

O Hospital: Um espaço Terapêutico?

Maria Laurinda Ribeiro de Souza

O Hospital servia ao ocultamento do que a sociedade queria evitar. Hoje, tira do anonimato, implicando os que transitam nele com aquilo que não encontra continência no social.

L. O HOSPITAL - UM ESPAÇO TERAPEUTICO?

A princípio pode parecer que falar do Hospital enquanto instituição seria falar necessariamente da prática médica. Nem sempre foi assim, e este é um equívoco que cabe esclarecer. Os espaços hospitalares foram, antes de serem espaços de cura, espaços de acomodação - albergues para uma dada classe social (pobres, miseráveis, velhos, órfãos) ou para portadores de determinadas doenças (leprosos, portadores de doenças venéreas, loucos, tuberculosos). Esses locais funcionavam como espaços de assistência e exclusão, e neles o médico só entrou tardiamente. E entrou com o objetivo de

manter algumas condições sanitárias para que o mal não se espalhasse pelas cidades vizinhas - o Hospital era importante tanto para recolher esses personagens quanto para proteger as cidades dos perigos que eles representavam.

O gerenciamento dessas instituições era feito por religiosos, e algumas vezes por leigos, que as

Maria Laurinda Ribeiro de Souza

Psicanalista, Membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae.

Supervisora Clínica e Institucional na Rede Pública.

Texto reescrito a partir de uma conferência feita no Hospital Ipiranga, setembro de 1992.

mantinham a fim de que lhes fosse assegurada a salvação eterna. De um lado uma função mística, religiosa, salvadora; e de outro, um "morredouro", lugar para os desprovidos, pobres, sem recursos, dos que devem ser recolhidos (Foucault, 1981, p.102) - funções que ainda mantêm seus resquícios quando se fala da vocação médica, ou quando se fala da população atendida nos grandes hospitais públicos.

Segundo Foucault (1981, p.99), o hospital como espaço terapêutico é uma criação do século XVIII. A consciência de que pode ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780, e é marcada por uma nova prática - o hospital deixa de ser um simples espaço físico, o albergue, e passa a fazer parte de um acontecimento médico, que deve ser estudado como são estudados todos os elementos que compoem a verdade das doenças: investiga-se a disposição dos leitos, a proximidade dos doentes, a circulação das roupas, as trajetórias dos que neles habitam e dos que neles trabalham.

Essa mudança inicia-se com os hospitais marítimos e militares, e terá como finalidade diminuir os riscos de contágio, conter as desordens internas e preservar os interesses econômicos. Com o desenvolvimento mercantilista, tornava-se importante impedir o tráfico de mercadorias e de drogas, evitar o contágio das doenças que os marinheiros poderiam trazer para as cidades, e também manter saudáveis estes trabalhadores, nos quais se começava a investir para qualificar a mão-de-obra e capacitá-la a manejar equipamentos técnicos mais aprimorados. O mesmo acontece com os

exércitos, que a partir do século XVII tornam-se mais técnicos e mais caros, não podendo contar com simples desempregados para manejar seus instrumentos de guerra. Instaura-se um movimento de vigilância e controle sobre as condições em que vivem esses homens e sobre as condições de sua saúde - controle que define um novo poder político: a disciplina. O desenvolvimento da tecnologia e do controle sobre os homens serão as grandes invenções do século XVIII (Foucault, 1981, p.105). É nesse contexto que o hospital surge como espaço de cura - o terapêutico associado à característica disciplinar - con-

Segundo Foucault, o hospital como espaço terapêutico é uma criação do século XVIII. Deixa de ser um simples espaço físico, o albergue, e passa a fazer parte de um acontecimento médico.

trole sobre a circulação dos pacientes e sobre a rotina a que devem se submeter; regulamenta-se o espaço físico que cada um deve ocupar e as condições em que deve ser mantido. É do final do século XVIII a regulamentação de um paciente por leito e a extinção dos leitos coletivos - prática que atualmente voltamos a adotar, desenvolvendo, inclusive, outras técnicas mais especializadas, como o "leito-maca no corredor", "leito-chão" e, dependendo da forma de pagamento, o "leito pago embora inexistente".

