

*Antonio de Pádua Serafim
Daniel Martins de Barros • Sérgio Paulo Rigonatti*

(organizadores)

Temas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica II

 **VETOR**
EDITORA

Antonio de Pádua Serafim
Daniel Martins de Barros
Sérgio Paulo Rigonatti
(organizadores)

Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica II

NUFOR — Núcleo de Estudos e Pesquisas em
Psiquiatria, Forense e Psicologia Jurídica
Instituto de Psiquiatria — Hospital das Clínicas da
Faculdade de Medicina — USP



VETOR

EDITORA PSICO-PEDAGÓGICA LTDA.

Rua Cubatão, 48 – CEP 04013-000 – SP

Tel. (11) 3146-0333 – Fax. (11) 3146-0340

www.vetoreditora.com.br vendas@vetoreditora.com.br

As possibilidades de tratamento em um hospital-presídio: o programa de desinternação progressiva

Sidnei Celso Corocine

Gostaria de colocar minhas indagações sobre as possibilidades de tratamento no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Prof. André Teixeira Lima, antigo Manicômio Judiciário, principalmente no que se refere às intervenções de cunho terapêutico tão presentes na prática profissional da área da saúde mental, no entendimento de que essas ações envolvam o cuidar de forma ativa e dialética diante das situações conflituosas entre o homem e meio, preservando o histórico de vida do paciente no intuito de estimular e promover uma melhor qualidade de vida.

Inicialmente devemos nos ater as características de hospital e presídio que são distintas e provocam diferentes concepções do que se poderia esperar de um trabalho terapêutico de sucesso ou, então, se houve o cumprimento do ressarimento ao dano social cometido. As expectativas da sociedade são distintas nesse caso, do que esperaríamos do paciente enquanto o seu bem-estar biopsicossocial ou a sua pretensa dívida com a sociedade. Agrega-se ainda a gravidade do delito cometido, associando-se livremente com o estado mental do paciente estabelecendo, assim, uma conexão de gravidade que acaba não correspondendo

à realidade experienciada na instituição. Por vezes, um paciente na tentativa de executar um furto simples, sem presunção de violência, na maioria das ocorrências sem sucesso, pode apresentar um quadro psicopatológico que inspira maiores cuidados do que outro paciente que cometeu homicídio com requintes de crueldade apresentar-se sem grandes alterações significativas em seu estado psicopatológico.

Nesse momento precisamos esclarecer que, apesar de ser um hospital, a entrada bem como a saída dessa unidade somente é possível por determinação judicial, ou seja, diferentemente de um hospital comum a "alta" não significa o término do tratamento¹, ainda será necessário o "convencimento" e conseqüentemente a autorização judicial para a saída do paciente. Este ainda permanecerá vinculado ao Poder Judiciário por um período de um ano ou mais, tendo que cumprir as determinações impostas para garantir a sua liberdade e não retornar mais ao Hospital². Essa situação gera um descompasso entre o projeto terapêutico do paciente e a sua efetiva reinserção social em função da compreensão do que poderia ser importante na manutenção da estabilidade emocional ou esclarecimentos do delito que o paciente cometeu.

Outro aspecto que também devemos levar em consideração é a grande variabilidade de transtornos mentais proporcionando uma gama infinita de possibilidades de atenção aos pacientes internados, apesar da evolução dos códigos de classificação, CID-10 e DSM-IV, ainda vamos encontrar a deficiência mental como um diagnóstico presente e significativo nos laudos de sanidade mental, comumente realizados nos municípios de origem da ocorrência dos delitos e paradoxalmente podemos ao mesmo tempo estar diante de situações em que as classificações não consigam espelhar o transtorno mental presente devido à sua complexidade.

Essa diversidade de transtornos mentais e a presença do deficiente mental ocasionam um convívio peculiar entre os pacientes apesar de existir abusos daqueles com transtornos de personalidade por se aproveitarem dessa situação para viabilizar ações ilícitas, ou melhor, atos de perversidade. A ocorrência da ajuda mútua entre os pacientes é algo significativo sendo comum solicitarem à interferência da equipe pro-

fissional para que intercedam na situação a fim de favorecer aquele que não está em condições de realizar reivindicações.

