

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

RAFAEL GUIMARÃES FERREIRA LAZARI

HISTÓRIAS DA LOUCURA: Percursos da Atenção Psicossocial no Hospital Psiquiátrico de
Jurujuba.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Ribeiro Tenório
Co-orientador: Prof. Dr. Cristiana Facchinetti

RIO DE JANEIRO
2018

Rafael Guimarães Ferreira Lazari

HISTÓRIAS DA LOUCURA: Percursos da Atenção Psicossocial no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba.

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: Atenção Psicossocial.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Ribeiro Tenório
Co-orientador: Prof. Dr. Cristiana Facchinetti

Rio de Janeiro
2018

Lazari, Rafael Guimarães Ferreira

Histórias da Loucura: Percursos da Atenção Psicossocial no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba / Rafael Guimarães Ferreira Lazari. – Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2018.

x, 254f.: il.; 31cm.

Orientadores: Fernando Ribeiro Tenório
Cristiana Facchinetti

Dissertação (Mestrado) – UFRJ / Instituto de Psiquiatria / Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial, 2018.

Referências Bibliográficas: f. 133-139.

1. Loucura. 2. História. 3. Psiquiatria. 4. Atenção Psicossocial. 5. Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. 6. Memória. I. Tenório, Fernando Ribeiro; Facchinetti, Cristiana. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial. III. Histórias da Loucura: Percursos da Atenção Psicossocial no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba.

HISTÓRIAS DA LOUCURA: Percursos da Atenção Psicossocial no Hospital Psiquiátrico de
Jurujuba

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: Atenção Psicossocial.

Aprovada por:

Prof. Fernando Ribeiro Tenório – Orientador

Universidade Federal do Rio de Janeiro - Instituto de Psiquiatria, Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial; Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Prof. Cristiana Facchinetti – Co-orientadora

Universidade Federal do Rio de Janeiro - Instituto de Psiquiatria, Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial; Fundação Oswaldo Cruz, Programa de Pós Graduação em História das Ciências e da Saúde.

Prof. Maria Tavares Cavalcanti

Universidade Federal do Rio de Janeiro - Instituto de Psiquiatria, Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial.

Prof. Yonissa Marmitt Wadi

Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Programa de Pós-Graduação em História.

HISTÓRIAS DA LOUCURA: PERCURSOS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE JURUJUBA

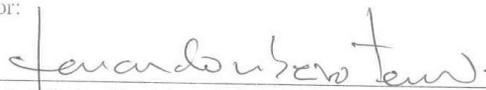
Autor: Rafael Guimarães Ferreira Lazari

Orientador: Fernando Ribeiro Tenório

Co-orientadora: Cristiana Facchinetti

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Mestrado Profissional em
Atenção Psicossocial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de
Janeiro – UFRJ como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre.

Aprovada por:



Prof. Fernando Ribeiro Tenório – Orientador

Universidade Federal do Rio de Janeiro - Instituto de Psiquiatria, Programa de Mestrado
Profissional em Atenção Psicossocial; Pontifícia Universidade Católica do Rio de
Janeiro.



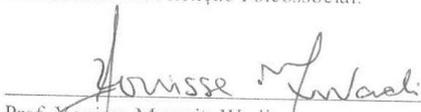
Prof. Cristiana Facchinetti – Co-orientadora

Universidade Federal do Rio de Janeiro - Instituto de Psiquiatria, Programa de Mestrado
Profissional em Atenção Psicossocial; Fundação Oswaldo Cruz, Programa de Pós
Graduação em História das Ciências e da Saúde.



Prof. Maria Tavares Cavalcanti

Universidade Federal do Rio de Janeiro - Instituto de Psiquiatria, Programa de Mestrado
Profissional em Atenção Psicossocial.



Prof. Yonissa Marmitt Wadi

Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Programa de Pós-Graduação em História.

Rio de Janeiro
Abril de 2018

AGRADECIMENTOS

A Fernando Ribeiro Tenório e Cristiana Facchinetti pela generosidade com a qual acolheram meu interesse e minhas dificuldades. Por me orientarem com ternura e precisão.

A Maria Tavares Cavalcanti pela força de seu ensino e pela contribuição certa no exame de qualificação.

A Yonissa Marmitt Wadi pela disponibilidade e por sua escuta sempre tão atenta aos que contam histórias da loucura e de suas instituições.

Ao IPUB, especialmente aos parceiros de turma e aos professores Octavio Serpa Jr, Julio Vertzman, Pedro Gabriel Delgado e Ana Cristina Figueiredo. Ao Programa de Pós Graduação em História das Ciências e da Saúde COC/FIOCRUZ por me receberem tão bem em aulas e orientações coletivas.

A Oirã Ferrer e Barbara Hauret pela gentileza e interesse na produção das entrevistas.

A Livia Lainetti por sempre ser a maior e mais gentil companheira.

Aos meus pais, Rene e Maria, por tudo.

Aos mestres Raldo Bonifácio Costa Filho e Eduardo de Carvalho Rocha.

A Jacinto dos Santos, Maritelmá Vieira, Percília Ana Pinto, Denilson Santos, Sebastião Medeiros, Vanessa Gomes Pereira e João Paulo Garcia.

A André Marcel Soares por tantas vezes ter desativado a bomba dos nazistas, e por me fazer ouvir convictamente suas incontáveis origens e destinos.

RESUMO

Ao constituir uma narrativa sobre a história do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (Niterói/RJ), o presente trabalho busca contribuir com os estudos sobre a reforma psiquiátrica contemporânea. Pretende-se, aqui, sustentar a necessidade de investigação de experiências locais e singulares como modo de compreensão do complexo processo de mudanças institucionais, assistenciais e culturais em torno da loucura em curso há cerca de 30 anos no Brasil. Ao entrevistar atores da experiência de Niterói, a presente dissertação reservou às vozes de profissionais e pacientes, em reconstituição de seus percursos, o lugar de fontes de pesquisa. Fontes orais que, postas em interlocução com a imprensa escrita e artigos de registros de trabalho de tempos diversos, moldaram esta narrativa como uma memória coletiva que, na atualidade, apresenta representações da loucura e podem nos servir como instrumentos de luta (na História e na Clínica) por uma ética da atenção psicossocial.

Palavras chave: Loucura; História; Psiquiatria; Atenção Psicossocial; Hospital Psiquiátrico de Jurujuba; Memória.

ABSTRACT

By constituting a narrative about the History of Jurujuba Psychiatric Hospital (Niterói/RJ), the present dissertation seeks to contribute to the studies on contemporary psychiatric reform. The aim is to support the need to investigate local and singular experiences as a way to understand the complex process of institutional, assistance and cultural changes around madness that has been going on in Brazil for about 30 years. By interviewing subjects from Niterói experience, the present study reserved professionals and patients voices, in reconstitution of their paths, the place of research sources. Oral sources in interlocution with written press and articles of work records, from different times, shaped this narrative as a collective memory that, today, presents representations of madness and can serve us as fighting instruments (in History and in Clinic) for an ethic of psychosocial attention.

Keywords: Madness; History; Psychiatry; Psychosocial Attention; Jurujuba Psychiatric Hospital; Memory.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Jornal O Fluminense.....	53
Figura 2 – Jornal O Fluminense.....	65
Figura 3 – Mapa da rede de atenção psicossocial de Niterói	146
Figura 4 - Trecho da fachada atual do HPJ após demolição de parte de sua estrutura.	147

LISTA DE ABREVIACÕES

ABP: Associação Brasileira de Psiquiatria

AIS: Ações Integradas em Saúde

ARENA: Aliança Renovadora Nacional (partido político de sustentação da Ditadura Militar)

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CAPSI: Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

CAPS AD: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CEAP/HPJ: Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Profissional/Hospital Psiquiátrico de Jurujuba

CEL\PN: Comitê Executivo Local do Projeto Niterói

CONASP: Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária

CPN: Centro Previdenciário de Niterói (atual Hospital Municipal Carlos Tortelly)

CSAN: Casa de Saúde Alfredo Neves

CSM: Coordenação de Saúde Mental

CT's: Comunidades Terapêuticas

DEP: Divisão de Ensino e Pesquisa (responsável pelas práticas de ensino na Rede de Atenção Psicossocial de Niterói, situada no segundo pavimento do HPJ)

DINSAM: Divisão Nacional de Saúde Mental

FFM: Faculdade Fluminense de Medicina

FMS: Fundação Municipal de Saúde

HMCT: Hospital Municipal Carlos Tortelly

HPJ: Hospital Psiquiátrico de Jurujuba

IFB: Instituto Franco Basaglia

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS: Instituto Nacional de Previdência Social

INSS: Instituto Nacional de Seguridade Social

MTSM: Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS: Núcleo de Atenção Psicossocial

PMN: Prefeitura Municipal de Niterói

SAD/HPJ: Serviço de Álcool e Drogas / Hospital Psiquiátrico de Jurujuba

SRI/HPJ: Serviço de Recepção e Intercorrências / Hospital Psiquiátrico de Jurujuba

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

SNDM: Serviço Nacional de Doenças Mentais

UFF: Universidade Federal Fluminense

UMS: Unidade Municipal de Saúde

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial de Niterói

RPA: Recibo de Profissional Autônomo

RT: Residência Terapêutica

UAI: Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS, REVISÃO HISTORIOGRÁFICA E INDICAÇÃO DAS FONTES DE PESQUISA.	18
1.1 POR QUE FAZER HISTÓRIA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL? UMA REVISÃO HISTORIOGRÁFICA.	18
1.2 A LOUCURA COMO OBJETO DA HISTÓRIA: POLOS HISTORIOGRÁFICOS.	21
1.3 O CENÁRIO BRASILEIRO	24
1.4 TEMPO PRESENTE	28
1.5 HISTÓRIA CULTURAL E HISTÓRIA ORAL.	30
1.6 PALAVRA FILMADA E VERDADE DA FILMAGEM	33
1.7 OS ENTREVISTADOS	35
Prólogo: Memória e presença do passado	38
2. O HPJ COMO PARTE DE UM PROJETO NACIONAL: DO INFERNO VIVO À ILHA UNIVERSITÁRIA	44
2.1 ESTADO, DOENÇA MENTAL E INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA (ANOS 1940 E 1950).....	44
2.1.1 O Hospital Psiquiátrico de Niterói	47
2.1.2 Em Jurujuba, “um modelar hospital de insanos”.	50
2.2 A LOUCURA ENTRE O INFERNO, A INDÚSTRIA E A ILHA: PRIMEIROS CAMINHOS COMUNITÁRIOS (ANOS 1960 E 1970).	56
2.2.1 Os Bisturis	58
2.2.2 O Inferno	59
2.2.3 A Indústria	64
2.2.4 A Ilha	66
2.2.5 Primeiros caminhos comunitários	73
2.3 À GUIA DE CONCLUSÃO	80
3 DO PROJETO NITERÓI À REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (ANOS 1980 AOS ANOS 2000)	82
3.1 A CRISE ECONÔMICA DO REGIME MILITAR, A ASCENSÃO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS, E AS EXPERIÊNCIAS DE CO-GESTÃO NA SAÚDE PÚBLICA (ANOS 1980).....	83
3.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA EM NITERÓI: ELEMENTOS DE SUA ABERTURA. ...	87
3.2.1 O Projeto Niterói e a reformulação da assistência psiquiátrica	88
3.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A MUNICIPALIZAÇÃO DO HPJ (ANOS 1990) .	94

3.3.1 O fora tecido por dentro: NAPS e CAPS	96
3.3.2 Reformulando a emergência psiquiátrica: da Porta de Entrada ao Serviço de Recepção e Intercorrências (SRI)	98
3.4 COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (ANOS 2000).....	109
Considerações Finais	119
Atenção Psicossocial entre descontinuidades e contradições	119
Representações da loucura.....	125
Referências Bibliográficas.....	133
ANEXO A - IDENTIFICAÇÃO DOS ENTREVISTADOS.	141
ANEXO B - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO	143
ANEXO C - PROPÓSITOS DA GRAVAÇÃO EM VÍDEO DE ACORDO COM AS RESOLUÇÕES 510 DE 2016 E 466 DE 2012 DO CNS	144
ANEXO D - "MAPA" DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE NITERÓI....	146
ANEXO E - DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA ASSISTENCIAL DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE JURUJUBA (2018)	147
Entrevistas Transcritas.....	148
Raldo Bonifácio Costa Filho	148
Eduardo de Carvalho Rocha.....	166
Sebastião Medeiros.....	181
Fernando Ribeiro Tenório	190
Denilson Santos	205
Maritelma Vieira dos Santos	213
Percilia Ana Pereira Pinto.....	247

INTRODUÇÃO

A presente dissertação pretende contribuir com os estudos sobre a história da reforma psiquiátrica brasileira através da investigação de um caso específico: o do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ), na cidade de Niterói, Rio de Janeiro¹. Ela nasce de inquietudes de minha atuação na atenção psicossocial, dentre as quais, a necessidade de conhecer como se constituíram os dispositivos e as práticas assistenciais contemporâneas, como se constituíram as questões de nosso tempo com a loucura. Nasce, também, da convicção na importância de uma história da reforma psiquiátrica contada por múltiplas vozes e dedicada aos processos específicos de sua constituição.

Fundamento-me em dois pressupostos: o primeiro, mais evidente, é o fato de que está em curso no Brasil o processo da reforma psiquiátrica, responsável por significativas transformações "sócio-institucionais" e "clínico-assistenciais". O segundo pressuposto é de que os efeitos desse processo, na medida em que afirmaram novas práticas e destinaram novos lugares para a loucura, convergiram para um novo paradigma assistencial designado pelo termo atenção psicossocial.

Atenção psicossocial se refere, portanto, a uma mudança de paradigma, tanto da política de saúde mental brasileira, quanto das práticas de assistência à loucura. Neste trabalho nossa ênfase será sobre as mudanças das práticas, investigando suas relações com os modos através dos quais se representou a loucura.

Para tal, tomando a história oral em sua dimensão teórico-metodológica, entrevistei dois pacientes e seis profissionais de diversas funções, que foram internados ou trabalharam no hospital antes e durante o processo da reforma psiquiátrica. Sendo assim, tenho como objetivo geral a construção de uma narrativa sobre a história do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba que permita a investigação de aspectos de sua função no processo da reforma psiquiátrica. Assim, configurando-se como objetivo específico, realizei o levantamento, a organização e a análise das fontes de pesquisa, a saber: as publicações na imprensa escrita de grande circulação disponíveis na Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional (<http://memoria.bn.br>) que tratam das primeiras décadas de formulação do projeto hospitalar e sobre seus primeiros anos de funcionamento, os depoimentos dos entrevistados – filmados e produzidos a partir de roteiro

¹ Capital do Estado do Rio de Janeiro até 1974, Niterói está situada na região metropolitana do estado, fazendo fronteira com os municípios de São Gonçalo, Maricá e Rio de Janeiro, com o qual faz ligação através da Ponte Presidente Costa e Silva (conhecida como Ponte Rio-Niterói). Atualmente sua população estimada é de 499.028 pessoas (IBGE, 2017). Fundado como instituição estadual na praia de Jurujuba (atualmente Charitas), o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba foi municipalizado em 1991 no âmbito da implementação do Sistema Único de Saúde em Niterói, integrando atualmente a Rede de Atenção Psicossocial da cidade.

semiestruturado – além de artigos que versam sobre experiências no HPJ e na saúde pública em Niterói.

O segundo objetivo específico consiste na identificação de práticas que tenham sido importantes na constituição da atenção psicossocial como “motor” e efeito da reforma psiquiátrica. E, por fim, faço algumas considerações sobre as representações da loucura que emergiram dos processos de rememoração das histórias dos entrevistados em Jurujuba.

A dissertação está configurada de maneira que, no primeiro capítulo, realizo uma discussão sobre aspectos teóricos e metodológicos que fundamentam a pesquisa. Nele visito os modos pelos quais a loucura foi capturada como objeto da história, busco situar a importância de fazermos história da atenção psicossocial à luz de tendências metodológicas atuais, assim como demarcar a história cultural como referência para este trabalho e a história oral como base metodológica e de fundamentação das entrevistas como fontes primárias.

Denominado “o HPJ como parte de um projeto nacional: do inferno vivo à ilha universitária”, o segundo capítulo faz uma investigação desde o período de formulação do projeto de um hospital psiquiátrico estadual no Rio de Janeiro - como parte do Plano Nacional Hospitalar do Serviço Nacional de Doenças Mentais, concebido em 1941 no bojo da consolidação do Ministério da Educação e Saúde do Governo Vargas - ao retumbante fracasso sanitário da instituição em poucos anos de seu funcionamento, além da organização das enfermarias da universidade pela Cátedra de Psiquiatria da Faculdade Fluminense de Medicina - a chamada “Ilha” em meio ao “inferno vivo” dos pavilhões manicomiais. Para proceder com a investigação, no segundo capítulo, inicio a constituição da narrativa sobre a história do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba tomando como fontes primárias as reportagens veiculadas pela imprensa escrita de grande circulação. Apoio-me, também, em trabalhos acadêmicos sobre a história da loucura e da saúde pública, além das fontes orais.

No terceiro capítulo, seguindo as fontes orais e artigos de atores do período, a narrativa se debruça sobre os anos 1980 como período de abertura do processo de reforma psiquiátrica associado ao processo de formulação do SUS no âmbito do Projeto Niterói. Na década de 1990, é possível observar a importância da municipalização do HPJ e a transferência da emergência psiquiátrica (que desde o início dos anos 1980 funcionava no Hospital Geral) para suas instalações como decisões fundamentais no combate ao alto índice de internações na cidade. Já nos anos 2000, encontraremos a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial de Niterói, atualmente degradada pelo poder público.

Nas considerações finais, busco retomar a narrativa sobre a história do HPJ marcada por rupturas e contradições como possibilidade de reflexão sobre os tensionamentos atuais quanto ao lugar do hospital psiquiátrico público na Rede de Atenção Psicossocial. Para tal, a noção de memória e a possibilidade de presentificação dessas rupturas, dos lugares e horrores desaparecidos e das contradições, se apresentam como questões de uma ética da ação presente. Por fim, abordo um aspecto comum entre modos de representação da loucura presentes em algumas entrevistas, que podem, também, representar efeitos das mudanças nas práticas de assistência nesse percurso de construção da atenção psicossocial.

Torna-se fundamental deixar claro que não carrego a pretensão de contar a história verdadeira e absoluta do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba e da reforma psiquiátrica em Niterói. Apresento um modo possível de leitura dessa história, que se sustenta na interlocução entre as narrativas de alguns de seus atores. Não busco o ouro da verdade nas narrativas, mas também não me esguio de encontrar verdades da narrativa, da experiência, e da memória (COUTINHO, 2013). Neste sentido, busco colocá-las em articulação junto a alguns artigos produzidos nos diversos períodos estudados - além da imprensa escrita de grande circulação - como fontes primárias.

Cabe sublinhar também que esta pesquisa nasceu dentro do hospital, onde trabalho há sete anos e onde aconteceu - e continua a acontecer - o que para mim é a mais preciosa experiência profissional: a formação clínica com a loucura. Esta não é possível sem dois lugares: o primeiro, ocupado pelos que possuem a experiência da loucura em suas existências; e o outro, ocupado por aqueles que, movidos pela escuta dessa(s) experiência(s), buscam o exercício da clínica. Busquei entrevistar pessoas que ocuparam os dois lugares e, sendo assim, entrevistei alguns dos meus mestres. Peço então ao leitor que considere que esta relação esteve presente em todo o percurso da pesquisa, que durante este mestrado fui aluno em sala de aula, e que no campo de pesquisa o aluno não se retirou para dar lugar a um pesquisador pretensamente neutro. Peço, então, ao leitor que leve em consideração a presença da *relação mestres-aluno* quando, porventura, julgar algum exagero ou entusiasmo na forma da narrativa. Neste caso, a transferência² operou como possibilidade de leitura da história, na medida em que o interesse pela história nasceu em mim, primeiramente, pelo modo como esses atores me transmitiram o interesse pela loucura.

² Noção importante para a técnica psicanalítica (Freud, 1912) proponho- para efeito de definição neste contexto - compreende-la como fenômeno de deslocamento de “sentimentos amistosos em relação ao analista” (M. A. SANTOS, 1994). Na verdade, o processo analítico só se estabelece na medida em que o fenômeno transferencial se instaura. Em um sentido mais amplo, podemos adotar a noção de transferência como fenômeno relacional que permite o progresso de outras elaborações, não somente a psicanalítica.

E para concluir essa breve introdução, esclareço que todas as entrevistas foram transcritas e anexadas à dissertação, de modo a estarem disponíveis a novas consultas e pesquisas, na biblioteca da Divisão de Ensino e Pesquisa do HPJ.

1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS, REVISÃO HISTORIOGRÁFICA E INDICAÇÃO DAS FONTES DE PESQUISA.

1.1 POR QUE FAZER HISTÓRIA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL? UMA REVISÃO HISTORIOGRÁFICA.

Primeiramente, é necessário interrogar o que motiva uma pesquisa sobre os processos de construção da atenção psicossocial. O que se pretende fazer com o passado quando o tomamos em mãos agora? O que ele pode nos dizer? Na apresentação de seu mais recente trabalho "Outra história para outra psiquiatria", Rafael Huertas propõe uma história que interpele o passado para pensar o presente, mas também para atuar e propiciar práticas suficientemente fundamentadas (HUERTAS, 2017). Olhamos para o passado, portanto, com a inquietude de um tempo presente feito, não dos triunfos de uma reforma psiquiátrica que nos diz clara e corretamente o que fazer com a loucura, mas ao contrário, feito também de incertezas e imprecisões.

De partida, tomamos a reforma psiquiátrica brasileira nessa dimensão de um ato político sobre o adoecimento mental e a clínica quando, a partir de fins dos anos 1970, se tomou a decisão de inventar novos lugares, novos fazeres, novos saberes sobre a loucura, no sentido de superar o manicômio e a psiquiatria como seus paradigmas de lugar/fazer/saber. Trata-se de um caminho, de uma direção e de uma aposta sobre a loucura, que longe de pretender encerrar os impasses que ela nos impõe, nos convoca a uma grande responsabilidade sobre seus destinos.

Em artigo de referência sobre a história da reforma psiquiátrica brasileira entre os anos 1980 e 2000, Fernando Tenório nos adverte que as expressões "reforma" e "psiquiatria" caminham juntas desde a própria fundação da psiquiatria, e retoma a pesquisa de doutorado de Pedro Gabriel Delgado (publicada em livro) para afirmar que:

as iniciativas reformadoras prosseguiram ao longo do século XIX, visando agora dar orientação científica aos estabelecimentos especializados. Na virada do século XX, a reforma passou a se orientar pela crítica à insuficiência do asilo, produzindo, por exemplo, o modelo das colônias agrícolas. Também a consolidação da estrutura manicomial do Estado na era Vargas deu-se como um 'desafio reformista', e o 'fugaz movimento da psiquiatria comunitária, entre os anos 60 e os 70 é outra iniciativa do 'reformismo no campo da saúde mental' no Brasil" (DELGADO, 1992, apud TENÓRIO, 2002, p. 27).

A marca que irá definir a reforma psiquiátrica contemporânea é o que Delgado chama, no contexto da restauração democrática, de "repto da cidadania de sujeitos obrigatoriamente

tutelados" (DELGADO, 1992, apud TENÓRIO p.27), ou nas palavras de Tenório: "reclame da cidadania do louco" que "desdobrou-se em um amplo e diversificado escopo de práticas e saberes" (TENÓRIO, 2002, p.27).

Destaca-se, portanto, que no percurso da reforma psiquiátrica contemporânea, a reivindicação do reconhecimento da cidadania dos loucos, através da proposição de uma diversidade de práticas, saberes - e também de lugares - é um aspecto definidor, decisivo para sua inauguração. Conclui Tenório:

a importância analítica de se localizar a cidadania como valor fundante e organizador deste processo está em que a reforma é sobretudo um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, e é obra de atores muito diferentes entre si (TENÓRIO, 2001, p. 27).

Não retomarei a história política da reforma psiquiátrica brasileira em detalhe, já bem contada e revisitada por alguns autores (AMARANTE, 1995; TENÓRIO 2002; YASUI, 2010) ao longo dos anos, embora precise me referir aos principais marcos políticos e legislativos ao tratarmos da experiência de Niterói. Mas cabe destacarmos dois aspectos gerais do contexto de sua eclosão que são fundamentais no dimensionamento da força de sua emergência. Primeiramente, a crise política e econômica do regime militar, que teve início nos anos 1970 e foi responsável pelo estrangulamento do sistema de contratação dos inúmeros leitos em manicômios privados; em segundo lugar, a forte influência da experiência radical de abolição do manicômio, vivida então em Trieste, na Itália, experiência esta associada a uma historiografia crítica da psiquiatria, de inspiração foucaultiana, que lançou as bases para um questionamento mais profundo do modelo asilar e do pensamento psiquiátrico.

Destaco esses aspectos num esforço de compreensão da razão pela qual as denúncias das condições degradantes, de maus tratos, e da situação de abandono e morte produzidas pelo modelo asilar ultrapassaram as iniciativas de reforma e humanização dos hospícios. Ao contrário, foram a pólvora política para a radicalização da proposta de uma sociedade sem manicômios, no momento em que o país vivia o crescimento das lutas pela redemocratização e pela conquista de direitos civis e sociais, onde a noção de cidadania ganhava centralidade na elaboração de um novo tecido social democrático.

Mais do que proporcionar avanços terapêuticos e condições dignas nos hospícios, o que entra em ação é a elaboração de um novo lugar social para a loucura em um contexto de abertura e reformulação da própria sociedade. O reclame da cidadania dos loucos, na construção de uma sociedade democrática e sem manicômios é o que se propõe, colocando em ação a diversidade

de saberes e práticas em superação da psiquiatria como enunciadora da verdade sobre a loucura, e a diversidade de dispositivos comunitários de tratamento, convivência e cultura em superação do hospício como o lugar dos loucos. É neste sentido que cidadania e diversidade são noções imprescindíveis para a compreensão da reforma psiquiátrica contemporânea.

Em artigo publicado em 2011, Pedro Gabriel Delgado torna a debater a noção de cidadania como conceito central para os destinos da reforma psiquiátrica brasileira. Afirma que "além da ampliação do tratamento, é um fato que houve uma mudança qualitativa no debate sobre a questão da cidadania" (Delgado, Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001, 2011). Primeiramente, o autor situa essa afirmativa no plano normativo, conferindo status de divisor de águas, ou "pólo orientador de todo o debate", à lei 10.216 de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, e junto a ela os demais avanços normativos – a Lei do Programa De Volta Pra Casa, as Portarias Ministeriais que regulamentam os serviços substitutivos etc. Então, neste plano, através da simples leitura dos expressivos avanços legislativos – no sentido de uma reforma que confere ao Brasil o status de "único país da região das Américas que tinha uma lei baseada nos direitos dos usuários e familiares" (Corte Interamericana de Direitos Humanos, 2006) –, podemos situar um aspecto dessas mudanças qualitativas sobre cidadania e loucura.

O outro aspecto que Delgado ressalta é o que ele chama de "desafio do protagonismo dos usuários, familiares e da sociedade como um todo no debate da saúde mental". Nesse plano, afirma que a saúde mental já "não é mais, como não deve ser, uma discussão de especialistas". Sem negar a importância da atuação dos especialistas, o autor aponta para o desafio de uma apropriação dos usuários, familiares e da sociedade como um todo, "de modo que o debate sobre a saúde mental não seja um debate ideológico, tecnocêntrico, não seja marcado pelo desamparo, por nossas próprias fantasias em relação à loucura".

Considero importante destacar que, neste aspecto, Delgado desloca o debate sobre a cidadania do registro macro político e o aproxima do cotidiano dos serviços, das famílias, das comunidades, situando-o como desafio ético-político contemporâneo da atenção psicossocial. Conquistada com muitos anos de luta e trabalho, a cidadania do louco hoje é política de Estado e, ainda sendo um desafio, se decide principalmente no próprio terreno da clínica da atenção psicossocial.

Utilizo-me desta pequena representação como tentativa de resumir a maneira como estou sublinhando o campo da reforma psiquiátrica para seu estudo histórico. Podemos nomear o primeiro vetor, que conduz a noção de diversidade, como vetor clínico, e o segundo, que conduz a noção de cidadania como o vetor político:

Reforma Psiquiátrica Brasileira



A partir de então, proponho um fazer história da atenção psicossocial marcado pela inclusão da diversidade de representações, práticas, lugares e saberes. História que se construa na investigação das especificidades dos modos como foi inventada e reconhecida como um campo comum. Ou seja, sustento ser necessária uma atitude de abertura ao que singularmente foi constituindo os lugares da loucura como lugares de atenção psicossocial. Abertura para as decisões locais e suas circunstâncias, para as discontinuidades, para as pequenas lutas, impasses, contradições. Para tal, cabe fundamentar essa perspectiva numa revisão historiográfica da loucura.