Na prática disciplinar, todos

os gestos devem ser registrados; é preciso criar condições para que cada indivíduo seja julgado, medido, avaliado, e conseqüentemente manipulado (no sentido da cura e no sentido político) da melhor forma possível. Cada indivíduo é um objeto composto de diferentes características a serem bem avaliadas. Primado do controle, da objetividade e da individualidade. Individualidade, neste sentido, corresponde a um homem que pode ser objetivado. Isto será rompido com o advento da Psicanálise, no início do século XX, deslocando-se o acento da individualidade para a subjetividade.

No final do século XVIII, temos uma mudança que propõe que o "hospital-exclusão" deverá deixar de existir; doravante ele será um espaço de cura, e o médico não será mais um visitante ocasional; será o responsável pela sua organização. Em 1770, na França, surge um regulamento dizendo que o médico deve residir no hospital e pode ser chamado a qualquer hora para observar o que se passa. Institui-se, também, a rotina das visitas aos leitos e a tomada de poder pelo médico: os regulamentos designavam onde cada pessoa deveria ser colocada no horário da visita - o médico deveria ser anunciado com uma sineta, a enfermeira deveria estar com o caderno de anotações nas mãos, atrás deveriam vir os assistentes, os alunos, etc. É assim que no hospital torna-se obrigatória a presença do médico, e o hospital torna-se passagem obrigatória para a sua formação (Foucault, 1981, p. 109-111).

Antes disso, o grande médico era o da consulta privada, reconhecido pelas curas que já ha-

via realizado: a clínica fundamentava-se na “medicina classificatória”, que marcava aprioristicamente o olhar que o médico lançava aos doentes. A doença tinha uma evolução natural, e o doente deveria permanecer em seu meio familiar, para que nenhum novo fato viesse alterar o seu desenvolvimento espontâneo. O doente como indivíduo não era reconhecido a não ser por sua negatividade - era o que poderia criar complicações ao desenvolvimento da essência da doença.

É ainda Foucault que nos demarca dois grandes mitos, que se acentuam com a necessidade de combater as epidemias e com as mudanças políticas da Revolução Francesa: o de uma profissão médica nacionalizada, organizada à maneira do clero, e o de uma sociedade sem distúrbios e sem paixões, onde desapareceriam as doenças. Esses mitos deixam a sua marca na medicina - não interessa só classificar as doenças mas, antes, instaurar a saúde; conhecer as técnicas de cura, mas também o homem saudável - o homem-modelo. Não se falará mais da doença e da saúde, mas sim do normal e do patológico. O normal aproximar-se-á do que é entendido como natural, e, assim sendo, não é mais de um lugar natural que se precisa para tratar do patológico - a família poderia alterar, com seus cuidados, a doença. Precisa-se de um espaço neutro, asséptico, esterilizado. O hospital torna-se o lugar onde cada parte do corpo pode ser analisada. Interessa saber o que ocorre em cada órgão, não mais para simplesmente classificar, mas para ver, analisar - vigência da “medicina dos órgãos” e descoberta da anatomia patológica. O

olhar médico vai, a partir de então, apoiar-se no grande exemplo que advém do exame de um corpo morto (Foucault, 1980).

O final do século XVIII e o início do século XIX marcam também o surgimento das “doenças mentais”: cria-se o doente mental e cria-se o psiquiatra. Criam-se as ciências que tratarão do psíquico, embora sem diferenças quanto à forma como abordarão seu objeto de estudo - os asilos, o olhar que perscruta, descreve, analisa, cataloga o que se afasta da norma. “Esta possibilidade de dar-se a loucura como conhecida, e ao mesmo tempo dominada num único e mesmo ato de consciên-

O que se passa entre o médico e o doente não é para ser isolado, mas incluído, para que a cura se processe. A Psicanálise traz uma ruptura da dicotomia normal/patológico.

cia... está presente na experiência positivista da doença mental... A partir de então, a loucura não é mais uma coisa que se teme ou um tema indefinidamente renovado de ceticismo. Tornou-se objeto... Enquanto esta possibilidade não se tiver tornado impossível, numa nova liberação de saber, a loucura permanecerá prisioneira em sua era de positividade” (Foucault, 1991, p.456).