Depois dessas pequenas observações podemos introduzir enfim qual é a finalidade do Hospital de Custódia, segundo o seu decreto de criação³, quando foi transferido da Secretaria de Estado da Saúde para a Secretaria da Justiça, alterando sua denominação de Manicômio Judiciário para Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico denominada ostentava desde sua inauguração em 1933:

- I - cumprimento de medida de segurança para inimputáveis do sexo masculino e feminino, e, ocasionalmente, para semi-imputáveis, ou seja, indivíduos abrangidos pelo artigo 26 *caput* e seu parágrafo único do Código Penal Brasileiro;
- II - realização de laudos de sanidade mental em réus de ambos os sexos;
- III - tratamento de sentenciados e réus de ambos os sexos que venham a sofrer de doença mental.

Gostaria de acrescentar que na última reorganização dos estabelecimentos penais⁴, o Hospital de Custódia manteve as mesmas funções, as quais reproduzo:

- I - ao cumprimento de medidas de segurança para inimputáveis dos sexos masculino e feminino;
- II - à realização de exames em incidentes de insanidade mental, em indiciados ou réus do sexo masculino e feminino;
- III - ao tratamento de condenados do sexo masculino e feminino, a que sobreveem doença mental.

A repetição das funções não é por acaso, o tempo que se passou do Código Penal, em 1941, da Lei de Execução Penal, 1984 e deste último decreto de 1998, apesar das grandes transformações que ocorreram nestes períodos em nossa sociedade, nos valores vigentes e sem dúvida do avanço tecnológico, infelizmente não se refletiram na concepção do Hospital de Custódia que permaneceu a mesma.

Atualmente temos a implantação da Reforma Psiquiátrica em nosso país que foi fruto do movimento social que implementou ações re-

¹ Apesar de considerarmos que a questão da alta em saúde mental seja polêmica diante das alterações significativas de personalidade que demandam tempo para produzir resultados mais significativos.

² Explicarei melhor essa tramitação jurídica no decorrer do texto.

³ Decreto n.º 28.195, em 27 de janeiro de 1985.

⁴ Decreto n.º 43.277, em 3 de julho de 1998.

sultando na transformação de uma realidade percebida por muitos como algo irrealizável, mas que proporcionou mudanças significativas na percepção do paciente psiquiátrico (agora usuário), e dos serviços de saúde com uma nova organização e criação de outras formas de atenção para quem está em sofrimento psíquico: Centro/Núcleo de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS), Centro de Convivência (CECCO), Residências Terapêuticas, Enfermarias psiquiátricas em Hospital geral, etc.

Enfatizo esse processo da reforma psiquiátrica que agregou em seu movimento inicial dos trabalhadores da área de saúde mental, famílias de pacientes e ex-pacientes que sensibilizaram a opinião pública para a situação e colocaram em discussão a problemática da loucura, os seus estereótipos, os seus preconceitos abalando as barreiras da exclusão social. Acreditado que ainda na questão da loucura associada à delinquência essas barreiras estão mais solidificadas, mas não posso de deixar de assinalar o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário portador de sofrimento mental (PAI/PJ), do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, em Belo Horizonte (OTONI; PAI, 2001).

Esse programa realiza intervenção com uma equipe interdisciplinar oferecendo subsídios ao campo jurídico para a individualização na aplicação da medida judicial enfatizando o tratamento dos pacientes, utilizando uma metodologia de atenção integral implicando a rede pública de assistência à saúde mental no tratamento dos pacientes e respeitando os princípios de seu funcionamento. A sentença sai embasada no acompanhamento realizado por esse programa tornando mais próximo da realidade do paciente sem marcá-lo com estereótipos facilitando a aderência ao tratamento proposto. Esse modelo de trabalho é o mais eficaz por aplicar de fato os princípios do Código Penal⁵, se o indivíduo foi absolvido e necessita de tratamento nada melhor que o sistema de saúde assumir o seu tratamento monitorado a distância pelo Poder Judiciário.

Infelizmente essa nova forma de lidar com quem está em sofrimento psíquico ainda não trouxe reflexos para a realidade do Hospital de Custódia, ou melhor, para aqueles que estão distantes dessa realidade, mas que determinam as regras de como deve funcionar.

Apesar disso e em função da inquietação dos profissionais que já trabalharam e de quem está trabalhando nesse hospital, foi implantada

⁵ Artigo 41 - "O condenado a quem sobrevém doença mental deve ser recolhido a hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, a outro estabelecimento adequado."

do o Programa de Desinternação Progressiva que visa à reinserção psicossocial dos pacientes com ações terapêuticas interdisciplinares, de forma gradual, ampliando o espaço terapêutico para fora dos muros da instituição e envolvendo o meio familiar, a comunidade: a retomada do contexto sócio-histórico do paciente que foi perdido na sua institucionalização.

