

A Terceira Margem da Clínica
Produção do Cuidado em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

The Clinical Third Edge
Care Production in Psychosocial Attention Centers

Ricardo Luiz Narciso Moebus¹

Emerson Elias Merhy²

RESUMO

Partindo de uma reflexão a propósito do real papel desempenhado pelo trabalho clínico desenvolvido nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços substitutivos de atenção aos casos graves de transtornos mentais, implantados a partir das modelagens assistenciais produzidas pela reforma psiquiátrica brasileira, no contexto histórico das sociedades de controle, os autores revisitam parte da produção teórica sobre a clínica dos CAPS, reconhecem sua pluridimensionalidade e propõem a “terceira margem da clínica” como necessária nessa produção de cuidado.

Palavras-chave: Atenção psicossocial, clínica da saúde mental, reforma psiquiátrica.

ABSTRACT

Arising from the reflection about the real papel of clinical work made in Psychosocial Attention Centers, substitutive services to serious mental disorders, created by assistencial models from the brazilian psychiatric reform, in control society historic context, the authors make a revision of teoric production about this clinical work, recognizing its pluridimension and proposing the “clinical third edge” as necessary to that care production.

Keywords: Psychosocial attention, mental health clinical, psychiatric reform.

Introdução

¹ Professor da Universidade Federal de Ouro Preto – Minas Gerais, Brasil.

² Professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus de Macaé – Rio de Janeiro, Brasil.

O ponto de partida para esta reflexão sobre a prática clínica nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) é a sua existência no contexto histórico da chamada “sociedade de controle” e suas implicações.

Podemos encontrar a definição de uma “sociedade de controle” na obra de Gilles Deleuze¹, como desdobramento do poder disciplinar, do qual o asilo psiquiátrico, com as ciências, análises, práticas, saberes com radical “psi” e seus mecanismos científico-disciplinares, são integrantes, como descrito por Michel Foucault.

Nesse sentido, Deleuze¹ aponta a crise generalizada dos meios ou dispositivos de confinamento, como a prisão, o hospício, a escola etc., sendo esses pertinentes a essa tecnologia específica de poder denominado disciplinar, e sua substituição por diferentes modos de controle: os controlatos.

Desta maneira, os moldes de confinamento vão sendo substituídos por moldagens ou modulações contínuas e permanentes, a céu aberto, ao ar livre. Assim, por exemplo, o confinamento no hospício pode ser substituído pelos hospitais-dia, pelo atendimento domiciliar, pelo tratamento comunitário, nessa passagem para uma sociedade de controle, desde o poder disciplinar descrito por Foucault.

Desde essa concepção do controle, interessa saber se, por um lado, o exercício clínico nos CAPS pode representar “intervenções na produção social de subjetividade”² que geram linhas de fuga, produzindo sociabilidade solidária, autonomia, multiplicidade, ampliação da vida, ultrapassando o paradigma antidisciplinar do antimanicomial, ou, por outro lado, se essa clínica pode exercer, na atual etapa histórica da sociedade de controle, com seu monitoramento dos fluxos em espaço aberto, a antiga função antes exercida pelo manicômio na defasada sociedade disciplinar do confinamento.

A Clínica nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

A reforma psiquiátrica brasileira, surgindo na década de setenta do século XX³, no contexto da luta pela redemocratização do país, pelo restabelecimento de um real estado de direito, buscando novas modelagens assistenciais, produziu já na década de oitenta, como novos dispositivos de tratamento, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

“Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica”⁴, declarava em 2004, em documento oficial, o então ministro da saúde do Brasil, o psiquiatra Humberto Costa.

Esse mesmo documento explicita que os CAPS constituem:

um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor da vida.⁴

Mas como esses tratamentos ocorrem de fato, na prática diária dos CAPS, é algo que não pode ser unificado ou universalizado, uma vez que as experiências clínicas que vão sendo construídas em cada CAPS e até no interior de um mesmo CAPS, diferem intensamente, considerando que são dependentes de uma multiplicidade de elementos em ação em cada caso.

Ainda assim, podemos refletir sobre alguns elementos que constituem, de uma forma geral, seguindo a definição proposta por Merhy⁵, as “ferramentas tecnológicas”, com seus desdobramentos materiais e imateriais em ação nos processos de produção do cuidado, a partir da modelagem assistencial em atuação nos CAPS.