A Psicanálise trará uma forma diferente de abordagem da doença, provocando uma nova liberação de saber. O doente não é só um corpo que apresenta sintomas, mas é um sujeito que fala,

e, no falar, vai dando novo sentido à sua doença. O que se passa entre o médico e o doente não é algo que é preciso **isolar** para não perturbar o tratamento, mas algo que precisa necessariamente ser **incluído** para que a cura se processe. Rompe-se a dicotomia normal/patológico; não há normas, mas singularidades.

As críticas às instituições psiquiátricas, como lugares totalitários onde se cronificam as doenças, vão permitir que se analise também o modo de funcionamento de outras instituições, e que se rediscutam os lugares de poder. Inicia-se um movimento de reaproximação entre as disciplinas que tratam do psíquico e a medicina geral.

É a partir da Segunda Guerra Mundial que, nos E.U.A., começam-se a tratar os pacientes com neurose de guerra dentro dos Hospitais Gerais. Percebia-se que, ao lado do sofrimento físico, havia um sofrimento psíquico que não se poderia desconsiderar e pelo qual a sociedade se sentia responsabilizada. O desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas, novos medicamentos, tratamentos mais especializados, fazem também com que no Hospital Geral se evidenciem distúrbios emocionais e resistências à cura, que solicitam do médico, dos que acompanham o doente e da organização institucional uma nova abordagem terapêutica. Ao “olhar médico” terão que se juntar outros conhecimentos que possam auxiliar na compreensão do que se passa e criar melhores condições para a cura. Outros profissionais são chamados a atuar no hospital, “fala-se” de um trabalho em equipe e da necessidade de haver um espaço onde se possam

elaborar estas experiências. Proposta difícil de concretizar, pois, na mesma medida em que a equipe pode ser um espaço de troca e de ajuda mútua, é também palco de brigas pessoais e de rivalidades corporativistas. Pode trazer conforto e continência, mas também traz ansiedades e conflitos. Talvez possa ajudar sugerir que as rivalidades que vemos nas equipes de trabalho têm algo a ver com a forma como se organiza a instituição e como se distribuem os poderes dentro dela - organização que em geral espelha a organização social mais ampla.

O que cabe destacar é que as respostas institucionais às diferentes concepções de doença que as justificam são, como nos mostra Foucault, construções históricas: não são naturalmente dadas. Por serem construções históricas, são passíveis de transformações.

No hospital que temos hoje, o discurso hegemônico é o do médico: é isso que é da ordem do instituído e que confere identidade à instituição. Se outras disciplinas são chamadas a atuar no espaço hospitalar, elas se inscrevem no registro ditado pelo saber médico; é preciso manter assepsia, impedir o risco de contaminação. Os outros profissionais podem atuar, desde que tratem de "purificar" o doente daquilo que impede o médico de exercer adequadamente a sua função. Se um paciente chora, se deprime, fala muito, precisa de um psicólogo; se tem dificuldades econômicas, não tem onde morar quando sair do hospital, precisa de um assistente social; se provoca atritos porque não tem o que fazer, precisa de uma terapeuta ocupacional...

A imagem do **Panopticon** parece-me perfeita para descrever essa situação, se no centro dessa construção colocarmos o médico, e em cada janela profissionais de outras disciplinas, que se remetem a esta figura central e por ela são referidos. Imagem que evidentemente não permite a circulação do poder, e põe em relevo a observação da disciplina.