1.2 A LOUCURA COMO OBJETO DA HISTÓRIA: POLOS HISTORIOGRÁFICOS.

Em 1985, a historiografia da loucura recebeu a influente contribuição de Roy Porter intitulada "The patient's view: doing medical history from below", (PORTER, 1985) que junto a outros trabalhos contemporâneos abriu uma nova tendência, uma nova aposta metodológica no campo historiográfico da loucura e da psiquiatria. A história do ponto de vista dos pacientes é uma aposta na reconstituição da experiência da loucura, em uma busca por acesso à subjetividade do louco, apontando para a necessidade de estudos de novas fontes em uma perspectiva sociocultural.

Segundo Rafael Huertas "Esta 'história vista pelos de baixo' proposta por Porter possui uma tradição que remonta ao historiador marxista Georges Lefebvre e seus trabalhos pioneiros sobre o ponto de vista do camponês durante a revolução francesa e, em particular, aos historiadores marxistas britânicos na década de sessenta, comprometidos especialmente com as "vítimas da história" (a classe trabalhadora) e em fazer uma 'história das pessoas atuais'". Trata-se, pela definição de Huertas, de conhecer o "funcionamento e a vida cotidiana dos

estabelecimentos psiquiátricos a partir da perspectiva do confinado, em suas preocupações, angústias e medos, e, finalmente, sobre a experiência da doença a partir da perspectiva do paciente" (HUERTAS, 2017, p. 258).

Trata-se de uma grande aposta contemporânea. Nela, a reconstituição da experiência pode nos fazer conhecer não apenas a experiência da loucura em seu contexto, mas também as tentativas de compreensão e explicação da ciência da época, as especificidades institucionais, e num sentido mais amplo, o lugar que a cultura lhe dava. Mas se esta é, dentre outras, uma perspectiva atual na história da psiquiatria, quais foram, em geral, os caminhos teóricos e metodológicos que a antecederam e, que inclusive, ainda lhe são contemporâneos?

Em trabalho intitulado "Historia de la psiquiatría, ¿por qué?, ¿para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias" Rafael Huertas (2001) propõe uma aliança entre clínicos e historiadores como condição para “uma razão de ser” da história da psiquiatria, e parece nos convidar para o campo historiográfico, oferecendo uma possibilidade de compreendê-lo pelas discontinuidades e interlocuções entre os diversos tempos de sua prática. Vamos a eles:

Primeiramente uma *Historiografía Tradicional*, pensada a partir dos grandes nomes, e por um “empenho em mostrar, sempre de maneira positiva os grandes feitos – científicos e filantrópicos – da primeira psiquiatria: a medicalização e a humanização da loucura”, a “aplicação de princípios científicos e a compreensão da enfermidade mental”. Seu objetivo é demonstrar que, graças à ciência médica, a loucura foi desvelada enquanto doença mental, e redimida das condenações do obscurantismo e das superstições. Trata-se de uma visão heroica do passado, tendo como objetivo fundamental a “legitimação científica e social” da psiquiatria e dos psiquiatras. Destacando o papel pioneiro dos trabalhos dessa perspectiva, Huertas informa que essa foi realizada, em geral, por psiquiatras em exercício e que esse modelo historiográfico alcançou seu ápice em publicações entre os anos trinta e os anos cinquenta do século passado. Entretanto, ainda hoje há aqueles que constroem esse tipo de história.

Surgida nos anos 1960 e 1970, a *Historiografía Crítica ou Revisionista* pretendia “revisar e ampliar a perspectiva e os enfoques tradicionais, outorgando um papel preponderante às ciências sociais (história social, antropologia, sociologia etc.)”. Huertas chama de “externalistas” grande parte das análises produzidas nessa perspectiva, por estarem voltadas para uma análise da loucura e da psiquiatria a partir de pressupostos sociais e culturais. A loucura aparece como mito e construção social. Investigam-se as respostas sociais à loucura e a função de controle social exercida pela instituição psiquiátrica. “Sem dúvidas, tais argumentos suscitaram excessos interpretativos e árduas polêmicas, porém deixaram um terreno fértil, que

podendo ser adequadamente conduzido, torna-se imprescindível para o futuro da história da psiquiatria” (HUERTAS, 2017, p. 269).

A obra *História da Loucura na Idade Clássica*, de Michel Foucault, publicada em 1961 é a grande referência nesse campo. Huertas destaca, no entanto, que a Historiografia Crítica não se resume à perspectiva foucaultiana, tampouco as polêmicas e reações aos trabalhos revisionistas se referem exclusivamente às sustentações do filósofo francês.

Não se pode negar que todas estas contribuições introduziram elementos de reflexão muito diferentes aos expostos nos textos mais tradicionais. No entanto, os trabalhos de inspiração estritamente foucaultiana, muitas vezes em brilhantes abordagens, suscitaram críticas metodológicas e ideológicas diversas, entre as quais destacamos as acusações de demasiadas especulações em demasia e pouco rigor no manejo das fontes, além da crítica de que seus argumentos, iconoclastas e polêmicos, corriam o risco de se repetirem de maneira mecânica e descontextualizada (HUERTAS, 2001, p. 21).

Huertas sublinha outras críticas e objeções elaboradas a essa historiografia desde então, mas salienta que Foucault foi fundamental para a análise histórica da psiquiatria:

Não se pode negar que, na história da psiquiatria existe um antes e um depois de Foucault; entre outras coisas porque seu pensamento evidencia contradições e coloca em juízo aquela visão linear, ascendente e benfeitora que oferecia – e oferece – a historiografia tradicional, introduz dúvidas e nos obriga reconsiderar verdades epistemológicas (HUERTAS, 2017, p. 212).

Huertas nos apresenta ainda a História Social como uma variação da historiografia crítica, em que o louco – visto como excluído – e as instituições a ele destinadas serão objetos de investigação pelo escopo dessa perspectiva, que se dedica à investigação histórica da pobreza, da marginalização e da exclusão social. Por fim aponta para a História Social da Medicina, em que “o objeto de estudo não é a história da psiquiatria, e sim uma sociologia histórica da enfermidade mental”.

En definitiva, cabe decir que la psiquiatría es, no cabe duda, una especialidad médica, pero es algo más. La historia de la psiquiatría no puede ser entendida en términos exclusivamente médicos, pero tampoco en términos exclusivamente intelectuales; esto es, en la encrucijada entre locura y razón, en el diálogo con la irracionalidad. La alteración mental existe — no podemos negarlo— y la psiquiatría es una de las respuestas articuladas para hacer frente a la misma, pero sus criterios —diagnósticos o terapéuticos— cambian según la cultura, la sociedad o el momento histórico que consideremos (HUERTAS, 2001, p. 27).

Finalmente, como tendências atuais, Huertas apresenta o trabalho da Escola de Cambridge como uma “história dos sintomas”, e uma “história conceitual da psiquiatria”, retomando uma relação entre história e clínica. Apresenta, ainda em situação incipiente na Espanha em 2001, a perspectiva da História “desde os de baixo”, como possibilidade de trabalho com as memórias e os testemunhos dos pacientes. Contemporaneamente, Huertas reivindica que estas duas tendências devem caminhar juntas. Podemos considerar que, atualmente, essas tendências associadas a outras apostas metodológicas constituem o campo da história cultural da loucura e da psiquiatria.

A história da psiquiatria a partir da perspectiva do paciente nos permite, em última análise, o *acesso a níveis de interpretação* que não seria possível por outras abordagens historiográficas. (...) O ponto de vista do paciente nos dá pontos-chave para avaliar se o bio em saúde mental não é apenas biológico, mas também biográfico. Também nos permite considerar a importância da experiência da loucura e da subjetividade do louco, a compreender a violência do diagnóstico e do estigma, e para *apreciar os processos de negociação e resistência que se estabelecem entre pacientes, profissionais e sociedade* (HUERTAS, 2017, p. 265, grifos nossos).

É fundamental a conclusão de Huertas, em 2017, sobre a atualidade da história crítica da psiquiatria ao considerar que o campo se move em direção a uma história cultural da subjetividade como uma opção historiográfica.

1.3 O CENÁRIO BRASILEIRO

Em "Da psiquiatria e de suas instituições: um balanço historiográfico", Facchinetti & Venancio (2015) corroboram com a análise de Huertas (2001), no contexto internacional europeu e ibero-americano, apresentada acima, assim como com a análise de Venancio & Cassilia (2010) sobre a psiquiatria no Brasil. Em resumo:

Seguindo estes estudos, consideramos aqui também que a história da psiquiatria no Brasil foi iniciada, ainda no século XIX, por trabalhos que podemos chamar de “pioneiros”, marcados por uma visão tradicional e continuísta da história. Pode-se também afirmar que esse primeiro grupo de trabalhos se dedicou mais às histórias das instituições psiquiátricas do que de seu conhecimento científico – suas teorias e categorias diagnósticas. A este primeiro modo de narrativa histórica fez oposição um segundo grupo de estudos, majoritariamente de orientação foucaultiana que, por sua vez, abriu espaço para um terceiro grupo de trabalhos inspirado nos diálogos com a antropologia, com a psicanálise, com a história social e cultural e, mais

recentemente também, com a história das ciências (FACCHINETTI & VENANCIO, 2015, p. 1).

Nesse trabalho, as autoras nos conduzem em uma agradável visita à história da psiquiatria brasileira através de uma apresentação das publicações historiográficas, organizando-as em tendências, observando-as metodologicamente, tecendo assim um panorama do campo historiográfico no contexto nacional.

Entre os estudos "pioneiros", nos marcos de uma história tradicional, as autoras destacam as produções de João Carlos Teixeira Brandão (1854 - 1921), Juliano Moreira (1873 - 1933), Antônio Carlos Pacheco e Silva (1898 – 1998) e Francisco Franco da Rocha (1864 – 1933), cujo ponto em comum é a afirmação da psiquiatria enquanto ciência e assistência médica especializada inserida em um percurso evolutivo. José Leme Lopes (1966), Darcy de Mendonça Uchôa (1981), Elso Arruda (1995) e Walmor Piccinini (2008) serão considerados como os novos continuístas da tradição pioneira, ao darem prosseguimento, tanto conceitualmente quanto metodologicamente a essa perspectiva historiográfica:

Esta perspectiva historiográfica estava em sintonia com a história das ciências, que havia sofrido igualmente de matrizes positivistas. Na maioria dos casos, a ênfase analítica nesse campo esteve posta na teoria da modernização, assim como em um modelo difusionista e eurocêntrico de ciência (FACCHINETTI & VENANCIO, 2015, p. 14).

A partir da década de 1960 se estabeleceu o chamado segundo grupo, opositor a essa perspectiva tradicional, nos marcos da historiografia crítica. Luiz Cerqueira (1964), Tácito de Medeiros (1977), Magda Vaissman (1983), Heitor Resende (1987) seriam representantes desse período. Por um outro "viés analítico", mas com "as mesmas preocupações", Jurandir Freire Costa (1976); Roberto Machado, Ângela Loureiro, Rogério Luz e Kátia Muricy (1978) em *Danação da Norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil* "observam o processo de medicalização como fundamento para o surgimento dos hospícios no Brasil" (p.18), e foram seguidos por trabalhos de Joel Birman (1978), e Vera Maria Portocarrero (1980), enfoque semelhante. Enfim, são esses os trabalhos que constituem a tradição da historiografia crítica no Brasil, e que teve continuidade nas décadas seguintes (AMARANTE, 1982; CUNHA 1986). Trata-se de uma perspectiva ampla, nutrida pelo pensamento foucaultiano, influenciada por uma historiografia marxista e pela história social. Facchinetti e Venancio observam que:

Problemáticas diversas emergiram ao longo desses anos no campo da história, provenientes de novos aportes teóricos surgidos no panorama internacional em meio a um contexto de aumento das tensões sociais advindas da crise econômica e do crescente desemprego no Brasil, bem como dos movimentos pela expansão dos direitos civis e pela maior inclusão social no fim da ditadura militar, que havia sido iniciada em 1964 (FACCHINETTI & VENANCIO, 2015, p. 14).

As autoras consideram que uma "história vinda de baixo" foi iniciada no Brasil em 1986, ainda nos marcos teórico-metodológicos da historiografia crítica, por "*O Espelho do Mundo: Juquery, a história de um asilo*" de Maria Clementina Cunha, e em 1995 por Magali Gouveia Engel em "*Os Delírios da Razão: médicos, loucos e hospício no Rio de Janeiro (1830-1930)*".

E por fim, Facchinetti e Venancio esmiúçam variadas abordagens e tendências que vêm se estabelecendo, pluralizando a historiografia da psiquiatria, e "complexificando o entendimento daquilo que, até então surgira como um processo histórico único". (p. 29). A história cultural - a qual definem brevemente como a possibilidade de "apreendermos o 'outro' imerso num caldo cultural inarredável de seu tempo histórico" - é o campo que, a partir da década de 2000, contribuirá de modo decisivo neste processo, apresentando trabalhos que se desdobram em duas tendências: a história do ponto de vista dos pacientes, que se propõe a conhecer o período histórico adotando como fontes as próprias falas ou escritos dos pacientes, reconstituindo assim a experiência da loucura em seu tempo; e a história das ciências sobre a loucura e dos conhecimentos médico-psicológicos, no sentido de uma história conceitual da psiquiatria como reivindicada por Huertas e descrita anteriormente.

Nos termos de uma "história vinda de baixo" feita no Brasil, que toma escritos de pacientes como fontes, torna-se imprescindível destacar o trabalho da historiadora Yonissa Marmitt Wadi (2009) intitulado "A história de Pierina: subjetividade, crime e loucura". Trata-se da reconstituição da experiência da loucura de uma jovem camponesa de Garibaldi, no Rio Grande do Sul, internada no Hospital São Pedro após o assassinato de sua própria filha. Ao visitar as cartas e o bilhete escritos por Pierina Cechini durante sua internação entre os anos de 1909 e 1911, Wadi além de recompor sua experiência com a loucura, o crime e a instituição psiquiátrica, nos apresenta também o modo como a psiquiatria e a justiça se apropriaram desses escritos. Apontando como aspecto decisivo o fato de se tratar do discurso de uma mulher louca e criminosa, a autora sustenta seu trabalho como contribuição à história das mulheres.

Em outro artigo, intitulado "Entre muros: os loucos contam o hospício", Yonissa Wadi (2011) reivindica a defesa de Roy Porter de que "os testemunhos dos loucos são comunicações

coerentes em si mesmas e, ao mesmo tempo, esclarecedoras porque refletem a lógica (e a psicológica) da sociedade sã” (PORTER, 1989 apud WADI, 2011 p. 255), para nos apresentar narrativas do hospício contadas por Ulysses Xavier do Rego, em 1937, no Hospital Psiquiátrico São Pedro, no Rio Grande do Sul, e por Stela do Patrocínio, poetisa cujos poemas foram gravados entre 1986 e 1989 na Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro.

Ao visitar as falas - escritas ou transcritas - dos loucos, Wadi põe em evidência a variedade de questões encontradas: desde o delinear de processos de enfermidades e tratamentos, até a designação do manicômio como um lugar onde simplesmente é possível escrever. Segundo Wadi:

São textos que, à primeira vista, podem soar absurdos ou incoerentes, se adotamos a perspectiva teórica das instituições psiquiátricas apenas como lugares de exclusão, controle social e violência, ou se seguimos alguns outros testemunhos indicadores de que nelas ‘nada vivo podia vingar’ (...). No mundo do hospício, alguns internos - conforme indicam suas narrativas - enxergam possibilidades novas, que vão além de uma possível quebra dos sujeitos pela internação manicomial (...). Esse olhar dos internos expresso nas narrativas torna possível entrever algo que constantemente escapa a muitos - aos próprios especialistas (...) - que acreditam ser a loucura uma totalidade fora da história, constante universal, regularidade a-histórica. Permite compreender que toda experiência, inclusive a da loucura, têm múltiplas dimensões e temporalidades, elementos díspares, lógica incomum, cenas e falas próprias, sendo constituinte de sujeitos” (WADI, 2011 p. 255).

Considero muito interessante a maneira como Wadi, enquanto historiadora é tocada pelos escritos dos pacientes em seus tempos. O lugar que sua leitura dá ao discurso deles, seguindo com rigor a proposta defendida por Porter de “analisar a consciência dos loucos e não seu inconsciente, objeto de teorias médicas e psicológicas”, conduz os loucos, sem negar suas loucuras ou vitimá-los pela condição de internos, aos lugares que buscavam quando tomavam a palavra: seja o lugar de quem questiona seu diagnóstico, ou descreve seu processo de adoecimento, seja o lugar de quem encontrou no hospício um lugar para trabalhar ou amar. “Nesse sentido não lhe interessava (a Porter) ler nas entrelinhas dos textos dos loucos em busca dos sentidos ocultos que poderiam conter, mas sim evidenciar o que efetivamente diziam” (WADI, 2011, p. 254).

No âmbito de uma história das ciências e dos conhecimentos médicos-psicológicos, Pedro Muñoz apresentou, em 2015, tese de doutorado que investigou “a medicina mental nas relações científicas, intelectuais e políticas de Brasil-Alemanha na primeira metade do século XX” (MUÑOZ, 2015, p. 17). Tomando como objeto a circulação de saberes e modelos

institucionais entre os dois países, o autor discute os percursos do discurso biológico na promoção da medicina mental como ciência e os atravessamentos ideológicos presentes na circulação de conhecimentos e práticas.

Outro trabalho, que podemos considerar nesse âmbito, e apontando para a diversificação dos interesses e métodos contemporâneos na historiografia da loucura é a dissertação de Allister Dias, defendida em 2010. Nela o autor discute saberes e práticas da psiquiatria em torno da loucura em três casos de assassinato no Rio de Janeiro no início do século XX. É muito interessante a apresentação que Dias faz das discussões diagnósticas e psicodinâmicas e os embates institucionais que ocorriam entre os psiquiatras da cidade lotados no *Serviço Médico-Legal da Polícia, Pavilhão de Observações do Hospital Nacional de Alienados*, e sua seção *Lombroso*, embrião do *Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro*, sem que isso implique na surdez diante da experiência da loucura.

Procuramos, todavia, não esquecer a experiência desses sujeitos enredados pela psiquiatria, suas trajetórias e vivências, percepções e sofrimentos, assim como os discursos de outros atores a cerca desses casos, como a imprensa e intelectuais de expressão do período (DIAS, 2010, p. 10).

As tendências contemporâneas, como podemos perceber ao vê-las representadas nesses trabalhos, nos convidam a uma diversificação, a um “espraiamento de interesses”, como diz Wadi. Tal convite, de partida, nos faz notar que há múltiplas possibilidades de abordagem das experiências da cultura com a loucura no decorrer histórico. O que pode nos fazer conhecer a cultura através de sua experiência com a loucura, o que pode nos fazer conhecer dimensões político-institucionais e ideológicas de um tempo a partir da produção de saber sobre o desvario ou a demência.

1.4 TEMPO PRESENTE

Em "Olhares sobre a loucura e a psiquiatria: um balanço da produção na área de História (BRASIL, 1980-2011)", a historiadora Yonissa Marmitt Wadi (2014) apresenta a produção de teses e dissertações sobre História da Loucura e da Psiquiatria, entre 1980 e 2011 no Brasil, e constata que:

Pode-se perceber que a maioria dos trabalhos privilegiou como recorte o período de 1890 a 1966 (...), como o de constituição e consolidação da psiquiatria no Brasil. O interesse por esse período, e neste sentido uma concentração temática dos estudos sobre as instituições de assistência à

loucura e a própria prática psiquiátrica nestas, situa também a maioria dos trabalhos analisados na chamada historiografia crítica ou revisionista, ainda que se esteja assistindo atualmente ao espraiamento dos interesses, impulsionado pelo uso de novas fontes e novos referenciais teórico-metodológicos, especialmente aqueles provindos da chamada história cultural (WADI, 2014, p. 133).

Se por um lado a Historiografia Tradicional se dedicou à legitimação da prática psiquiátrica e suas instituições e ao reconhecimento de seus fundadores, a Historiografia Crítica ou Revisionista lançou as bases de contundentes contestações ao mesmo processo: institucionalização da psiquiatria e constituição do hospício como lugar da loucura, ou seja, dedicaram-se com fins políticos confrontantes ao mesmo período e ao mesmo objeto:

Como se pôde perceber pelos títulos de alguns dos trabalhos mencionados, as instituições de assistência à loucura (chamadas de asilos, hospícios ou manicômios) – antes, durante ou depois do processo de empoderamento dos alienistas/psiquiatras em seu interior – constituem objeto privilegiado das análises (WADI, 2014, p. 131).

Assim, podemos dizer que a historiografia da loucura se caracteriza, essencialmente, pelo estudo dos correlatos *psiquiatria* e *instituições*, o que pode nos indicar que a História Crítica ou Revisionista tenha exercido influência decisiva na definição dos termos que fundamentam a reforma psiquiátrica contemporânea. No lema "por uma sociedade sem manicômios" é a instituição psiquiátrica - mais precisamente sua negação - que ganhará centralidade e será o polo de referência da elaboração de novos modos de compreensão e assistência à loucura.

Ao contar “Uma história da loucura no tempo presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no Estado do Paraná”, Yonissa Wadi (2009) situa o período entre meados do século XIX e a década de trinta do século XX como o recorte temporal mais frequente de nossa historiografia, e aponta suas três problemáticas mais comuns: a constituição do aparato manicomial, os embates e disputas pela medicalização dos mesmos e a formação da psiquiatria como saber especializado. Segundo a autora: "O olhar historiográfico brasileiro pouco tem se voltado para as problemáticas do tempo presente ou para a história contemporânea". (WADI, 2009, p. 69)

No artigo, Wadi nos propõe circunscrevermos o período compreendido pela deflagração do movimento pela reforma psiquiátrica aos dias atuais como período do tempo presente, compreensão imprescindível para este estudo. No entendimento de Wadi, o tempo presente não é somente aquele em que se vive, em que vive o pesquisador, é também:

o tempo em que este vivencia determinados acontecimentos. Sendo assim, estou denominando como 'história do tempo presente ou história contemporânea da loucura' a correlata à deflagração do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, cujo início é comumente situado entre 1978 e 1980 e cujo processo continua até os dias de hoje (WADI, 2009 p. 69).

Ao definirmos o período de deflagração do movimento pela reforma psiquiátrica como início do tempo presente, estabelecemos um recorte analítico que contribui para a própria construção do fato histórico.

1.5 HISTÓRIA CULTURAL E HISTÓRIA ORAL.

Minha opção foi a de construir este caso da reforma psiquiátrica brasileira através de representações da loucura no tempo presente. Algumas perguntas guiam metodologicamente a investigação, norteando a pesquisa do período contemporâneo: como a loucura foi representada a partir de práticas constituidoras de atenção psicossocial? Como as mudanças foram lidas? Estas são perguntas que conduzem o trabalho no campo, que levamos ao *setting* das entrevistas, perguntas que guiam o interesse da pesquisa. Portanto, é preciso fundamentar o que está em jogo quando tratamos a loucura através de representações de modo a poder estruturar nossas análises e leituras do que é dito pelos atores.

Em fins dos anos 1980, dedicando-se a conceituar contemporaneamente a história cultural “como resposta à insatisfação sentida frente à história cultural francesa dos anos 60 e 70, entendida na sua dupla vertente de história das mentalidades e de história serial, quantitativa”, Roger Chartier propõe um “espaço de trabalho entre textos e leituras”, situando a história cultural “entre práticas e representações” (CHARTIER, 1988, p. 13).

Afastando-se dos estudos das conjunturas econômicas e demográficas e das análises das estruturas sociais, Chartier aproximou-se das ciências sociais para situar o objetivo da história cultural na compreensão dos modos como “em diferentes lugares e momentos uma determinada realidade social é construída, pensada, dada a ler” (CHARTIER, 1988 p. 17). Segundo Chartier:

As lutas de representações têm tanta importância como as lutas econômicas para compreender os mecanismos pelos quais um grupo impõe, ou tenta impor, a sua concepção do mundo social, os valores que são seus, e o seu domínio. (...) A problemática do mundo como representação, moldado através das séries de discursos que o apreendem e o estruturam, conduz obrigatoriamente a uma reflexão sobre o modo como uma figuração desse tipo

pode ser apropriada pelos leitores dos textos (ou das imagens) que dão a ver e a pensar o real (...) daí o interesse manifestado pelo processo por intermédio do qual é historicamente produzido um sentido e diferenciadamente construída uma significação (CHARTIER, 1988, p. 17 e 24).

Não se trata, e esta questão é decisiva para o trabalho de análise das entrevistas, de buscar coerência - ou incoerência - entre como se representa, como se pensa algo, e o que se faz a partir de então. Não se trata de identificarmos a aplicabilidade das idéias à prática. Ao contrário, quando Chartier nos convida a pensarmos o mundo como representação, nos convida a lermos as práticas que constroem o mundo como representação, fazendo-o por configurações múltiplas, como uma realidade contraditoriamente construída:

Esta história deve ser entendida como o estudo dos processos com os quais se constrói um sentido. Rompendo com a antiga idéia que dotava os textos e as obras de um sentido intrínseco, absoluto, único - o qual a crítica tinha a obrigação de identificar - dirige-se às práticas que, pluralmente, contraditoriamente, dão significado ao mundo. Daí a caracterização das práticas discursivas como produtoras de ordenamento, de afirmação de distâncias, de divisões; daí o reconhecimento das práticas de apropriação cultural como formas diferenciadas de interpretação (CHARTIER, 1988, p. 28).

A partir das contribuições de Chartier ao campo da história cultural, podemos refutar um modo de leitura das entrevistas através do qual tentaríamos entender como foram implementadas as ideias e princípios do movimento antimanicomial em Niterói, ou como a realidade local foi se adaptando às normativas reformistas. Mas também não é o caso de verificarmos como os gestores locais e profissionais do hospital, a partir dos modos como compreendiam a loucura, foram dando consistência prática ao que idealizaram a priori como atenção psicossocial, ou simplesmente como pensaram e efetivaram o trabalho com a loucura.

Tomar a realidade como contraditoriamente construída, partir do princípio de que a produção histórica se dá pela articulação de práticas que constroem as representações, nos leva a uma busca por tentar localizar no percorrer histórico de cada entrevistado, no bojo dos relatos de suas práticas, os momentos em que localizam mudanças, inflexões, aspectos que os chamam atenção, conclusões tiradas, as relações que possam estabelecer com o campo da atenção psicossocial, com a política e as conjunturas, e principalmente como a partir de suas práticas construíram sentido às suas experiências com a loucura.

Já o interesse desta pesquisa pela história oral se deu, primeiramente, pela presença e atuação de potenciais fontes orais no cotidiano do hospital psiquiátrico. A diversidade das

trajetórias institucionais saltou como possibilidade de reconstituição da história de um período muito movimentado pelo ímpeto reformista de constituir serviços comunitários, estabelecer uma rede integrada de assistência, formar equipes, enfim, forjar um novo paradigma assistencial e ético com a loucura na cidade. Talvez o interesse por esta reconstituição, mobilizado pela presença de atores deste período e de períodos anteriores, tenha sido uma tentativa de buscar respostas para o período atual marcado pela crise dos serviços de atenção psicossocial e do sistema único de saúde no contexto de uma das mais graves crises econômica e política do país.

Assim, a história oral nos permite a investigação desse período pela experiência vivida. Em sua dimensão metodológica, registra através de gravações sonoras [neste caso em audiovisual], entrevistas sobre experiências de vida de testemunhas oculares. Mas o que se produz nesse ato de elaboração - endereçada à atenção de um pesquisador - de um depoimento sobre a experiência de um tempo, ao passo em que é registrado? Experiência de um tempo, elaboração de um depoimento, endereçamento à uma pesquisa, registro: a simultaneidade destas categorias já pode nos indicar que o que está em operação não pode se resumir ao escopo de uma técnica ou de um simples procedimento.

A busca por interpretações qualitativas de processos histórico-sociais, através das análises e versões fundadas nas experiências dos atores sociais, ao passo em que constitui fontes e arquivos orais é a maneira como Jorge Eduardo Aceves Lozano nos oferece uma boa definição da história oral em seus aspectos técnico, metodológico e teórico:

A história interessou-se pela 'oralidade' na medida em que ela permite obter e desenvolver conhecimentos novos e fundamentar análises históricas com base na criação de fontes inéditas ou novas. (...) Eu partiria da idéia de que a 'história oral' é mais do que uma decisão técnica ou de procedimento; que não é a depuração técnica da entrevista gravada; nem pretende exclusivamente formar arquivos orais; tampouco é apenas um roteiro para o processo detalhado e preciso de transcrição da oralidade; nem abandona a análise à iniciativa dos historiadores do futuro. (...) Diria que é antes um espaço de contato e influência interdisciplinares; sociais, em escalas e níveis locais e regionais; com ênfase nos fenômenos e eventos que permitam, através da oralidade, oferecer interpretações qualitativas de processos histórico-sociais. Para isso, conta com métodos e técnicas precisas, em que a constituição de fontes e arquivos orais desempenha um papel importante. Dessa forma, a história oral, ao se interessar pela oralidade, procura destacar e centrar sua análise na visão e versão que dimanam do interior e do mais profundo da experiência dos atores sociais (LOZANO, 1996, p. 16).

