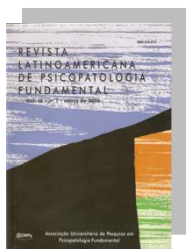


## **Prestadores de serviço no campo da saúde mental: o público, o privado e o inefável da loucura.**



[Clique aqui para ampliar](#)

Referência:

LOYOLA, C. ; VIEIRA, M. A. . Prestadores de serviço no campo da Saúde Mental. *Revista Latinoamericana de Psicología*, São Paulo, v. VII, 2004.

**Loyola, Cristina Maria Douat\***  
**Vieira, Marcus André\*\***

### **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 de da crença de que os fatos devem estar de acordo com as imagens que afloram em nossa língua (BOURDIEU et alli, 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>

---

\* Enfermeira. Professor Titular da Escola de Enfermagem Anna Nery. Pesquisador CNPq.

\*\* Psicanalista. Membro da Escola Brasileira de Psicanálise. Professor do Instituto de Clínica Psicanalítica do Rio de Janeiro e do Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

- 2) Ao mesmo tempo afirmamos que a loucura nos é próxima, que ela é conhecida, que o louco não é um estranho a segregar mas 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.

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, 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 safar 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: 309 e VIEIRA, 2000).

É o que Jacques Lacan, psiquiatra, 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” LACAN, 1998: 177). Limite interno aqui, deve ser entendido como um ponto incompreensível que no entanto apresenta-se como fazendo parte da razão.

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: ali 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.

Vejam os 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 20 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 resto bastante resistente à redução. São sujeitos que sobrevivem após 30 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 unicamente o produto destas condições ou se, mesmo todas as condições satisfeitas e essa população reduzida a um mínimo, mesmo com todas as condições de humanidades mínimas satisfeitas, se 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, são 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 40 anos e que no momento se encontra descredenciada no Sistema, mas ainda com cerca de 880 pacientes internados. Temos, aqui, um perfil majoritário masculino, entre 40 a 60 anos, com tempo médio de permanência de 30 anos de internação psiquiátrica, primeiro grau incompleto, separados ou sem companheira, pais idosos, moradores da baixada fluminense com precárias condições sócio-econômicas.

Desde o ano de 2000 a Casa de Saúde X está sob ação cível do Ministério Público que determinou a remoção dos pacientes. Neste 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 RJ retirou, ao longo destes quatro anos, em torno de 600 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 atrás, nesta clínica de Saúde.<sup>2</sup>

... devem ser 4 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 60 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? “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 4 anos e sob ação de Termo de

Ajustamento de Conduta –TAC do MP. Nesta data, em torno de 160 pacientes, 400 funcionários concursados pelo Estado (10 dentistas, 4 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 30 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 põe 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 atrás 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”, ele 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 30 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 de 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 ficar com 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 – PNASH P- 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 “sobre trabalho”, que pode-se situar 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, de 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, 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 na identidade. Em mim, há sempre algo estranho, que não consigo nomear, que não faz parte dos atributos através 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, J. 1998: 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 (LACAN, J. 1998: 807).

O que é válido para um indivíduo e seu ego, pode ser, com alguns ajustes, transportado para o coletivo. Devemos instalar 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 apresenta-se 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 se partimos de um ponto simples e concreto. Nosso ponto é o que chamaremos, a partir de Lacan, de resposta do sujeito (LACAN, 2003: 307). É preciso acolher a resposta do sujeito, aquele pequeno elemento que assinala a estranheza e irreducibilidade 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 reúnem sob o sintagma “prática feita por vários” *pratique a plusieurs* (MILLER, J. A. 1999 e DI CIACCIA, A 1999) Abaixo uma vinheta que busca traduzir este tipo de abordagem em uma experiência recente no Rio de Janeiro.<sup>4</sup>

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 RJ, quando foi internado. Depois seguiu para a Bahia com uma filha e o deixou aqui. Os dois mantêm contato por telefone e a equipe se questiona se ele não deve ir pra Bahia de fato. Para a técnica de referência ele fala que veio pra 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 PA possa patentear o que é seu, ou seja, de se reconhecer como dono de alguma coisa. A produção delirante permite que ele assuma muitas coisas como dele, mas isso implica em 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 que legitime-se 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 que 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 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.

## Bibliografia

- BOURDIEU P, CHAMBOREDON JC, PASSERON J. C. *El Oficio de sociologo*, Madrid, Siglo Veintiuno de España, 1975.
- DI CIACCIA, A. “Da fundação por Um à prática feita por muitos”, *Curinga n. 13*, Belo Horizonte, EBP, 1999.
- FREUD, S. “O estranho”, *Edição Standard Brasileira vol. XVII*, Rio de Janeiro, Imago, 1974.
- LACAN, J. *Escritos*, Rio de Janeiro, JZE, 1998.
- Outros Escritos*, Rio de Janeiro, JZE, 2003.
- MILLER, J. A. “Saúde mental e ordem pública” *Curinga n. 13*, Belo Horizonte, EBP, 1999.
- VIEIRA, M. A. “A Inquietante estranheza: do fenômeno à estrutura”, *Latusa vol. 4/5*, EBP-Rio, 2000.