Mas, como todo instituído tem também suas lacunas, a entrada de outros discursos, seja o do sujeito que tem um corpo doente, seja o de outros profissionais, vai criar alguns impasses nesse discurso hegemônico. Os profissionais, apesar do discurso

A entrada de outros discursos, seja do sujeito que tem um corpo doente, seja de outros profissionais, cria impasses no discurso médico hegemônico.

de assepsia, não ficarão imunes às transferências que se estabelecerão com seus pacientes, às realidades psíquicas e sociais com que são confrontados, e poderão instrumentar seu saber ou seu desconhecimento em direção à cura ou em direção à morte, dependendo daquilo que puderem reconhecer e elaborar nesse processo. É no palco desses impasses que surge a possibilidade de um grupo de trabalho - continente para viver e para pensar as questões que não encontram respostas.

Se a análise esboçada até aqui também nos permite concluir que

as instituições hospitalares têm sido utilizadas como receptáculo de demandas sociais, como local de ocultamento de questões que não são médicas - e no Brasil as instituições de saúde tiveram um grande crescimento a partir da década de 70, época de grande empobrecimento do povo brasileiro - não poderíamos também desejar que estas instituições pudessem, a partir dessa compreensão, tentar desfazer esse falso enlace, ampliando desta forma suas possibilidades terapêuticas?

Façamos agora um deslocamento destas questões para a história de um atendimento dentro de um Hospital Geral. Trata-se de uma situação extremamente trágica, e, por isto mesmo, por ser extrema, pode explicitar com maior clareza gestos e contradições que às vezes não se percebem em situações mais cotidianas. Será preciso que criemos um certo distanciamento para não ficarmos no impacto que a história nos traz.

1º momento Chego ao hospital numa segunda-feira. A entrada é pelo P. S., que está lotado; mas, nesse dia, com um "burburinho" diferente. Entro na sala da equipe médica e me perguntam se já soube dos casos que foram internados - uma mulher que tentara matar seus três filhos. As crianças também estavam no hospital. Imediatamente me lembro da peça *Agota d'água* - adaptação da *Medéia* de Eurípedes, feita por Chico Buarque e Paulo Pontes. No mito, Jasão casa-se com *Medéia* e tem com ela dois filhos. Mais tarde foge com a filha de Creonte; *Medéia*, por vingança, provoca a morte da noiva e mata os dois filhos, preparando com eles uma comida que serve a

Jasão. Na peça, a tragédia é representada numa favela, Jasão é um sambista e Medéia é uma mulher trabalhadora e sofredora. Lembrar-me da peça talvez já fosse uma forma de me preparar para lidar com esta tragédia real. Não é esta uma das funções dos mitos?

2º momento A Mulher, mãe destas crianças, estava internada na sala de emergência e tentara se matar ingerindo soda cáustica. O pedido para atendimento psicológico, no entanto, me vem da UTI de Pediatria - queriam que eu acompanhasse a filha de 9 anos que sobrevivera. Os outros filhos, dois meninos de 6 e 5 anos, chegaram mortos no hospital. Na entrada da UTI encontro o chefe da Pediatria, que diz que seria bom se eu, além de ver a criança, pudesse ir até a Emergência para acalmar a equipe, tão revoltada que parecia querer matar essa mulher.

3º momento Atendi esta criança na UTI, e, quando teve alta, na Pediatria. A Mãe, vi-a uma vez na Emergência e depois acompanhei-a na UTI. Uma psiquiatra acompanhou também esta mulher, que estava extremamente desesperada e perseguida. Atendi a família, o marido e os vizinhos. Ela morreu duas semanas depois da internação; a criança sobreviveu e teve alta, depois de mais ou menos um mês de internação; foi morar com a avó numa cidade do interior. Não soube mais nada de sua evolução.

4º momento Esta mulher vivia bem com seu marido e seus filhos, até que este começou a abandonar a casa para ficar com

outra mulher. Ameaçou levar os filhos com ele, e a mulher ficou muito perturbada. Um mês antes da tragédia havia feito uma consulta com um psiquiatra, porque estava com medo de se matar. As brigas com o marido tornaram-se violentas, acontecendo dela ser espancada pelo marido no meio da rua. Os vizinhos diziam que nunca interferiram, porque sendo ele um policial ficavam com medo de se intrometer. Além disso, eram "brigas de casal"! Achavam que havia coisas de Umbanda acontecendo... (relato sintetizado a partir das falas desta mulher, de seus familiares e de seus vizinhos).