Cabe ainda destacar algumas considerações conceituais importantes. Por exemplo, Lozano faz uma observação acerca da necessidade de o historiador compreender seu papel, para

além da constituição de boas fontes e produção de boas entrevistas, e fazer avançar seu trabalho na análise e interpretação das evidências históricas. No entanto, como bem resumiu Julie Cruikshank: “os relatos orais sobre o passado englobam explicitamente a experiência subjetiva”. Isso significa que a história oral lida, de maneira muito franca, com a subjetividade na própria elaboração do depoimento sem poder prescindir de seu objetivo de investigação e interpretação de evidências históricas. Com relação a esse aspecto, é importante a inclusão da dimensão subjetiva, tendo em vista que a versão advém do “mais profundo da experiência dos atores sociais” (ibid.). Nas palavras da autora:

Os relatos orais sobre o passado englobam explicitamente a experiência subjetiva. Isso já foi considerado uma limitação, mas hoje é reconhecido como uma das principais virtudes da história oral: fatos pinçados aqui e ali nas histórias de vida dão ensejo a percepções de como um modo de entender o passado é construído, processado e integrado à vida de uma pessoa. (CRUIKSHANK, 1996, p. 156).

1.6 PALAVRA FILMADA E VERDADE DA FILMAGEM

Diante da decisão de entrevistar, ocorreu-me a questão: se preciso gravar os depoimentos, porque não filmá-los? Creio que essa pergunta teve certa facilidade para me alcançar devido a algo muito manifesto em nosso tempo: a presença da câmera. A todo momento estamos todos gravando algo, alguém, ou a nós próprios em smartphones. Então, a idéia da câmera me ocorre, primeiramente, por sua presença imperiosa nos dias atuais, mas também por compreender que a gravação em audiovisual poderia facilitar a transcrição, a compreensão, tornaria mais interessante o acesso aos depoimentos e, quem sabe, futuramente, me permitiria produzir um documentário.

Com a ajuda voluntária e interessada de dois amigos pessoais que detêm certa habilidade cinematográfica e possuem equipamentos de boa qualidade, realizei as entrevistas. Em cada entrevista me surpreendi com os efeitos da presença da câmera, não somente em cada entrevistado – algo curioso e agradável de notar ao assistir as entrevistas – mas também em mim. Foi preciso, então, incluir os efeitos dessa presença em termos metodológicos. A presença da câmera, captando a palavra e as expressões produzidas pelo encontro, então registrando não apenas a voz, mas os efeitos da voz no olhar e no corpo do entrevistado demonstram que, sua simples presença, imóvel, permite uma entrevista que, se captada por um gravador de voz, seria outra.

Deixamos a câmera parada, registrando rigorosamente o depoimento, filmando a palavra em ato, e seguimos um pouco da referência que buscamos no cinema de Eduardo Coutinho. Diz-nos Consuelo Lins:

O cinema de Eduardo Coutinho é, desde sempre, um cinema da palavra filmada, que aposta nas possibilidades de narração dos seus próprios personagens. Seja em Teodorico, o rei do Sertão, realizado para o Globo Repórter em 1979, seja no longa-metragem Cabra Marcado para Morrer (1984) ou nos filmes realizados em vídeo Santa Marta, duas semanas no morro (1987), Boca de Lixo (1993) e, radicalizando essa opção, Santo Forte (1999), é a imagem da palavra do outro que está na base da sua concepção de cinema (LINS, 2002).

Sobre a presença da câmera e sua “dependência do real”, Coutinho nos confessa:

Ah, a escolha das palavras, problema metafísico. As palavras são quase infinitas, do mesmo modo, talvez, que posições de câmeras num dado cenário. Isso nos filmes chamados de ficção. Justamente, no tipo de documentário que escolhi, reduzi ao mínimo esse dilema. As limitações impostas pelo imprevisto, pela captação do acontecimento ao vivo, pelas relações primordiais olho a olho entre os conversadores (...) – todas essas contingências tornam a posição da câmera tão dependente do real que não se pode mais falar de escolha livre, como seria o caso da ficção. Em resumo, faço essa confissão penosa – escolhi o documentário para não ter de escolher, soberanamente onde colocar a câmera. Por isso, a tarefa mais difícil para mim, no cinema, é a de elaboração do texto da narração, quando não é possível eliminá-lo do filme. Por isso, não fossem agora os compromissos inevitáveis, escolheria agora o silêncio. Ou, em último caso, a expressão oral, improvisada e precária por definição (COUTINHO, 2013a).

Torna-se muito interessante, para esse trabalho, esta distinção que Coutinho encontra entre o texto da narração e a expressão oral, improvisada e precária por definição, pois é entre elas que nos encontramos. A narrativa histórica vai se fazer pela produção, num primeiro momento da expressão oral imediata, improvisada, da palavra em ato. É como se a nós, pesquisadores, Coutinho estivesse nos convidando a manter ecoando a oralidade em seu tom precário.

Em debate no seminário “Ética e história oral”, em abril de 1997, na PUC-SP, Coutinho propõe a noção de *verdade da filmagem*, que em nosso caso permite a experiência da história como construção no ato do depoimento, no ato de invenção da fonte:

No documentário americano, passa-se como se aquilo que estivesse acontecendo fosse absolutamente real. Mas o documentário, ao contrário do que os ingênuos pensam, e grande parte do público pensa, não é a filmagem da verdade. Admitindo-se que possa existir uma verdade, o que o documentário pode pressupor, nos seus melhores casos – e isso já foi dito por muita gente -, é a verdade da filmagem (COUTINHO, 2013b).

Em Coutinho, a verdade ganha certa dimensão de contingência a partir deste olhar. A experiência da entrevista permitiu-me compreender: por ser, antes de tudo, uma construção, a memória não é a mesma a cada vez que a ela se busca, e os mais simples atravessamentos do dia, do lugar da entrevista, do momento de vida do entrevistado entram na cena da entrevista, e delineiam o caminho oral de construção da narrativa histórica.

1.7 OS ENTREVISTADOS

A definição dos entrevistados se fez pela intenção de colhermos testemunhos de experiências no HPJ antes e durante o processo reformista, e que também pudessem ser feitos no calor da atualidade da assistência em saúde mental. Desse modo, todos os entrevistados mantêm relação com o HPJ no momento da entrevista (2017). Dentro desses critérios, o único depoimento que, em parte, destoa é o de Fernando Tenório, que não atuou em Jurujuba antes da década de 1990 mas que foi convidado por ter sido o gestor em um período importante de consolidação da reforma psiquiátrica.

Os oito entrevistados se conhecem, convivem ou conviveram no Hospital de Jurujuba em diferentes momentos. Entre alguns há laços de amizade que surgiram de laços de ensino e trabalho, o que não faz com que deixem de ter olhares distintos sobre o passado e o presente.

O primeiro, dentre os entrevistados, a chegar em Jurujuba foi Sebastião Medeiros (1940 -). Atual chefe da equipe de manutenção predial, servidor público estadual, chegou no HPJ em 1964, e sempre trabalhou em funções de manutenção, zeladoria, obras e reparos. Nos anos 1960 era comum que funcionários desse setor também realizassem funções assistenciais e, nessa década, Sebastião chegou a aplicar a eletroconvulsoterapia em internos.

Raldo Bonifácio Costa Filho (1943 -) é médico psiquiatra formado pela Faculdade Fluminense de Medicina da Universidade Federal Fluminense (FFM/UFF). Ingressou em Jurujuba como acadêmico, em 1967, onde fez também a residência em psiquiatria. Em 1970, deu prosseguimento a seus estudos na Universidade de Göttingen, na Alemanha, ano em que Eduardo de Carvalho Rocha (1951 -) ingressou na Faculdade Fluminense de Medicina e

conheceu o HPJ através de atividades da Cátedra de Psiquiatria lá instalada. Em 1972 Raldo Costa Filho retornou ao Brasil e assumiu a função de auxiliar de ensino, pela UFF, no HPJ, onde em 1974, Eduardo Rocha iniciou sua residência médica em psiquiatria também pela UFF. No ano seguinte, também em Jurujuba, José Jacinto dos Santos (1949 -) iniciou o internato em psiquiatria pela FFM. Nesse período, como aluna, Maritelma Vieira dos Santos cursou a disciplina de enfermagem psiquiátrica pela Escola de Enfermagem da UFF, tendo o HPJ como campo. Em 1977, Percilia Ana Pereira Pinto foi internada na enfermaria feminina do HPJ por, segundo seu relato, ter colocado soda cáustica na comida de seu tio. Atualmente reside no Albergue do HPJ.

Denilson Santos não se recorda quando ocorreu sua primeira internação no HPJ, mas é possível que tenha se dado em fins dos anos 1970 ou início dos anos 1980 pelo modo como descreve a instituição em seu depoimento. Em 1976 Costa Filho trabalhou como médico psiquiatra e docente - através do Instituto de Saúde da Comunidade da UFF - no Centro Comunitário da Vila Ipiranga, onde coordenou um trabalho de psiquiatria comunitária. Eduardo Rocha lá concluiu sua residência em psiquiatria em 1976. Em 1977, Costa Filho e Eduardo Rocha participaram da formulação do programa de psiquiatria preventiva do município, nos anos seguintes, Rocha atuou coordenando as ações do programa de saúde mental de Niterói até 1980. Durante a década de 1980, Maritelma Vieira dos Santos atuou, especialmente no âmbito da saúde mental, nos trabalhos do Projeto Niterói, que reformulou a assistência em saúde na cidade e contribuiu significativamente na formulação do SUS. Nesse período, Vieira dos Santos foi coordenadora da emergência geral do Centro Previdenciário de Niterói (CPN - Hospital Geral), da emergência psiquiátrica e do Ambulatório de Psiquiatria do Distrito Centro-Sul.

Nos anos 1990, após a promulgação da Constituinte e do SUS, o HPJ foi municipalizado para integrar a rede de saúde pública de Niterói. Eduardo Rocha assumiu a coordenação de saúde mental do município em 1991 e a direção do hospital em 1992, quando convidou Maritelma Vieira dos Santos para a coordenação do Ambulatório de Saúde Mental do HPJ. Nesse período de efetivação da reforma psiquiátrica, novos serviços assistenciais foram abertos na cidade e novas experiências em saúde mental tiveram lugar. Em 1995, iniciou-se o processo de transferência da emergência psiquiátrica do hospital geral para o hospital psiquiátrico, processo que foi coordenado por José Jacinto dos Santos e posteriormente por Maritelma Vieira dos Santos. No início dos anos 2000, Fernando Ribeiro Tenório assumiu a coordenação de saúde mental do município e passou a trabalhar em cooperação com Eduardo Rocha, que se manteve na direção do HPJ até 2012. Foi um período de consolidação da Reforma e da Rede de Atenção Psicossocial na cidade. Tenório permaneceu nessa função até 2006 e, desse ano até

2010, coordenou o Programa de Atenção Ambulatorial de Niterói. Neste período Costa Filho atuou como psiquiatra na emergência psiquiátrica do HPJ e no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Herbert de Souza enquanto José Jacinto dos Santos foi psiquiatra no CAPS Casa do Largo. Maritelma foi coordenadora de saúde mental entre 2008 e 2010 e, posteriormente, coordenou a Divisão de Ensino e Pesquisa do HPJ.

Desde 2015, Raldo Costa Filho é diretor do HPJ e conta com a colaboração de Eduardo Rocha e Maritelma Vieira dos Santos na Divisão Técnica e Assistencial. Jacinto é supervisor do Albergue do HPJ e psiquiatra no CAPS Casa do Largo. Sebastião Medeiros permanece como chefe da equipe de manutenção predial. Fernando Tenório supervisiona os estagiários vinculados à PUC-Rio, onde leciona. Denilson Santos é coordenador da Cantina Loucura Dividida no HPJ e paciente do Ambulatório de Jurujuba, situado no hospital, assim como Percília Ana Pereira Pinto, que também reside no Albergue.

Ou seja, os entrevistados atuaram diretamente no processo de reforma psiquiátrica em Niterói. Portanto, a leitura sobre esse processo foi aqui construída através do olhar de seus atores, daqueles que se formaram no próprio hospital; que formularam políticas de saúde na cidade; que foram internados, tiveram alta e posteriormente se responsabilizaram pela cantina da instituição; daqueles que contrataram, formaram equipes, construíram espaços de formação; daqueles que aplicaram a eletroconvulsoterapia e fizeram obras no prédio; daqueles que apanharam de cabo de vassoura e passaram a ter a chave de seu quarto. Em suma, trata-se de uma história do ponto de vista dos atores desse processo, que nele viveram suas experiências com a loucura e com a instituição psiquiátrica.

Prólogo: Memória e presença do passado

Em “Verdade e memória do passado” (1998), Jeanne Marie Gagnebin propõe algumas teses sobre o estatuto da verdade do passado e sobre a importância da memória. Gagnebin entende que “a verdade do passado remete muito mais a uma ética da ação presente que a uma problemática da adequação (pretensamente científica) entre ‘palavras’ e ‘fatos’ (GAGNEBIN, 1998, p. 214).

Tomando a correspondência entre discurso científico e fatos históricos como uma impossibilidade epistemológica, Gagnebin refuta a pretensão de uma verdade absoluta, pura e dogmática e, ao mesmo tempo, despreza a posição de um relativismo “complacente” e “apático”, para então definir, de modo “paradoxal” e “constrangedor”, a tarefa do historiador: “É necessário lutar contra o esquecimento e a denegação, lutar em suma contra a mentira, mas sem cair em uma definição dogmática de verdade” (ibid., p.219).

Quais seriam então os modos possíveis dessa luta ética do historiador? Gagnebin recorre à noção preciosa de *rastro* que a conduz à problemática da memória. Sua questão repousa sobre a possibilidade dessas noções manterem juntas “a presença do ausente e a ausência da presença” (ibid., p. 218). De modo que o que lhe interessa ressaltar é “o liame entre rastro e memória” (ibid.). Gagnebin pergunta:

Por que a memória utiliza tão frequentemente a imagem - o conceito - de rastro? Por que a memória vive essa tensão entre a presença e a ausência, presença do presente que se lembra do passado desaparecido, mas também presença do passado desaparecido que faz sua irrupção em um presente evanescente. Riqueza da memória, certamente, mas também *fragilidade* da memória e do rastro (...). O que ganhamos neste percurso? Paradoxalmente, a consciência da fragilidade essencial do rastro, da fragilidade essencial da memória e da fragilidade essencial da escrita (GAGNEBIN, 1998, p. 219).

Rastro e memória surgem, portanto, como delicados instrumentos da luta ética do historiador contra o esquecimento. Mas por que lutar contra o esquecimento? Pretendo aqui sustentar a importância de tornar presente a palavra sobre a experiência do manicômio como ética da ação presente. O que do passado desaparecido irrompeu para José Jacinto, Denilson, Percília, Sebastião no momento evanescente da entrevista? É preciso reconhecer o que irrompe como presentificação do passado desaparecido, presentificação que convoca o historiador a “apoderar-se de uma lembrança tal como ela cintila num instante de perigo” (ibid., p. 214), pois como Jeanne Marie Gagnebin nos faz saber, para Walter Benjamin, “a história é objeto de uma

construção cujo lugar não é o tempo homogêneo e vazio, mas aquele preenchido pelo tempo-
agora [Jetztzeit]” (ibid.).

A sucata humana, os portões de ferro, as mortes no aparelho de choque, as pauladas de
cabos de vassoura: rastros presentes, que cintilam e se materializam, como nas lágrimas de José
Jacinto.

Ele se emocionou durante a entrevista quando nomeou como sucata humana o que
encontrava nos anos 1970 ao ir buscar, no “inferno vivo”, “alguém para estudar”. Ao retornar
para o HPJ, em 2015, como supervisor da equipe da enfermaria de longa permanência, e entrar
na enfermaria, sentiu um rastro, um cheiro que o fez chorar:

E eu me deparei, primeiro, com um cheiro. Esse cheiro me remeteu à minha
época de acadêmico e eu não pude segurar a emoção. Foi muito forte. Eu tive
uma crise de choro. Eu compartilhei isso com a equipe. Foi uma coisa muito,
muito forte mesmo, porque me remeteu àquelas pessoas nuas. O cheiro me
trouxe toda a lembrança de quando eu ia lá procurar, na sucata humana,
alguém para estudar. Então, me remeteu de uma forma muito ruim ao passado.
Então, eu penso que esse foi um retorno bem complicado, de me deparar com
esse cheiro ainda no hospício (J.J. SANTOS, 2017, p. 8).

A presentificação, na entrevista, dos pacientes tornados sucatas pelo manicômio fez José
Jacinto significar sua experiência com os hospícios nos quais trabalhou, definindo o manicômio
e a reforma psiquiátrica:

Na sucata humana, o humano não aparecia. Não tinha lugar para o humano.
Em qualquer hospício é isso. Hospício manicomial, como o Eiras de
Paracambi, como em Carmo, como em Rio Bonito. É uma vida de gado.
Horário para dormir, horário para medicação, horário para banho, horário...
E vão como manada, obedientes. Não existe o individual, não existe a relação
humana, não existe o sujeito. Existe o doente mental, a doença mental. É um
paradigma que foi institucionalizado por muitos anos. Então, a reforma muda
esse paradigma de cuidado. Cuidar não é só alimentar, cuidar não é só manter
vivo, sarar feridas ou dar remédio para doença mental. Cuidar é cuidar do
cidadão hoje, da cidadania, da sua reinserção, seja familiar, ou no social com
a ajuda de profissional. Então, é uma mudança de paradigma. Eu tive a sorte
de viver esses... acompanhar, na minha formação, essa mudança. E estar ativo
nessa mudança, essa é minha sorte (J.J. SANTOS, 2017, p. 9).

Denílson Santos, 58 anos, como mencionei anteriormente, é paciente do ambulatório e
coordenador da Cantina Loucura Dividida no HPJ. Recorda-se de sua primeira internação aos
10 anos de idade em uma clínica em Juiz de Fora (MG). Recorda-se também que seu pai queria
levá-lo de alta mas não podia por conta do trabalho. Ainda pequeno “fugia muito e ficava

fugindo e voltando para a clínica que eu estava” (D. SANTOS, 2017, p. 1). A impossibilidade de recordar como foram as primeiras internações parece se explicar por sua então impermanência, por sua falta de um “paradeiro certo”, entre idas e vindas a instituições psiquiátricas:

Não dá para eu lembrar, porque faz muitos anos que eu me trato, e dos dez anos para cá eu passei por vários hospitais, entre eles Jurujuba. Então eu não ficava só em Jurujuba. Eu ficava, hoje eu estava aqui, amanhã eu estava em Paracambi, tava em Nova Iguaçu, estava no Engenho de Dentro, estava no Pinel, estava em Botafogo, estava na Clínica São Paulo, eu não tinha um paradeiro certo (D. SANTOS, 2017, p. 9).

O que faz rastro para Denilson, o desaparecido que se presentifica, são os lugares do antigo Hospital de Jurujuba: a capela, pois “quando morria a pessoa tinha onde colocar o corpo”, o consultório do dentista, a lavanderia. “E sobre os pavilhões, tinha até grade, não era conforme é agora pelo futuro. Mudou bastante” (ibid., p. 2). Denilson é muito claro em seu depoimento: não considera boas essas mudanças, e se apresenta como um contundente defensor dos lugares desaparecidos, além de protestar contra a demolição de parte do prédio do hospital para abertura do Túnel Charitas-Cafubá, construído entre 2016 e 2017³:

Pra mim foi ruim [as mudanças] (...) Desde o momento que era um hospital grande era o momento que tinha uma lavanderia. Desde o momento em que morre algum paciente você tem que ter um lugar para colocar o corpo. Hoje em dia botam o corpo em uma sala vazia até o carro vir buscar. (...) Mudou para pior, a saúde está no fundo do poço. Agora mesmo está pior. Eu nunca vi diminuir a metade do hospital para fazer túnel. Não existe isso, entendeu? (D. SANTOS, 2017, p. 2 e 9).

Foi por idas e vindas, mas, sobretudo quando se instaurou a possibilidade de sair e ser recebido de volta, que se deu sua “recuperação”, além de “uma coisa para ocupar a mente”: um trabalho na horta e a venda de doces em tabuleiros pelo hospital. “Foi na época que eu consegui começar a dar a volta por cima andando pelo hospital, aqui dentro, vendendo o tabuleiro cheio de doce”, apesar das provocações que o deixavam nervoso e o faziam quebrar o tabuleiro.

³ A construção do Túnel Charitas-Cafubá, realização da Prefeitura Municipal de Niterói, ocorreu durante a produção desta dissertação e implicou na demolição de parte da estrutura predial do HPJ. O hospital perdeu sua fachada principal, o jardim de entrada, o prédio do Auditório Prof. Nobre de Melo, as salas da Divisão de Ensino e Pesquisa, o salão de estudos, a enfermaria feminina quase por completo, o ateliê, além do estacionamento e outros espaços. Tanto a enfermaria feminina, quanto o auditório e parte da Divisão de Ensino e Pesquisa foram realocadas para outras áreas adaptadas no hospital, em longo e difícil processo de negociação e operacionalização com a Secretaria Municipal de Obras, utilizando os poucos recursos desta e da própria Fundação Municipal de Saúde.

Denilson relata que o pavilhão ficava abandonado à noite, pois “o pessoal vinha tudo cá para a frente (...), eles deixavam [abandonado] porque eles não queriam perturbação dos pacientes”. A recordação de sua luta pelo direito de sair, e da sustentação da palavra da psicóloga de que poderia voltar às dez horas da noite, faz Denilson nomear o que fez sua recuperação:

Quando eu estava internado há muito anos atrás, eu fui uma das primeiras pessoas a ganhar saída, eu tinha saída até dez horas da noite. Um enfermeiro chegou e falou que eu não estava entrando no horário certo. A Cláudia [psicóloga] foi e diminuiu para 9h da noite, e eu continuei entrando. Até no portão eu cheguei a dormir porque eles não me deixavam entrar mais. O que aconteceu? Ela viu que eu estava certo e mudou o meu horário para o mesmo horário que era: 10h da noite. Porque ela sentia que o pavilhão ficava abandonado durante a noite, o pessoal vinha tudo para cá para frente (...)

Aí eu consegui voltar no mesmo horário, 10h da noite. Então, você vê, eu passei por vários hospitais, tomei eletrochoque, tomava injeção na coluna de 8 em 8 dias. Nunca encontraram uma solução para minha melhora. Hoje em dia, eu estou aqui, estou na liberdade, estou dividindo a loucura, estou sabendo que a loucura pior tá lá fora e to aqui. Quanto tempo que eu fiquei internado? Quanto tempo que eu tomava remédio? Só em Paracambi eu tinha 19 entradas. Tirando as injeções que eu tomei. Hoje eu estou saindo, por que? O que faltava em mim? Liberdade, amor, carinho, uma coisa para ocupar a mente. Estou aqui até hoje. Cada um tem sua história, estou contando a minha (D. SANTOS, 2017, p. 5-6).

Grades e medicamentos também presentificam o manicômio no depoimento de Percília Ana. Paciente do ambulatório e moradora do Albergue do HPJ, Percília Ana Pereira Pinto, 71 anos, foi internada em 1977 após, segundo nos conta, ter colocado soda cáustica na comida de seu tio, pensando ser sal. Jurujuba é o único lugar onde foi internada. Percília nos conta que “o tratamento tinha muito remédio e os portões eram tudo de ferro” (PINTO, 2017, p.1), e que melhorou muito “o modo de tratar a gente” inclusive por poder “ficar com a chave” (ibid.). Interessante notar, tanto para Denilson quanto para Percília, a importância dos portões, do acesso, da apropriação das chaves, e o quanto a ausência das portas de ferro e das grades representa, para eles, uma mudança de tempos.

Percília também menciona como mudança a possibilidade de hoje ter um guarda-roupas, e se queixa da redução na quantidade de pães no café da manhã. Trabalhou como empregada doméstica em uma casa em Icaraí, bairro nobre de Niterói: “Trabalhei na [rua] Belisário Augusto, sete anos de casa”, e aos fins de semana era levada por sua patroa Sônia para sua casa, junto a seus familiares, em Tribobó, bairro de São Gonçalo. Em Tribobó, agredia seus irmãos “um soco na cara de Zé, e um soco na cara de Manel” (ibid., p. 3).

Além dos portões de ferro e grades, as agressões, como rastros, enlaçam a memória sobre a enfermaria feminina dos anos 1970. Ao ser perguntada sobre como era a enfermaria na época em que chegou, responde que “apanhava muito”, tanto das pacientes quanto de um enfermeiro, que “batia na gente de cabo de vassoura”. Esse enfermeiro, de acordo com Percília: “batia e dizia que era para melhorar o hospital”. Ela diz que isso não acontece mais, e as agressões também demarcam a diferença entre os pacientes desta época e os de hoje em dia:

R: Diga-me uma coisa: os pacientes de hoje em dia são iguais aos de antigamente, ou eles mudaram?

P: Mudaram, porque tinha muita paciente grande, agora não tem não. Tinha a dona advogada também, que queria me bater... [risos]. Eu levantei e disse: “vem”! Aí ela... depois ela morreu. Foi embora...

R: E a loucura dos pacientes de antigamente, era diferente, ou é que nem hoje em dia?

P: É diferente! Porque elas eram muito nervosas (PINTO, 2017, p.5).

Os portões de ferro que não se abriam para Denilson voltar e poder tornar a sair; as pancadas de cabo de vassoura como prática sistemática de tortura institucional; as grades materializando o confinamento; o abandono dos pavilhões, a cada noite, para não haver perturbação dos pacientes; a abolição da relação humana, a produção da sucata humana: rastros que enlaçam a memória e presentificam o manicômio. Percília Ana, Denilson, Sebastião, José Jacinto, estes que testemunham suas experiências no então denominado “inferno vivo”, dão-nos a possibilidade de constituirmos uma “memória coletiva”, uma chance de tornarmos esse passado uma herança “dolorosa, mas comum, uma questão a ser elaborada em conjunto por todo o corpo social” que contribua com nossa apropriação de outras possibilidades de luta e de ação no presente (GAGNEBIN, 2010, p. 6-7). Novamente, a respeito de Walter Benjamin, Jeanne Marie Gagnebin afirma:

Benjamin coloca algumas balizas para uma historiografia verdadeiramente ‘militante’ (...) porque milita por uma memória do passado que permite não só salvar a memória dos vencidos, mas também liberar outras possibilidades de luta e de ação no presente do historiador (ibid., p.8).

Nos capítulos que seguem, apresento uma narrativa como possibilidade de construção de uma herança comum a ser elaborada coletivamente no tempo presente, e como possibilidade,

portanto, de constituirmos novas possibilidades de luta e ação no cotidiano da atenção psicossocial.

2. O HPJ COMO PARTE DE UM PROJETO NACIONAL: DO INFERNO VIVO À ILHA UNIVERSITÁRIA

Neste segundo capítulo discuto, primeiramente, aspectos a respeito da fundação do Hospital Psiquiátrico de Juruuba. O contexto político e institucional de sua idealização e inauguração, seu projeto, as expectativas que justificaram os investimentos empreendidos e aspectos dos primeiros anos de funcionamento. Para esse período, sirvo-me da imprensa de grande circulação como fonte primária de investigação⁴.

O segundo momento do capítulo trata da segunda metade da década de 1960 e dos anos 1970, e destacam-se: as condições do hospital nos anos 1960 que o levaram a ser chamado de “inferno vivo”; a intervenção da Cátedra de Psiquiatria do Prof. Nobre de Melo; a primeira experiência de psiquiatria comunitária no Centro Comunitário da Vila Ipiranga e a implementação do primeiro programa de psiquiatria preventiva na cidade.

2.1 ESTADO, DOENÇA MENTAL E INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA (ANOS 1940 E 1950)

A ascensão de Getúlio Vargas ao poder (1930-1945) deu ensejo a uma transformação paulatina do Estado brasileiro. Com Vargas, o projeto de construção do país como nação moderna dirigiu a reorganização da estrutura administrativa pública, de suas instituições e de suas relações com as realidades e poderes locais. Nesse projeto nacional, trabalho e trabalhador surgiram dotados de um novo simbolismo, e foi em torno deles que o Estado organizou suas respostas aos problemas existentes no país (ver Gomes, 1999, p.53). A saúde não poderia ficar de fora dessa empreitada estadista, e foi nesse contexto que o Ministério da Saúde e Educação foi projetado e ganhou existência (ver FONSECA e HOCHMAN, 1999, p.73).