Poderíamos então listar um vasto leque de recursos tecnológicos que constituem o arsenal terapêutico acumulado pela “medicina mental”, incluindo o espetacular avanço da psicofarmacologia, a extraordinária coleção de saberes neurocientíficos, psicopatológicos, nosológicos, nosográficos, psicológicos, psicoterápicos, psicanalíticos, sócio-analíticos, sistêmicos, cognitivos e comportamentais. Seria preciso incluir ainda, conforme a Organização Mundial de Saúde⁶, os tratamentos psicossociais, constituídos pelas terapias de família, de casal, de grupos, terapias comunitárias e grupos de auto-ajuda. Além dos procedimentos de reabilitação em psiquiatria, que incluem grupos de recreação e socialização, retorno à comunidade com suporte residencial, financeiro, previdenciário e jurídico, acompanhamento clínico, odontológico e terapêutico, grupos de ajuda mútua, clubes de convivência, associações de usuários e programas de empregabilidade.

No entanto, mais do que uma descrição minuciosa desses recursos terapêuticos, que pertencem aos mais variados serviços ou programas de saúde mental, cabe aqui

refletir sobre a forma como eles são utilizados especificamente nos CAPS, considerando para isso, algumas importantes publicações surgidas nestes mais de vinte anos dessa experiência no Brasil.

Começamos então com Jairo Goldberg⁷ que, relatando a experiência clínica no primeiro CAPS do Brasil, aponta como característica do trabalho terapêutico no CAPS: o entrecruzamento de diversas concepções de tratamento, a recusa do modelo sintomatológico, com o deslocamento do foco da clínica da doença para a pessoa do doente, um conjunto terapêutico intensivo e múltiplo condizente com a complexidade dessa clínica, uma clínica operativa e ética, um trabalho em processo e renovação buscando galgar novos patamares de existência para os sujeitos, uma consideração da linguagem como meio de produção dos sujeitos, o compartilhamento do cotidiano, o acolhimento e tratamento também da família, espaços coletivos de fala e expressão, a construção de projetos terapêuticos individuais e exclusivos a cada paciente, a permanente ruptura com o isolamento, buscando fluxos existenciais e sociais emancipatórios, articulação com o contexto de vida e intervenções nas condições objetivas do paciente, estratégias de sustentação do contato, como visitas domiciliares, agenciamento da vida dos pacientes, como direitos previdenciários, moradia, transporte, ações extramuros e inter-setoriais, buscando novas trocas e novos laços, valorização da capacidade, da potência de intervenção do paciente na vida cotidiana e na constituição do próprio projeto, reajuste permanente das relações cotidianas entre pacientes, técnicos, familiares e instituição, considerando sempre o campo transferencial, assembléias de usuários, reuniões clínicas freqüentes, a busca de um *continuum* de suporte à vida e de coeficientes de escolha cada vez maiores no gerenciamento da própria vida.

Considerada dessa maneira, a clínica parece atingir uma amplitude que não tem fim, avançando simultaneamente em todas as direções do viver. Nesse aspecto, Goldberg apresenta o conceito interessante de “gestão extra-clínica da vida”, apontando para a necessidade de se colocar limite à clínica neste momento em que as mais variadas dimensões se agregam ao trabalho assistencial.

Passemos a Costa⁸, que considera a clínica no CAPS um novo modo de se fazer psiquiatria, uma psiquiatria pragmática, que abre mão de fidelidades teóricas ou doutrinárias, pelo uso de todos os recursos ou o melhor recurso, em cada momento, para

superar toda sorte de impasses que se apresentam na recuperação da força normativa desses sujeitos.

Este autor insiste que a clínica no CAPS é “acompanhar, passo a passo, a trajetória de vida das pessoas”, sem compromissos ontológicos universais, mas pautado pela ética, perguntando “a cada etapa da assistência, o que representa para o sujeito moral ser definido a partir de tal ou qual enquadre teórico”, considerando sempre “o que ele ganha ou perde em autonomia, respeito por si próprio e pelo outro, quando exposto a certos procedimentos terapêuticos.”

Pitta⁹ refere-se à produção do cuidado no CAPS como “clínica condizente com a cidadania ativa e ampliada que tanto desejamos”, pautada por “um cuidado personalizado, inserido num enquadre ético de não abandono, ou seja, um cuidado responsável”, que busque a produção de subjetividade e a singularização, ressaltando o caráter criativo e inventivo, a tolerância e a ousadia da práxis no CAPS que deve produzir “novos saberes e novas regras de contratualidade social entre os que atendem e os que são atendidos.”