Ainda se faz necessário esclarecimento de alguns conceitos jurídicos envolvidos nessa situação, que são aspectos levantados quando se procura estabelecer a existência ou não da responsabilidade do ato delituoso praticado, usualmente verificado por meio de uma perícia psiquiátrica denominada laudo de sanidade mental. Nos casos com indícios de uma perturbação mental, em sendo considerado não responsável, inimputável⁶ na terminologia jurídica, o indivíduo será absolvido do processo de origem e lhe será aplicada medida de tratamento ou medida de segurança detentiva, no prazo mínimo de um ano e no máximo de três anos⁷, a ser cumprida no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Franco da Rocha ou na Casa de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Taubaté.

Ao iniciar o cumprimento da medida de tratamento ou de segurança detentiva em um dos locais referidos anteriormente, o indivíduo deverá ser submetido anualmente ao parecer de verificação da cessação de periculosidade, no qual será constatado se ainda apresenta periculosidade, se está nivelada ao de um doente mental comum ou se ela está cessada. Esse parecer será enviado à Vara de Execuções Criminais para deliberações da promotoria, procuradoria do Estado e do Juiz de Direito.

⁶ Código Penal em seu Artigo 26 - "É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento".

⁷ Artigo 97 do Código Penal - "Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação" (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

§ 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos.

§ 2º - A perícia médica realizará-se a no termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução.

§ 3º - A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, praticar fato indicativo de persistência de sua periculosidade.

§ 4º - Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos.

Quais seriam os parâmetros para se aferir essa periculosidade? Como poderíamos estabelecer critérios normativos para indivíduos que estão privados do convívio social? Qual a diferença com o doente mental comum?

Apesar de esse conceito ser muito utilizado, não existem estudos que possibilitem uma clara compreensão desse fenômeno situado entre duas áreas de conhecimento: o Direito e a Medicina com entendimentos distintos. No entanto, poderíamos inferir na tentativa de identificar algo em comum, que a Medicina psiquiátrica vai buscar a avaliação da periculosidade na responsabilidade moral e o Direito na imputação da responsabilidade social, apesar de que, ao abordarmos a questão da moral, estamos entrando no âmbito da Ética, que estuda as responsabilidades e as implicações sociais da aceitação das normas existentes, gerando um círculo vicioso. Foucault (1977) retrata o caso de um jovem francês que, em 1835, matou sua mãe e dois irmãos e apesar de ter demonstrado sua responsabilidade no ato cometido, rogando para ser punido, vai existir uma batalha de pareceres médico-legais para provar a existência de uma doença mental e o perigo que o jovem representava a sociedade embora já estivesse encarcerado.

Esse caráter moralizador é a questão central dessa problemática, nomeada como periculosidade, significando que:

[...] o indivíduo deve ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não ao nível de seus atos; não ao nível das infrações efetivas a uma lei efetiva, mas das virtualidades de comportamento que elas representam. (FOUCAULT, 1996, p. 85).

Podemos perceber a resposta para a necessidade social de exclusão dos indivíduos que não se enquadram às normas vigentes sendo necessário utilizarem-se dos instrumentos apropriados para a perfeita domesticação. Para obter uma abordagem mais ampla, consulte Corocine (2003).

Acreditamos que agora após esses sinais de alerta, podemos apresentar o programa de desinternação progressiva desenvolvido nessa unidade desde 1989 e ampliado para o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II, em 2002.

Observávamos que os pacientes que permaneciam em média seis anos no hospital quando eram desinternados retornavam (reincidem?) rapidamente devido à desadaptação ao meio familiar e social, repro-

duzindo hábitos adquiridos no processo de internação. Talvez seja estranho pensar em hábitos adquiridos que possam ser prejudiciais aos pacientes, mas uma instituição que tem a função de prover os seus internos acaba produzindo uma relação de dependência, principalmente para aqueles que possuem características de personalidade mais frá-gil; estes acabam absorvendo esse cuidar e aceitando o cotidiano institucional como algo presente em seu mundo interior reproduzindo reflexos em sua subjetividade, dificultando a retomada de atividades que exijam a sua iniciativa e independência, por exemplo: tomar banho, escovar dentes, lavar roupas, preparar alimentos, alimentar-se com garfo/faca, usar dinheiro, etc., afetando significativamente as relações com seus familiares e o meio social.