Nas palavras do ministro Gustavo Capanema:

Ora, é exactamente a esta valorização do ser humano que se propõe o Ministério. Elle visa melhorar o homem na sua saúde, nas suas qualidades

⁴ O uso de jornais e revistas como fontes de pesquisa exige sua problematização metodológica. Neste trabalho, diante da impossibilidade de uma expressiva análise dos perfis, editoriais e jogos de interesses de cada periódico, adoto a atitude de lê-los valendo-me dos contrapontos de outras fontes: orais, documentais e acadêmicas. Antes de considerar os jornais e revistas como suficientes para a compreensão do contexto investigado, fundamento-me na advertência de Derocina Sosa, segundo a qual o estudo histórico através da imprensa escrita está entre: "um objetivo que interpreta o texto escritoefetivamente e outro subjetivo que precisa entender aquilo que não aparece escrito, mas é possível identificar à luz do contexto histórico. Assim, o estudo da imprensa necessita do reconhecimento do que está em torno dela, já que essa mesma imprensa está invariavelmente atrelada a seu tempo histórico" (SOSA, 2005). Cabe por fim destacar que o uso dos periódicos permitiu o acesso a depoimentos de gestores e autoridades políticas sobre o tema, além da possibilidade de experiencarmos como os problemas relacionados à loucura e sua institucionalização circularam na imprensa fluminense entre os anos 1930 e 1970.

moraes, nas suas aptidões intelectuais, para delle fazer um efficiente trabalhador. Por isso dizemos que seu objectivo é a cultura. E, se acrescentamos que este objectivo é, mais propriamente a cultura nacional, é porque o homem, que se quer valorizar, se destina, acima de tudo, a viver para o serviço da nação. A nação foi sempre, e é, sobretudo hoje em dia, a realidade viva, exigente, imperiosa, na qual o homem se integra de corpo e alma. Para Ella, o homem representa o mais precioso bem e o mais solido fundamento (CAPANEMA, 1935, p. 1-7).

O processo de constituição do Ministério da Saúde e Educação demonstra a preocupação do Estado em constituir o novo homem brasileiro e sua nação. Saúde e educação passaram a ser instrumentos imprescindíveis desse projeto, mas a constituição do ministério também foi palco de inúmeras tensões e negociações para fazer da administração federal o lugar central de elaboração e fiscalização das políticas públicas em todo território brasileiro. Assim, a federalização e homogeneização de ações voltadas para as áreas da saúde e da educação, organizadas em torno de um forte ministério, não se deram da noite para o dia.

Ao contrário disso, André Luiz Fabrício (2009) demonstra que desde o início da República (1889) até a década de 1920, a questão da saúde era encaminhada de acordo com o sistema político estabelecido na constituição federalista, que dava maior protagonismo aos poderes locais. Assim, a partir do Governo Provisório de Vargas, cresceu certa tensão entre o poder federal e os poderes locais, na medida em que o poder nacional, ao passo em que organizava a estrutura e os objetivos do ministério, ainda precisava negociar sem ferir as conjunturas locais.

Com o advento da ditadura do Estado Novo (1937 a 1945)⁵, a capacidade de negociação por parte dos poderes locais foi reduzida e o Governo Federal passou a determinar “os rumos que seriam tomados e seguidos no que se referia a área da saúde pública” (FABRÍCIO, 2009, p. 83). Essa condição institucional permitiu fazer do Ministério da Saúde e Educação o “órgão

⁵ A respeito do Estado Novo, Dulce Pandolfi organizou, em 1999, uma interessante publicação chamada “Repensando o Estado Novo”, onde em sua apresentação define este período do Estado brasileiro da seguinte maneira: “Com a implantação do Estado Novo, Vargas cercou-se de poderes excepcionais. As liberdades civis foram suspensas, o Parlamento dissolvido, os partidos políticos extintos. O comunismo transformou-se no inimigo público número um do regime, e a repressão policial instalou-se por toda parte. Mas, ao lado da violenta repressão, o regime adotou uma série de medidas que iriam provocar modificações substantivas no país. O Brasil, até então, basicamente agrário e exportador, foi-se transformando numa nação urbana e industrial. Promotor da industrialização e interventor nas diversas esferas da vida social, o Estado voltou-se para a consolidação de uma indústria de base e passou a ser o agente fundamental da modernização econômica (...). Com medidas centralizadoras, Vargas procurou diminuir a autonomia dos estados, exercendo assim maior controle sobre as tradicionais oligarquias regionais. Buscando forjar um forte sentimento de identidade nacional, condição essencial para o fortalecimento do Estado nacional, o regime investiu na cultura e na educação. A preocupação com a construção de uma nova ideia de nacionalidade atraiu para o projeto estado-novista um grupo significativo de intelectuais” (PANDOLFI, 1999, p.10).

propositor e fiscalizador das políticas sanitárias, transferindo para os serviços locais a execução das diretrizes impostas por estas políticas federais”. (FABRÍCIO, 2009, p. 84).

Em 1937, o ainda jovem Ministério da Educação e Saúde Pública passou por uma importante reformulação, sendo dividido em oito serviços nacionais com estruturas administrativas similares e um mesmo modo de atuação: através do combate às principais doenças que assolavam o país. Entre os serviços nacionais foi constituído o Serviço Nacional de Doenças Mentais, dirigido pelo psiquiatra Aduino Botelho⁶ entre 1941 e 1954.

As orientações que guiaram os serviços nacionais, e na prática o próprio ministério, foram os chamados Planos Nacionais que, por sua vez, foram elaborados através das informações colhidas por meio de inquéritos nacionais disparados tão logo se estabeleceu a estrutura ministerial.

No âmbito do Serviço Nacional de Doenças Mentais, constituiu-se em 1941 o Plano Nacional Hospitalar Psiquiátrico (FABRÍCIO, 2009, p.78), fruto do inquérito nacional iniciado em 1937 e que avaliou a assistência psiquiátrica em todos os Estados, qualificando cada Estado de acordo com a existência de instituições psiquiátricas e de acordo com a natureza da assistência nelas prestada.

Quanto a sua composição, o documento estava dividido em quatro partes distintas. A Introdução discute a questão das psicopatias, aproximando estas das doenças corporais, assim chamadas, e um breve histórico de como esta situação foi tratada no país até aquele momento, como forma de justificar a proposição do Plano. A ‘súmula do estado atual da assistência psiquiátrica oficial nos vários estados do Brasil’ apresentava cada estado individualmente, suas principais instituições psiquiátricas e a forma como estes estados foram classificados a partir desta apreciação; e por fim, o “Plano Hospitalar’ em si e suas diretrizes”. (FABRÍCIO, 2009, p. 78).

O documento classificou os Estados quanto ao grau de assistência psiquiátrica prestada e, neste ranqueamento, o Rio de Janeiro, junto à Bahia, Pará e Paraíba, se encontrava entre os “Estados onde a assistência era especializada, porém defeituosa e reduzida” (FABRÍCIO, 2009, p. 79-80). Ao lado de cada estado, o documento citava entre parênteses as instituições responsáveis pela assistência e, portanto, pela classificação no ranqueamento. No caso do Rio

⁶Aduino Junqueira Botelho nasceu em 1895 na cidade de Leopoldina/MG. Formou-se em medicina pela Universidade do Brasil (atual UFRJ) em 1917. Em 1938, assumiu a direção da Divisão de Assistência a Psicopatas do Distrito Federal e foi protagonista na criação, em 1941, do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM). Organizou e dirigiu o SNDM entre 1941 e 1954. Foi diretor do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB) entre 1956 e 1958 (PICCININI, 2009).

de Janeiro, as instituições eram: o Hospital Psiquiátrico de Niterói⁷; o Hospital Colônia de Vargem Alegre de 1904; o Manicômio Judiciário de 1921, e o Hospital Colônia Juliano Moreira de 1923⁸.

Portanto, o governo federal organizou o ministério a partir do inquérito nacional disparado em 1937. Por outro lado, meses depois, o Estado do Rio de Janeiro inaugurava seu hospital psiquiátrico destinado aos insanos agudos: o Hospital Psiquiátrico de Niterói. Tratou-se de uma iniciativa estadual, ou seja, pensada, planejada e efetivada pelas autoridades locais.

2.1.1 O Hospital Psiquiátrico de Niterói

Em 23 de fevereiro de 1938, o jornal *A Noite* publicou, em nota na segunda página, o anúncio da inauguração do Hospital Psiquiátrico de Niterói. Construído na Rua São João, ao lado da Casa de Detenção, a instituição contava com 40 leitos destacadamente destinados a “insanos agudos”. A inauguração, prevista para as 17h do mesmo dia, foi anunciada como feito de relevo do Dr. Mario Pinotti (1894-1972)⁹, então chefe do Departamento de Saúde Pública do Estado do Rio de Janeiro, que ali prosseguia seu “plano de realizações periódicas”. Maior destaque, no entanto foi dado à presença do chefe do governo fluminense, o interventor Amaral Peixoto (1905-1989), e de autoridades da assistência psiquiátrica nacional e do Distrito Federal: anunciou-se a vinda do Dr. Barros Barreto (1890-1956), diretor geral da saúde federal; e do Dr. Waldemiro Pires (1892-1977)¹⁰, diretor da Assistência a Psicopatas do Distrito Federal (*A Noite*, 23/02/1938, p.2).

No entanto, nem Barros Barreto e nem Waldemiro Pires tiveram seus nomes mencionados na reportagem do dia seguinte, feita pelo mesmo periódico, que relatou o evento estampando a fotografia dos participantes atrás dos leitos de uma das enfermarias (*A Noite*, 24/02/1938, p.11). Mais uma vez, Mario Pinotti teve sua fala destacada na reportagem e sucedida, não por Barreto ou Pires, mas por Augusto Luiz Nobre de Melo, então chefe do

⁷ Fundado em 1938 (ver adiante), mas com data de fundação estabelecida no documento em 1895, provavelmente devido ao funcionamento da enfermaria de alienados anexa ao Hospital São João Batista. Ver (Piccinini&Oda, 2006).

⁸ Tanto o Manicômio Judiciário quanto a Colônia Juliano Moreira constam no documento pois, mesmo situados no Distrito Federal, prestavam assistência também à população do Estado do Rio de Janeiro.

⁹ Mario Pinotti (1894-1972), então chefe do Departamento de Saúde Pública do Estado do Rio de Janeiro. Foi também Ministro da Saúde em 1954 e entre 1958 e 1960 (CPDOC/ FGV, 2009, Disponível em <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/pinotti-mario>. Acesso em: 31 jan. 2018).

¹⁰ Waldemiro Pires (1892-1977), então diretor da Assistência a Psicopatas do Distrito Federal, foi também diretor do Hospital Juliano Moreira; do Hospital Neuropsiquiátrico Infantil do Engenho de Dentro; do Departamento de Doenças Mentais do Ministério da Educação e Saúde e a chefia do Serviço de Sífilis Nervosa e Neurobiologia da Fundação Gaffré e Guinle (Engel, 2015, pp. 112-115).

Serviço de Assistência aos Psicopatas do Estado do Rio de Janeiro. Cabe destacar a insistente exaltação do jornal ao gestor da saúde estadual, e o reconhecimento do hospital psiquiátrico como obra do governo fluminense.

Esse é o primeiro aspecto a isolar: o Hospital Psiquiátrico de Niterói foi concebido, construído, inaugurado e gerido pelo governo estadual, diferente do que aconteceria com o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, alguns anos depois.

O Hospital Psiquiátrico de Niterói foi construído para os chamados insanos agudos, enquanto os considerados crônicos eram transferidos para o Hospital Colônia de Vargem Alegre. Para concretizar as transferências, “foi construída, especialmente para a remoção de doentes crônicos para o Hospital Colônia de Vargem Alegre, uma ambulância com capacidade para 10 doentes e respectiva guarda de enfermeiros do Serviço de Assistência a Psicopatas” (*A Noite*, 23/02/1938, p. 2).

A preocupação com os agudos era com a condição em que estes eram encontrados nos “cubículos inadequados” da Casa de Detenção, que ficava justamente ao lado do prédio que recebeu o hospital. Segundo a reportagem do periódico *A Noite*, enquanto percorria todas as instalações do novo hospital “examinando-as detidamente”, o comandante Amaral Peixoto, foi ali saudado pelo Dr. Mario Pinotti, que lhe “proferiu as cenas deprimentes que vinham ocorrendo, em relação aos insanos agudos, na Casa de Detenção, onde os infelizes não tinham nenhum conforto pela falta de acomodações especiais” (*A Noite*, 24/02/1938, p. 11).

Destaca-se, na reportagem de 23 de fevereiro de 1938, a importância dada pela imprensa à descrição do interior do hospital, ressaltando-se a destinação de espaços específicos para pacientes tranquilos e doentes agitados que apresentam reações perigosas. Ao fazer a leitura dos jornais, é possível considerar que a organização do espaço físico, o tipo de ambiente hospitalar e a separação de seus cômodos eram decisivos na constituição da assistência. O modo de assistir era definido primeiramente pelo modo como o espaço era concebido, e assim se distribuía a loucura: loucos criminosos no manicômio judiciário, loucos crônicos na colônia agrícola, e loucos agudos no hospital psiquiátrico. E dentro do próprio hospital, havia a separação entre os agudos tranquilos - para estes as enfermarias; e os agudos agitados e perigosos - para estes os quartos fortes (*A Noite*, 23/02/1938, p. 2).

Interessante observar que a construção da ambulância para 10 doentes foi considerada pela reportagem como complemento indispensável do Hospital Psiquiátrico de Niterói, o que indica o pensamento de certa complementaridade entre a instituição hospitalar urbana, destinada aos doentes agudos, e a instituição colonial, agrícola, para os incuráveis, crônicos. *A Noite* noticia também a lembrança do Dr. Pinotti de que “depois da criação (sic), por Nilo

Peçanha há 34 anos, da Colônia Agrícola de Alienados, de Vargem Alegre, até então nada se fizera, no Estado do Rio, para solucionar o importante problema” (*A Noite*, 24/02/1938, p. 11).

Ou seja, o Estado do Rio de Janeiro julgava poder solucionar assim a desassistência aos insanos agudos, que ficavam sem lugar entre a Colônia Agrícola e a Casa de Detenção ou o Manicômio Judiciário. Cabe destacar que no ato de inauguração se registra a presença de dois importantes psiquiatras do então Estado do Rio de Janeiro: o Dr. Heitor Carrilho (1890-1954), professor catedrático da Faculdade Fluminense de Medicina e diretor do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro; e o Dr. Augusto Luiz Nobre de Melo (1909-1984), que fora aluno interno de Carrilho no Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, tendo posteriormente assumido a Cátedra de Psiquiatria da Faculdade Fluminense de Medicina após seu falecimento.

Sob orientação de Carrilho, Nobre de Melo iniciou a carreira psiquiátrica como interno no Manicômio Judiciário, produzindo os chamados “Laudos e documentos Psiquiátricos-Legais”. Logo após a formatura (1934), ingressou como assistente no Serviço de Assistência a Psicopatas do Rio de Janeiro, tornando-se diretor em fins da década de 1930, período em que inaugurou o Hospital Psiquiátrico de Niterói. (DIAS, 2015, p. 386 e PICCININI, 2009, p.1).

Ao tratar da dedicação de Heitor Carrilho às questões da clínica psiquiátrica, Allister Dias (2015) cita o trabalho¹¹ realizado por Nobre de Melo em 1934, em que “fez um retrato, um estado da arte, do saber psiquiátrico que Carrilho propugnava e que fundamentava a produção dos seus laudos e outras de suas intervenções na justiça criminal” (DIAS, 2015, p. 188). Dias também localiza a proposição feita por Nobre de Melo, em eco ao reivindicado por Carrilho, de uma caracterização antropopsicológica dos menores que incorriam em infrações das leis penais. Inclusive, na 1ª Conferência Interamericana de Higiene Mental, ocorrida em 1935, Nobre de Melo afirmou que, sobre a infância “delinquente”: “é preciso não ver somente degeneração e anormalidade onde vezes estão em jogo abandono, a incultura, a corrupção e a miséria”. (NOBRE DE MELO, 1935, p.47-53).

Em conjunto, Heitor Carrilho e Nobre de Melo transportaram, para o estudo do criminoso, fundamentos da psiquiatria que consideravam como atuais, propondo os estudos diagnósticos como “polidimensionais”, ou seja, levando em consideração todos os fatores da vida do paciente:

naquele momento (1934), como fortalecimento do critério biológico-constitucional (“análise estrutural de Birnbaum” e o “diagnóstico polidimensional de Kretschmer”) fundar-se-ia uma nova metodologia para a

¹¹ Trata-se do trabalho: NOBRE DE MELO, A. L. Evolução do conceito doutrinário das Psicoses Endógenas. *Arquivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, v. 1 e 2, 1934, p. 27-42.

busca da etiologia desses estados mentais por meio da união entre “causas gerais” e “individuais” e da incursão nos “mecanismos psíquicos profundos” (DIAS, 2015, p. 188).

Destaco esses aspectos iniciais da carreira de Nobre de Melo, fundados em sua relação com Heitor Carrilho, por ser possível localizar já nesse momento, uma tendência clínica que pode se relacionar com o que posteriormente construiu através de sua prática de ensino no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba durante os anos 1960 e 1970.

2.1.2 Em Jurujuba, “um modelar hospital de insanos”.

O ano de 1941 marca a consolidação do projeto de nacionalização dos serviços sanitários. Marca, portanto, a consolidação do projeto que deu razão à organização do Ministério em 1937. A nacionalização da assistência psiquiátrica se deu, então, pela criação de seu serviço nacional, o Serviço Nacional de Doenças Mentais, constituído em 1941 através da execução do Plano Nacional Hospitalar Psiquiátrico. Embora a organização de serviços de profilaxia e higiene mental fosse parte do projeto nacional, inclusive como estratégia de controle do aumento da população hospitalizada, a reforma varguista da assistência psiquiátrica aconteceu pela expansão da assistência hospitalar especializada, onde o plano de expansão hospitalar foi o que deu corpo à constituição do SNDM.

No entanto, Aduino Botelho não encontrou um ambiente de grandes facilidades para execução do programa de proporções nacionais do SNDM. Apesar das condições institucionais positivas no nível das relações entre os poderes centrais e locais desde o advento do Estado Novo, em 1942, a ditadura varguista colocou o Brasil na II Guerra Mundial, levando o país a um contingenciamento financeiro que fez reduzir drasticamente os investimentos do Ministério. Além disso, o desafio de combate à doença mental através da institucionalização nacional da assistência psiquiátrica ainda passava pelas urgentes reformas e reformulações na assistência no próprio Distrito Federal (FABRÍCIO, 2009, p. 109).

Neste contexto, o Estado do Rio de Janeiro era o terceiro do país em déficit de leitos psiquiátricos. Totalizando uma carência de 500 leitos, ficava atrás apenas do Ceará e da Bahia, com déficits de 600 e 700 leitos, respectivamente. Nos termos do Plano Hospitalar, o SNDM se comprometia a custear $\frac{1}{3}$ de cada leito construído, além da colaboração técnica na arquitetura destes e na “organização dos projetos de construção e trabalho de instalação dos hospitais. Ainda, se comprometia a aumentar o número de admissões de psiquiatras, médicos, enfermeiros, servidores e técnicos de alimentação”. (FABRÍCIO, 2009, p. 110).

Em 6 de novembro de 1947, o *Correio da Manhã* publicou o título “A Assistência Psiquiátrica no Estado do Rio. De 120.000 insanos, apenas 1.086 estão internados”. A reportagem anunciava o parecer apresentado na Assembleia Legislativa Fluminense, pelo deputado estadual Moacir de Paula Lobo, para homologação do acordo firmado entre o Ministério da Saúde e Educação e o Estado do Rio, “visando a intensificação da assistência psiquiátrica no território fluminense (...). Esse acordo visa a construção, ampliação, reforma, instalação e manutenção de hospitais e estabelecimentos especializados, dependentes (sic) a União e o Estado”. (*Correio da Manhã*, 06/11/1947, p. 3)

O acordo previa investimentos de um milhão e novecentos mil cruzeiros, dos quais a União arcaria com um milhão e duzentos mil, ficando setecentos mil cruzeiros como obrigação do Estado. Em seu parecer, Paula Lobo, um representante do interior do estado, fundamenta-se em estatísticas, faz referências a iniciativas na área realizadas nos EUA e chama atenção para a realidade de desassistência dos insanos do interior. Cabe reproduzir como seguiu a reportagem (mantenho a grafia original):

Em seu parecer diz o representante do sul fluminense que o Estado possui dois hospitais para enfermos mentais: o Hospital Colônia de Vargem Alegre e o Hospital Psiquiátrico de Niterói, aquele criado em 1904 e este inaugurado em 1938. Para o primeiro são enviados os doentes que necessitam de tratamento mais demorado e para o segundo os de caráter agudo. Atualmente está sendo instalada mais uma Colônia de Psicopatas, em Carmo, com capacidade para 100 enfermos.

Em todo o Estado existem apenas três casas de saúde particulares para enfermos mentais, sendo duas em Niterói e uma em Campos. Nesses estabelecimentos estão hospitalizados atualmente 1.086 insanos, sendo 500 homens e 586 mulheres. Não havendo no Estado o Manicômio Judiciário (!?), os doentes mentais que estão sob ação da Justiça ficam recolhidos ao Hospital Psiquiátrico de Niterói e ao Hospital-Colônia de Vargem Alegre em promiscuidade com os demais enfermos, achando-se nessa situação 38 deles. No interior do Estado, enquanto aguardam vaga num dos dois hospitais do governo, os doentes são recebidos às cadeias. Sobre esse pormenor, diz o Sr. Paula Lobo, que o fato de encontrarmos ainda na fase da cadeia para os doentes mentais significa que estamos atrasados mais de meio século.

Acrescentou o deputado fluminense que, segundo as últimas estatísticas, existem no Brasil 2 milhões e 800 mil indivíduos que carecem de assistência psiquiátrica. No Estado do Rio calcula-se o número desses indivíduos em 120.000 dos quais apenas estão recolhidos os 1.086 já citados.

Focalizou em seguida que nos Estados Unidos, o Congresso aprovou recentemente o ‘National Mental Health Act’, autorizando o auxílio anual de 30 milhões de dólares, ou seja, seiscentos milhões de cruzeiros, aos Estados e municípios, para o desenvolvimento de planos de assistência psiquiátrica e higiene mental. (...)

Mencionou ainda o deputado que estudos feitos em São Paulo revelam a presença de perturbações de personalidade em 63,6% de nossas crianças escolares. (*Correio da Manhã*, 6/11/1947, p.3).

É notória a compreensão de equivalência entre a necessidade de assistência psiquiátrica e internação, ou recolhimento, usando a expressão do parlamentar. Nota-se que, em meio à precisão dos dados que constituem um verdadeiro censo da assistência psiquiátrica da época, não há qualquer referência aos chamados ambulatórios de higiene mental ou a ações de profilaxia, nem mesmo em suas reivindicações. A expressão “higiene mental” aparece referida aos investimentos feitos nos EUA.

De todo modo, a mensagem do deputado Paula Lobo noticiada pelo *Correio da Manhã* constitui preciosa fonte da realidade institucional psiquiátrica sobre a qual interveio o Serviço Nacional de Doenças Mentais em convênio com o estado. Esse acordo de 1947, para o qual Paula Lobo solicitou homologação da Assembleia, foi o termo que, ao que parece, disparou a efetivação do Plano Hospitalar de Aduino Botelho no estado do Rio de Janeiro.

Os anos que se seguiram até a inauguração do hospital, de março de 1949 a maio de 1953, assistiram a visitas de autoridades ao prédio em construção. Em março de 1950, o Governador Macedo Soares (1901-1989) visitou as obras de construção do HPJ, anunciado então como “uma das mais interessantes realizações do atual Governo do Estado no que se refere aos problemas de saúde pública e um dos mais modernos do país”. (*O Fluminense*, 25/03/1950, p.1). A promessa era a de que, dividido em alas masculina, feminina e infantil - além da separação dos doentes entre “calmos”, “agitados” e “sórdidos”, o hospital atenderia “plenamente a todas as atividades a que se destina”. (ibid.). Contaria ainda com auditório, gabinete dentário e sala de raio-x, laboratório e até mesmo espaço para alfabetização dos menores. A previsão de inauguração era já o ano seguinte, o que não se concretizou.

Figura 1 – Jornal *O Fluminense*

Fonte: *O Fluminense*, 1950.

Em 14 de novembro de 1950, *O Fluminense* anunciou “o presidente da república em visita a esta capital”. Eurico Gaspar Dutra (1883-1974) visitou todas as obras realizadas em Niterói que contavam com investimentos do Governo Federal, estando à tarde nas instalações do Hospital de Jurujuba. (*O Fluminense*, 14/11/1950, p. 1).

Novamente à frente do Governo Estadual, desta vez eleito no pleito de 1950, Amaral Peixoto também esteve nas instalações do HPJ, em agosto de 1952, acompanhado por Aduino Botelho. Na ocasião, Botelho ofereceu ao estado a construção de uma escola médico-pedagógica e de um pavilhão para menores anormais. Anunciou-se o total de 400 leitos em construção. Pela satisfação demonstrada por Amaral Peixoto com as “instalações modelares” encontradas, o jornal conferiu à matéria o título: “Contará o Estado do Rio com um modelar hospital de insanos”. (*O Fluminense*, 19/08/1952, p. 1).

Poucos meses após sua visita a Jurujuba, Aduino Botelho concedeu entrevista ao *Diário da Noite* em reportagem que denunciava a perambulação de 160 mil loucos pelas vilas e cidades do país e, tal como no pronunciamento do deputado Paula Lobo em 1947, se comparou a estimativa de loucos pela quantidade de leitos: a denúncia consistiu em apontar que “há somente menos de 40 mil” loucos internados no país, segundo Botelho. O Hospital de Jurujuba, com inauguração prevista em três meses foi então apresentado como modelo institucional para a resolução do grave problema. Revelou-se na reportagem que o próprio diretor do Serviço Nacional de Doentes Mentais foi o responsável pela escolha do terreno da instituição. “Acentua-

se que todas as plantas, ou seja, estudos e projetos são de sua autoria com o devido ajustamento pelos engenheiros. O Hospital de Jurujuba, um hospital perfeito para o fim a que se destina, é idealização do professor A. Botelho”. (*Diário da Noite*, 24/12/1952, p.7).

Nessa entrevista, ao falar sobre o lugar escolhido para edificação do HPJ, Botelho apresentou uma concepção de assistência fundada no próprio modelo arquitetônico da instituição¹², de modo que podemos assim compreender também como a internação era pensada como paradigma de tratamento da loucura. Segundo Botelho:

Uma de nossas primordiais exigências, quanto ao local onde são edificados esses hospitais, é uma grande área de terreno. Os doentes mentais, conforme seu estado de agitação são excelentes agricultores e apreciam mesmo estar ao ar livre, semeando, cuidando e colhendo. Mesmo em sua doença são utilíssimos, se bem orientados, e aproveitada sua capacidade física. Belas hortas e pomares contam a maior parte dos nossos hospitais especializados. (*Diário da Noite*, 24/12/1952, p. 7).

Em 31 de janeiro de 1953 o governador Amaral Peixoto comemorou seu segundo aniversário de governo com uma série de inaugurações na capital do estado. Dentre os muitos feitos, teve lugar a solenidade inaugural do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. Presidida pela primeira dama, Alzira Vargas do Amaral Peixoto, representando o executivo estadual, a solenidade contou com a presença do Vice-Governador, do Ministro da Educação e Saúde, do Secretário de Saúde do Estado, e do Diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais.

Desta vez, pelas palavras do então Secretário de Saúde do Estado, a estrutura física da instituição ganhou destaque: “declarou que o frenocômio que se inaugurava reunia as vantagens das construções dos tipos ‘monobloco’ e ‘pavilhonar” (*O Fluminense*, 01/02/53, p.1). Mas qual seriam essas vantagens? Talvez a resposta esteja na consideração que o secretário fez pouco antes: “o número de doentes mentais aumenta de dia a dia, e isso mesmo merece maior atenção do poder público que deve multiplicar os leitos destinados aos insanos” (ibid.). Dessa forma, a oferta anteriormente feita por Aduino Botelho foi reafirmada pelo secretário estadual: previa-se a ampliação do hospital com a construção de um pavilhão de neuro-psiquiatria infantil e uma escola para crianças anormais.

Há no ato da inauguração duas referências significativas: a primeira marca as terapêuticas desenvolvidas como práticas modernas, e que em Jurujuba seriam aplicadas; a segunda destinava ao HPJ a função do ensino através da possibilidade de assento da Cátedra de

¹² A este respeito ver Venancio (2011), trata-se de fundamental artigo sobre a concepção institucional em jogo no projeto de Aduino Botelho para a assistência psiquiátrica brasileira.

Medicina do Estado do Rio em suas instalações. Afinal, graças às suas instalações, o hospital estava:

apto a aplicar todos os métodos modernos, tais como, malarioterapia, convulsoterapia, insulino-terapia, praxiterapia, ludoterapia, e a psicocirurgia. Além disso o ensino médico do Estado poderá aproveitar-se pela primeira vez de um hospital padrão para a Cátedra de Psiquiatria (*O Fluminense*, 1/2/1953, p.1).

Após a inauguração, as notícias sobre o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba mudaram radicalmente em comparação às matérias que anunciavam as pretensões que motivaram sua construção e que justificaram o investimento e toda a cerimônia em torno de sua inauguração. Cenas de miséria, agressões, superlotação e mortes transmitiram a impressão de rápido fracasso do projeto há poucos anos celebrado. No último ano da década de 1950, seis anos após a inauguração, chegou a notícia de fechamento da porta de entrada do HPJ devido a cortes de verbas e à superlotação da unidade e dos hospitais-colônia do interior. (*A Última Hora*, 12/10/1959, p.2).