Para Yasui¹⁰, o trabalho desenvolvido no CAPS se caracteriza pela “produção de sentido, de invenção, de encontro, de busca e – por que não? – de prazer.” Uma clínica “fundada num radical compromisso com a vida”, na qual o “usuário é o centro da atenção” e participa ativamente da determinação de seu percurso terapêutico, buscando “o pleno exercício da cidadania”. Um trabalho que coloca em questão não uma doença, “mas sim um sofrimento, uma singularidade, uma subjetividade.” Tendo por finalidade ampliar e diversificar “as possibilidades de intervenção e invenção terapêuticas, criando condições para favorecer que o usuário possa, a seu modo e a seu tempo, descobrir (perceber? Construir?) algum sentido, seu sentido, sua verdade.”

Penido¹¹ aponta como características dessa inovação assistencial: a “lógica do acolhimento”, a “lógica de responsabilização pelo paciente”, a superação da fragmentação do paciente pela equipe multiprofissional que ocorria no modelo biopsicossocial. Ainda como característica a psicanálise, ou a referência ao sujeito do inconsciente, como conhecimento abstrato, dividindo a hegemonia do saber psiquiátrico, o engajamento e a desterritorialização das profissões não psi com a exigência da disponibilidade para a inventividade clínica.

Lobosque¹² aponta como diretriz desse novo cuidado com a loucura: “tornar cada vez mais fluidas, mais transitáveis, mais flexíveis, as fronteiras entre as instituições

destinadas a eles e a sociedade onde se desenrola a vida e o destino de todos nós, loucos ou não.”

Esta mesma autora considera ainda que a clínica substitutiva trabalha pela “autonomia e independência das pessoas”, ao contrário da “tradicional função de controle social” da Saúde Mental, compondo um cuidar com “uma ajuda que se exerça sem domínio”, lançando mão dos recursos, saberes, tecnologias disponíveis, “mas sempre subordinando seu emprego a um projeto que não é psiquiátrico ou psicológico, mas político e social”, visando “dar lugar à alegre afirmação do desejo”.

A esta clínica, Lobosque nomeia “clínica em movimento”, pois se “articula com tudo o que se movimenta e se transforma na cultura, na vida, no convívio entre os homens”. Neste sentido, um CAPS deveria ser um espaço de circulação intensa e incessante, compatibilizando o enfrentamento cotidiano das crises com o “zelo pela liberdade”, buscando “fechar apenas o estritamente necessário para que se possa abrir sempre e mais”.

Esta autora descreve um CAPS da cidade de Belo Horizonte como um lugar público que as pessoas freqüentam, um lugar de passagem, com um acolhimento ativo e incondicional, evitando a inércia, buscando “convidar as pessoas para empreendimento e projetos”, promovendo um convívio, sem negligência, violência ou abandono. Um lugar para “promover a criação e o riso, as trocas e os trânsitos”, em um trabalho “de escutar e ponderar, decidir sem arbitrariedade e negociar sem imposição”, com o recurso a atividades coletivas, construindo práticas inovadoras e criativas, destemidas, insubmissas e vivas.

A clínica no CAPS, ainda conforme Lobosque, “visa possibilitar a presença, a circulação, e a ação dos portadores de sofrimento psíquico no espaço social”, fazendo prevalecer o cuidado e não a vigilância, a vida e não as normas, fazendo “cabem a loucura entre nós”, ou seja, no espaço social, buscando “o mover-se e o acontecer da vida”, sem qualquer tutela, rumo à reinvenção, à criatividade, à transformação social, possibilitando “processos de subjetivação que reinventam a política, a economia, as estruturas sociais.”

Costa-Rosa et al.¹³ Consideram a clínica no CAPS como encontro gerador de cuidado, acolhimento, emancipação e “contratualidade social entendida como aumento das trocas de bens, de mensagens e de afetos”, criando espaços de circulação, “de

sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades.”

Segundo estes autores, a clínica da atenção psicossocial se caracterizaria pelo tratamento da demanda e não dos sintomas, pela escuta e criação de si, pela tomada do sujeito como sujeito e não como objeto, pelo paradigma existência-sofrimento e não doença-cura, pela desospitalização, desmedicalização, transdisciplinaridade, horizontalização das relações, livre trânsito e participação ativa dos usuários, interprofissionalidade integradora, interlocução, integralidade, responsabilidade sobre território, reintegração socioeconômica e cultural, singularização pela implicação subjetiva e sociocultural.

Para Amarante¹⁴, o CAPS deveria ser:

um serviço inovador, isto é, espaço de produção de novas práticas sociais para lidar com a loucura, o sofrimento psíquico, a experiência diversa; para a construção de novos conceitos, de novas formas de vida, de invenção de vida e saúde.

Ainda segundo este autor, a clínica nesse espaço é um “processo permanente de invenção”, gerando “competências em lidar com a loucura”, construindo “novas formas de lidar, de escuta, de reprodução social dos sujeitos”, acolhendo, cuidando, interagindo, inserindo, dentro de um “processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos.”

