

## Prestadores de serviço no campo da saúde mental: o público, o privado e o inefável da loucura

Cristina Maria Douat Loyola  
Marcus André Vieira

*Abordamos nossa própria visão, muitas vezes turva, sobre a realidade dos hospitais psiquiátricos no Brasil. Ela escora-se em um discurso que, por vezes, ofusca-se pelo ideal da desospitalização. Visando uma nova realidade, esquece que a clínica muitas vezes é pesada e resistente, e lastreia nossas pretensões com a presença maciça da impossibilidade. A análise e a discussão foram realizadas a partir de dois registros de dados: notas de diário de campo, realizadas pelos autores quando em função pública de gestão estadual de saúde mental, e dois casos de supervisão clínica em instituição psiquiátrica pública municipal no Rio de Janeiro; todos os dados colhidos em 2004. A análise das anotações nos levou a concluir que podemos contribuir para mudar o estado de coisas encontrado nos dados empíricos e que temos algo a fazer para não reproduzir o mesmo passado dos hospitais psiquiátricos. No plano da equipe de profissionais é preciso que ela não se transforme neste agente de horror banalizado que constrange a esperança. Entre o público, o privado e o inefável da loucura é preciso acolher a resposta do sujeito, aquele pequeno elemento que assinala a estranheza e irredutibilidade de alguém que, no caso da loucura, encontra-se em ruptura com o coletivo.*

**Palavras-chave:** Psiquiatria, hospital psiquiátrico, reforma psiquiátrica

## Introdução

A reflexão que segue poderia, com toda propriedade, tomar emprestado um título de José Saramago e batizar-se *Ensaio sobre a cegueira*. Abordaremos nossa própria visão, muitas vezes turva, sobre a realidade dos hospitais psiquiátricos no Brasil. Ela se escora em um discurso que, por vezes, ofusca-se pelo ideal da desospitalização. Visando uma nova realidade, esquece que a clínica muitas vezes é pesada, resistente, e lastreia nossas pretensões com a presença maciça da impossibilidade.

O assunto é amplo: estamos lidando com ciência, nomeação, imaginário coletivo da loucura (afinal, mesmo no campo da clínica médica ninguém lida com BK, AIDS, sem lidar também com questões sociológicas), com duzentos anos de psiquiatria. Herança das palavras, herança das idéias, a linguagem comum encerra em seu vocabulário e sintaxe toda uma concepção do social tendendo à petrificação, sempre disposta a ressurgir em palavras comuns, seja em ditos simples, seja em expressões complexas que, inevitavelmente, utilizamos. Neste sentido, o exame de nossas certezas, muitas vezes no plano do uso mais corriqueiro de uma palavra, pode nos proteger da crença de que os fatos devem estar de acordo com as imagens que afloram em nossa língua (Bourdieu et al, 1975).

É o que buscaremos ao focalizar o cuidado assistencial em saúde mental, na rede hospitalar, por um lado pelo prisma de um prestador público do SUS e, por outro, de um privado.

## Sobre a loucura

Antes, porém, é preciso deixar claro a forma como concebemos a doença mental:

1. Ela é uma experiência essencialmente humana, de sentido e de localização subjetiva com relação ao social. Está mais para um vírus de *software* do que um defeito de *hardware*. Não pode ser inscrita unicamente no registro da degenerescência ou da lesão patológica, seja ela genética ou biomolecular. Neste sentido, o que nos diferencia de um doente mental não é o grau de humanidade da experiência em si, mas sua qualidade específica. Desta forma, existe algo na loucura que rompe os limites da empatia. E isso não apenas por excesso ou deficiência das experiências ditas normais e compreensíveis seguindo o modelo do excesso ou deficiência de neurotransmissores.<sup>1</sup>
2. Ao mesmo tempo, afirmamos que a loucura nos é próxima, que ela é conhecida, que o louco não é um estranho a segregar e sim um próximo a localizar; que suas vivências, afetos, emoções, não nos são apenas estranhas, mas de alguma forma familiares. Esta perspectiva de proximidade com a doença mental, suas implicações de solidariedade e de disponibilidade interna não podem ser descartadas. O que está implicada aqui é a torção para um atendimento comunitário, assim como a crença de que o espaço social é lugar de ação decisiva sobre a loucura e que sua reformulação tem impacto terapêutico decisivo sobre o sofrimento mental, a partir de novas condições de instalação do sujeito na comunidade.