Além das fugas do hospital, dos encaminhamentos de doentes agressivos, o HPJ passou a tomar as páginas dos diários através das notícias de, primeiramente, graves agressões entre internos (“Violenta luta entre loucos”, *O Fluminense*, 5/6/1956, p.1); estupro de uma paciente sendo acusado um “serviçal de enfermagem” da instituição (“Monstruoso crime no Hospital de Jurujuba”, *O Fluminense*, 10/5/1956, p.1); morte por espancamento de duas pacientes da enfermaria feminina por um paciente homem que invadira o setor tomado de fúria (“Espancadas, as doentes faleceram no hospital”, *Diário de Notícias*, 10/1/1957, p.13); e, em um segundo momento, mais precisamente a partir de 1958: denúncias de superlotação, como a publicada na Imprensa Popular em 13 de fevereiro de 1958 – o HPJ já possuía mais de seiscentos pacientes sob cuidados de dois médicos; com a alcunha de “curral de doidos”, assim ficara conhecido o hospital, segundo o Jornal do Brasil que anunciou em 14 de junho de 1958 que ali inexístiam “quaisquer das condições que justificariam o nome de hospital”; denúncia de falta de alimentos por corte de verbas e superlotação (“Passam Fome os Doentes do Hospital Psiquiátrico”, *Imprensa Popular*, 14/2/1958, p.1).

Essa série de denúncias resultou na notícia de 12 de outubro de 1959, dada pelo jornal *A Última Hora*, que anunciou que, devido à superlotação tanto do Hospital de Jurujuba quanto dos hospitais-colônias do interior, o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba havia fechado as portas da admissão. A matéria, de cunho extremamente hostil à presença da loucura na cidade, tinha

por título “Loucos nas ruas de Niterói ameaçam a segurança de 600 mil fluminenses”. (*A Última Hora*, 12/10/1959, p.2)

A fundação do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba em 1953, como parte do projeto nacional de combate à doença mental através da implementação do Plano Hospitalar, parecia ter consagrado os esforços do SNDM - liderado por Adauto Botelho, e das autoridades sanitárias do estado do Rio de Janeiro desde 1941. No ano seguinte, Botelho deixou a direção do Serviço Nacional após 13 anos. Com Juscelino Kubitschek no poder (1956-1960), o plano de expandir a assistência psiquiátrica para todo território nacional com ênfase no processo de interiorização da assistência teve sequência, inclusive fazendo parte de seu programa de governo (BRAGA, 2013).

No entanto, quando se analisa o que circulava na imprensa fluminense a respeito do que fora anunciado como a modelar instituição para insanos do estado do Rio, logo nos primeiros anos de seu funcionamento, percebe-se seu retumbante fracasso institucional: superlotação, violências, mortes, penúria. Situação essa que culminou, inclusive, no fechamento temporário das portas da admissão. Foi assim que o asilo adentrou a década de 1960, quando então se deparou com a ruptura do projeto nacional tal como ele fora erguido desde a ascensão de Vargas. A partir do golpe de 1964 surgiu um novo modelo de modernização que, no caso da saúde mental, se apoiou na privatização da internação psiquiátrica, culminando numa crise institucional que foi a base político-institucional da crítica reformista contemporânea. Verifica-se também, nesse período, a ampliação da análise institucional de viés psicanalítico por meio das comunidades terapêuticas. É o que a próxima subseção trata.

2.2 A LOUCURA ENTRE O INFERNO, A INDÚSTRIA E A ILHA: PRIMEIROS CAMINHOS COMUNITÁRIOS (ANOS 1960 E 1970).

O golpe militar de 1964, ao derrubar o presidente João Goulart e alçar o alto comando das Forças Armadas ao poder nacional, conduziu o país a um regime político autoritário - suspendendo as liberdades civis e democráticas - e a uma ruptura com o modelo econômico característico das duas décadas anteriores (MENEZES, 2012, p. 36-44).

Como visto anteriormente, no âmbito da assistência psiquiátrica entre os anos 1940 e 1950, o Governo Federal havia buscado centralizar o planejamento, a elaboração e a fiscalização da assistência através da construção de instituições públicas geridas diretamente pelos estados e sob o olhar de um forte ministério. Nos anos 1960, especificamente na segunda metade da década, a ruptura institucional produzida pelo golpe pôs fim ao modelo econômico

desenvolvimentista e instaurou um novo projeto de desenvolvimento econômico, reorientando o papel do Estado, que passou a priorizar a assistência no setor privado através de financiamento público. Segundo Paulin e Turato:

No estudo sobre a mudança do perfil assistencial psiquiátrico no país - assim como o da saúde pública - o movimento militar de 1964 constitui um ponto de inflexão, por romper com o modelo de poder desenvolvimentista-populista e introduzir uma nova concepção capitalista-monopolista, com repercussões significativas na área previdenciária e de saúde mental. (PAULIN & TURATO, 2004, p. 245).

A nova concepção orientou a criação, em 1966, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), unificando os institutos previdenciários e estendendo a assistência médica a setores mais amplos da população. O INPS foi a base institucional que permitiu a ampliação dos convênios dos hospitais psiquiátricos particulares com a Previdência Social. Em geral, os hospitais públicos passaram a uma condição secundária na política nacional, o que os levou a um progressivo processo de abandono e deterioração. (PAULIN & TURATO, 2004, p. 247). Esse processo de privatização da assistência psiquiátrica foi chamado pelo psiquiatra Luiz Cerqueira (1911-1984)¹³ de “indústria da loucura” (Cerqueira, 1984, p.226). O autor constatou um aumento de 20% da população hospitalar apenas no triênio 1965-1968, sendo 60% deste aumento na rede privada, e constatou também o crescimento das readmissões em 48%, sendo 98% na rede privada. Segundo Cerqueira:

A empresa de saúde sempre viu o lucro e só o lucro. Não nos iludamos, porque esse é o seu papel. Não pode ver a saúde sob outro prisma. Em psiquiatria já tem o monopólio da assistência curativa individual através do leito hospitalar exatamente por ser a opção mais rendosa. Para ampliar seu monopólio, usa de todos os meios historicamente empregados pelo capitalismo selvagem (CERQUEIRA, 1984, p.226).

A orientação privatista da assistência psiquiátrica, caracterizada pela atuação do Estado na regulação de mecanismos de acumulação capitalista - financiando a multiplicação dos leitos privados através da Previdência Social - alcançou seu extremo em setembro 1974 através da publicação da Portaria 39 do Ministério da Saúde (conhecida como Plano de Pronta Ação - PPA). Tal medida pretendia desburocratizar o atendimento nas emergências, e significou, na

¹³ Luiz da Rocha Cerqueira (1911-1984), autor do livro *Psiquiatria Social*, foi um atuante psiquiatra notabilizado pelo questionamento ao modelo privatista e asilar da psiquiatria brasileira no período do regime militar. (PICCININI, 2004).

prática, uma total perda do controle por parte da Previdência Social do que era feito pelos hospitais particulares conveniados:

Esse plano trouxe ao setor privado a possibilidade de atendimento direto aos previdenciários e dependentes, dispensando-se uma avaliação prévia do setor público, inclusive nos hospitais psiquiátricos. Após dois anos de sua implementação, verificou-se uma intensa onda de produção de serviços assistenciais, o que provocou a insolvência da Previdência Social pelo esgotamento dos recursos financeiros (PAULIN e TURATO, 2004, p. 253).

Essa foi, portanto, a tendência geral da política do regime militar para a saúde no Brasil: por um lado a sangria dos recursos públicos para a rede privada de serviços, configurando a chamada medicina previdenciária; por outro a degradação dos serviços da rede pública. De modo que, até que esse modelo entrasse em colapso com o fim do ciclo de crescimento econômico nacional conhecido como “milagre brasileiro” - e também devido ao próprio estrangulamento do sistema de financiamento - foram os empresários da medicina os que, em grande parte e na prática ditaram a perspectiva da assistência no país, caracterizada então pela “ênfase no aspecto curativo em detrimento de ações de cunho preventivo” (PONTE & NASCIMENTO, 2010, p. 187 e 191; ver também MESSAS, 2008, p. 95).

2.2.1 Os Bisturis

Os primeiros anos de funcionamento do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba também se caracterizam pela enorme discrepância, como nos conta a antropóloga Rosane Carreteiro¹⁴, entre “dois sistemas completamente diferentes, interagindo no mesmo espaço, e dando forma à instituição” (CARRETEIRO, 1991, p. 44). Trata-se do setor ou enfermaria de neurologia, que funcionou no segundo pavimento do HPJ desde sua fundação em 1953, até 1959. E não foi qualquer enfermaria. Com quartos individuais abrigando vinte leitos, a neurologia oferecia uma “privacidade inexistente” na instituição aos profissionais liberais, artistas plásticos e até padres, que nela foram internados. Cada um com seu leito e gozando a liberdade de trânsito dentro e fora da instituição.

A Neurologia significava, por todas as características acima mencionadas, o oposto da realidade dos pavilhões, pátios e quartos fortes da Psiquiatria. E não sem motivos. Dentre eles,

¹⁴ Rosane Oliveira Carreteiro, cientista social, trabalhou no HPJ no início dos anos 1990, onde empreendeu o *Projeto Memória*, organizando a documentação científica do hospital e realizando algumas pesquisas. O legado do *Projeto Memória* se materializa, hoje, na organização da documentação científica por ano, desde 1938.

podemos considerar o ideal de cura, presente e manifesto com maior vigor no segundo pavimento:

Seguindo a linha divisória das duas enfermarias, era na Neurologia, e especialmente no Centro Cirúrgico, que se esperava a *cura* dos doentes mentais. Era habitual o uso generalizado, no hospital, de fichas individuais para os pacientes internados, contendo várias informações sobre cada um deles, e um dos itens versava sobre o “estado”, ou seja, as condições em que o paciente havia deixado o hospital. As únicas (e poucas) fichas que continham como resposta “curado” eram as que pertenciam aos pacientes que haviam sido submetidos às lobotomias (CARRETEIRO, 1991, p. 47).

Ressalta-se que a Neurologia se dedicava às psicocirurgias. Outras intervenções orgânicas – tais como a insulinoaterapia e a eletroconvulsoterapia – eram realizadas precariamente nos pavilhões da Psiquiatria. Segundo Carreteiro:

Os pacientes eram submetidos às mais variadas intervenções clínicas, sendo rotineiros os tratamentos de choque, como a eletroconvulsoterapia, a piritoterapia (ou malarioterapia), a terapia de choque insulínico e o choque por Cardiazol (...) [Havia] a utilização simultânea de todas essas terapias num determinado espaço de tempo, em dias alternados, num mesmo paciente. Há anotações detalhadas sobre essa conduta nos registros feitos pela equipe de enfermagem (CARRETEIRO, 1991, p.44).

Rosane Carreteiro entrevistou o cirurgião responsável pela Neurologia no HPJ. O médico, não identificado no artigo, relata que o setor encerrou suas atividades em 1959 devido à forte “pressão do corpo clínico do hospital quanto à eficácia do meu trabalho”, e por “muitos preconceitos quanto às psicocirurgias, mas isso era mesmo inveja que eles sentiam em relação a mim” (CARRETEIRO, 1991, p. 48). Os aspectos abordados por Carreteiro nesse artigo nos permitem supor que a psicocirurgia carregava as expectativas de técnica mais nobre dentro da concepção organicista de loucura que fundou e deu o tom dos primeiros anos de funcionamento do HPJ.

2.2.2 O Inferno

No início da década de 1960, o Hospital de Jurujuba foi estudado por um grupo de jovens médicos¹⁵, que o nomearam como o “inferno da loucura”. A alcunha está na primeira notícia sobre a construção de um programa de psiquiatria comunitária e preventivista em

¹⁵ Os nomes dos médicos são mencionados na reportagem de *A Última Hora* (05/03/1963, p.7).

Niterói, que teria resultado do caos sanitário produzido dentro do hospital (*A Última Hora*, 05/03/1963, p.7).

Visava-se, segundo consta na reportagem, à constituição de uma política que incluísse uma assistência que pudesse evitar a internação, buscando criar uma “triagem dos pacientes que realmente necessitam do internamento frenocomial”, constituindo uma “assistência social orientada”, que pudesse, inclusive, ir ao encontro dos pacientes com “oferta de tratamento adequado extra-hospitalar”, e com a “higiene e a profilaxia mentais, pela verificação precoce dos predispostos às psicopatias, com o objetivo de reforçar-lhes as resistências mentais e colocá-los, tanto quanto possível, ao abrigo das causas ocasionais da loucura” (*A Última Hora*, 05/03/1963, p.7).

Como vimos anteriormente, desde a década de 1940, o combate à doença mental como plano nacional de Estado, se pretendia pela prática curativa em instituição médica especializada. Conforme verifica Cleice Menezes (2012), em dissertação de mestrado sobre política e assistência psiquiátrica entre 1966 e 1978, a partir da década de 1960 começou a vicejar a proposta de prevenção do adoecimento mental pela promoção da saúde mental (MENEZES, 2012, p. 74-78).

Foi um período marcado pelo crescimento da influência da psiquiatria preventivista em cenário internacional. Em fevereiro de 1963, o presidente norte-americano John Kennedy publicou o decreto denominado *Community Mental Health Center Act* que, baseado em propostas preventivistas, redirecionava a atuação da psiquiatria para o âmbito comunitário, introduzindo a perspectiva de promoção da saúde mental (PAULIN & TURATO, 2004, p.248)¹⁶.

No Brasil, já em 1961, foi publicado o *Código Nacional de Saúde* em que:

Já se encontra institucionalizada a preocupação com a redução das internações psiquiátricas; a proposta de meios alternativos para o tratamento; a ampliação da assistência para garantir a diminuição das internações; a análise epidemiológica; e, ainda, a proteção aos direitos individuais do paciente. (...)Em seguida, no ano de 1962, as Normas Gerais para a Prestação de Assistência Médica ao Doente Mental do Ministério do Trabalho e Previdência Social (CD/DNPS 942/62) propuseram ações de aspecto preventivo. A profilaxia, segundo a Resolução, deveria ser feita nos ambulatórios, nos hospitais gerais, nos locais de trabalho e na própria residência do segurado (MENEZES, 2012, p.75).

¹⁶ O movimento da Antipsiquiatria também eclodiu na década de 1960, na Inglaterra. Em meio à contracultura, passou a questionar a relação existente entre loucura e doença mental (AMARANTE, 1995, p. 47).

Apesar das propostas de mudanças do modelo hospitalocêntrico para um modelo de assistência mais integral, não houve qualquer alteração significativa no campo assistencial. Nem no âmbito nacional, tampouco em Niterói pela proposta preventivista de 1963. Ao contrário, nesse período, além de “inferno da loucura”, o HPJ passou também a ser representado pelos jornais como o “inferno vivo”, um lugar onde os pacientes eram tratados como “bestas humanas”, e eram “alienados como animais”, estando “entregues às baratas”. Uma equipe da revista *Mundo Ilustrado* conseguiu pular os muros do hospital e produzir imagens e uma reportagem especial que nomeou a instituição como “O Sepulcro dos Vivos”:

A morte em câmara lenta ronda os internados do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba - Eco triste de uma estatística fúnebre: vinte óbitos mensais provocados por tuberculose - Cenas dantescas num inferno cercado de paraíso por todos os lados - Apelo ao governador Miguel Couto Filho” (*Mundo Ilustrado*, 22/08/56, p.5). Há uma mistura completa de loucos irrecuperáveis com semi-loucos, paranóicos esquizofrênicos. Não existe uma seleção por característica ou agravante de demência. Isso tem determinado em grande porcentagem de homens com paranoia tornarem-se loucos varridos não só pelo contato diário com os irrecuperáveis como pela falta de assistência médica. Apenas conta o diretor com um aparelho de choque elétrico, único tratamento aplicado nos doentes. Os pobre coitados não tem roupa, nem remédio, nem coisa alguma. O que se está fazendo no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba é um crime hediondo, um assassinato de consciência, praticado por homicidas sem entranhas (*Mundo Ilustrado*, 22/08/1956, p.7).

Sebastião Medeiros é chefe da equipe de manutenção predial desde 1992 e chegou ao Hospital de Jurujuba em 1964. Seu depoimento sobre os seus primeiros anos no hospital, nos permite supor que o tom sensacionalista da reportagem de *Mundo Ilustrado* não era apenas uma questão de estilo. Afinal, segundo Sebastião, quando ele chegou “não tinha enfermaria pronta, [a gente] ficava nos corredores. Era muita gente, morria numa base de oito, nove por dia, à noite. Falecia muito. Nós tínhamos um necrotério aí que era cheio” (MEDEIROS, 2017, p. 1).

Medeiros descreve a sua lembrança de quando chegou à instituição como funcionário do Departamento de Engenharia do estado: lembra-se de um hospital sem banheiros e sem água encanada, de modo que os banhos eram feitos em um lago situado em um dos pátios: “Eu dava banho neles uma vez na semana. A caixa d’água era lá no morro, mas não tinha água suficiente pra dar pra todo mundo. E a comida era feita a lenha, no pátio da lavanderia. Muitos pacientes, quem fazia a comida eram os pacientes. Muitos matavam ao outro a paulada, por briga lá” (MEDEIROS, 2017, p. 3).

Segundo dados oficiais da Secretaria de Saúde do Estado da época, o hospital contabilizava 526 internos, 300 leitos e 100 funcionários: ou seja, uma superlotação de 75% (A

Última Hora, 12/12/61, p.5). Dois anos depois, o mesmo jornal informava que havia ali 700 internados (*A Última Hora*, 20/11/63, p. 3). Medeiros conta que os leitos eram feitos manualmente com a participação dos pacientes, “no martetele”. Mais ainda, relata como foi possível que ele acabasse assumindo funções na assistência direta, embora não tivesse treinamento para tal:

Então eu vim do departamento de engenharia para acabar as obras aqui. Mas no acabar as obras daqui você está se misturando com os pacientes. (...) tinha pouco funcionários, tinha 70 funcionários pra dois mil pacientes, jamais dá conta disso. Foi quando eu comecei a entrar na enfermagem nessa parte, faltava gente, eu tinha que entrar pra ajudar. Eu fazia o pivô. Trabalhava com paciente: botava pra fazer cama, aquelas camas todas foram montadas aqui, foram feitas aqui, no martetele. De lá pra cá, foi crescendo na parte de funcionários, pra ajudar a tomar conta, porque não tinha ninguém pra tomar conta. Você vai me dizer que você mais outro vai me botar 1.200 homens, dar remédio a 1.200 homens por dia, dar banho, tomar conta? Não tem condições (MEDEIROS, 2017, p. 1-3).

Seu relato dá apoio às muitas reportagens encontradas pela pesquisa que denunciavam as condições desumanas que o Hospital de Jurujuba impunha aos seus internos. Para que se tenha ideia, no início dos anos 1960, somente o periódico *A Última Hora* publicou 45 matérias sobre a instituição, com denúncias de roubo e peculato cometidos por funcionários, superlotação, morte ocasionada por intervenção cirúrgica mal sucedida, assassinatos entre loucos, falta de uniformes para os internos, planos de emergência para impedir o fechamento do hospital, entre outras. Poucas são as reportagens que não faziam referência ao estado de calamidade da instituição.

Destaca-se aqui a última matéria encontrada, que divulgava o risco de fechamento do hospital por falta de verbas. Foi em janeiro de 1964. Logo após esta aconteceu o golpe militar e não houve mais nenhuma notícia publicada em *A Última Hora* sobre as condições da instituição. Nos anos 1960 o periódico só voltou a citar o hospital em virtude da intenção do governo de despejar moradores da favela do Preventório, vizinha ao prédio do HPJ. (*A Última Hora*, 16/01/64, p.13; 14/05/65, p.7).

A respeito da alta taxa de mortalidade no início do funcionamento do HPJ, nos conta Medeiros que muitas mortes aconteceram ali em virtude do mau uso da aparelhagem de eletrochoque. A aplicação do choque era responsabilidade daqueles que auxiliavam a assistência – e, como dito anteriormente, esses não eram técnicos treinados. Conforme denunciado também pelo *Mundo Ilustrado* em 1958, os médicos vinham apenas uma vez por semana, e o único enfermeiro da instituição, apenas de oito em oito dias. (*Mundo Ilustrado*,

11/06/58, p.29). Por causa disso, um grupo de funcionários sem especialização ficava responsável pelos internos. Assim, Medeiros descreve como era feita a assistência aos pacientes que chegavam agitados:

Então eles vinham elucinado, jogava lá dentro do cubículo, trancado lá, só tinha um buraquinho pra passar o prato, mas não passava comida porque não comia. Ficavam oito dias, sem comer e sem beber. Passado, o cara fica passado né? Fica... relaxado, relaxa, o corpo relaxa, né? Aí depois desses 8 dias tem que panhar de lá de dentro do cubículo pra dar banho. Pra poder o médico, só tinha um médico por semana, pra poder o médico passar a medicação. O que era a medicação? Neozine e Fenegan. (MEDEIROS, 2017, p. 1).

Muitas mortes também aconteceram em virtude do mau uso da aparelhagem de eletrochoque. A aplicação do choque era responsabilidade daqueles que auxiliavam a assistência sem serem técnicos profissionais, os chamados serviçais:

A aparelhagem era eu quem preparava. Mas quem dava? João Bastos. João Bastos ainda tá vivo ainda, pra contar isso. Matou muito, muito, muito paciente. Porque o choque elétrico é 500.000 volts, não é encostar, é só ficar 10 cm a fora da frente. Aí o cara se bate todinho, porque o choque é forte. O cara se bate, se morde, aí você tem que amarrar ele, botar algodão na boca. Aí eu andei praticando pra explicar pra eles como é que era, foi a donde foi acertando. Mas no início matava muita gente ali sim, no choque, porque não sabe aplicar, porque o cara é servente, não é um profissional. Nós tínhamos um enfermeiro, mas vinha de oito em oito dias. De oito em oito dias, é triste. Eu não gosto de me lembrar muito disso não, porque eu fico meio “remorçado”. (MEDEIROS, 2017, p. 2).

O depoimento de Sebastião Medeiros nos apresenta uma experiência no HPJ, nesse momento de fracasso do projeto institucional concebido e executado por Adauto Botelho durante os anos 1940 e 1950. Permite-nos, junto ao que relatava a imprensa escrita, constituir certo retrato desse projeto drasticamente convertido em grave problema sanitário para o estado do Rio de Janeiro, onde, por um lado se fez conhecer como um inferno - verdadeiro depósito que produzia sofrimento e mortes diariamente - e por outro lado, deixou de ser o lugar para onde se poderia encaminhar a loucura perambulante pelas ruas em virtude de sua superlotação.

Adiante veremos a resposta do Estado brasileiro a esse quadro, ou seja, como a ruptura institucional que se produziu a partir do golpe militar de 1964 encaminhou este problema. Ou ao menos, parte dele.

2.2.3 A Indústria

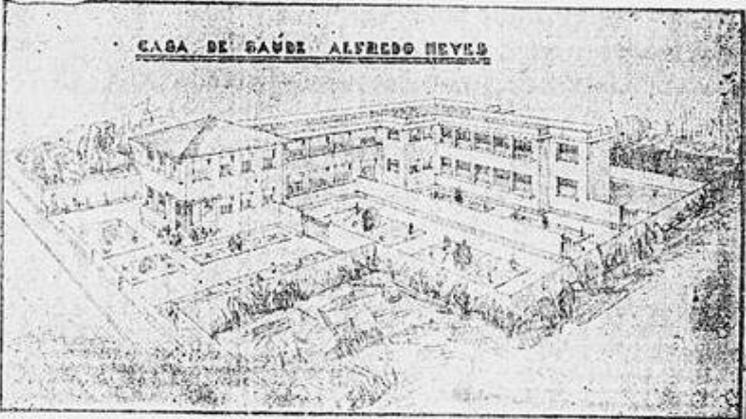
A partir da criação do INPS, em 1966¹⁷, e da consequente reorientação dos recursos públicos para a assistência privada como política nacional, a União passou a financiar internações nas instituições particulares de Niterói, e houve também significativa expansão dos leitos conveniados na região do interior do estado, vizinha da então capital. Em 25 de abril de 1967, foi inaugurado o Hospital Colônia de Rio Bonito, localizado na BR-101, que com dez anos de funcionamento contava 608 internos, todos por convênio com o INPS (*A Luta Democrática*, 04/05/1977, p.5); em março de 1970 foi a vez da Clínica Nossa Senhora das Vitórias, em São Gonçalo (*O Fluminense*, 30/03/1970, p.5); e, as primeiras referências na imprensa escrita à Clínica Ego, situada no atual município de Tanguá, também são encontradas no início dos anos 1970 - descrita como instituição conveniada ao INPS (*O Fluminense*, 05/06/1972).

A Casa de Saúde Alfredo Neves (CSAN), ainda funciona no bairro de Santa Rosa, ao lado da já desativada Casa de Saúde Niterói (cujas primeiras referências na imprensa remetem aos anos 1940). Já em 1943, realizava propagandas em jornais oferecendo tratamento completo das doenças mentais e nervosas, como a que segue abaixo:

¹⁷ O Instituto Nacional de Previdência Social foi criado no contexto da chamada Reforma da Previdência, durante o governo Castelo Branco. Tratou-se, na prática, da unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão através do Decreto-Lei nº 72, DOU de 22/1/66.

Figura 2 – Jornal *O Fluminense*

UMA ORGANIZAÇÃO QUE HONRA NITERÓI
A casa de Saude Alfredo Neves para doentes nervosos



Localizada num dos mais aprazíveis recantos da vizinha capital fluminense, Niterói pode orgulhar-se de possuir uma das mais perfeitas organizações hospitalares para tratamento dos nervosos, endocrinopatas ou quantos outros busquem um local de repouso. A Casa de Saude Alfredo Neves, efetivamente, instalada com os mais completos recursos da técnica moderna em amplo prédio próprio, especialmente projetado e construido para o diagnóstico e tratamento completos das doenças mentais e nervosas, constitue um centro clinico, cujo renome atravessou as fronteiras regionais, tal o mérito de sua organização material e o perfeito trabalho de direção médica do Dr. L. Teixeira Brandão.

O Fluminense, 25/07/1943, pág 9.

Fonte: *O Fluminense*, 1943.

Em 1970, as propagandas da CSAN também a anunciavam como instituição conveniada ao INPS (*Correio de Manhã*, 23/07/70, p.5), apresentando-a como lugar de “filho de bacana” de Icaraí - bairro nobre da cidade (*O Fluminense*, 08/02/73, p.13). No momento de produção desta dissertação, a Casa de Saúde Alfredo Neves se encontra em longo e lento processo de desativação, e com cerca de 40 pacientes, ainda recebe recursos públicos.

Em síntese, desde a fundação do INPS, em cerca de cinco anos, a região do estado, com cidades vizinhas a Niterói, viu a abertura de ao menos três instituições psiquiátricas, dentre elas um hospital colônia de grande porte, além da ampliação da assistência na Casa de Saúde Alfredo Neves e na Casa de Saúde Niterói. Resolvia-se assim a crescente demanda por leitos psiquiátricos diante da superlotação do HPJ e dos hospitais colônia públicos do estado. Resolvia-se, inclusive, sem a necessidade de investimentos em projetos e grandes obras, de maneira imediata, oferecendo leitos em instituições que apresentavam, naquele momento, melhores condições em suas acomodações. Por fim, tal política contribuiu para a consolidação

de um setor de empresários da área em torno da sustentação do regime militar (PAULIN e TURATTO, 2004, p. 246).

2.2.4 A Ilha

Raldo Bonifácio Costa Filho, diretor do HPJ desde 2015 até o presente momento de produção desta dissertação, ingressou na Faculdade Fluminense de Medicina em 1962. Seu interesse inicial pela psiquiatria se deu a partir das aulas de psicologia médica, ministradas pelo professor Augusto Luiz Nobre de Melo em 1963. A erudição do ensino filosófico de Nobre de Melo e as boas avaliações que este fazia do que Costa Filho produzia como aluno, marcou o início de uma relação que o levaria a buscar a formação em psiquiatria. No entanto, sua primeira experiência prática no HPJ, como campo prático dessa disciplina, o fez pensar em desistir da carreira:

O Nobre de Melo era muito erudito, as aulas dele eram uma viagem de erudição. E principalmente de uma erudição filosófica impressionante. (...) Isso era uma coisa que eu tinha uma estranheza, mas ao mesmo tempo me pegava. E houve um momento, quando fui pra prática, quando a gente foi ter aula mais em Jurujuba, e já com apresentação de paciente e tal. O primeiro paciente que me deram pra eu fazer uma anamnese, era chamado levantamento bio-psico-social, e eu fiz, me dediquei aquilo, me dirigi às assistentes sociais para pegar dados. Aí quando eu levei para um professor assistente do Nobre, ele escutou e falou assim: 10 eletrochoques e 10 comas insulínicos. Aí aquilo foi assim um negócio estranhíssimo, foi um balde de água fria. E, de tal modo que ‘ah, eu acho que eu não quero fazer isso’ (COSTA FILHO, 2017, p. 1).

