesquisa empírica.

- Quanto ao acompanhamento terapêutico é a **escuta** mesmo. ...O instrumento do psicólogo, seja no consultório, seja na instituição. Mas no sentido de **acolhimento** mesmo do paciente, para ele saber que tem alguém para escutá-lo, para dar uma certa orientação também. (psicóloga).

- Existem profissionais aqui que **cuidam**, que **escutam**, que **dão atenção**...Enfim, tem certos profissionais que estão abertos para toda a questão em torno do **respeito ao usuário psiquiátrico**...(Sobre a função terapêutica do trabalho que desenvolve) Mas **não é a escuta, é a disponibilidade, é de você estar junto daquela pessoa que está sofrendo**... E de um sofrimento que não é diagnosticado assim... olhando, e nem fazendo exame clínico...É algo muito subjetivo. Então, todo profissional aqui do serviço exerce uma função terapêutica, desde o porteiro até... Você não precisa ter necessariamente essa formação. Aquele que não tem a formação tem a sensibilidade. Isso é uma coisa muito presente dentro dessa área. (assistente social)

- (A respeito dos instrumentos de trabalho) Acho que é principalmente a **disponibilidade pra escutar** o paciente...Atendimento digno é fazer com que essas pessoas que procuram o serviço de psiquiatria se sintam responsáveis por si mesmas, **acolhê-las**, e **dar voz** a essas pessoas, que em muitos locais elas não tem, que elas sejam mais do que simples pacientes (psiquiatra).

É importante observar, nestas falas, que a *escuta* é pensada na sua função terapêutica associada às idéias de *ajuda*, *acolhimento*, *cuidado* e *atenção*. Para exercê-la é fundamental a *disponibilidade* do profissional e o *respeito* ao usuário.

Começemos pelas noções de *disponibilidade* e de *respeito*. São noções essenciais para que o profissional se coloque como aquele que *escuta*, uma vez que implicam na abertura para o Outro na sua diferença, aqui representado pelo psicótico. Não apenas para 'escutar por escutar', mas para dar crédito às suas palavras, buscando reconhecer em que esta alteridade nos interpela.

Por sua vez, para que o psicótico nos fale, é preciso que haja *acolhimento*. Para isso, como afirma Cavalcanti (1997, p.6), é necessário ultrapassar o momento em que o Outro é visto como hostil para atingirmos o que está verdadeiramente em questão na alteridade : "esta radical inacessibilidade ao Outro. Os psicóticos são particularmente sensíveis a forma como nos colocamos disponíveis ou não para este acolhimento".

A noção de *acolhimento* é fundamental para que se possa transformar as maneiras tradicionais de lidar com a loucura, inicialmente no sentido da humanização das relações e, mais radicalmente, no sentido do respeito à palavra do louco. Se este primeiro sentido pode ser considerado como de base, uma vez que implica na ruptura com uma concepção de loucura que a associa à animalidade e à irracionalidade, ele, por si só, não é suficiente. É preciso algo mais, além do estabelecimento de relações mais humanas - e todos nós sabemos do que o homem é capaz - expresso talvez de maneira pouco precisa na idéia de *respeito à palavra do louco*, principalmente pela carga moral que a noção de respeito traz, mas indicando que tal palavra verdadeiramente *nos importa*. Ela tem importância para nós na medida em que a relação do homem com o desejo está mediada pela linguagem, e nisto estamos todos envolvidos, como seres falantes. Portanto, não se trata de acolher o psicótico para infantilizá-lo com o objetivo de reeducá-lo ou readaptá-lo, a partir de algum saber já pronto.

Além disso, como pudemos apreender das falas acima, a noção de *escuta* está também associada à idéia de *cuidado*. Esta é uma noção bastante difundida nas novas formas de assistência à loucura, que não pode esquecer suas origens, 'cuidados médicos', onde se revela a ambigüidade da prática psiquiátrica: ao mesmo tempo tratamento e prática disciplinar. Como nos mostrou Foucault (1993), o hospital psiquiátrico se viu preso desde sua origem na dualidade 'cuidados-punição'.