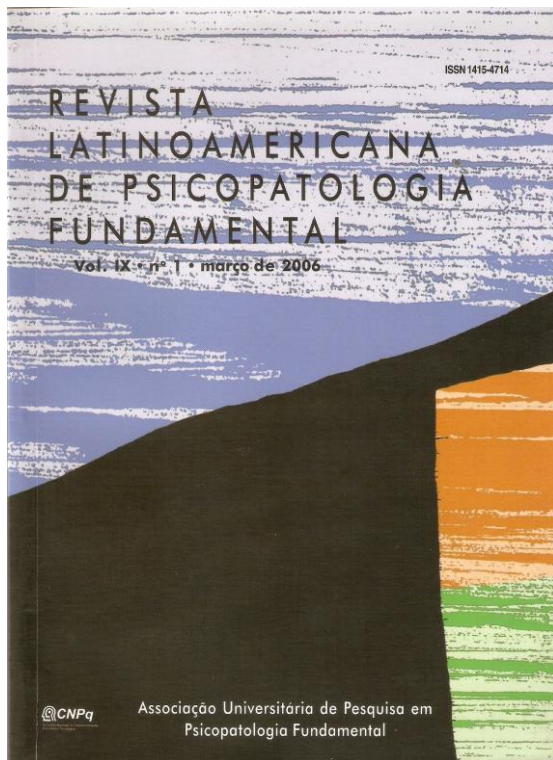
---

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

<sup>2</sup> 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.

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

<sup>4</sup> 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. SARMENTO, L. “As moradias assistidas e a psicanálise”, dissertação de mestrado do programa de pós-graduação em psicologia clínica da PUC-Rio - em redação).



ISSN 1415-4714

# REVISTA LATINOAMERICANA DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL

Vol. IX • n.º 1 • março de 2006



Associação Universitária de Pesquisa em  
Psicopatologia Fundamental

REVISTA  
LATINOAMERICANA  
DE PSICOPATOLOGIA  
FUNDAMENTAL  
ano IX, n.º 1, mar/2006

Copyright © by Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental  
Órgão oficial, trimestral, da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental, iniciado em março de 1998.

Official Journal of the University Association for Research in Fundamental Psychopathology, published quarterly since March of 1998.

Indexação (Index)

- www.pesquisa.com.br
- Index Psi Periódicos (BVS-Psi) - www.bvs-psi.org.br
- Base de dados LILACS/BIREME - Literatura Latino-Americana e do Caribe das Ciências da Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS e da Organização Mundial da Saúde - Nacional A
- PSICODOC: www.psicodoc.comadrid.org
- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid/UNESCO
- International Union of Psychological Science, IUPyS
- QUALIS - www.periodicos.capes.gov.br - Nacional A (Psicologia) Nacional B (Medicina II)

Consulte nossas páginas na internet (Check our sites):  
<http://www.psicopatologiafundamental.org>  
<http://www.fundamentalpsychopathology.org>

**Este número da Revista, recebeu apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, entidade governamental brasileira promotora do desenvolvimento científico e tecnológico.**

Catálogo na Fonte - Biblioteca Central - PUC-SP

Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, órgão oficial da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental... v.1 n.1 (1998)...

Trimestral  
ISSN 1415-4714

1. Psicologia - Periódicos I. Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental.

CDD 150.5

Impresso em Gráfica e Editora Vida e Consciência  
Printed in Gráfica e Editora Vida e Consciência

Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental  
Rua Tupi, 397 - 10º - cj. 104  
01233-001 São Paulo, SP - Brasil  
Telefax: 00 55 11 3661-6519  
E-mail: [psicopatologiafundamental@uol.com.br](mailto:psicopatologiafundamental@uol.com.br)

REVISTA  
LATINOAMERICANA  
DE PSICOPATOLOGIA  
FUNDAMENTAL  
ano IX, n.º 1, mar/2006

Saúde Mental (Mental health)

*Cristina Maria Douat Loyola e Marcus André Veira*  
Prestadores de serviço no campo da saúde mental: o público, o privado e o inefável da loucura ..... 114  
(Care-givers in the mental health field: public, private and the inescapability of madness)

Clássicos da Psicopatologia (Classics of Psychopathology)

*Sonia Maria Marchi de Carvalho e Pedro Henrique Mendes Amparo*  
Nise da Silveira: a mãe da humana-idade ..... 126  
(Nise da Silveira: the mother of "humanity")

*Nise da Silveira*

Retrospectiva de um trabalho vivido no Centro Psiquiátrico Pedro II do Rio de Janeiro ..... 138  
(Retrospective of an experience at the Pedro II Psychiatric Center in Rio de Janeiro)

História da Psiquiatria (The History of Psychiatry)

*Cristiana Facchinetti e Ana Teresa A. Venancio*  
Entre a psicanálise e a degenerescência: sexualidade e doença mental no início do século XX no Brasil ..... 151  
(Between psychoanalysis and degeneration: sexuality and mental health in early twentieth century Brazil)

*Henrique de Brito Belford Roxo*

Sexualidade e demência precoce ..... 162  
(Sexuality and dementia praecox)

Resenha de livros (Book reviews)

*Ana Maria G. R. Oda*  
Entradas e bandeiras nos campos psi ..... 173  
(Frontiersmen and frontierswomen in the psi fields)

*Mario Eduardo Costa Pereira*

Élisabeth Roudinesco revisita os filósofos da tempestade ..... 176  
(Élisabeth Roudinesco revisits the philosophers of the storm)

Autores deste número (Authors of this issue) ..... 180

Sumário dos números anteriores (Summary of past issues) ..... 184

Instruções aos autores (Instructions to authors) ..... 188