116

Ora, como dizer que a loucura é radicalmente incompreensível e ainda assim afirmar que o louco nos é familiar? Como dar conta do paradoxo? Isso é essencial para que a loucura não seja dissolvida em uma causalidade puramente social e, por outro lado, para que possamos contar com intervenções nos planos os mais variados, assim como com o impacto que ela causa nos grupos sociais, como ela incide na sociedade, e afastá-la do estigma e do preconceito, apoiando a luta contra sua exclusão, muitas vezes à exclusão hospitalar, como forma terapêutica.

Para nos safarmos deste paradoxo, contamos com Freud e seu conceito de “estranho”, definido como aquilo que rompe com a compreensão e que, no entanto, é necessariamente ligado àquilo que nos é mais íntimo (Freud, 1974, p. 309 e Vieira, 2000).

É o que Jacques Lacan, psiquiatra (1998), retomou com relação ao insano afirmando como limite interno da razão: “... longe da loucura ser um fato contingente das fragilidades de seu organismo, ela é a virtualidade permanente de uma falha aberta em sua essência” (p. 177). Limite interno deve ser entendido, aqui, como um ponto incompreensível que no entanto apresenta-se como fazendo parte da razão.

1. Seguimos aqui a operativa distinção proposta por Jaspers a partir de Dilthey, tão esvaziada pelos manuais estatísticos em vigor, entre compreender e explicar.

Não se trata de juntar alhos com bugalhos para, colocando tudo no mesmo saco, tirar da cartola a aceitação do paradoxo como solução mágica para o impasse. Trata-se de uma ferramenta clínica: onde houver certeza da ruptura, é ali mesmo que a humanidade pulsa mais claramente, e é exatamente ali que se encontrará alguma coisa que permita sair da pura e simples dualidade para recriar novas bases, uma nova narrativa para o sofrimento.

Vejamos se isto pode nos ser útil com relação a uma dificuldade concreta no campo da reforma psiquiátrica.

### **Público, privado e loucura**

O grande desafio da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) talvez seja o passado, e o lugar que damos a ele no presente. Queremos dizer com isso que além de reorientar o modelo assistencial, de ações centradas no hospital manicomial para uma atenção comunitária, visando um futuro melhor, temos que nos haver com algo em torno de vinte mil moradores de hospitais psiquiátricos que representam uma herança. Toda questão é saber como considerar esta herança.

Até então, temos acreditado que aos poucos iremos reduzindo esta população até sua extinção. Ocorre que parece termos chegado a um saldo bastante resistente à redução. São sujeitos que sobrevivem após trinta ou 35 anos de condições adversas, de desassistência, de descuido e de institucionalização quase bárbara. Um lugar onde as palavras se esvaziaram, as condutas se repetiram e o automático se instalou. Aquele estacionamento de gente sem esperança.

Além disso, temos que nos perguntar se eles são produto unicamente destas condições ou se – mesmo todas as condições satisfeitas e essa população reduzida a um mínimo, mesmo com todas as condições de existência minimamente humanizadas e satisfeitas – não haverá sempre alguns sujeitos que não se encaixam, que insistem como limite interno à razão em uma escala social.

Finalmente – e talvez isso só seja possível caso consideremos seriamente o que acabamos de afirmar – é preciso saber como, para estas pessoas, nos será possível, para além de tratamento de saúde, produzir vida. A realidade destes pacientes, seus rostos alterados pela loucura ou pelo que foi feito sobre a loucura, é um desafio concreto, palpável, a nos perscrutar com o olhar.

Vamos tomar dois exemplos de prestadores do SUS, um privado e um público.

A Casa de Saúde X é uma clínica de saúde privada que prestou serviços ao Sistema Único de Saúde por mais de quarenta anos e que no momento se encontra

descredenciada no Sistema, mas ainda conta com cerca de 880 pacientes internados. Temos, aqui, um perfil majoritário masculino, entre quarenta a sessenta anos, com tempo médio de permanência de trinta anos de internação psiquiátrica, primeiro grau incompleto, separados ou sem companheira, pais idosos, moradores da baixada fluminense com precárias condições socio econômicas.