**Hélio Pellegrino,
retomando a análise do
mito de Édipo, ressalta
o amor como condição
necessária e suficiente
para a liberdade.**

*Para não ser trapo nem lixo;
nem sombra, objeto, nada,
ser esta besta danada.*

*Me arrasto, berro, me xingo
me mordo, babo, me mato,
me mato, mato e me vingo,
me vingo, me mato e mato"*

(fala de Joana na peça "A gota d'água")

Nesse estado de pobreza absoluta, de lugar de detrito, de pobreza de amor e de reconhecimento, de falta de solidariedade, esta mulher não tem como se manter no mundo da humanização: fica entregue ao ódio, à violência, ao furor assassino.

Quando Hélio Pellegrino re-

toma a análise do mito de Édipo, no texto "Édipo e a Paixão", nos diz que este não ficou preso aos pais de Corinto, que o amaram, e ressalta que o amor é condição necessária e suficiente para a liberdade; ficou, no entanto, amarrado aos pais de Tebas, que o rejeitaram e condenaram à morte, agindo como delegados do Oráculo. E a este ódio regressará. Desta análise, Pellegrino retirará também conclusões sobre o processo de humanização, sobre o reconhecimento da lei da cultura e das leis sociais, e afirmará no texto "Pacto Edípico e Pacto Social" que a "má integração da Lei da Cultura, por conflitos familiares não resolvidos, pode gerar conduta anti-social; mas uma patologia social pode também ameaçar, ou mesmo quebrar o pacto com a Lei do Pai". "A sociedade só pode ser respeitada e preservada na medida em que respeita e preserva. O pobre absoluto não tem por que manter o pacto social com uma sociedade que o reduz à condição de detrito" (Pellegrino, 1987, p.202). Hélio Pellegrino refere-se nesse texto a condições extremamente penosas e depreciativas, a condições de trabalho aviltantes e exploradoras. Não pretendo aqui generalizar sua análise para este tipo de tragédia, mas não caberia pensar que sua ocorrência esporádica tem a ver com um contexto social pouco solidário e amoroso? Ou se outras formas menos trágicas na concretude de seus atos não são, dentro das instituições, expressões de que se rompeu a possibilidade de acolhimento, de garantia amorosa, e se instalou a lei de Talião - o rompimento ou inexistência de garantia amorosa conduzindo a expulsões, a "mortes cruéis", ao "assassina-

to” dos filhos-projetos que se podem produzir em conjunto?

5º momento Ao marido era muito difícil ir ao hospital. Estava muito abalado; aproximou-se um pouco mais porque a equipe insistiu no pedido de que ele ajudasse a filha a sair do hospital. Não se sentia em condições de ficar com ela, e acabamos decidindo que morar com a avó era a melhor opção neste momento para a criança. O tema que se desenvolve é a violência - violência de uns e passividade dos outros. Violência que surge na história da relação do casal, no ato psicótico desta mulher, e violência que se manifestará no atendimento institucional. Violência que por se achar diluída, anônima, inimputável no cotidiano, precisará de grandes tragédias para que acordemos e nos impliquemos com a sua existência.

São feitas muitas discussões, para que a equipe encontre uma forma de trabalho que inclua a possibilidade de ver o desespero desta mulher, e escape da retaliação.

Ela diz-se a todo momento ameaçada de morte: ela própria tenta se matar com o lençol. Está num delírio paranóide, mas a realidade lhe dá indícios de confirmação. A medicação demora a fazer efeito. Ela não fala, mas escreve ansiosamente e com muita dificuldade quando fico com ela - toma-me como alguém em quem pode confiar. Mas também a mim é muito difícil conter sua angústia.