Ressaltamos que a estrutura física da unidade, na sua disposição com os pacientes divididos em sete pavilhões coletivos, não obedecia a critérios técnicos. O paciente ao dar entrada permanecia em cela individual isolada após avaliação médica era encaminhado ao pavilhão que estivesse com mais vagas disponíveis. Cada pavilhão possuía um paciente, ou um grupo de pacientes, que exercia a função de "representante" para manter organizado o ambiente controlando o uso de rádio (volume alto), horário/canal da televisão, limpeza do pavilhão, uso do chuveiro, etc.

No hospital os pacientes também podiam exercer atividades de faxina dos pavilhões, pátio, áreas administrativas, manutenção do prédio, oficina de terapia ocupacional, horticultura, jardinagem, suinocultura, oficina mecânica, pintura automotiva e outras atividades que poderiam surgir de acordo com as habilidades dos pacientes. Atividades estas que não eram obrigatórios, mas objetivavam a preparação para a saída ao meio social. Percebíamos uma grande evolução emocional na execução dos afazeres facilitando o acesso aos conteúdos emocionais. O exercício dessas atividades ajudava na recuperação dos pacientes, mas faltava a possibilidade de acompanhá-los no meio social mais amplo, o contato com seus familiares o retorno ao ambiente em que estavam vinculados antes de serem internados.

Os pacientes que tinham o apoio efetivo de seus familiares eram autorizados a passar o dia com eles na residência ou nos arredores da instituição acompanhados de agente de segurança penitenciário, mas eram poucos os que podiam usufruir desse benefício.

⁸ Este "representante" era valorizado pela Direção sendo elogiado os pavilhões mais organizados.

Outra questão que provocava uma possibilidade terapêutica diferenciada se refere aos pacientes que, em função de seus atos, acabavam por afastar seus familiares e/ou pessoas próximas ligadas emocionalmente por terem sido afetadas pelo seu desequilíbrio emocional e, não raras vezes, não existirem mais, conservando o paciente na impossibilidade de retomar seu projeto de vida. Essa alternativa ocorria para aqueles que pretendiam reformular seus conceitos de vida após um longo processo de culpabilização, e muitos não saíam deste estado de autopunição sucumbindo a uma posição de morte simbólica permanecendo em seus leitos olhando fixamente o teto, alheios ao mundo circundante.

Esse aspecto da culpabilização pode causar surpresa aos leitores que imaginam que os pacientes possuem um sentimento de uma imensa satisfação e plenitude por terem realizado seus desejos mais primitivos e agora finalmente podem expressar suas emoções mais íntimas sem culpa, mas o que observamos freqüentemente é o processo de interiorização descrito anteriormente. Diferentemente daquelas manifestações de valorização excessiva de seus atos delituosos exageram para serem reconhecidos pelo visitante ao menos por isso.

Diante dessa situação e com as informações colhidas do Manicômio Judiciário de Porto Alegre de um programa desenvolvido denominado de alta progressiva, iniciado em 1966, e que continuava em andamento com sucesso, foi criado o programa de desinternação progressiva para a efetiva reinserção psicossocial dos pacientes que pretendiam desenvolver projetos para sua vida respaldados por uma equipe multidisciplinar. O primeiro grupo de 15 pacientes foi encaminhado para um prédio que estava sem utilização (construído para ser a futura penitenciária feminina de Franco da Rocha⁹), após a indicação via parecer da equipe multiprofissional da verificação da cessação de periculosidade. Nessa época realizado na forma multiprofissional com a participação de: psicólogo, serviço social, assistente jurídico e médico psiquiatra, provocando a manifestação escrita do Poder Judiciário indicando o regime de tratamento na Colônia de Desinternação Progressiva (CDP) e prorrogando a medida de tratamento por mais um ano. Essa manobra dificultou no futuro a desativação do programa para aqueles governantes

⁹ Abandonado por questões não esclarecidas e localizado na frente do prédio da administração do HC/FP. Atualmente abriga a Colônia Feminina e a CDP está funcionando na antiga Colônia Feminina, ao lado do atual Centro de Progressão Penitenciária de Franco da Rocha (prédio em que funcionou o Manicômio Judiciário de 1933-1985).

que não simpatizavam com a idéia, em face da existência do trabalho determinado pelo juiz das execuções criminais, apesar de não haver o reconhecimento oficial pelo Poder Executivo como um órgão da estrutura administrativa da Secretaria do Estado.

Perfil do paciente para ser indicado para a CDP¹⁰: possuir iniciativa e motivação para os cuidados de si e asseio pessoal, projeto para o futuro e reconhecimento da necessidade de tratar-se e buscar ajuda nos momentos de crise. Na atualidade esse perfil foi alterado em função das necessidades do hospital e características dos pacientes.