A relação entre mestre e aluno, fundada na erudição de um ensino filosófico, por mais fascinante que possa ter sido, não foi suficiente, portanto, para estabelecer a entrada de Costa Filho na psiquiatria, justamente pelo seu encontro com a pobre prática psiquiátrica exercida no hospital.

A partir do quarto ano de sua formação médica, Costa Filho ingressou como acadêmico do estado no Hospital de Jurujuba, momento em que encontrou com outros alunos atuando nessa função. Estes o “ouriçaram” a ir a Jurujuba. Foi o momento em que os acadêmicos do estado¹⁸ lotados no hospital, organizaram e assumiram - a partir da cátedra de psiquiatria do professor Nobre de Melo - duas enfermarias. Essas enfermarias, por terem o funcionamento e

¹⁸ O Estado do Rio de Janeiro organizava concursos públicos com vagas para que estudantes de medicina assumissem funções assistenciais em hospitais estaduais.

a assistência sob responsabilidade da cátedra e de seus acadêmicos, ficaram conhecidas como enfermarias da universidade¹⁹:

Ouriçaram a gente, e de uma maneira tal que a gente passou a ir pra Jurujuba assim, e até a carregar coisas, coisa que a gente faz hoje, sabe? De arrumar os serviços? Resolveram bancar uma enfermaria lá, de saída e a gente... houve uma permissão pra isso, e fez uma enfermaria, em todos os sentidos. Tinha um pessoal de enfermagem também muito legal, uma professora de enfermagem, a Vanda Rodrigues (COSTA FILHO, 2017, p. 2).

Nessas enfermarias da universidade os alunos passaram a exercer a assistência aos internos sob orientação do ensino da Cátedra de Psiquiatria, e também sob influência das Comunidades Terapêuticas em crescimento na época. Considero essas experiências em comunidades terapêuticas, como experiências que, partindo da realidade cotidiana dos hospícios, estabeleceram uma nova perspectiva de convívio com a loucura, reorientando a dimensão do tratamento por práticas grupais. Os efeitos dessas experiências não se encerraram apenas em aspectos de humanização dos hospitais psiquiátricos, mas formaram uma geração de profissionais que passaram a representar a loucura, a instituição e a prática psiquiátrica a partir dessas experiências.

Em artigo sobre a história da reforma psiquiátrica brasileira, o psicanalista Fernando Ribeiro Tenório considera o modelo das comunidades terapêuticas e o movimento de psiquiatria preventiva como noções caras à reforma psiquiátrica contemporânea. Segundo o autor:

A experiência das comunidades terapêuticas, que, no Brasil, vicejou na virada da década de 1960 para a de 1970, tem como ponto de contato com o movimento atual de reforma o fato de ter sido uma reação às estruturas tradicionais do aparato asilar psiquiátrico. Costuma-se apontar o legado ideológico positivo desta experiência e sua influência sobre algumas experiências recentes da atual reforma psiquiátrica brasileira” (TENÓRIO, 2002, p. 29).

O psiquiatra Manoel Olavo Teixeira (1993), em dissertação de mestrado sobre o modelo assistencial das comunidades terapêuticas, afirma que:

o movimento das comunidades terapêuticas surge como uma reação às estruturas tradicionais do aparato asilar psiquiátrico. Fundamenta-se principalmente na ideia de humanização do tratamento dos doentes mentais. Suas primeiras manifestações de relevo dão-se na Europa após o final da

¹⁹ Refiro-me à Universidade Federal Fluminense. Em 1960, através da Lei nº 3.848, a Faculdade Fluminense de Medicina, assim como outras faculdades federais e escolas estaduais de ensino superior, foram incorporadas à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Em 1965, passou a se chamar Universidade Federal Fluminense - Lei nº 4.831.

Segunda Guerra Mundial, atingindo paralelamente a psiquiatria dos EUA. Há algum tempo experiências embrionárias já vinham apontando nesta direção: a psiquiatria devia reabilitar seus doentes, não condená-los ao isolamento em hospícios (TEIXEIRA, 1993, p.102).

Alguns anos antes de ingressar em Jurujuaba como acadêmico do estado, Costa Filho realizou uma viagem acadêmica ao Rio Grande do Sul com colegas de graduação em medicina interessados em psiquiatria. Nessa viagem se dá o momento em que realiza a primeira experiência com uma comunidade terapêutica, experiência que o fez se decidir pela psiquiatria:

Mas aí pintou uma chance de ir ao Rio Grande do Sul, porque tinha um pessoal que trabalhava com comunidade terapêutica, e nessa época a gente ia muito a congresso de psiquiatria. E nessa, durante um congresso, eu entrei de conhecer comunidade terapêutica, como se chamava na época. E foi incrível porque foi uma experiência ímpar de tomar chimarrão com pacientes, em rodas de pacientes. E o ambiente era incrível, era um ambiente simultaneamente de muita seriedade, de produção de saber, de estudar, de pesquisar, e ao mesmo tempo de assistência, muito próxima do dia a dia, do cotidiano dos pacientes. Isso aí realmente me capturou. Tanto que quando eu voltei, eu voltei com toda a corda e me decidi mesmo, pelo que eu ia fazer. E chegou o internato no sexto ano, no internato eu escolhi. Eu escolhi psiquiatria (COSTA FILHO, 2017, p. 1).

Portanto, as Comunidades Terapêuticas que passaram a atuar no Brasil nesse período, representando uma alternativa assistencial ao modelo asilar, influenciaram os alunos e profissionais que atuavam em Jurujuaba no mesmo período em que lá se estabeleceram as enfermarias da universidade sob condução da Cátedra de Psiquiatria do Prof. Nobre de Melo. A entrada de Costa Filho como acadêmico do estado no HPJ aconteceu sob a influência direta de sua experiência com uma Comunidade Terapêutica no Rio Grande do Sul, e no exato momento em que, junto a outros alunos de Nobre de Melo, passaram a organizar a assistência em enfermarias, separadas e nomeadas como enfermarias da universidade.

Porque a gente já iniciou logo dessa maneira, como comunidade terapêutica, dentro de um hospício. Porque era um manicômio mesmo! Aquilo era superpovoado e tinha um funcionamento manicomial. E a gente ficou uma ilha ali naquele lugar. Eu acho que isso também, nessa aproximação que houve, que era muito própria assim da dedicação do Nobre, e dessa dedicação assim, dessa maneira que, fora da áurea erudita era uma figura muito próxima ali, isso juntava muita gente. Então você teve gente de tudo quanto é lado lá, aquilo era florido de juventude. Acho que juntou tudo. De se criar um carinho, uma decisão pela psiquiatria. E também o contato com os pacientes, isso foi muito incrível na época, porque a gente vivia uma situação tão ruim, era tão degradante a situação dos pacientes e a gente via que com um trabalho desse tipo assim (COSTA FILHO, 2017, p. 2-3).

A partir do depoimento de Costa Filho é possível qualificar esta enfermaria da universidade, que futuramente se desdobraria em mais uma (sendo uma masculina e outra feminina), como enfermarias caracterizadas pelo encontro do ensino de Nobre de Melo com a inspiração das comunidades terapêuticas. No entanto, essa configuração se encerrava na estrutura de enfermaria assumida pela universidade. A maior parte do hospital continuou na condição de inferno vivo:

Então, era um lugar gostoso de trabalhar, de estudar. O Nobre tinha aquele momento, era aos sábados, ele criou um centro de estudos, que passou a se chamar Centro de Estudos Heitor Carrilho, e ele estava sempre presente aos sábados. Então você tinha Jurujuba aos sábados de manhã, era lotado e eu acho que foi a conjugação disso tudo.

Rafael Lazari: A presença desses jovens se dava nessa ilha, nesse espaço da universidade, ou no hospital como um todo?

Costa Filho: Não, não era o hospital como um todo não. Inclusive até havia uma separação mesmo. Era como se hoje você chegasse ali onde é a enfermaria masculina e colocasse ali um paredão no meio. A gente começou com uma enfermaria e depois passou a ser duas. E a gente trabalhando dessa maneira, orientado como comunidade terapêutica, isso fazia sim que a gente tivesse um vínculo com o restante do hospital. Mas a gente realmente era uma ilha, e quem não estava nessa ilha queria ir pra lá, não só quem trabalhava mas também os pacientes, era um negócio assim meio, esse aspecto era constrangedor. Era muito constrangedor. Mas era o que a gente podia fazer (COSTA FILHO, 2017, p. 3).

Outro aluno de Nobre de Melo na Faculdade Fluminense de Medicina entrevistado foi José Jacinto dos Santos, médico psiquiatra e artista plástico. Santos ingressou no internato em Jurujuba no ano de 1975. Um ano antes, relata sua entrada na psiquiatria, ainda como estudante, na Clínica Ego²⁰, quando fez um bloco sujo de carnaval com as pacientes da instituição à revelia dos donos da clínica e dos familiares das pacientes. Sobre o momento em que estava nas ruas do então pequeno distrito de Itaboraí em bloco, diz²¹:

Sáimos, fomos até o centro de Tanguá, quando a gente voltou, parecia que a cidade toda entrou no hospício. Foi muito interessante essa experiência! Porque a Acadêmicos de Tanguá, com toda a sua bateria, estava junto com a gente. Então eu não sabia mais separar o que era paciente do que era público. Essa foi uma experiência muito, muito interessante! Eu não entendia porque

²⁰ Clínica psiquiatra fundada na década de 1970 inicialmente para assistência a mulheres. Funciona no município de Tanguá, a cerca de 50km de Niterói.

²¹ Considero incontornável para o leitor ler ao menos o início dessa primeira experiência de Santos com a psiquiatria, ou em suas palavras “minha primeira experiência com carnaval e maluco”. Ver na seção entrevistas, em anexo.

80 mulheres ficavam trancafiadas ali. Começou com a missa, acabou com o carnaval. Bloco da Liberdade! 1974! (J. J. SANTOS, 2017, p. 1-2).

Essa incompreensão do trancafiamento que desafiou a instituição com um desfile carnavalesco acompanhou Santos em sua chegada a Jurujuba. Sua relação com as enfermarias da universidade foi marcada por esse não entendimento e é também a partir dessa incompreensão que recorda as escolhas dos pacientes para estudo nas enfermarias da universidade:

A Universidade Fluminense tinha uma enfermaria, uma masculina e uma feminina. O hospital era estadual, né? E aí, a gente selecionava pacientes que a gente queria estudar, isso no internato. E a gente entrava no hospício onde as pessoas estavam na sua maioria nuas. E a gente selecionava alguém que chamasse atenção sei lá por que, pelos olhos, sei lá, pela postura, enfim. E a gente escolhia alguém para ser acompanhado pela gente e ser estudado.

Rafael Lazari: Não havia critério nenhum na sua escolha?

José Jacinto dos Santos: Nenhum. Era você vai lá e escolhe um paciente que você queira tratar.

Rafael Lazari: Como você fazia essa escolha?

José Jacinto dos Santos: Não sei, não sei. Eu sei que eu tive duas felizes escolhas. Uma foi - não vou me lembrar o nome da paciente hoje - mas ela se dizia filha de Francisco Alves. Eu acho que muito pelo discurso, do que falavam, né? Então, ela: "ah, eu sou filha de Francisco Alves". Eu achei muito interessante isso e fui me aprofundando em o que era ser filha de Francisco Alves (J.J. SANTOS, 2017, p.3).

Se, por um lado, a primeira manifestação de Santos é de incompreensão com a arbitrariedade da escolha e de inconformidade com a situação de abandono na qual os pacientes do hospício viviam, por outro, nota-se que é neste encontro, a princípio absurdo, que Santos pôde se encontrar com a loucura em discurso²² e se interessar por ela. Inclusive, relata que uma segunda paciente por ele encontrada no hospício, subiu na garupa de sua motocicleta, pegou com ele a estrada e até encontrou sua família. Santos revela que até hoje visita essa paciente. Se, em um primeiro momento, não sabe e a incompreensão insiste em responder ao questionamento sobre como escolhia os pacientes no hospício, em um segundo momento, no ato de recordação de uma “feliz escolha”, o “discurso dos pacientes” vêm como resposta para ele próprio, ali durante a entrevista: “Eu acho que muito pelo discurso, do que falavam, né?”, “eu achei muito interessante isso e fui me aprofundando” (SANTOS, 2017, p.3).

²² Ou seja, se interessar pelo o que os pacientes diziam e pelos modos como, singularmente, podiam dizer.

Mas a ruptura com o modelo tradicional de psiquiatria não surge apenas nas memórias dos nossos entrevistados. Em trabalho apresentado ao IX Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental, em julho de 1969, sob título “Esboço Comunitário em Hospital de Estrutura Esquizo-Paranóide”, Raldo Bonifácio Costa Filho junto a Joacy Lopes Moreira, Carlos Uerley da Costa, Nelson José de Castro Barbosa e Iso Jorge Teixeira²³ nos apresentam a experiência da enfermaria da universidade e, conforme indicado já no título, a experiência de uma prática fundada na perspectiva comunitária a partir de uma leitura psicanalítica. Tal leitura psicanalítica se referia não apenas aos pacientes e seus sintomas, mas primeiramente à instituição, sua arquitetura e ao funcionamento de suas equipes:

A experiência descrita nesta comunicação foi realizada em hospital estadual, de estrutura arquitetônica tradicional, com superlotação de pouco mais de 400 pacientes, número deficiente de funcionários e visível carência de recursos técnicos e materiais. Longos corredores, pátios fechados, janelas substituídas por grades, portas de ferro, bancos de cimento e alguns quartos-fortes, bem fortes, entram em sua composição. Nesta estrutura, nos limitamos a parte do setor masculino, com 100 pacientes e que tem relativa dependência de outras áreas hospitalares. Esta descrição sumária é proposital e, nos parece, por si só, justificar parte do título da comunicação. Ao falarmos da estrutura esquizo-paranóide, extraímos o seguinte: ‘tôda loucura fica concentrada nos pacientes, criando uma necessária dissociação do tipo ‘loucos’ são os pacientes, ‘sadios’ são os que os atendem. Decorre disto um distanciamento entre ambos e a utilização de métodos terapêuticos que sintonizam com esta atitude. ‘A estrutura defendia-se dos pacientes através de mecanismos primitivos de identificações projetivas e introjetivas. A incapacidade de entender o doente mental e as teorias demonológicas em voga, certamente para isso contribuíram e impunham aquêle tipo de organizar: uma organização numa posição esquizo-paranóide, predominantemente (COSTA FILHO, et al., 1969, p.1).

A leitura psicanalítica que fundamenta o esboço comunitário nos permite considerar esse período como o primeiro momento de entrada da psicanálise no Hospital de Jurujuba. Entrada esta que se dá marcada por uma perspectiva comunitária e por uma leitura que abrangia a análise institucional.

No entanto, de modo algum é possível qualificar essa enfermaria²⁴ da universidade como uma comunidade terapêutica *strictu sensu*, até porque, como veremos adiante, Nobre de Melo não aceitava prontamente os pressupostos teóricos psicanalíticos, embora não rechaçasse totalmente a influência que estes exerciam sobre os alunos e sobre suas práticas. Essa forma,

²³ Alunos da Cátedra de Psiquiatria da Faculdade Fluminense de Medicina no HPJ. Nesse ano, Costa Filho já escrevia como professor assistente do departamento de psiquiatria da Faculdade.

²⁴ Quando me refiro às enfermarias da universidade no singular, o faço seguindo o modo como os entrevistados a ela se referem: marcam a singularidade da experiência e a unidade institucional das duas enfermarias como um único corpo institucional: eram compostas pela mesma equipe, e possuíam o mesmo funcionamento.

Nobre de Melo e Costa Filho passaram a divergir teoricamente nas sessões clínicas por causa, justamente, das diferenças entre a perspectiva analítico-existencial defendida por Nobre de Melo (professor catedrático), e a psicanálise, que passara a influenciar as intervenções de Costa Filho (ex-aluno da cátedra e neste momento professor assistente).

Segundo Eduardo de Carvalho Rocha²⁵, tais divergências foram decisivas no afastamento de Costa Filho de Jurujuba. Mas, nesse trabalho apresentado em 1969, os autores, ao tratarem das “bases teóricas para Comunidade Terapêutica”, reivindicavam tanto o uso de conceitos psicanalíticos kleinianos, quanto a “linguagem analítico-existencial”:

A CT (Comunidade Terapêutica) resulta de uma conceituação que considera, no doente, ‘partes sadias’ (ou ‘funções do ego intactas’). Ou ainda em linguagem analítico-existencial: na psicoterapia em psicóticos é possível o confronto entre o ‘humano no enfermo’ e o ‘enfermo no homem’. Resulta disto uma situação dialética na qual o paciente é sempre capaz de manifestar-se sadiamente” (COSTA FILHO et al., 1969, p.2).

Essa leitura, ao compreender a estrutura asilar a partir da dissociação entre loucos de um lado, e sadios de outro, fundamentou uma proposta de deslocamento da ideia de loucura. Passou de algo que acometia alguns - os loucos - como adoecimento, para um fato da existência. Assim, se há "o enfermo" no homem, é uma questão terapêutica confrontá-lo com o que há de humano na enfermidade. Nessa proposta está em jogo uma transformação da atitude frente à loucura, que fundamenta uma nova compreensão do paciente e questiona as bases do funcionamento da instituição asilar.

A partir de então, a equipe da enfermaria da universidade, passou a buscar uma reformulação da dinâmica institucional na direção da restituição da palavra aos internos, das suas participações e manifestações. Partiam desse princípio: “o paciente é sempre capaz de manifestar-se sadiamente”. Além disso, estava em pauta a reformulação da dinâmica institucional, com um questionamento do próprio modelo asilar (TEIXEIRA, 1993, p.102). Assim, a reformulação envolveu o encontro com uma nova maneira de conviver, de incluir a existência dos pacientes em convívio, comunitariamente.

A essas apostas teóricas seguiu-se a implantação dos chamados grupos operativos²⁶ na instituição - grupo dos vigilantes, da cozinha, do jornal - dispositivos que reorientavam o

²⁵ Médico psiquiatra e, à época, aluno da cátedra - também entrevistado nesta pesquisa.

²⁶ J. J. Santos também menciona sua formação e experiência com os grupos operativos: “Acabou que a gente começou a ter supervisão com psicanalistas. Antes, tinha uma argentina que dava supervisão para trabalhos em grupo no Rio de Janeiro. E ainda como acadêmico, eu tive supervisão com essa argentina. Não me lembro agora o nome dela. Mas ela trabalhava muito com grupo operativo e foi também uma grande preceptora. Foi uma grande

funcionamento institucional, inclusive para a retirada das portas dos quartos-fortes, a transformação do “pátio-forte” em local de reuniões, para a organização de “biblioteca, sala de televisão, outra de tapeçaria, cujas chaves e conservação passaram a ficar a cargo dos pacientes. Um baile no pátio feminino com conjunto próprio, já faz parte do cotidiano”. (COSTA FILHO et al., 1969, p. 3).

Portanto, as enfermarias da universidade, nessa coexistência e nesse convívio com o hospício, permitiram novos encontros com a loucura sob o exercício de uma prática de ensino. A organização das enfermarias na confluência do ensino de Nobre de Melo com as comunidades terapêuticas - que traziam a possibilidade de uma convivência cotidiana e direta com os pacientes -foi a base institucional, teórica e ética que formou uma geração de psiquiatras, enfermeiros e assistentes sociais em Jurujuaba a partir da segunda metade da década de 1960, enquanto simultaneamente se multiplicavam os leitos conveniados nas clínicas particulares. A convivência com o “inferno vivo”, que a partir de então passou a ser encontrado nos fundos do hospital, também fazia parte desse ambiente. O programa de psiquiatria preventiva e comunitária, apresentado ainda em 1963, não prosperou e, somente na década seguinte, tornaram-se conhecidas as primeiras experiências extra-hospitalares de cunho comunitário, como veremos a seguir.

2.2.5 Primeiros caminhos comunitários

Ao tratar das contradições dos anos 1970 como os antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil, Luiz Fernando Paulin e Egberto Ribeiro Turatto (2004) tratam da convivência da política de privatização da assistência via financiamento estatal dos leitos privados com o crescimento da influência de propostas de psiquiatria preventivista e comunitária. De um lado, a privatização via financiamento estatal havia encontrado, no já mencionado Plano de Pronta Ação de 1974, sua normativa mais extrema. Por outro, as tais propostas de psiquiatria preventivista e comunitária começaram a vicejar nos anos 1960. Já na década de 1970, elas se apresentavam efetivas na Europa e nos EUA e eram recomendadas pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Pan-americana de Saúde (Plano decenal de saúde para as Américas, 1972, Santiago do Chile).

ajuda. Depois eu fiz formação em grupo operativo com um rapaz que vinha de São Paulo que era formado, que tinha sei lá quanto tempo de experiência com grupo operativo de Pichon-Riviere, né? E isso me ajudou muito no campo da saúde mental dentro dos hospícios. O trabalho dentro dos hospícios”. (SANTOS, 2017, p.5).

No primeiro Congresso Brasileiro de Psiquiatria, promovido pela Associação Brasileira de Psiquiatria em 1970 na cidade de São Paulo, foi lançada a declaração de princípios de saúde mental que defendia que os serviços de assistência psiquiátrica fossem inseridos e integrados a uma “rede de recursos de saúde da comunidade (PAULIN e TURATO, 2004, p. 248-249).

Outro exemplo do crescimento da influência da perspectiva preventivista foi o Manual de Serviços Para a Assistência Psiquiátrica, aprovado em julho de 1973, pela Secretaria Médica do INPS. Tal manual privilegiava que a assistência fosse prestada na comunidade e com o uso de recursos extra-hospitalares. Produzido a convite do INPS pela equipe que organizou o trabalho da Comissão Permanente da Guanabara (da qual Luiz Cerqueira fazia parte), o manual também orientava que as internações fossem realizadas próximas às residências dos indivíduos, e com ampla e diversificada rede de serviços, além do imediato encaminhamento para atendimento ambulatorial (VAISSMAN, 1983; CERQUEIRA, 1984).

Nota-se que, tanto no documento produzido no âmbito da declaração da ABP, quanto no Manual de Serviços Para a Assistência Psiquiátrica, começava a vicejar a noção de “rede”, primeiramente associada à ideia de comunidade, como “rede de recursos de saúde da comunidade”, e posteriormente à noção de diversidade de serviços, ou seja, serviços de vários tipos. Paulin e Turato (2004), assim, resumem a proposta do Manual publicado pela Secretaria Médica no INPS em 1973:

Quanto aos níveis assistenciais, propunha-se a estruturação básica do preventivismo por meio das atenções primária, secundária e terciária, contemplando programas assistenciais específicos tais como o materno-infantil e os destinados a formação de equipes multiprofissionais e serviços extra-hospitalares como ambulatórios, emergências, pensões ou lares protegidos. A internação integral seria feita quando necessária, nos hospitais gerais ou psiquiátricos. O prazo máximo seria de 180 dias, após o qual se deveria proceder à reavaliação do paciente por uma junta médica (PAULIN e TURATO, 2004, p. 251).

Pode-se considerar, portanto, a crescente influência das perspectivas preventivista e comunitária em dois planos. No preventivista, através de iniciativas em projetos locais (como no caso anteriormente mencionado do Estado do Rio em 1963), de declarações (como a de princípios de saúde mental da ABP em 1970) e normativas (como o manual da secretaria médica do INPS). Já no plano comunitário, tratou-se de experiências com novas práticas alternativas, de integração de pacientes e familiares, como na Clínica Pinel coordenada a partir dos anos 1960 pelo psicanalista Marcelo Blaya no Rio Grande do Sul (foi nesta clínica onde se deu a experiência decisiva de Costa Filho com a comunidade terapêutica) ou na Divisão Melanie

Klein do Hospital São Pedro, em Porto Alegre. Destaca-se também a experiência liderada por Oswaldo dos Santos e Wilson Simplício no Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro, a partir de 1968 (Teixeira, 1993). No entanto, cabe ressaltar que a política que caracterizou predominantemente esse período foi a de expansão dos leitos asilares em instituições privadas por meio da contratação pela Previdência Social.

Dando continuidade à tecitura da história pelos depoimentos dos nossos entrevistados, abordo agora o percurso de Eduardo de Carvalho Rocha, médico psiquiatra e psicanalista, diretor do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba entre 1992 e 2012. Também formado na Faculdade Fluminense de Medicina, participou de três experiências significativas para o campo psiquiátrico de Niterói nos anos 1970.

A partir dessa década, Rocha foi aluno de Nobre de Melo, interno e residente de psiquiatria em sua Cátedra nas enfermarias da Universidade em Jurujuba. Em 1976, ainda como residente, fez parte, junto a Costa Filho, da experiência de psiquiatria comunitária no Centro Comunitário da Vila Ipiranga. Por fim, em 1977, colaborou na formulação do programa de saúde mental do primeiro governo municipal de Wellington Moreira Franco²⁷ (MDB²⁸), participando, a seguir, das primeiras ações de constituição de uma rede de serviços comunitários de saúde no município durante a gestão de Hugo Tomassini²⁹ na Secretaria Municipal de Saúde.

Ao ingressar na Universidade em 1970, Rocha encontrou uma situação política de grande repressão às associações estudantis. Momento dos primeiros anos de vigor do AI-5, que caracterizou o período de maior endurecimento da Ditadura Militar. Por outro lado, acontecia o lançamento de *Psicologia Geral e Psicopatologia* do professor Augusto Luis Nobre de Melo. Através dos debates em torno da obra recém-lançada, Rocha encontrou no debate filosófico “a maneira que se tinha de começar a falar alguma coisa sobre a vida cultural, sobre a vida, sobre a cidadania”. e confirma, “era através da filosofia”. (ROCHA, 2017, p. 1).

E foi esse encontro político com o que chama de “fundamentos filosóficos da psiquiatria”, através de grupos de leitura com colegas de graduação, que o conduziu como aluno a Jurujuba:

Então a maneira que se tinha de começar a falar alguma coisa sobre a vida cultural, sobre a vida, sobre a cidadania, muitas vezes era através da filosofia.

²⁷ Ministro-Chefe da Secretaria Geral da Presidência da República desde fevereiro de 2017. Governador do Estado do Rio de Janeiro entre 1987 e 1991. Prefeito de Niterói entre 1977 e 1982.

²⁸ Movimento Democrático Brasileiro: partido da oposição consentida ao regime militar brasileiro no período em que vigorou o sistema bipartidário (1965 - 1975), instituído pelo Ato Institucional Número Dois de 1965.

²⁹ Professor do Departamento de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (UFF), posteriormente, o departamento se transformou no atual Instituto de Saúde Coletiva (ISC-UFF). Tomassini foi Secretário Municipal de Saúde de Niterói entre 1977 e 1982.

Então o Nobre de Melo vinha com o seu livro. Tinha uma introdução bastante grande, uma primeira parte do seu livro era pra falar sobre o que era o pensamento, a história do pensamento, do saber, a história das idéias. Era um livro que trazia isso, antes da gente entrar propriamente na psicopatologia nos interessava era estudar isso vamos dizer assim: a filosofia, os fundamentos filosóficos da psiquiatria. Eu comecei por aí (ROCHA, 2017, p. 1).

A partir de então, Rocha passou a frequentar o Hospital de Jurujuba, sendo recebido em grupos de discussão sobre psiquiatria com outros alunos da Cátedra de Psiquiatria. Nestes encontros, havia entrevistas com pacientes, em que se discutiam questões psicopatológicas inseridas na conjuntura cultural, social e política do período:

Depois se discutia o que os alunos tinham achado sobre aquilo, sobre aquele paciente. Então a minha primeira entrada na psiquiatria se deu através disso, através do interesse em se ler, entre a minha turma, que na época estava mal começando ainda, era a época da ditadura em pleno momento aí, mais ou menos, do AI 5 (ROCHA, 2017, p. 1).

Após esse primeiro momento, Rocha retorna para o internato em 1974 e para a residência entre 1975 e 1976, ocasião na qual conhece Costa Filho, que em 1970 estava na Alemanha fazendo pós-graduação. Costa Filho havia retornado da Alemanha influenciado pela psicanálise kleiniana, o que provocava certa tensão com a perspectiva analítico-existencial de Nobre de Melo. Essa tensão gerou no grupo um ambiente de debates clínicos e teóricos, no qual Rocha também foi confrontado com questões sobre as psicoses³⁰. Por causa dessas, foi levado ao interesse pelas psicoterapias, e em seguida, pela psicanálise:

Mas a questão da psicanálise vem pelo seguinte: qual era a minha questão? A minha questão era, bom, a gente diagnostica, a gente começa a tratar, mas o tratamento é sempre o mesmo, a gente trata com, no caso era haloperidol, clorpromazina, não tinha outros antipsicóticos, a gente espera que os sintomas reduzam, diminuam, mas e daí por diante? O que a gente faz mais quando o paciente começa a voltar, a falar como ele tá, como ele não tá, ou a falar que ele tava deprimido com o que aconteceu a ele depois da psicose. Ou quando ele continuava com seu delírio e muitas vezes eu tava envolvido no delírio. E aí, como é que eu vou lidar com isso? Como eu vou lidar com isso? Então, pra mim surgiu uma questão, que era como é que eu vou, como é que eu vou caminhar junto com os pacientes em relação ao tratamento deles? Foi aí que eu comecei a me interessar por alguma coisa da ordem do que se chamaria uma psicoterapia. Nessa época, Jurujuba já tinha algumas pessoas que já faziam análise, que se submetiam à análise como tratamento. Embora a psicanálise, ali com o Nobre de Melo, fosse alguma coisa meio proibida (ROCHA, 2017, p. 3-4).