Os 'novos cuidados', que implicam na criação de uma série de atividades, como reuniões, clubes, oficinas, com o objetivo de abrir um espaço de fala e produção para o alienado, muitas vezes recaem numa prática moral educativa, uma vez que 'cuidar' já pressupõe o outro como alguém que precisa de 'cuidados', seja como uma 'criança', seja como um 'doente'. Crianças ,

loucos e primitivos permanecem aí como o nosso tradicional Outro. Como afirma Mannoni "...as estruturas propostas ao alienado são estruturas de cuidados, a ele não é deixada outra oportunidade a não ser a de se cristalizar numa certa apresentação: a história de suas desgraças" (op.cit, p. 67).

Comprometer a *escuta* na perspectiva do *cuidado* é, de certa forma, dissolver o que ela pode trazer de realmente novo numa atitude pretensamente humanista, onde a possibilidade de uma verdadeira solidariedade, a partir do reconhecimento das diferenças em nosso destino comum, se esvanece numa prática que se confunde com o exercício da piedade. Nesse sentido, penso que seria importante inverter os termos da equação e comprometer o *cuidado* na perspectiva da *escuta*, o que deve implicar necessariamente, para os profissionais, cuidar da sua própria *escuta* no sentido de livrá-la dos preconceitos e de mantê-la aberta às interpelações do inconsciente.

Porém, quando privilegiamos a *escuta* do discurso psicótico, o que queremos dizer com isso? Sabe-se que este instrumento, formulado por Freud, como aquilo que guia o trabalho do psicanalista na interpretação, pressupõe a transferência. E são justamente as possibilidades de transferência que aparecem fragilizadas na psicose, o que levou Freud a recuar diante desta clínica. Entretanto, isto não significa que a transferência não seja possível na psicose, como aponta o próprio Freud na análise do caso Schreber, onde identifica o Dr. Flechsig como objeto de transferência para Schreber.⁴

Lacan desenvolve e aprofunda o estudo das psicoses, afirmando que não devemos recuar diante das possibilidades de tratamento, tratamento esse que valoriza fortemente a *escuta* do delírio. Ele introduz a idéia de que o psicótico "dá testemunho efetivamente de uma certa virada na relação com a linguagem..."(Lacan,1985, p.237) Por isso devemos escutá-lo, mesmo que o que ele diga seja incomunicável e sem sentido para nós.

Ele parte da hipótese, desenvolvida com base na noção freudiana de *Verwerfung*, de que na psicose falta um significante (a metáfora paterna) que amarre a cadeia simbólica, o que determina uma relação particular com a linguagem, diferente da que ocorre na neurose. Essa relação maciça do sujeito com o significante que surge neste lugar de falta, onde as palavras são tomadas como coisas, numa enxurrada de remanejamentos do significante de onde provém o desastre crescente do imaginário, é estabilizada através da certeza delirante. É, portanto, fundamental a *escuta* do delírio, pois através dele o sujeito se endereça ao outro. Como afirma Meyer (1998, p.62):

"... devemos estar atentos a respeito da delicadeza da posição do psicanalista no trabalho com psicóticos, como nos chama atenção Calligaris(1989), ao apontar que jamais pode ser uma posição que suprima a constituição do delírio. Ao contrário disto, o analista deve, junto com o paciente, tentar fazer o percurso da constituição do delírio para, assim, construir uma metáfora".

Diversamente da clínica das neuroses onde o psicanalista ocupa, pela transferência, o lugar de "sujeito suposto saber", uma vez que é um saber que o sujeito busca no analista, na psicose, ao contrário, o sujeito parte de um saber já constituído, a certeza delirante. Nesse sentido ele não demanda um sujeito suposto saber, mas um *testemunho* dessa certeza. Por isso Lacan indica um lugar preciso para o psicanalista na clínica da psicose: o de *secretário do alienado*. Diz ele:

"Vamos aparentemente nos contentar em passar por secretários do alienado. Empregam habitualmente essa expressão para censurar a impotência dos seus alienistas. Pois bem, não só passaremos por seus secretários, mas tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta - o que até aqui foi considerado como coisa a ser evitada" (Lacan,op.cit, p.235).