Um dia chego à UTI e ela está desesperada - mostra-me que o respirador está desligado. No meio da sala está um médico. Pergunto-lhe o que está acontecendo e ele me diz que desligou o

aparelho só por um instante, para limpá-lo. Pergunto-lhe por que não avisou a paciente; ele parece não entender o significado e as conseqüências do seu gesto - o que me surpreende. Falo-lhe do que se passa com esta mulher.

Há momentos em que a equipe reproduz, transferencialmente, os conflitos presentes na situação - uns acolhem, outros agridem. Se não houver um espaço coletivo de troca, de solidariedade, uns encarnarão o bem, o outros ficarão depositários do mal. Se isto se enrijecer, todos os acontecimentos se inscreverão no registro da paranóia, e estarão minadas as possibilidades de novas constru-

O trabalho em equipe não significa que todos façam tudo ou saibam tudo; cada profissional tem um lugar na realização do processo de cura.

ções. Se em alguns momentos é o psicólogo quem dirige o processo de cura, ou quem coordena determinado projeto, em outras demandas a especificidade da tarefa caberá a outros profissionais. O trabalho em equipe não significa que todos façam tudo ou que todos devam saber de tudo; a idéia de equipe remete antes a um campo de acolhimento, de subjetivação, em que cada profissional tem um lugar na realização do processo de cura, seja através da intervenção direta, seja pela continência do outro nas angústias e dificuldades de sua prática, seja, enfim, no empenho para que

a instituição possa ser de fato um espaço terapêutico.

Na situação que ora relato, a possibilidade de acolhimento estava constantemente ameaçada. Uma mãe que mata seus filhos traz para o concreto fantasias irreconhecíveis. Ela própria não pôde suportar os efeitos de seu gesto, mas a equipe não pôde ajudá-la; os espaços de acolhimento foram insuficientes. O cruel é que nas instituições públicas vemos muito destas concretizações de violência - atuações sádicas que paralisam as equipes, ou que podem também gerar a mesma resposta por parte dos profissionais; uma mãe que mata é uma mãe que pode ser morta. Situações de terror que nos remetem a fantasias muito primitivas, que nos tiram da garantia de que uma mãe não possa ter para com seus filhos hostilidades muito profundas, e de que um filho não possa querer matar sua mãe. Impossibilidade de reconhecimento de que há ódio na mãe e ódio para com a mãe.

6º momento A criança sai da UTI; na Pediatria, desenvolve um sintoma fóbico - não consegue mais tomar o elevador - e começa a falar como um bebezinho. Começamos a discutir que esta criança precisa falar e saber o que aconteceu com sua mãe e os irmãos. O pai diz que não pode falar disso, mas acaba concordando em que falemos juntos. Antes disso faço um atendimento com esta menina, em que ela fez o desenho de três porquinhos sobre os quais cai uma forte chuva. Imediatamente vejo no desenho a cena do ataque materno, e lhe digo que isto se parece com o que aconteceu a ela e aos irmãos. Ela pára de desenhar e diz que quer ir

para a cama, que está com muita dor de cabeça. Eu lhe digo que isto deve lhe dar mesmo muita dor de cabeça; que é uma coisa muito dolorosa. E levo-a para a cama.

No dia combinado o pai não vem. Atendo a menina. Temos uma sala de recreação, e é lá que falo com ela, quando julgo oportuno. Em dado momento ela me pergunta sobre os irmãos e eu lhe digo o que sei. Ela me diz que a mãe não lhes queria mal, que gostava deles e que fez isso porque ficou louca. Neste momento tenho certeza de que ela tem razão. Em seguida ela chora muito, senta-se no meu colo e me diz que às vezes brigava com os irmãos, tinha ciúmes deles, mas não queria que eles morressem. Eu posso lhe dizer que ela não tem culpa do que aconteceu, que os irmãos têm ciúmes uns dos outros. Ela até tentou salvá-los quando foi pedir ajuda. Foi como ela mesmo disse - a mãe gostava deles, mas enlouqueceu.