³⁰ A expressão psicose ou psicoses podem ser aqui compreendidas como designando, de um modo psicopatológico amplo, a loucura.

Nesse momento da entrevista, Rocha relata como a experiência de Raldo Costa Filho na Alemanha contribuiu para o crescimento da influência da psicanálise entre os psiquiatras que se formavam em Jurujuba:

O Raldo, que foi pra Alemanha pra poder fazer pós-graduação em nome da possibilidade de se formar mais, de se aperfeiçoar na linha da chamada análise existencial, Raldo quando volta da Alemanha, volta já com algumas idéias psicanalíticas e isso cria um conflito entre ele e o Nobre de Melo. O Raldo depois começa a fazer análise, começa a fazer uma formação analítica, então, começa a intervir nas sessões clínicas trazendo um referencial psicanalítico, que na época era basicamente um referencial kleiniano. Isso era sempre motivo de uma certa discussão, celeuma com o Nobre de Melo. Então, a psicanálise era uma coisa meio... que ficava meio escondida, meio reprimida ali dentro de Jurujuba na época do Nobre de Melo. Mas as pessoas seguiam (ROCHA, 2017, p. 3-4).

Em 1976, Rocha decidiu concluir sua residência no Centro Comunitário da Vila Ipiranga, onde Costa Filho iniciou um trabalho de assistência e ensino. Segundo Rocha, Costa Filho saíra “proscrito” de Jurujuba, e o próprio Costa Filho atribui sua saída também a questões que se colocaram em sua relação com Nobre de Melo. No entanto, por nenhum dos dois depoimentos foi possível concluir que estas questões se resumiam, ou se justificavam, pelas chamadas “celeumas” teóricas entre a análise existencial e a psicanálise, embora de modo algum elas estejam de fora, ou tenham pouca importância nessa ruptura. Sendo assim, no âmbito desta pesquisa, não pude constatar a motivação exata ou completa desta ruptura.

Ao Centro Comunitário da Vila Ipiranga, pode-se atribuir o status de primeira experiência de psiquiatria comunitária extra-hospitalar da cidade, “um certo ambulatório”, nomeado como ambulatório de saúde mental em distinção à psiquiatria, e recebendo de “tudo” para atendimento:

E ali criou um certo ambulatório. Como era pra se distinguir da psiquiatria... porque é isso, a saúde mental surge quase, pelo menos entre nós, surge como um contraponto ao que seria a psiquiatria asilar, a psiquiatria medicamentosa, essa psiquiatria, vamos dizer assim, mais fechada. Surge então a saúde mental, o ambulatório, onde ali era um ambulatório onde se recebia mães trazendo os problemas dos seus filhos, gestantes com seu problema durante a gestação, psicóticos, tudo. Então era esse grande ambulatório de saúde mental, e o Raldo foi atender lá, como ele era professor, alguns de nós já tínhamos um vínculo com ele, uma transferência com ele, eu, por exemplo, consegui que em parte da minha residência eu também ficasse fazendo esse ambulatório lá. Era um ambulatório meio comunitário, isso era 76 (ROCHA, 2017, p. 5).

Essa primeira experiência comunitária e extra-hospitalar foi também o fundamento prático para a elaboração de um programa de psiquiatria comunitária nesse momento em que se iniciava a abertura política no país. Ao se lançar candidato pelo Movimento Democrático Brasileiro, partido da oposição consentida à ditadura, Moreira Franco convidou Hugo Tomassini para escrever seu programa de saúde para a cidade. Tomassini, então, propôs um projeto de saúde em nível de atenção primária, através da instalação de unidades de atenção básica na cidade, e convidou Raldo Costa Filho para escrever o programa de saúde mental:

O Tomassini que trabalhava com Raldo, chama Raldo pra escrever um programa de saúde mental. Aí é quando eu to trabalhando com Raldo, e eu escrevo junto com o Raldo esse programa de saúde mental. Em 1977. Então a gente escreve um esboço de um programa de saúde mental para poder ser implantado junto de uma política de saúde que o Tomassini propõe na época, que seria uma política, vamos chamar, de atenção básica em saúde. Por que o município na época não tinha nada de saúde. Tudo isso é pré constituição de 88. É no movimento ainda municipalista, mas pré constituição de 88. Então a gente escreve esse primeiro esboço de programa à luz da nossa experiência na Vila Ipiranga (ROCHA, 2017, p. 6).

Moreira Franco venceu a eleição municipal e Tomassini assumiu a Secretaria de Saúde, convidando Rocha para trabalhar na implementação do programa de saúde mental na cidade. Esse momento, apontado por Rocha como o “primeiro movimento de uma reforma sanitária em Niterói”, é o precursor de uma articulação direta entre prática comunitária –advinda da experiência na Vila Ipiranga –, e a psiquiatria preventivista – que pensava a inclusão da saúde mental no projeto de atenção básica em saúde. É no decorrer dessa articulação mais efetiva entre prática comunitária e programa preventivista que podemos localizar a aparição do termo saúde mental nomeando a política de assistência psiquiátrica no município.

Unidades de atenção primária em saúde nos bairros da cidade, o planejamento era instalar vários, como se fosse um cinturão de unidades de saúde na cidade. E os médicos seriam selecionados para trabalharem como sanitaristas, em tempo integral, para um trabalho comunitário com agentes de saúde que seriam recrutados e formados na própria comunidade. Aí está o esboço da saúde da família, da estratégia de saúde da família, ta aí: 1976, 1977. A gente entrava, na saúde mental, junto com os médicos, pra poder estar junto com os médicos atendendo, o que hoje a gente chamaria de matriciamento na estratégia de saúde da família, na época era ainda a velha interconsulta que tinha entre médico e psiquiatra, clínico e psiquiatra, pra discutir as situações clínicas (ROCHA, 2017, p. 6).

Rocha descreve a efetivação do programa como uma prática planejada de intervenção territorial na direção da implementação de uma rede de serviços:

A gente ia pra um território, escolhia, conversava com as pessoas, acompanhava, fazia um levantamento de saúde acompanhando a implantação da unidade de saúde. Depois quando começava, nos atendimentos. Então eu tinha um trabalho um pouco rodízio, eu ia, a cada dia eu ia numa unidade com os médicos dos casos, eventualmente eu fazia algum atendimento ambulatorial. Na época, algumas pessoas mais jovens começaram a se interessar em fazer disso um certo estágio, então eu tinha umas pessoas que era estagiários voluntários, e iam comigo também. Então isso foi o que a gente foi constituindo enquanto um esboço de um programa de saúde mental dentro das chamadas unidades básicas de saúde, unidades primárias de saúde que tinham em Niterói (ROCHA, 2017, p. 6).

O programa elaborado por Hugo Tomassini e equipe, chamado Plano de Ação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), fundamentava-se na implantação, em áreas periféricas da cidade, de 16 unidades de atenção primária em saúde. Segundo os próprios autores e executores (TOMASSINI, COSTA e POZ, 1981), compreendeu-se o programa como sendo comunitário de saúde e promoção social, e se pautou em princípios como “integralidade de atenção à saúde”, “equipe polivalente”, “participação comunitária” e “aumento da cobertura” (TOMASSINI, COSTA e POZ, 1981, p. 113).

Em 1979, através do documento (produzido no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói) intitulado “Plano de Saúde Mental do Município de Niterói: Propostas para uma integração”, Rocha sustentava que o subprograma de saúde mental, inserido no Plano de Ação da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, definia-se basicamente pela “capacitação das equipes locais para o diagnóstico, tratamento de situações agudas e realização de atividades educativas de abrangência comunitária, no âmbito da Saúde Mental”. (ROCHA, 1979, p. 2).

Dessa forma, Eduardo Rocha passou a atuar em ações de capacitações, treinamentos, supervisões e acompanhamentos de pacientes via interconsultas nas unidades primárias de saúde do município. Diante da grande demanda por atendimentos encontrada, e da pequena equipe existente, optaram por implantar um serviço ambulatorial, atendendo uma vez por semana em cada UMS (Unidade Municipal de Saúde), e com os supervisores realizando as consultas junto aos agentes de saúde. Em documento produzido no âmbito da secretaria municipal de saúde de Niterói, Rocha dizia:

Iniciando o atendimento em uma comunidade favelada, que como todas nossas favelas revelam um grau de violação enorme, quer fruto de ações policiais frequentes, quer entre seus membros - dividimos o ambulatório em dois momentos. O primeiro é uma reunião com todos os clientes, procurando

discutir grupalmente as doenças mentais, os remédios que tomam, as crises que sofrem, as atitudes nervosas que referem. Recordo-me que apesar da diversidade de histórias pessoais o próprio grupo reconheceu que há problemas comuns a todos, principalmente a violência. Seja ela da mãe para o filho, do pai para a mãe e/ou da polícia. É disso que tratamos, basicamente (ROCHA, 1979, p. 5).

O “Plano de Saúde Mental do Município de Niterói: Propostas para uma integração” consiste em uma apresentação, descrição e avaliação após dois anos de execução. Ao fim, Rocha enumera três conclusões:

A primeira é a de que “a articulação da psiquiatria e da psicologia às equipes de Saúde Pública pode ser enriquecedor não só para o treinamento e assistência prestadas, mas também para a Universidade, que assim pode dispor de um universo mais adequado à nossa realidade social. Enfatizamos ser inviável conduzir essas ações sem a participação da Universidade e do Governo Estadual e Federal. E, por fim, mas talvez o mais importante, que este trabalho sirva de introdução a um *planejamento integrado* na área de Saúde Mental (Rocha, 1979, p.9).

Eduardo Rocha ainda prosseguiu neste projeto mesmo após a associação de Moreira Franco à ARENA e à saída de Hugo Tomassini da secretaria de saúde. No entanto, no início da década de 1980, início de um período de desinvestimento e descaracterização do projeto, Rocha se afasta e chega a pedir licença de seu vínculo com o município.

2.3 À GUIZA DE CONCLUSÃO

Torna-se fundamental considerar que não havia de minha parte, previamente, a intenção de produzir um texto extenso, como julgo ter este segundo capítulo se tornado, a respeito dos anos que antecederam à reforma psiquiátrica em Niterói. No entanto, as experiências descritas por Rocha, Costa Filho, Dos Santos e, mais adiante, por Vieira dos Santos, revelam que aquilo que hoje conhecemos como *atenção psicossocial* pode encontrar referenciais históricos, heranças de princípios e fundamentos em práticas específicas muito anteriores e sem ligações, a princípio diretas.

As enfermarias da universidade deixaram de funcionar na década de 1980, assim como o programa de atenção primária liderado por Hugo Tomassini também foi interrompido pelo governo que sucedeu Moreira Franco, e mesmo este próprio já o havia esvaziado durante sua gestão.

Mas, considero importante isolar, dois momentos e lugares: a “ilha” da universidade, entre os anos 1960 e 1970 e a experiência do Centro Comunitário da Vila Ipiranga, sucedido pelo primeiro programa comunitário de saúde mental do município durante a década de 1970. É possível encontrar neles algumas perspectivas, intenções, apostas, encontros, que mais tarde retornaram em novos contextos e atravessados por outros fatores.

Não se trata de supor uma relação de causa e efeito entre as experiências, proponho observá-las na dimensão de formação sobre as vidas profissionais dos entrevistados: trata-se de práticas efetivas que implicaram transformações nas representações que faziam acerca da loucura, do tratamento, da saúde pública.

No próximo capítulo abordarei o processo de reforma psiquiátrica em Niterói, investigando as mudanças que aconteceram no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, especialmente a partir de sua municipalização no contexto de implementação do Sistema Único de Saúde no município. A crise do regime militar, o colapso no sistema de financiamento dos leitos conveniados, a eclosão do movimento nacional por uma sociedade sem manicômios e a execução do Projeto Niterói são os elementos de abertura desse processo.

3 DO PROJETO NITERÓI À REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (ANOS 1980 AOS ANOS 2000)

Neste capítulo, construo a narrativa da história do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba e da Atenção Psicossocial em Niterói pelas vozes de seus atores, pelas vozes daqueles que participaram diretamente das decisões e das mudanças institucionais, das transformações das práticas de assistência. Nele proponho a leitura dessa história pela demarcação dos diferentes momentos em cada década, desde os anos 1980 a alguns aspectos da década atual.

Apresento a década de 1980 como o período de início do processo de reforma psiquiátrica, no bojo do processo de conquista e implantação do Sistema Único de Saúde. Em Niterói, a trajetória dos dois processos se deu de maneira articulada e tornou a cidade protagonista na história do SUS e da reforma psiquiátrica. As ações reformistas em saúde mental, que visavam combater às internações manicomial, especialmente nas clínicas conveniadas ao INPS, foram parte das chamadas Ações Integradas em Saúde³¹, experiências que se transformaram em uma espécie de plataforma prática de implementação do SUS nacionalmente³².

A década de 1980, podemos dizer, foi a década da criação das condições de possibilidade para a emergência da Atenção Psicossocial. O Projeto Niterói, lugar de fundação das Ações Integradas, foi um divisor de águas para a gestão da saúde pública, sendo decisivo para que o município se autorizasse a assumir responsabilidades maiores na reforma sanitária a partir da Constituição de 1988.

A partir de 1991, o HPJ foi municipalizado como parte das medidas de institucionalização do SUS na cidade. A década de 1990 foi o período de implementação da Atenção Psicossocial em Niterói, principalmente pela reformulação do papel da emergência psiquiátrica e pela implantação dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial. Nesse período, o HPJ se consolidou como um lugar formador da institucionalidade municipal e reformista:

³¹ Instituídas através de convênio entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência e Assistência Social e estados, e operacionalizadas através de comissões locais nos níveis municipal, estadual e federal, as Ações Integradas em Saúde possibilitaram, segundo Jairnilson Paim (1984): "adescentralização do processo de planejamento e da administração [na saúde pública], o que significa um corte em relação às práticas autoritárias e tecnocráticas que deformaram o trabalho dos técnicos de saúde no Brasil [através da] integralidade das ações de saúde, regionalização e hierarquização única dos serviços, valorização das atividades básicas, utilização prioritária e plena da capacidade instalada da rede pública, desenvolvimento de recursos humanos, participação dos segmentos sociais na definição de necessidades e na avaliação" (PAIM, 1984, p.172).

³² Londrina (PR) e Campinas (SP) foram outras cidades precursoras deste movimento de integração das ações de saúde pública. (NASCIMENTO e NOZAWA, 2004, p.212).

minha tese é de que, no caso de Niterói, o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba tornou-se um polo de formação de práticas, serviços e de trabalhadores da atenção psicossocial.

A contradição vivida em Jurujuba em 1995, quando se apostou na transferência da emergência psiquiátrica do hospital geral para o hospital psiquiátrico, foi decisiva para a redução das internações psiquiátricas em Niterói, principalmente nas clínicas privadas. Representou, no entanto, o fortalecimento da instituição hospitalar psiquiátrica (pública), conferindo-lhe centralidade na rede de assistência, o que também foi reforçado com a ampliação das práticas de ensino e formação clínica permanente no hospital. Ambos aspectos, no entanto, e talvez paradoxalmente, foram decisivos na ampliação de serviços comunitários de atenção psicossocial, contribuindo para a constituição de uma rede programática e integrada, com um hospital como impulsionador desse programa.

Já nos anos 2000, no contexto de aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica em Brasília, Niterói viveu a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial pela ampliação da rede de CAPS, pela conferência de uma direção programática à rede sustentada em práticas de ensino e formação clínica permanentes. Por fim, abordo apenas alguns aspectos que indicam a situação de crise pela qual passa a Rede de Atenção Psicossocial de Niterói desde, pelo menos, o início da presente década.

3.1 A CRISE ECONÔMICA DO REGIME MILITAR, A ASCENSÃO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS, E AS EXPERIÊNCIAS DE CO-GESTÃO NA SAÚDE PÚBLICA (ANOS 1980)

A crise financeira internacional de fins da década de 1970 e início dos anos 1980 fez avançar o colapso do modelo político e econômico implementado pela ditadura militar no Brasil (BACHA & BONELLI, 2005, p. 163-167). Foi um período de “severa depressão”, de queda da produção e de empobrecimento da maioria dos povos na África, Ásia ocidental e América Latina (HOBSBAWM, 2009, p.395). O período do chamado “milagre brasileiro” (1968-1973)³³, no qual o Brasil chegou a alcançar taxas de crescimento superiores a 10% ao ano, impulsionado pela aceleração da economia global, deu lugar – em decorrência da crise do petróleo de 1973 – a um “longo período em que a economia mundial manteve-se muito mais

³³ Segundo Carlos Fidelis Pontes e Dilene Raimundo do Nascimento, durante o chamado “milagre brasileiro”, “a aceleração da economia não significou, no entanto, maior distribuição de renda entre a grande parte da população do país, que contava com pouco mais de 90 milhões de habitantes (...) o que se observou foi um intenso processo de concentração de riquezas expresso pela formação de grandes conglomerados nacionais, pela crescente presença de multinacionais na economia, bem como pela substituição da agricultura familiar e de subsistência por projetos agroindustriais voltados para a exportação.” (PONTES & NASCIMENTO, 2010, p. 184).

hostil ao crescimento de países em desenvolvimento como o Brasil” (EARP & PRADO, 2003, p.26).

Nesse contexto, o governo federal se viu em dificuldades para manter a política de financiamento progressivo dos leitos psiquiátricos contratados. Tal limitação financeira conjuntural se somava— conforme discutido no capítulo anterior — ao crescimento da influência da psiquiatria preventivista e comunitária, e ao amplo questionamento na sociedade sobre condições de maus tratos e violências a que estavam submetidos os pacientes psiquiátricos nas instituições asilares, culminando na formação do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em 1978³⁴. No bojo da fundação de fortes movimentos sociais, sindicais e partidários³⁵ e da ampla luta política pela redemocratização do país, o MTSM contribuiu com a introdução do debate a respeito da cidadania dos loucos no âmbito das propostas de reforma do sistema de saúde no país.

O psiquiatra e pesquisador Paulo Amarante considera que o MTSM passou a “protagonizar os anseios e as iniciativas pela reforma da assistência psiquiátrica nacional” (AMARANTE, 1996, p.13). Com Chartier (1988), considero excessiva essa afirmação sobre o papel do movimento por totalizante que é. Em troca, proponho considerarmos que o MTSM representou anseios e iniciativas diversas, protagonizadas por múltiplos atores em realidades e contextos específicos no país, em uma leitura que considera a circulação desses discursos em diferentes contextos políticos, sociais e geográficos, dependendo de negociações diversas para sua apropriação. Certamente tais articulações produziram multiplicidade de leituras e resultados. Em meio a essa diversidade, e confirmando tal perspectiva de leitura, os depoimentos analisados neste trabalho indicam que as experiências que constituíram a reforma psiquiátrica em Niterói, em seu caráter singular, encontram representação nas reivindicações do MTSM, mas não nos permitem afirmar que foi o MTSM quem protagonizou os anseios e as iniciativas pela reforma psiquiátrica na cidade, mesmo considerando a participação de atores da reforma niteroiense nos fóruns do movimento.

Nesse percurso, cabe destacar que o MTSM deixou de se caracterizar por uma “transformação genérica da assistência psiquiátrica”, para tornar-se um esforço coletivo de

³⁴ O surgimento do MTSM em 1978 tem como ponto de partida o episódio conhecido como “Crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental)”, no mesmo ano. O livro de Amarante (1995) traz ricos detalhes sobre esse processo de lutas que foi disparado pela denúncia registrada por três médicos bolsitas no livro de ocorrências do Pronto Socorro do Centro Psiquiátrico Pedro II, no Engenho de Dentro. A denúncia das irregularidades e da trágica situação a que estavam submetidos os pacientes da instituição mobilizou profissionais de outras unidades e culminou em uma greve das quatro unidades da Dinsam no Rio de Janeiro (AMARANTE, 1995, p.52).

³⁵ Destaque para a fundação do Partido dos Trabalhadores (1980) e da Central Única dos Trabalhadores (1983). Em 1987 o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental passou a se chamar Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e adotou o lema “Por Uma Sociedade Sem Manicômios”.

“elaboração de alternativas inspiradas basicamente em propostas de desospitalização” e por um perfil mais “técnico”, vindo a assumir um projeto de crítica ao saber psiquiátrico que, segundo Amarante, passou a delinear o surgimento da atual concepção de reforma psiquiátrica (AMARANTE, 1996, p. 14).

O contexto de formação e desenvolvimento do MTSM é marcado por experiências em encontros, fóruns diversos e congressos³⁶ no momento mesmo em que se ampliava a luta pela democracia com massivas manifestações políticas, como o Movimento Pelas Diretas Já (1984), e com o amadurecimento de princípios deste novo momento político – como a noção de cidadania, que acabou por servir de alcunha para a Constituição de 1988, chamada então de Constituição Cidadã. Nesse cenário, a saúde pública passou a viver um intenso processo de formulação e de proposição de modos de constituição de um sistema de saúde que pudesse responder aos anseios da cidadania. Novos fóruns, novos atores e novos pactos tomaram lugar.

Em meio à crise econômica, o caro e progressivo financiamento dos leitos psiquiátricos contratados, além de gerar alto custo para os cofres públicos, não repercutia em boas soluções sanitárias. A tendência de toda a saúde pública não era diferente: contratação da medicina curativa – ambulatorial e hospitalar – pela Previdência Social. Sendo assim, foi sob uma forte crise financeira e técnica que a Previdência Social buscou responder aos anseios da assistência ao longo da década de 1980 através de processos de co-gestão entre a união, estados e municípios, das instituições e políticas de saúde.

Com a co-gestão, cria-se a possibilidade de implantar uma política de saúde que tem como bases o sistema público de prestação de serviços, a cooperação interinstitucional, a descentralização e a regionalização, propostas defendidas pelos movimentos das reformas sanitária e psiquiátrica. (AMARANTE, 1995, p. 61).

Nesses processos de co-gestão se estabeleceram diretrizes e metas, como a universalidade do atendimento (ou seja, independente da situação do usuário ser a de previdenciário ou não). Tratou-se de uma tentativa de otimização financeira e assistencial das

³⁶ Destaque para o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria em 1978, onde foi lançado, com protagonismo da caravana de trabalhadores demitidos no processo de lutas contra as precárias condições dos hospitais psiquiátricos (processo conhecido como Crise da Dinsam), o Manifesto de Camboriú, que convocava para o I Encontro dos Trabalhadores em Saúde Mental, em 1979, na cidade de São Paulo. No II Encontro de Trabalhadores em Saúde Mental, conhecido como Congresso de Bauru, foi consagrada a consigna “Por uma sociedade sem manicômios”, a partir do qual o MTSM passou a se chamar “Movimento Por Uma Sociedade Sem Manicômios”. A 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1992, em Brasília, e seu relatório final trazia as propostas de reforma do modelo. (AMARANTE, 1995).

instituições que contribuiu para a constituição de espaços de formulação de novas perspectivas assistenciais e de um novo modelo de saúde pública³⁷.

Nesse processo, também havia sido criado em 1981 o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (BRASIL. MPAS/CONASP, 1983a) com representantes governamentais, patronais, universitários, da área médica e dos trabalhadores:

A criação do CONASP e a conseqüente promulgação de seu 'plano' podem ser entendidos como uma ampliação, em nível nacional, da experiência desenvolvida não apenas e principalmente a partir da co-gestão, e exatamente no auge desta, mas também de algumas experiências localizadas em municípios centradas nos princípios da integração, hierarquização, regionalização, e descentralização do sistema de saúde. (AMARANTE, 1995, p. 65).

Ou seja, a crise da DINSAM, comumente mencionada como contexto institucional do qual surgiu o MTSM, foi parte do colapso do sistema de saúde do regime militar em decadência. O estrangulamento do esquema de financiamento do parque manicomial correspondeu ao esgotamento do regime de contratação da medicina curativa privada pela Previdência Social. Esse sistema foi pressionado, por um lado, pelas experiências institucionais de co-gestão pautadas em princípios de universalidade da assistência, descentralização da gestão e regionalização dos serviços; e por outro pela ascensão dos movimentos sanitarista, antimanicomial, e pela luta mais ampla da sociedade brasileira contra a ditadura, por democracia e cidadania.

Destaco esses aspectos da história do surgimento do Sistema Único de Saúde – e da reforma psiquiátrica como efeito e parte de sua construção – não apenas pela relevância que estes aspectos apresentam na literatura, mas sobretudo porque, a partir dos depoimentos registrados neste trabalho (especialmente o de Maritelmá Vieira dos Santos), a experiência da co-gestão se revela como um processo muito intenso e vigoroso através do qual trabalhadores, docentes e militantes ocuparam seus lugares institucionais e se apropriaram dos destinos da saúde pública. A seguir, a partir inicialmente do depoimento da enfermeira e gestora Maritelmá Vieira dos Santos, apresento a experiência de Niterói nesse percurso em direção ao SUS e à reforma psiquiátrica durante a década de 1980.

³⁷ Para uma análise sobre co-gestão na saúde pública, ver: Geraldes, p. 1992.

3.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA EM NITERÓI: ELEMENTOS DE SUA ABERTURA.

O depoimento de Maritelmá Vieira dos Santos apresenta dois aspectos de grande relevância para a história do SUS e da reforma psiquiátrica na década de 1980. São os dois aspectos que isolo como principais referências para a leitura dessa história.

O primeiro aspecto é a trajetória do *Projeto Niterói* como experiência singular de gestão das instituições e políticas de saúde na cidade. Essa experiência foi decisiva, na medida em que seu alcance não foi somente o da reorganização e reorientação de uma rede de saúde pública do município, mas consolidou, através da implementação das Ações Integradas em Saúde e das diretrizes de regionalização, hierarquização e integração, um projeto piloto para a concepção do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível nacional.

Partindo de encontros impulsionados primeiramente por docentes da Universidade Federal Fluminense, e envolvendo servidores do INAMPS, representantes do estado, do município e até mesmo das clínicas contratadas, o Projeto Niterói se consolidou sobretudo como um fórum onde estes atores assumiram de forma integrada os destinos da saúde pública (VIEIRA DOS SANTOS, 2017).

O segundo aspecto é o modo como a saúde mental foi reformulada no contexto do *Projeto Niterói*. A reconstituição da trajetória de Vieira dos Santos, atuante no Projeto Niterói, permite localizarmos - e esta é a leitura que faço aqui a partir do depoimento de Vieira dos Santos - na intervenção no ambulatório central de psiquiatria e na instalação da enfermaria de saúde mental contígua à emergência geral no Centro Previdenciário de Niterói³⁸, elementos decisivos na luta contra as internações manicomiais nas clínicas conveniadas. Elementos que marcam a abertura do processo de reforma psiquiátrica em Niterói, ancorados no processo mais amplo das Ações Integradas em Saúde, e caracterizados, principalmente, pela regionalização e reformulação da assistência ambulatorial por um lado; e pela moralização das emissões de Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs) e reorientação das internações psiquiátricas para o hospital público, o HPJ.

³⁸ O Centro Previdenciário de Niterói (CPN), atualmente denominado Hospital Municipal Carlos Tortelly é o principal Hospital Geral do município, cuja emergência é a referência da cidade. Durante a década de 1980, o CPN centralizou em seu prédio os principais ambulatórios da cidade.

3.2.1 O Projeto Niterói e a reformulação da assistência psiquiátrica

Maritelma Vieira dos Santos, em 1980 ajudou a organizar uma enfermaria psiquiátrica de emergência no CPN com 12 leitos: “e a gente começou a mexer nessa questão da psiquiatria nessa década, eu nesse lugar, coordenando a emergência geral. E aí eu comecei a me interessar particularmente pela Emergência” (VIEIRA DOS SANTOS, 2017, p. 1).

Por volta do ano de 1978, Vieira dos Santos ingressou no Projeto Niterói, que havia sido formado alguns anos antes³⁹ como uma organização “marginal” – ou seja, “não-institucionalizada” – por iniciativa de um grupo de professores do Departamento de Saúde da comunidade da UFF, dentre eles Hugo Tomassini e Maria Manuela dos Santos, além de servidores como o médico psiquiatra Gilson Cantarino O’Dwyer.

O Projeto Niterói teve a função de reorganizar a rede de saúde pública do município, mas o fez não apenas, digamos, de modo gerencial. Ele foi também a base de sustentação, o lugar de reflexão, de concepção das práticas e dos modos de trabalho de servidores que estavam na ponta, tocando cotidianamente os serviços (VIEIRA DOS SANTOS, 2017; MOYSEIS, 1989). Foi o caso de Vieira dos Santos, que afirma que no âmbito do Projeto houve uma junção, para ela, da proposta de “reorganização da rede de saúde do município” com uma “necessidade de trabalhar com a psiquiatria” na emergência geral:

E eu me lembro que eu vou fazer parte desse projeto, ele tinha como proposta uma reorganização da rede de saúde do município de Niterói. E eu fui me identificando muito com a questão da saúde mental. (...) Então juntou: a nossa necessidade de trabalhar com a psiquiatria, porque estava uma coisa horrível, a gente vivia enchendo a Casa de Saúde Alfredo Neves, a Casa de Saúde Niterói, e não tínhamos um lugar para pacientes psiquiátricos na rede pública. Os ambulatórios de psiquiatria eram um ambulatório na rua Visconde de Uruguai, que era um ambulatório muito entupido, eram atendimentos só executados por médicos, muito médico e muito medicado, um ambulatório que medicava muito. E a gente começa a mexer com isso (VIEIRA DOS SANTOS, 2017, p. 2).