O saber psiquiátrico que suprime o delírio não apenas faz calar o psicótico, mas também elimina a via mais rica de abordagem terapêutica. Se o Outro para o psicótico é um Outro absoluto, objeto de amor (erotomania) e de ódio (paranóia), como na relação do presidente Schreber com o

⁴Para tal ver Freud (1911)1976:66).

Dr. Flechsig, sendo neste lugar que o terapeuta é convocado, o psiquiatra tradicional se ajusta bem a esse papel, de onde não poderá senão *conter* e *normalizar* ao preço de eliminar qualquer possibilidade do psicótico advir como sujeito. É preciso, entretanto, no trabalho com psicóticos, que justamente deste lugar o terapeuta escape, colocando-se, como diz Lacan, como seu *secretário*, ao *testemunhar* através da *escuta* o que ele diz. Trata-se de, junto com ele, propiciar a construção de uma significação que barre a invasão significativa e instaure o psicótico como sujeito e não como objeto do gozo do Outro. É desta posição terceira que o terapeuta pode tentar intervir no sentido de estabelecer mediações que abram esta relação binária mortal, aprisionada na especularidade imaginária, em direção à dimensão simbólica.

Como isso pode ser feito e quais as chances de sucesso, só a história de cada caso poderá dizer. O importante é assinalar que, nesta perspectiva, a *escuta* do discurso do psicótico é fundamental, mais do que por razões humanitárias, que não raras vezes se invertem em seu oposto, pela concepção de que a psicose apresenta uma relação muito particular com a linguagem onde se evidencia a relação com o desejo. É isto, na verdade, que precisa ser escutado e não calado, como acontece na prática psiquiátrica tradicional.

Nesse sentido é preciso estarmos atentos para que, nos novos dispositivos de tratamento da loucura, não recaiamos no engodo dos *cuidados* que, ao final das contas, podem acabar por desrespeitar a palavra do louco. A indicação de Lacan parece-me valiosa quando mostra que, mais do que *cuidar* do louco, devemos ser seus *secretários*, o que subverte a perspectiva original do *cuidado*.

Portanto, em um momento em que o trabalho com a loucura se desenvolve através da conjugação dos esforços de profissionais de diversas disciplinas, na tentativa de desconstruir a ordem psiquiátrica tradicional, impõe-se o desafio permanente de manter aberta essa *escuta* para que possamos, com cuidado, isto é, com delicadeza, escutar o louco e escutar-nos a nós próprios, em um constante questionamento de nosso lugar e de nossa prática. Creio ser esta a possibilidade que temos de transformar a negatividade em que nossa cultura mergulhou a loucura em um campo rico de produção e criação.

Referências Bibliográficas

- BERNARDO, Maria Helena. *Loucura, Família e Instituição: olhares e práticas que se encontram no cotidiano de uma instituição psiquiátrica*, Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado, Escola de Serviço Social, UFRJ, 1999.
- CAVALCANTI, Maria Tavares. "A equipe e sua função no tratamento psiquiátrico", *Informação Psiquiátrica*, vol.16, n.4, Rio de Janeiro, out/nov/dez/97.
- CORBISIER, Cláudia. "A escuta da diferença na emergência psiquiátrica", in BEZERRA JR. e AMARANTE, *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*, Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992, pp. .9-15.
- FOUCAULT, Michel. *História da loucura na Idade Clássica*, São Paulo, Perspectiva, 1993.
- FREUD, Sigmund. "Notas Psicanalíticas sobre um Relato Autobiográfico de um Caso de Paranóia - caso Schreber"(1911), *Obras Psicológicas Completas*, Edição Standard Brasileira, Rio de Janeiro, Imago Editora, 1976,pp.15-108.
- LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 3: As Psicoses*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed.,1985.
- MANNONI, Maud. *O psiquiatra, seu "louco" e a psicanálise*, Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1971.
- MEYER, Gabriela Rinaldi. *A psicose e as metáforas para a estruturação do sujeito*, Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, UFRJ, 1998.
- ROUDINESCO, Elisabeth. *Dicionário de Psicanálise*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed.,1998.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.