Desde o ano de 2000 a Casa de Saúde X está sob ação cível do Ministério Público que determinou a remoção dos pacientes. Nessa ação são réus o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde e a própria clínica. A Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro retirou, ao longo destes quatro anos, em torno de seiscentos pacientes para suas casas ou para serviços residenciais terapêuticos como moradia, com participação em Centros de Atenção Psicossocial – CAPS nos seus municípios de origem como continuidade de tratamento. Em torno de 150 pacientes vieram a óbito dentro da própria clínica, um índice de mortalidade altíssimo que deixa visualizar a precária qualidade da assistência.

Trazemos aqui um *flash* de visita recente realizada pela Secretaria do Governo, há nove meses, nesta clínica de Saúde.<sup>2</sup>

118

... deve ser quatro horas da tarde, chegamos a um pavilhão mais distante, de mulheres, em cima do morro, todo fechado com portas de ferro. As mulheres estão pelo chão, tapete de gente, andamos pedindo licença para não pisar em ninguém, um chão de cimento, sem acabamento, molhado não se sabe de quê, vazamento, urina, sopa derramada. O cheiro é ruim. São pacientes com graves intercorrências neurológicas que as impedem de se locomover sem ajuda e há apenas um auxiliar de enfermagem para algo em torno de sessenta pacientes... Ouço um som de choro, surdo, ao longe e pergunto o que é. – “Ah! Hoje ela está agitada porque a mãe não veio vê-la, é assim!” ... Nenhum espanto, nenhuma urgência no relato, a naturalização da barbárie... Peço para me levarem à paciente. No corredor passamos por uma enfermaria com umas cinco mulheres, nuas, num estrado de inox vazado com furos, sem calcinhas, sem colchão, sem roupa de cama, tomando mamadeira... um líquido marrom, talvez arroz batido com feijão, conseguiam equilibrar a mamadeira nas mãos e alimentarem-se sozinhas... Chegamos no leito onde a moça chora baixinho... ela está nua como as outras, em cima do estrado de metal, abraça os joelhos, e se balança ritmicamente, bate com uma mão num olho, o outro está nitidamente com catarata... o auxiliar informa que ela perdeu a visão num olho e que está perdendo no outro, que há um colírio para se pingar neste olho que parece enxergar cada dia menos... Pergunto por que não tem colchão? “Porque ela pica”. E roupa de cama? “Porque ela rasga”. E calcinha?

2. Notas do Diário de Campo elaborado por Cristina Loyola em junho de 2004, à época Coordenadora Estadual de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

“Por que ela tira”. E camisola? “Porque ela rasga” ... Ao voltar vemos uma mulher em pé, o sangue de menstruação desce pelas pernas, há alguns coágulos no chão...” Há absorvente higiênico na clínica?” Não...

Tomemos agora um outro *flash*. Novembro de 2003, Casa de Saúde B, Estado do Rio de Janeiro, hospital sob intervenção do Estado há quatro anos e sob ação de Termo de Ajustamento de Conduta – TAC do MP. Nesta data, em torno de 160 pacientes, quatrocentos funcionários concursados pelo Estado (dez dentistas, quatro nutricionistas, psicólogas, TO, médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, todos dão um plantão semanal de 24 horas!?). A clientela é só de homens, com idade média de trinta a 45 anos, a maior parte sem registro civil, sem visitas, sem dentes. Um paciente é encontrado com miíase no lábio. É arredio ao contato, permanece vagando em torno dos pavilhões que fechamos, junta coisas do chão e coloca na boca. É um negro alto e muito forte, não se comunica verbalmente. No prontuário de internação hospitalar para cirurgia, registra-se que foi visto há uma semana pelo dentista, que suspendeu um tratamento dentário porque o paciente apresentava ferimento na boca. Ou seja, como o lábio ainda se apresenta antes dos dentes, é provável que o paciente não tenha sido realmente visto por ninguém. Ele não tinha “um ferimento na boca”, tinha miíase, quadro clínico claro e inesquecível para qualquer um. Além do mais não se desenvolve miíase em dois dias. Para resumir, este paciente teve que fazer amputação parcial do lábio inferior direito e hoje parece parcialmente adaptado a esta nova situação. Dito de outra forma, ele se alimenta e vez por outra pronuncia monossílabos. Paradoxalmente, o episódio de miíase teve efeito terapêutico sobre o paciente, talvez porque tenha passado a ser alvo de atenção, intenção e implicação, inéditos nos seus trinta anos de internação.