Amarante considera necessário “reinventar a clínica como construção de possibilidades, como construção de subjetividades”, ocupando-se dos sujeitos com sofrimento psíquico, com responsabilização, centrado no cuidado e na cidadania, evitando o risco de que com a “clínica ampliada” tudo se torne clínica.

Lancetti¹⁵ propõe para o CAPS, uma clínica “pelo território geográfico e pelo território existencial”, com uma exacerbação da complexidade, atendendo de portas abertas, priorizando os casos mais graves e difíceis, mantendo estreito relacionamento com a Estratégia Saúde da Família, oferecendo assistência integral e territorializada, exercendo “uma microsociologia de fundamento vital e uma pragmática solidária”.

Costa-Rosa¹⁶ caracteriza a clínica psicossocial, que seria portanto a do CAPS, como aquela que considera os “fatores políticos e biopsicossocioculturais como

determinantes”, lançando mão de “um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural”, além das psicoterapias, socioterapias, medicação etc.

Para este autor, o modo psicossocial tem por objeto toda a existência-sofrimento dos sujeitos-cidadãos, causando uma “ampliação do conceito de tratamento e do conjunto de meios a ele dedicados”, em um “verdadeiro exercício estético”, ou ético-estético, visando “novas possibilidades de ser”.

Tal exercício ético-estético concorre por meio de uma “desospitalização, desmedicalização e implicação subjetiva e sociocultural” e ainda, “participação, autogestão e interdisciplinaridade”, além de “interlocação, livre trânsito do usuário e da população, e Territorialização com Integralidade”, causando um reposicionamento subjetivo e sociocultural na direção “da singularização, da horizontalização e interlocação”.

Martins¹⁷ salienta a criação individual “que expressa a cada vez a singularidade originária e pré-simbólica que somos, no tempo e na vida” como constitutiva dessa clínica que deve pensar sua eficácia pelo “aumento da potência de agir e do amor à vida, como um todo, por parte do próprio indivíduo”.

Para Merhy¹⁸, a produção do cuidado em saúde no CAPS deve dirigir-se para “ganhos de autonomia e de vida dos seus usuários” permitindo o nascer “de novas possibilidades desejanças, protegidas em redes sociais inclusivas”, de forma a “vivificar o sentido da vida no outro”.

Para isso, ainda segundo Merhy, a clínica nesses serviços caracteriza-se por: direito do usuário de ir e vir, direito do usuário de desejar o cuidado, oferta de acolhimento na crise, atendimento individual e coletivo dos usuários nas suas complexas necessidades, construção de vínculos e referências para os usuários e seus “cuidadores familiares” ou equivalentes, geração de alívio nos demandantes, produção de lógicas substitutivas em rede, matriciamento com outras complexidades do sistema de saúde, geração e oportunização de redes de reabilitação psicossocial inclusivas, desinterdição da produção do desejo, produção de novos sentidos para o viver no âmbito social, construção/invenção de novas formas sociais de tratar e cuidar da loucura e produção de novos coletivos para fora de si mesmos, em um movimento centrífugo oposto à força centrípeta dos serviços manicomial.

Considerações finais

Todas essas tentativas de elaboração sobre o trabalho nos CAPS apresentam ideias-força que remam contra a corrente de conceituação-delimitação habitual da clínica, esforçam-se por tirá-la do fluxo do controle que corre para o mar da adaptação e normalização. Mas se toda clínica é tributária de uma concepção do que seja o homem, como resistir ao enquadramento de cada um? Talvez por um subterfúgio conceitual, linha de fuga pela via do devir substituindo o ser.

Temos assim a clínica de “fazer circular as coisas, as idéias e os homens”¹⁹, um acontecimento, sendo algo diferente do que já havia, um a mais convocando a tornar-se sujeito²⁰, ou um “acontecimento-analisador” que

vem a nosso encontro inesperadamente, condensando uma série de forças até então dispersas e realizando “por si mesmo” a análise, à maneira de um catalisador químico de substâncias¹⁹

Ou ainda, uma experiência-acontecimento de criação estética com o reconhecimento da legitimidade de modos de existir, mesmo que em singularidades extremas e trágicas.²¹

Contudo, essa mesma conceituação que vem sendo elaborada desde a fase inaugural dos CAPS como experiências inovadoras, isoladas em contextos favoráveis, pode representar um risco de invasão pela clínica de todos os espaços da vida.