Quando saímos da sala esta menina vai para o elevador e diz-me que quer ir até a UTI, encontrar as pessoas que cuidaram dela. Entra no elevador, brinca com os botões, e no caminho diz-me que não pode chorar porque as pessoas querem vê-la feliz. Eu lhe digo que não - que ela pode chorar, que as pessoas sabem o que lhe aconteceu, e vão entender se ela quiser chorar. Desapareceu o sintoma fóbico e a criança recuperou sua fala.

A fala desta criança remete ao ato de que não se queria falar e às fantasias que ela própria tinha com relação à morte dos irmãos. Penso que, quando esta criança afirma "minha mãe nos amava mas fez isso (um ato de horror)

porque enlouqueceu", consegue manter a possibilidade de sobrevivência psíquica porque pode reconhecer uma mãe amorosa - para o furor assassino era necessária a explicação da loucura. E, quando pede para ir até a UTI ver as pessoas que cuidaram dela, faz um movimento de reafirmação do registro de cuidado, de um registro de amor. Mas, quando no corredor me pergunta se tem que se mostrar feliz, não estará apontando para o fato que há algo nesta história que é da ordem do irreconhecível, do indizível, algo de que a equipe queria se distanciar; não está dizendo: "posso chorar"? "Vão entender meu choro"? "Posso falar de minhas fantasias"? "Acolher-me-ão assim mesmo"? Não é sobre a possibilidade de amor que nos indaga esta criança? Amor que possa garantir a sobrevivência apesar da existência de ódios muito violentos; apesar da loucura materna.

Mas não é à análise desta tragédia que eu me propunha e nem à elucidação dos significados de cada momento deste atendimento. Queria antes falar do que também se vive num hospital, de como esses extremos colocam em xeque a idéia de assepsia e neutralidade, de como ele pode ser um espaço onde o anonimato da miséria e da violência torna-se impossível. Não é só um doente ou uma doença que entra no hospital; entram junto com eles suas marcas históricas, suas vivências amorosas, e é com isso que a equipe tem que se haver. Por acolher essas realidades, o hospital destaca-se, fá-las saltar aos olhos, implica seus agentes em algum processo de mudança.

Se antes o hospital servia para esconder aos olhos da cida-

de o que ela queria evitar, hoje o hospital (e também outras instituições) poderia ser pensado como uma tela que destaca, que nega o ocultamento, que singulariza, que tira do anonimato. Poderia deixar realmente de ser um depósito-albergue, ou só um lugar de pesquisa, e ser um espaço de acolhimento, de tratamento, um espaço terapêutico que tenha ressonâncias tanto interna como externamente - no sentido de implicar os que transitam na instituição com aquilo que não encontra continência no social. É portanto como lugar de atualização dos impasses políticos e sociais, mas também como palco de circulação de discursos amorosos, que se pode pensar no hospital como produtor de efeitos terapêuticos.

Referências bibliográficas

1. Buarque, Chico e Paulo Pontes: *Gota d'água*, Rio de Janeiro, Editora Civilização Brasileira, 1975.
2. Foucault, Michel: *História da loucura*, São Paulo, Editora Perspectiva, 1991.
3. Foucault, Michel: *O Nascimento da Clínica*, Rio de Janeiro, Editora Forense-Universitária, 1980.
4. Foucault, Michel: *Microfísica do Poder*, Rio de Janeiro, Edições Graal, 1982.
5. Luchina, I.: *La Interconsulta Médico-Psicológica en el Marco Hospitalario*, Buenos Aires, Ediciones Nueva Vision, 1971.
6. Pellegrino, Hélio: "Édipo e a Paixão", in *Os Sentidos da Paixão*, São Paulo, Funarte/Companhia das Letras, 1986.
7. Pellegrino, Hélio: "Pacto Edípico e Pacto Social" in *Grupo sobre Grupo*, São Paulo, Editora Rocco, 1987.
8. Stein, Conrad: *As Erinias de uma Mãe - ensaio sobre o ódio*, São Paulo, Editora Escuta, 1988.