Buscando uma comparação entre público e privado, podemos listar alguns indicadores: 1) quanto aos pacientes: dentes, pele, medicação, intercorrência clínica, BK, roupas e calçados – péssimos; 2) hotelaria: estética, banheiros, camas/catres, roupas de cama, talheres e pratos – péssimos; 3) alimentação: qualidade e quantidade distintas; 4) profissionais: quantidade distinta; 5) a qualidade do contato e a implicação dos cuidadores é muito ruim nos dois casos; 6) a atualização profissional no prestador privado é da pior qualidade.

Que conclusões tirar? O que pensar do estado de desumanidade a que chegaram estes pacientes e sobretudo aqueles que deles cuidam? É impossível se manter em uma posição simplista do tipo: “isso é porque estão interessados apenas no lucro; quando os bons atores, os comprometidos com a coisa pública, entrarem em cena as coisas serão diferentes”.

### **Tentando objetivar o problema**

O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar Psiquiátrico – PNASHP – registrou para nós a impossibilidade de inocência. Somos a geração de quem vive no campo “psi”, pós-PNASH. Não nascemos depois do PNASH, mas vivemos suas informações, com todas as críticas que um sistema de avaliação pode despertar. Temos hoje números para atestar como são ruins nossos hospitais, de um modo geral. Não pode haver mais ensaios sobre a cegueira. E ainda, quando encontramos uma hotelaria razoável, nos defrontamos com o que se pode chamar de ambiente de “zoológico moderno”.<sup>3</sup> Os animais estão ali, o elefante está alimentado, o tigre dorme, mas a relação entre cuidadores e pacientes situa-se, na melhor das hipóteses, no plano das migalhas aos macacos.

O trabalho de assistência em saúde mental é, por excelência, um trabalho de mais-valia. Para ter qualidade, ele sempre apresenta um “sobretabalho” que pode ser situado sob a rubrica do transferencial, de uma transferência dirigida ao que a loucura pode nos ensinar sobre nós mesmos e que está para além do salário.

O que é mais gritante nos relatos acima? Certamente a ausência de sujeito. Os 860 pacientes internados no hospital privado andam quase nus, não carregam bolsas, restos de comida, colares, não usam roupas sobrepostas. Não há o que levar para além ou antes da própria pele. No entanto, há algo a assinalar que não se esgota com exigência de mais formação, mais humanidade.

Precisamos ultrapassar o horror. Além do horror, como mudarmos este estado de coisas por dentro e não apenas com intervenções externas? O primeiro passo é não pensá-lo como fruto do Outro a não ser que este outro seja interno em nós. Uma radical estranheza constitutiva.

Este talvez seja um meio de nos persuadirmos de que podemos não só ajudar e contribuir para mudarmos este estado de coisas, mas que temos algo a fazer para não produzir um novo passado.

### **Produzindo vida**

No plano da equipe de trabalho é preciso que ela não se transforme neste agente do horror banalizado, com uma resposta atenuadora para cada impossibilidade, onde toda desassistência é justificada pelo “fora de possibilidade terapêutica” dos pacientes. Esse hospício que impede que as pessoas cresçam,

3. Expressão dentre as muitas cunhadas por Cristina Loyola que dão tempero a este texto.

impede tanto o crescimento do doente quanto de quem cuida dele. Existe um constrangimento – constrangimento de desesperança –, um transtorno que nenhuma conduta medicamentosa pode resolver.