A mudança não era somente de prédio, na CDP os pacientes podiam alimentar-se com garfo e faca. Antes podia-se usar apenas colher/ copo/ prato de plástico. Os dormitórios abrigavam no máximo quatro pacientes e não mais 40 como nos pavilhões coletivos. Podiam portar documentos pessoais (RG, CPF, etc.), usar dinheiro. Tinham um horário mais amplo (o portão principal da CDP era fechado as 22h¹¹ e não mais às 17h). Podiam procurar a enfermagem para tomar medicação e participar das decisões sobre o funcionamento da CDP. Essas medidas pareciam simples demais, mas ampliaram as possibilidades de transformar a relação tutelar verticalizada em trocas mais semelhantes dos conflitos pessoais do viver humano aproximando-se ao contexto social.

A equipe composta por psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e chefia de segurança realiza reuniões semanais para discussão das questões gerais referente à CDP e ao hospital e dos pacientes mais emergentes, buscando soluções pertinentes às situações do cotidiano do paciente, de suas saídas externas e visitas domiciliares. Os pacientes também realizam reuniões para distribuição de atividades e tarefas, e discussões de situações problemáticas; por vezes, membros da equipe também participam da mesma. Os membros da equipe técnica (psicólogos e assistentes sociais) tinham um número de pacientes que ficavam sob sua tutela devendo acompanhar o cotidiano de cada um na CDP e avaliar as possibilidades de relação com o meio social. Entrando em contato com familiares ou pessoas com ligação afetiva que poderiam participar/ajudar na reinserção social buscando recuperar laços afetivos e desmilitar os preconceitos sobre a loucura e a delinqüência. Por vezes, os familiares aceitavam somente um con-

¹⁰ Colônia de Desinternação Progressiva.

¹¹ Um paciente relatou que permaneceu horas observando a lua, chorando de emoção por fazer anos que não podia vê-la.

tato breve, de algumas horas, sem compromisso e no decorrer do tempo ao perceberem que o paciente transformou vários aspectos de sua personalidade acabavam aceitando com mais frequência até restabelecer o vínculo.

Freqüentemente o contato tinha de ser dosado controlando a frequência devido à influência negativa ao processo de independência e reestruturação pessoal do paciente. Nesses casos a atuação da equipe ficava voltada aos familiares e, por incrível que possa parecer, o ambiente da CDP era mais saudável ao paciente.

O desenvolvimento desse Programa de Desinternação Progressiva demonstra uma possibilidade de tratamento aos portadores de transtornos mentais em conflito com a justiça mais próximo de sua realidade psicossocial e do contexto social, em se respeitando as condições pessoais para a retomada de seu viver depois de protagonizar uma situação trágica que fugiu de seu controle.

Referências bibliográficas

- BENELLI, S. J. O internato escolar como instituição total: violência e subjetividade. *Psicologia em Estudo*, v. 7, n. 2, p. 19-29, jul./dez. 2002.
- COBIANCHI, C. J. Um estudo sobre o laço social em instituições custodiais, a partir de experiência profissional no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Prof. André Teixeira Lima. 84 p. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.
- COROCINE, S. C. A fabricação da periculosidade: um relato sobre a violência das instituições. 71 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- COIMBRA, C. M. B. *Guardiões da ordem: uma viagem pelas práticas psi no Brasil do "Milagre"*. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.
- CUNHA, M. C. P. *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- FOUCAULT, M. *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: Nau, 1996.
- _____. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- _____. *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão*. Rio de Janeiro: Graal, 1977.
- _____. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- _____. *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- _____. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1987.
- GATTAZ, W. F. Violência e doença mental: fato ou ficção? *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 145-147, 1998. Editorial.
- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora, 1988.
- _____. *Manicômios, prisões e conventos*. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.
- OLIVEIRA, E. *O futuro alternativo das prisões*. Rio de Janeiro: Forense, 2002.
- OTONI, F. B.; PAI, P. J. Projeto de Atenção Interdisciplinar ao Paciente Judiciário. In: *CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL*. 3., 2001, Brasília. *Caderno de textos...* Brasília: 2001.
- SALLA, F. A. *O encarceramento em São Paulo: das enxovias a penitenciária do Estado*. São Paulo, 286 p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
- VICENTE, C. M. Experiência e reflexões sobre a psicologia no contexto do Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo. In: ANGERAMI, V. A. *Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo no contexto hospitalar*. São Paulo: Traço, 1984. p. 100-115.