Sobretudo quando o dispositivo CAPS é hoje uma política pública concretamente instalada, já com mais de 2000 unidades credenciadas em funcionamento em 2014²², com seus milhares de trabalhadores se desdobrando diante das renovadas e crescentes dificuldades reais em seu árduo cotidiano, com um apelo que se faz ouvir na maior parte desses serviços: esta clínica precisa ser delimitada, até em sua terceira margem.

O efeito “terceira margem”, cunhado por João Guimarães Rosa em seu texto “A Terceira Margem do Rio”²³, aponta para o permanecer entre, inter, um deslizamento que não se interrompe como previsto, nem onde previsto, uma desterritorialização, uma intensidade, um envolvimento em-movimento, uma permanência, um fluxo em corte em fluxo, um prolongamento, algo que, como os “Platôs” de Deleuze²⁴, viabiliza um estado

que não se ancora nas duas margens habituais, mas que não diz de um alargamento, de um ampliado, mas de um mais ainda margeado; a terceira margem apresenta uma dimensão insuspeitada sim, um a mais do que se pensava, mas para por margem, delimitar, circunscrever esta novidade, ali mesmo onde nem havia, é preciso que haja com limite.

Assim, uma terceira margem para uma clínica que segue seu curso pluridimensional, mas deve ser limitada em todas as suas dimensões, para não ser totalizante, para não colocar a vida a serviço da clínica, mas no seu devido incerto lugar colocar a clínica a serviço de viver a própria vida, entendendo que deve ser ampliada a vida, antes que a clínica; pois, se clinicar é preciso, viver é impreciso e mais.

Referências Bibliográficas

¹ Deleuze G. Conversações. Rio de Janeiro: 34; 1992. p. 219-226.

² Lancetti A. Clínica Peripatética. São Paulo: Hucitec; 2006.

³ Amarante P. Loucos pela Vida: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2003.

⁴ Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: MS; 2004.

⁵ Merhy EE. Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo em Ato. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2002.

⁶ World Health Organization. Treatment of Mental Disorders: a Review of Effectiveness. Washington: WHO/American Psychiatric Press; 1993.

⁷ Goldberg J. Clínica da Psicose: Um Projeto na Rede Pública. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 1996.

⁸ Costa JF. Apresentação. In: Goldberg J. Clínica da Psicose: Um Projeto na Rede Pública. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 1996. p. 9-18.

⁹ Pitta AMF. Cuidando de Psicóticos. In: Goldberg J. Clínica da Psicose: Um Projeto na Rede Pública. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 1996. p. 153-168.

¹⁰ Yasui S. CAPS: Aprendendo a Perguntar. In: Lancetti A, organizador. SaúdeLoucura, 1. São Paulo: Hucitec; 1989. p. 47-59.

- ¹¹ Penido CMF. A Clínica e a Formação nos CERSAMs de Belo Horizonte. In: Amarante P, organizador. Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. ed. Rio de Janeiro: Nau; 2005. p. 91-112.
- ¹² Lobosque AM. Clínica em Movimento: Por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond; 2003.
- ¹³ Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: Amarante P, organizador. Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Nau; 2003. p. 13-44.
- ¹⁴ Amarante P, organizador. Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Nau; 2003. p. 45-66.
- ¹⁵ Lancetti A. Clínica Peripatética. São Paulo: Hucitec; 2006.
- ¹⁶ Costa-Rosa A. O Modo Psicossocial: Um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar. In: Amarante P, organizador. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-168.
- ¹⁷ Martins A. Criação e Psicose: Refazendo a Metapsicologia das Psicoses. In: Amarante P, organizador. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 75-94.
- ¹⁸ Merhy EE. Os CAPS e seus Trabalhadores: No Olho do Furacão Antimanicomial. Alegria e Alívio como Dispositivos Analisadores [Internet]. Campinas; 2004. [acesso em 28 dez. 2015]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-08.pdf>
- ¹⁹ Rodrigues HBC. À Beira da Brecha: Uma História da Análise Institucional Francesa nos Anos 60. In: Amarante P, organizador. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 195-256.
- ²⁰ Badiou A. Ética: Um Ensaio Sobre a Consciência do Mal. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1995.
- ²¹ Estellita-Lins CE. Notas Sobre Criação e Desrazão em uma Certa Experiência trágica da Loucura. In: Amarante P, organizador. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 53-74.
- ²² Escola Nacional de Saúde Pública. Caps do Oiapoque aos Chuí [Internet]. Rio de Janeiro; 2014. [acesso em 28 dez. 2015]. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/146/reportagens/caps-do-oiapoque-aos-chui>
- ²³ Rosa JG. Primeiras Estórias. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1988.

²⁴ Deleuze G, Guattari F. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: 34; 1996.
(Trans, v. 3).