No plano dos pacientes é preciso “produzir vida”. Para situar o que entendemos com esta expressão, partamos da necessidade de construção de coerência entre duas grandes complexidades:

1. A complexidade das demandas de bem-estar e de sentido, expressas por qualquer ser humano que se encontre circunstancialmente vivendo às margens da cidade, às margens da comunidade, às margens dos direitos, à margem do acesso aos tratamentos, à margem da liberdade, impedido assim de viver autenticamente os desejos, os afetos e a expressão plena de suas próprias capacidades;
2. a complexidade das respostas promotoras de bem-estar e de sentido para que se possa rejeitar sempre a lógica da fragmentação e da simplificação e opor-se a qualquer separação artificial entre o social e o sanitário.

O ponto de cruzamento entre estas duas demandas é o que localizamos com o termo “sujeito” em seu sentido lacaniano: não no sentido de “homem”, “cidadão”, mas como ponto que retoma o intimamente estranho de Freud no plano da identidade. Em mim, há sempre algo estranho, que não consigo nomear, que não faz parte dos atributos por meio dos quais me nomeio e me reconheço. Esse é o feijão com arroz da psicanálise, que lida com um estranho dizer que insiste em meio aos ditos do analisante sem consistir em nenhum deles e que não pode ser imputado a alguém externo (Lacan, 1998, p. 514). Por essa razão, Lacan definirá o sujeito como subversivo, que por definição resiste à inclusão no campo da compreensão. É fenda sempre aberta no campo do ego, mas que, deixado de fora, confere ao ego a ilusão de totalidade que traz consigo todo o tipo de segregação (ibid., p. 807).

O que é válido para um indivíduo e seu ego, pode ser, com alguns ajustes, transportado para o coletivo. Devemos estabelecer instâncias de democracia e de transparência nos sistemas de tratamento sempre prontos a transformar-se, interrogar-se e legitimar-se reciprocamente para além da sua caracterização de pertinência ao serviço público ou privado. Devemos ainda valorizar a diferenciação e a criatividade das respostas nunca definitivas, nunca totalizantes, nunca derivadas de um só sujeito autocentrado, nunca “só sanitária” ou “só social”. Devemos, enfim, apostar que a melhor maneira de evitar essa totalização é abrir-se ao que incomoda, ao que se apresenta como resto segregado do dizer em uma fala, ou como apresentação de sujeito segregado de um coletivo. Isso não se concretiza em uma política da inclusão universal, de inspiração cristã inconfessa, mas em um lugar discursivo conferido ao resto como algo que pode eventualmente interpretar o coletivo.

### Um exemplo

Deixamos o discurso pleno de boas intenções, mas parco em realizações quando partimos de um ponto simples e concreto. Nosso ponto é o que chamaremos, a partir de Lacan (2003), de resposta do sujeito (p. 307). É preciso acolher a resposta do sujeito, aquele pequeno elemento que assinala a estranheza e irreduzibilidade de alguém com relação às suas determinações sociais, familiares etc. e que, no caso da loucura, encontra-se em ruptura com o coletivo. É sempre esta pequena porção de estranheza que só pode ser tornada ativa a partir de alguma reformulação do laço em que ela virá a se inserir. Este tipo de trabalho, de uma equipe em permanente estruturação e atenta ao sujeito, tem sido desenvolvido em diversas instituições européias a partir da leitura de Lacan por Jacques-Alain Miller, que se reúne sob o sintagma “prática feita por vários” *pratique a plusieurs* (Miller, 1999 e Di Ciaccia, 1999). Abaixo uma vinheta que busca traduzir este tipo de abordagem em uma experiência recente no Rio de Janeiro.<sup>4</sup>

122 O tratamento de P. A. inicia-se num tempo em que ele não saía da enfermaria e nada falava. Surpreendentemente, ele passa a falar a partir de uma atividade de grupo, onde os profissionais filmavam os pacientes e depois estes se viam. Desde então, a técnica de referência passa a ter uma relação privilegiada com ele. É neste período que ele começa a pintar. A equipe descreve este trabalho de pintura como bastante peculiar, pois além de fazer seus próprios trabalhos, P. A. costuma se “apropriar” de trabalhos alheios, assinando-os como se fossem seus. Esta é uma marca importante, pois este paciente afirma ser autor de diversas invenções universais, como o carro Gol, a tela de cristal líquido, entre outros. Afirma ainda que os outros estão patenteando suas invenções e que, por isso, muitos têm uma dívida com ele. Afirma também que não deseja mais morar no hospital, que gostaria de morar com sua mãe na Bahia. Segundo consta, a mãe o trouxe ainda jovem para o Rio de Janeiro, quando foi internado. Depois seguiu para a Bahia com uma filha e o deixou aqui. Os dois mantêm contato por telefone e a equipe

4. Trata-se de uma discussão clínica a partir de casos de sujeitos esquizofrênicos em internação de longa duração, sob a coordenação de Clema Rodrigues, com profissionais envolvidos no programa de moradias do *Instituto Nise da Silveira/RJ*. Este programa engloba a assistência de pacientes internados em enfermarias de longa permanência; uma pensão mista; uma casa de transição e duas residências terapêuticas propriamente ditas, fora do hospital. A vinheta em questão foi redigida por Laura Sarmiento (cf. Sarmiento, L. *As moradias assistidas e a psicanálise*, dissertação de mestrado do programa de pós-graduação em psicologia clínica da PUC-Rio – em redação).

se questiona se ele não deve ir para a Bahia de fato. Para a técnica de referência ele fala que veio para cá “porque os médicos o obturaram”. “Foi uma obturação difícil, foi preciso um especialista estrangeiro.” Fala também que na época em que morava com a mãe, esta não lhe dava nada e dava tudo para os santos. Afirma que o problema com a mãe é muito antigo.

A resposta de sujeito que pudemos localizar está não tanto na produção de pinturas quanto no trabalho de apropriação delas. A questão deste caso está na patente. Há todo um trabalho para que P. A. possa patentear o que é seu, ou seja, se reconhecer como dono de alguma coisa. A produção delirante permite-lhe assumir muitas coisas como dele, mas isso implica uma criação e recriação constante de temas sem fim e não o leva a uma estabilização sólida, que eventualmente permitisse a saída do hospital. O que ele está tentando com a psicóloga parece ser, justamente, tentar distinguir o que é dele ou não. Pelo que dirige a ela, indica que nela supõe um saber sobre isso. Neste sentido, seu quarto é um lugar especialmente cuidado e tratado com carinho por ele. É onde acumula objetos, por vezes “apropriados” de outros pacientes, que ali passam a estar em seus domínios e fazer parte de sua propriedade.

Toda questão passa a ser, então: “Como levar este pequeno microcosmo pessoal do hospital para a rua? A sugestão é legitimar o que de fato é dele. Não somente o dinheiro recebido por sua produção, mas aceitar alguma parceria com os autores das obras de que se apropriou. Uma idéia para este trabalho seria que a equipe que o acompanha, sugerisse que ele investisse em objetos para seu quarto, por exemplo. Afinal, o quarto é uma produção exclusivamente sua, uma realidade constituída por ele, tal como o quarto de Van Gogh.

### Concluindo

Em todo o mundo a loucura produz medo. O manejo desta emoção, esta dissimetria instaurada, pode, ou não, levar à barbárie dos profissionais. Em vez de anular a causa de medo da loucura trata-se de situá-la e manejá-la na equipe. Defendemos a idéia de que esta produção de efeito, o medo dos cuidadores em cuidar da loucura, pode ser discutida e significada como possibilidade de mudar e de produzir vida, onde antes havia naturalização da barbárie.

Isso é possível desde que se parta da materialização deste impossível de compreender da loucura. De sua irredutibilidade à causalidade social, genética etc., isso precisa ser vivenciado pelos cuidadores e localizado quase que em cada caso.

Acreditamos que a cidadania terapêutica seja possível em uma cidade-comunidade corajosa, que enfrenta os desafios da presença de um mundo

multiétnico, que reflete sobre vidas clandestinas, sobre as vidas dos sem-morada, sobre as vidas conduzidas por atalhos e marcadas pelo abuso do álcool e substâncias estupefacientes, sobre as vidas cortadas por uma solidão profunda. Bem como com vidas que invocam instâncias de justiça, da solidariedade inteligente, a esperança em um futuro possível e em um sentido para o existir que possa ser um sentido sempre revisto e compartilhado.

Que ela passe a pescar desejos, a enlaçar invenções, revelando uma beleza que não seja luxo supérfluo, mas produção coletiva onde se encontra e encanta o encanto de cada um.

### Referências

BOURDIEU, P.; CHAMBOREDON, J. C.; PASSERON, J. C. *El oficio de sociólogo*. Madrid: Siglo Veintiuno de España, 1975.

DI CIACCIA, A. Da fundação por um à prática feita por muitos. *Curinga*, Belo Horizonte: EBP, n. 13, 1999.

FREUD, S. O estranho. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XVII.

LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

MILLER, J.-A. Saúde mental e ordem pública. *Curinga*, Belo Horizonte: EBP, n. 13, 1999.

VIEIRA, M. A. A inquietante estranheza: do fenômeno à estrutura. Rio de Janeiro: EBP, *Latusa*, v. 4/5, 2000.

### Resumos

*Abordamos nuestra propia visión, muchas veces turbia, sobre la realidad de los hospitales psiquiátricos en Brasil. La misma se apoya en un discurso que por veces es ofuscado por el ideal de la deshospitalización. Visando una nueva realidad, se olvida que la clínica muchas veces es pesada y resistente y lastrea nuestras pretensiones con la presencia maciza de la imposibilidad. El análisis y la discusión fueron realizados a partir de dos registros de datos: notas de diario de campo tomadas por los autores cuando en función pública de gestión estatal de salud mental y dos casos de supervisión clínica en institución psiquiátrica pública municipal en Rio de Janeiro, todos los datos colectados en 2004. El análisis de las notas nos llevó a concluir que podemos contribuir para mudar el estado de cosas encontrados en los datos empíricos*

*y que tenemos algo que hacer para no producir el mismo pasado de los hospitales psiquiátricos. En el plano del equipo de profesionales es preciso que el mismo no se transforme en este agente de horror banalizado que restringe la esperanza. Entre lo público, lo privado y las imposibilidades de la locura, es preciso inventar a cada vez un modo de acoger la respuesta del sujeto, aquél pequeño elemento que señala la extrañeza y la irreductibilidad de cada uno y que, en el caso de la locura, se encuentra en ruptura con lo colectivo.*

**Palabras claves:** Psiquiatría, hospital psiquiátrico, reforma psiquiátrica

*Ce texte interroge notre regard sur la réalité des hôpitaux psychiatriques au Brésil. Parfois éblouit par le discours de la fin des asiles, on oublie souvent que la clinique est capable d'alourdir considérablement nos idéaux avec le poids de l'impossibilité. La discussion a été menée, d'une part à partir des notes du journal de champ d'un des auteurs, responsable de la Santé Mental du département do Rio de Janeiro. D'autre part elle a suivi l'expérience de discussion psychanalytique des cas d'internation de longue durée. On conclut qu'il est possible de changer la face des choses en prenant distance par rapport au passé des asiles et sans transformer nos soins en banalisation de l'horreur. Entre la publique, le privé et l'ineffable de la folie, il faut se débrouiller pour accueillir à chaque fois la réponse du sujet, toujours en rupture avec le collectif, et lui donner une place dans le social.*

**Mots clés:** Psychiatrie, hôpital psychiatrique, santé mentale

*We present our viewpoint, confusing though it may be, of the reality in psychiatric hospitals in Brazil. The approach is based on a discourse that is sometimes influenced by the ideal of de-hospitalization. In the search for a new reality, many forget that clinical work is often difficult and may even verge on the impossible. The analysis and discussion presented here were based on two sets of data, namely, notes from a field diary written by the authors when working as public employees in the coordination of mental health programs and on two cases of clinical supervision in a public municipal psychiatric hospital in Rio de Janeiro, Brazil, both of which occurred in 2004. The analysis of the notes led us to the conclusion that something can be done to effect changes in the current situation described in the notes, and that the past need not be repeated. It is important that health teams avoid becoming agents of the banalized terror that reduces hope. Between the public, the private and the ineffable of madness, the subject's response must be heard and accepted. This is the tiny element that reminds us of the uncanniness and irreducibility of someone who, in the case of madness, is separated from the collectivity.*

**Key words:** Psychiatry, psychiatric hospital, mental health care

Versão inicial recebida em agosto de 2005

Aprovado para publicação em dezembro de 2005