Foi, portanto, nessa experiência como gestora da Emergência Geral do CPN que Vieira dos Santos foi levada a um interesse maior pela psiquiatria – interesse este já marcado pela

³⁹ Vieira dos Santos não sabe precisar o ano exato em que teve início o Projeto, e nem sei se isso é possível. Neuza Maria N. Moysés, sanitarista e pesquisadora da ENSP/Fiocruz em artigo intitulado “Projeto Niterói: uma tentativa de recuperação da história recente” (1989), atribui seu início a 1982, o que me parece impreciso, tendo em vista que Vieira dos Santos relaciona sua prática no CPN, onde começou em 1976, aos grupos de trabalho do Projeto Niterói.

preocupação com a superlotação das clínicas conveniadas – e passou a fazer parte do grupo de trabalho em saúde mental do Projeto Niterói.

Funcionando através de grupos de trabalho temáticos (GT's) – como saúde mental, supervisão hospitalar, materno-infantil etc.– e tendo como fórum deliberativo a Comissão Executiva Local (CEL), o Projeto Niterói articulou um trabalho de co-gestão ao definir como instrumento básico necessário à sua implantação a “celebração de convênios entre o Inamps e as secretarias estadual e municipal de saúde” (MOYSÉS, 1989, p.52-54). Na análise de Neuza Maria Moysés, que foi integrante do grupo inicial do projeto:

Os avanços alcançados nos anos de existência do Projeto Niterói foram executados pelos grupos de trabalho, muitas vezes contando com forte reação das instituições para implantar seus projetos e propostas (...) Ao longo desses anos de existência (o projeto), colheu os frutos resultantes das ações pioneiras. Entre ensaios e erros construiu um caminho em busca da integração almejada dos serviços de saúde de Niterói. (...) Sem ter essa pretensão, transformou-se em laboratório de uma experiência que se expandiu para o restante do país, assumindo outras características mas mantendo o caráter geral da proposta iniciada em Niterói: integração, hierarquização e regionalização das ações de saúde através das Ações Integradas em Saúde. (MOYSÉS, 1989, p. 57 e 62).

Ou seja, culminando nas Ações Integradas em Saúde, o Projeto Niterói, através de seus grupos de trabalho, consistiu, na prática, em uma experiência de trabalho envolvendo os níveis de gestão federal, estadual e municipal na formulação, avaliação e execução de ações em diversos âmbitos da assistência pública. Os atores que as concebiam partiam de diagnósticos criteriosos da situação em que se encontravam as instituições e o acesso da população aos cuidados, e eram os mesmos que executavam, na ponta, as propostas.

Essas ações, possibilitadas por essa metodologia integrada, representaram para um país em processo de redemocratização, uma experiência pioneira com as diretrizes da integração, hierarquização e regionalização em saúde, bases conceituais do que viria a ser o SUS. Na saúde mental, Vieira dos Santos foi protagonista ao gerir, segundo Moysés (1989, p. 58), a principal realização do Projeto Niterói na área: o serviço de emergência psiquiátrica no CPN. Ou seja, no que foi uma experiência piloto para o SUS, o Projeto Niterói, no campo da saúde mental, contribuiu pela implementação de uma emergência psiquiátrica.

Na avaliação de Vieira dos Santos, há ainda outro aspecto muito importante do trabalho do Projeto Niterói, que repercutiu decisivamente na saúde mental e que diz respeito à importância de uma intervenção no âmbito hospitalar a real implantação das autorizações de

internação hospitalar na cidade, as AIHs passaram a ser controladas e significar, portanto, elas mesmas, um real instrumento de controle e de gestão.

Foi o Projeto Niterói com seus grupos de trabalho que implantamos isso. Nós mudamos, as AIHs eram uma coisa horrível em Niterói. Só pra você ter uma idéia, a Divisão de Medicina Social tinha AIH pra parturiente, tinha mulher que dava luz duas, três vezes ao ano, porque não tinha o menor controle. A gente se deparava com autorização de internação que era assim, um negócio muito complicado, uma fraude, era uma fraude. E aí a gente começa a pôr ordem nisso, e não foi simples, a gente brigou muito com o dono da Casa de Saúde Niterói, tinha que chegar as vezes com oficial de justiça para entrar na Casa de Saúde para poder impor algumas coisas (VIEIRA DOS SANTOS, 2017, p. 2).

O Projeto Niterói, com Gilson Cantarino O'Dwyer à frente da secretaria executiva (1984-1989), passou a receber cooperação técnica e a realizar intercâmbio com organismos internacionais como a Fundação Kelloggs e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Foi o período em que O'Dwyer e Vieira dos Santos apresentaram trabalhos em congressos em Cali, cidade com a qual o projeto celebrou um convênio de cooperação, e Havana (MOYSÉS, 1989, p.63; VIEIRA dos SANTOS, 2017, p. 3). A repercussão do projeto fez com que o prefeito eleito Jorge Roberto Silveira (PDT) convidasse O'Dwyer a assumir a secretaria municipal de saúde de Niterói em seu primeiro mandato (1989-1993), sendo substituído na secretaria executiva do Projeto Niterói por Vieira dos Santos.

No momento em que O'Dwyer assumiu a secretaria municipal, o Projeto Niterói já havia organizado o município em distritos sanitários e implementado trabalhos e serviços de saúde. A secretaria municipal, então, organizou suas ações de acordo com essa regionalização. Nesse momento, Vieira dos Santos assumiu a administração do distrito sanitário centro-sul da cidade, onde está localizado o antigo CPN, justamente como consequência de seu trabalho à frente da emergência (VIEIRA dos SANTOS, 2017, p.3-4).

Naquele momento em que assumia o distrito sanitário centro-sul, que foi sediado no próprio CPN, Vieira dos Santos assumiu também a condução do trabalho do ambulatório central de psiquiatria, que havia sido transferido da rua Visconde de Uruguai para o CPN:

E aí a gente começou a cutucar o negócio da psiquiatria com vara curta, a gente começou a brigar. A gente começou a criar grupos de recepção nos ambulatórios de psiquiatria, e foi intenso também esse trabalho. (...) E era um ambulatório imenso que atendia muita gente, era um negócio impressionante, a demanda. Eram os psiquiatras antigos, psiquiatras que trabalhavam única e exclusivamente com a medicação. E aí a gente começou a se ocupar disso.

Mas a gente já tinha um chãozinho no que era o que provocava a internação psiquiátrica, o que provocava o número de pacientes internados na Casa de Saúde Alfredo Neves e na Casa de Saúde Niterói (VIEIRA DOS SANTOS, 2017, p. 4-5).

Novamente, Vieira dos Santos se refere à intervenção da saúde mental nesse período (década de 1980) como uma intervenção pautada na intenção de fazer estancar o fluxo de internações psiquiátricas nas clínicas conveniadas. Em resumo, no que se refere especificamente à saúde mental, o Projeto Niterói se caracterizaria, segundo ela, por dois momentos: um primeiro marcado pela implantação da emergência psiquiátrica, contígua à Emergência Geral no Hospital Geral (CPN), no início da década; e um segundo, a partir da organização dos distritos sanitários, de reorganização da atenção ambulatorial. Ambos pretendiam interromper o crescimento das internações nas clínicas conveniadas.

Segundo o depoimento de Vieira dos Santos, esses dois momentos, possuiriam uma ligação técnica e ética, ligação esta que poderia ser representada por uma palavra chave que teria fundamentado a intervenção do Projeto Niterói no ambulatório central: a recepção. Foi pela reformulação da recepção ao paciente, pela reformulação do modo como se recebia o paciente no serviço, que se operou a reorientação da assistência, primeiramente na emergência, permitindo que se desse ao sofrimento um outro destino que não imediatamente o da internação, e posteriormente no ambulatório, onde foram organizados grupos de recepção. Ao ser questionada sobre o motivo pelo qual optou pela intervenção nos ambulatórios via grupos de recepção, Vieira dos Santos afirmou:

Isso pra mim é super claro. O primeiro encontro que uma pessoa tem com alguém da saúde mental pode ser definitivo pro seu percurso dentro da psiquiatria. Eu não tenho dúvida disso, sabia? Porque o cara chegava numa crise qualquer de ansiedade, aí ele vai procurar um psiquiatra – e naquela época só havia psiquiatra – e ele chegava com o pedido: aplaque meu desespero. E o psiquiatra: rivotril, diazepam, olcadil. E ao final de algum tempo a gente via o cara lá na psiquiatria, no ambulatório de psiquiatria. Aí a gente começou a perceber que isso era uma bola de neve, os ambulatórios recebiam, recebiam, e era quase que causar uma dependência química naquelas pessoas (VIEIRA DOS SANTOS, 2017, p. 5).

Segundo Vieira dos Santos, a partir de então, ela e a equipe com quem assumiu o trabalho no ambulatório passaram a organizar grupos de recepção por duplas de profissionais em equipe multiprofissional, incluindo a enfermagem e o serviço social. A recepção feita por essas duplas de profissionais de saúde mental passou a ser implantada também nos demais

ambulatórios que existiam na cidade: os ambulatórios da Engenhooca (zona norte da cidade) e de Santa Rosa (Zona Sul). Nesse momento, segundo a entrevistada, tratava-se da proposta inicial de “travar um pouco essa demanda direta para a psiquiatria, e a gente conseguiu ter resultados interessantes: acabamos em grupos terapêuticos. E foi daí a minha escolha por fazer formação psicanalítica, em uma sociedade que, na época, propunha formação em grupos”. (VIEIRA DOS SANTOS, 2017, p. 5).

Ou seja, o que a princípio era a proposta de permitir aos pacientes que chegavam a elaboração de alguma questão a respeito do sofrimento que viviam, “travando” desta maneira o encaminhamento medicamentoso imediato, teria se desdobrado em grupos terapêuticos permanentes.⁴⁰

Mas, enquanto isso, como estava o Hospital de Jurujuba nessa década de 1980? Eduardo Rocha (2017, p.8-10), em seu depoimento, nos apresenta dois momentos vividos pela instituição: o primeiro, bem no início da década foi marcado pela direção do psiquiatra Jorge De La Roque, que, nas palavras de Rocha, expulsou a Universidade do hospital, rompendo o convênio que havia com a Faculdade Fluminense de Medicina e com as Escolas de Enfermagem e Serviço Social da UFF. Naquele momento, também se encerrava o ensino de Nobre de Melo nas enfermarias da universidade⁴¹, fechando, em consequência também as próprias enfermarias onde ele fazia essa prática.

No período inicial daquela década, Rocha e Costa Filho haviam sido fundadores da Escola de Psicanálise de Niterói. Rocha havia participado também da construção da Associação Fluminense de Psiquiatria. O segundo momento teve início quando, em 1983, Leonel Brizola e Darcy Ribeiro assumiram o Governo do Estado do Rio de Janeiro e alguns psiquiatras que participavam com Eduardo Rocha desta Associação ingressaram em Jurujuba e tomaram a frente da direção do hospital⁴². Segundo Rocha, a perspectiva era a de “fazer uma reforma institucional em Jurujuba, abrindo as enfermarias, estabelecendo assembléia geral de pacientes, e de funcionários. Fazendo a proposta de transformar o hospital em um hospital mais de agudos” (ROCHA, 2017, p. 10).

⁴⁰ Tal desdobramento teve efeitos para Vieira dos Santos, que a partir desse momento iniciou uma formação psicanalítica por grupos, na Sociedade de Psicanálise Aplicada a Grupos (SPAG). Interessante considerar que José Jacinto dos Santos e Raldo Costa Filho também iniciaram suas formações psicanalíticas a partir das experiências com grupos, no caso os grupos operativos das comunidades terapêuticas (VIEIRA DOS SANTOS, 2017; COSTA FILHO, 2017; J.J. SANTOS, 2017).

⁴¹ Através dos depoimentos e dos artigos consultados não foi possível abordar os motivos dessa ruptura. Pelo depoimento de Eduardo Rocha fiquei com a impressão de que ela se deu por decisão do então diretor Jorge De La Roque.

⁴² Eduardo Rocha cita os seguintes nomes em seu depoimento: Suely Azevedo, Henrique Bonn e Júlio Cesar Silveira (ROCHA, 2017).

A partir desse período, década de 1980, houve uma política de fortalecimento dos recursos humanos do hospital através de concursos públicos, e uma expressiva redução do número de pacientes internados devido ao encaminhamento dos casos de longa permanência para as colônias do interior do estado, a retornos de pacientes para as casas de seus familiares, e também devido ao fluxo de internações acontecer em sua grande maioria nas clínicas conveniadas (ROCHA, 2017, p. 9-11).

Nos anos 1980, Jurujuba se tornou um hospital praticamente fechado para novas admissões. Isso aconteceu, em primeiro lugar, porque havia a facilidade do ingresso nas clínicas conveniadas, que cresciam progressivamente, sendo este crescimento, como vimos, o alvo principal de combate da atuação do Projeto Niterói no âmbito da saúde mental (VIEIRA DOS SANTOS, 2017). Além disso, o próprio HPJ estava em condições precárias de infra-estrutura e sofria com obras de reformas não concluídas, algumas áreas depredadas outras demolidas, além da falta de leitos físicos para a recepção de pacientes (ROCHA, 2017).

Nessas condições é que o HPJ termina a década de 1980: de um lado, em meio aos avanços que a saúde pública do município havia percorrido com o Projeto Niterói, mas de outro, internamente, vivendo a situação contraditória de ter recebido novos investimentos em recursos humanos, que estavam imprimindo uma prática de trabalho nova, que deu voz aos pacientes, abriu portas de enfermarias e permitiu que muitos tivessem alta para casa - enfim, que avançava no confronto ao “inferno vivo” (muito embora tendo também como solução as transferências para as colônias, que na época não deixavam de ser infernais); de outro lado, a condição de abandono de sua estrutura. A política do estado para que o hospital se transformasse em uma instituição para agudos só avançou em parte, pela retirada dos crônicos⁴³, pois para os agudos o destino continuou sendo o das clínicas contratadas.

O caminho que se desenhava para o Hospital de Jurujuba, portanto, era o de progressivo abandono de sua estrutura, apesar dos investimentos em recursos humanos e em mudanças assistenciais. No entanto, com o advento do Sistema Único de Saúde e a reformulação do papel do município na saúde pública, o HPJ foi municipalizado em 1991, e conseqüentemente incluído nas ações sanitárias da cidade durante a primeira gestão de Gilson Cantarino O’Dwyer como secretário municipal de saúde.

⁴³ A este respeito, José Jacinto dos Santos considera que: “O Hospital Jurujuba fez uma desinstitucionalização, nos anos 1980, sem esse cuidado. Porque nos anos 1980, tinha muita gente ainda do estado que foi transinstitucionalizada para Paracambi, para Carmo, para Rio Bonito. Então, houve uma desocupação de leitos. Então, nós temos essa mácula, da forma como foi feita essa desinstitucionalização” (J. J. SANTOS, 2017).

3.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A MUNICIPALIZAÇÃO DO HPJ (ANOS 1990)

Os anseios por democracia, manifestos nas diversas lutas das décadas de 1970 e 1980, encontraram na Constituinte de 1988 as bases de uma nova tessitura do pacto social brasileiro (Reis, 2010, pp. 221-238). Fundada numa noção forte de cidadania e inclusão, a Constituição de 1988 consagrou a saúde como um direito de todo cidadão e um dever do Estado (Art. 196, Constituição Federal). Estabeleceu, assim, como política de Estado o Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Matta:

Esse é o princípio da universalidade. Ele [o SUS] deve existir para todos e não apenas para aqueles que trabalham formalmente ou que contribuem diretamente para algum tipo de seguro saúde. Constitui-se, desta forma, como um dos pilares do SUS (MATTA, 2010, p. 248).

Para alcançar a universalidade e os princípios da integralidade e equidade, a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituiu as bases de organização do sistema de saúde, estabelecendo como suas diretrizes a descentralização da gestão, a regionalização e hierarquização da rede de serviços.⁴⁴ Além disso, a participação popular, estabelecida pela Lei 8.142 de 1990 (MATTA, 2010, p.250-255).

Naquele momento de promulgação da Constituição Cidadã e de institucionalização do Sistema Único de Saúde (1988) – em que houve significativa transformação do papel dos municípios na gestão da saúde pública – tomou posse (1989) como secretário municipal de saúde de Niterói Gilson Cantarino O’Dwyer, ex-secretário executivo do Projeto Niterói. A experiência piloto das Ações Integradas em Saúde, organizadas pelo Projeto Niterói conduziu seus formuladores à gestão da saúde do município no exato momento em que os princípios e diretrizes que o Projeto havia ajudado a consolidar se tornaram política nacional. Nesse contexto, o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba teve sua gestão transferida do Estado do Rio de Janeiro para a Prefeitura Municipal de Niterói como ato de implantação do SUS na cidade.

Com a gestão de Silveira e O’Dwyer, Eduardo Rocha reassumiu seu vínculo com o município, passando a atuar como supervisor programático em saúde mental. Enquanto isso, entre 1990 e 1991, o psiquiatra Paulo Fagundes deixou a coordenação de saúde mental de Niterói para assumir a direção do CPN. Nesse período, Eduardo Rocha assumiu a coordenação

⁴⁴ Segundo Matta: “Essa diretriz aponta para uma organização do sistema voltada para a noção de território, onde se determinam perfis populacionais, indicadores epidemiológicos, condições de vida e suporte social, que devem nortear as ações e serviços de saúde de uma região. A lógica proposta é: quanto mais perto o sistema estiver, maior será sua capacidade de identificar as necessidades da população e melhor será a forma de gestão do acesso e dos serviços de saúde a ela destinados” (MATTA, 2010, p. 253).

de saúde mental do município. Em 1992, Eduardo Rocha assumiu também a direção do HPJ, logo após sua municipalização. Na direção, convidou Maritelma Vieira dos Santos para a coordenação do ambulatório em Jurujuba (ROCHA, 2017; VIEIRA DOS SANTOS, 2017).

Segundo Rocha, J. J. Santos e Vieira dos Santos, em artigo publicado em 1997:

Em 1991, as redes estadual e federal foram municipalizadas em Niterói (com exceção de poucas unidades), e foi feita uma avaliação do Programa de Saúde Mental, concluindo-se pela continuidade dos seguintes objetivos:

- intensificação das reformas do Hospital de Jurujuba e definição de seu perfil assistencial: serviços múltiplos contemplando um ambulatório regionalizado, enfermarias de agudos de curta permanência, um albergue, um NAPS⁴⁵ e uma futura enfermaria de crises;
- (...) Investimentos no serviço de emergência do CPN, inclusive com reativação dos leitos de observação (que estavam ociosos por falta de pessoal – criação de grupos de recepção e triagem nos ambulatórios).
- Estímulo à diversificação dos dispositivos assistenciais tanto hospitalares quanto extra-hospitalares, como oficinas terapêuticas, grupos de convivência, procedimentos tipo NAPS (ROCHA et al., 1997, p. 142).

Segundo os autores, o período compreendido entre 1991 e 1994 foi de consolidação dessas propostas, principalmente quanto ao modelo assistencial:

Tanto o ambulatório quanto as enfermarias do HPJ passaram a enfrentar o desafio de prestar uma assistência integral, e privilegiar a introdução de dispositivos de visita domiciliar, oficinas, agenciamento de grupos de familiares, paralelamente aos já tradicionais (consultas médicas e psicoterapias). O NAPS de Jurujuba, que já se encontrava em funcionamento desde 1989, serviu como estímulo e alavanca para alguns outros (ROCHA et al., 1997, p. 142-143).

Ou seja, a reorientação da política de saúde mental no bojo da implementação do SUS pela regionalização dos serviços e integração das ações entre eles, além da universalização do acesso, foi acompanhada pela reorientação do modelo assistencial, por transformações nas práticas de assistência e, de um modo geral, por sua diversificação e coletivização sobretudo.

Sobre a sua experiência no Ambulatório de Jurujuba, na entrevista, Vieira dos Santos insistiu na importância da dimensão grupal e na recepção como aspecto definidor da assistência. Não apenas no ambulatório, mas também como aspecto definidor da organização da Rede de Atenção Psicossocial. Ou seja, para a entrevistada a rede viria a ser efeito de uma clínica da recepção que combatia as internações em larga escala:

⁴⁵ Núcleo de Atenção Psicossocial. Adiante, em subtítulo específico, abordaremos a experiência do NAPS em Jurujuba.

eu fiquei no ambulatório [de Jurujuba] coordenando, mas a gente continuou nesse trabalho de recepção de uma forma intensa, tentando mesmo, colhendo, fazendo um trabalho intenso de porta de entrada. A gente tinha essa preocupação, a nossa intenção era: o que a gente pode fazer para interferir na redução da internação? (VIEIRA DOS SANTOS, 2017, p. 7).

Na busca por uma prática orientada a combater o alto índice de internações, a recepção se torna mais que um momento inicial do trabalho com os pacientes e ganha a especificidade de uma clínica decisiva para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial. Na próxima subseção, observamos como a implementação de um dispositivo de tratamento dentro do Hospital de Jurujuba deu lugar ao termo Atenção Psicossocial.

3.3.1 O fora tecido por dentro: NAPS e CAPS

Nesta subseção discuto a emergência do termo atenção psicossocial em Niterói a partir da constituição do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) de Jurujuba, em um contexto nacional de surgimento de experiências similares: a criação de serviços comunitários, com funcionamento diário, diversificação das práticas assistenciais, inclusão de trabalhos culturais, das famílias e das comunidades. Esses novos serviços, nomeados como Núcleos ou Centros de Atenção Psicossocial, foram os principais ícones de afirmação de um novo paradigma em saúde mental. O NAPS de Jurujuba, posteriormente transferido para o Centro de Niterói, onde passou a se chamar CAPS Herbert de Souza, é o primeiro CAPS do estado do Rio de Janeiro. Em 19 de fevereiro de 2002, a portaria 336 do Ministério da Saúde regulamentou a constituição e o modelo assistencial dos CAPS em todo território nacional.

Portanto, na década de 1990, além da instituição da emergência como serviço de recepção multiprofissional, da redução das internações, e da desativação da Casa de Saúde Niterói, o HPJ se consolidou como lugar de formação de serviços de atenção psicossocial a partir da formação do NAPS de Jurujuba, contribuiu com a formação do trabalho sobre a infância e a atenção a usuários de drogas através da constituição de equipes de referências sobre

essas clínicas específicas no SRI, além da formação das Oficinas Integradas⁴⁶, que foram posteriormente transformadas em Centro de Convivências.⁴⁷

Como vimos anteriormente, o processo de redemocratização que percorreu fins da década de 1970 e os anos 1980, culminando na Constituição Cidadã e no SUS, permitiu que experiências alternativas em saúde mental, locais e promissoras, fossem possíveis. Assim, a expressão “psicossocial” passou a denominar lugares onde se propunha a assistência aos doentes mentais de modo alternativo ao manicômio. “Psicossocial” expressava, inclusive, o questionamento ao estatuto da doença mental, e apostava na convivência, no tratamento em liberdade e na inserção social como ferramentas de conquista de um novo lugar para a loucura na sociedade.

Ao surgir a partir da denúncia do manicômio como lugar de segregação da loucura, a atenção psicossocial foi se apresentando como alternativa ao modelo hospitalocêntrico, tanto pela perspectiva institucional (ofertando um novo paradigma institucional, através de serviços menores, inseridos nas comunidades e abertos, em contraponto ao grande hospital, isolado e fechado), quanto pela perspectiva clínico-assistencial (equipes multiprofissionais, ênfases nos grupos e oficinas terapêuticas, diversificação das ações).

Em 1987, o estado de São Paulo inaugurou em sua capital o Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira, funcionando como serviço-dia, onde os pacientes participavam de atividades terapêuticas diversificadas, coordenadas por um equipe multiprofissional e retornavam para suas casas à noite (TENÓRIO, 2002, p. 37-40; YASSUI, 2006, p. 37).

No ano de 1989, o primeiro ano de gestão do PT em Santos-SP (Prefeita Telma de Souza, tendo como Secretário de Saúde o sanitarista Davi Capistrano), a prefeitura municipal realizou uma intervenção na Casa de Saúde Anchieta (clínica particular conveniada ao SUS), e iniciou a desmontagem da clínica, incluindo seus pacientes no Programa de Saúde Mental, programa este organizado em torno dos Núcleos de Atenção Psicossocial. Ao fazer uma revisão histórica e conceitual da Reforma, Tenório circunscreve o serviço:

⁴⁶ As Oficinas Integradas foram uma experiência de trabalho em saúde mental através da constituição de um espaço de convivência e cultura, organizando rodas de samba, desfiles carnavalescos, oficinas musicais e teatrais, dentre outras atividades. Sua formação remonta a um trabalho iniciado dentro da enfermagem feminina do HPJ, e parte de sua equipe foi designada para a construção deste espaço em uma área do hospital que passou a ter um acesso independente para a rua. As Oficinas Integradas se transformaram em Centro de Convivências e, desde 2014, funciona administrativamente em uma sala de um prédio administrativo da Prefeitura de Niterói e suas atividades são desenvolvidas em pontos diversos da cidade.

⁴⁷ No próximo capítulo, discuto a função assumida pelo Hospital de formador de trabalhadores da atenção psicossocial, o que também contribuiu para a constituição dos serviços da rede de Niterói, e até mesmo de outras cidades.

Os Naps são estruturas abertas, regionalizadas, com responsabilidade por toda a demanda da região, independentemente de sua gravidade, oferecendo cuidados 24 horas, todos os dias, inclusive acolhimento de tipo internação, cada unidade dispondo de seis leitos, aproximadamente. O serviço deve oferecer o maior número possível de recursos diferentes e alternativas de cuidado: o mesmo espaço prestando-se a funcionar como hospital-dia, hospital-noite, aceitando frequências variadas ou mesmo irregulares ao tratamento e oferecendo desde consultas médicas e psicológicas às mais variadas atividades grupais, além de atender em regime de visita domiciliar aos pacientes com os quais por algum motivo este seja o único contato possível (TENÓRIO, 2002, p. 38).

A partir de 1989, no Hospital de Jurujuba, o NAPS de Jurujuba foi organizado para oferecer assistência diária em perspectiva psicossocial. Pela primeira vez a expressão *psicossocial* designou um lugar de tratamento em Niterói, ainda que surpreendentemente funcionasse dentro do próprio hospital psiquiátrico. O NAPS funcionou em Jurujuba de 1989 até 1996, quando se mudou para o centro da cidade, transformando-se no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Herbert de Souza. No mesmo período também foi inaugurado, em outra região da cidade, o CAPS Casa do Largo.

Em setembro de 1993, a então psiquiatra do NAPS, Maria Tavares Cavalcanti e a Terapeuta Ocupacional do NAPS Marcia de Giovanni P. R. D’Almeida, apresentaram o trabalho “Projeto Portaria: avaliação preliminar de uma oficina de trabalho no NAPS de Jurujuba”. Nele, contam a história de uma oficina de trabalho que funcionou no HPJ através do NAPS. Gerido pelos pacientes, que assumiram a responsabilidade sobre o acesso das pessoas à instituição, esse trabalho aconteceu após a prefeitura contingenciar a verba destinada à empresa que realizava o serviço. As autoras escreveram impactadas pelo sucesso da experiência, assim considerado devido à alta permanência dos participantes no projeto e pelo bom resultado para o hospital.

Portanto, o NAPS foi a primeira experiência nomeada como atenção psicossocial em Niterói e foi também o primeiro serviço constituído em Jurujuba a assumir, fora do hospital, a expressão Atenção Psicossocial na rede de saúde mental.

3.3.2 Reformulando a emergência psiquiátrica: da Porta de Entrada ao Serviço de Recepção e Intercorrências (SRI)

Os depoimentos de Eduardo Rocha (2017), Maritelmá Vieira dos Santos (2017) e José Jacinto dos Santos (2017) confluem em um ponto: eles atribuem certa centralidade à organização da Porta de Entrada no HPJ como lugar de recepção das demandas de internação

em Niterói a partir de 1995 e, como desenvolvimento desse trabalho a posterior criação, em 1997, do Serviço de Recepção e Intercorrências como emergência psiquiátrica da cidade.

Como vimos anteriormente, não havia emergência psiquiátrica organizada na cidade até a experiência implantada pelo Projeto Niterói, no CPN, no início dos anos 1980. Antes disso, os pacientes eram atendidos na emergência geral e medicados, ou eram internados – em sua maioria – nas clínicas conveniadas. Após o ingresso dos pacientes nas clínicas, um médico psiquiatra autorizava as internações emitindo as AIHs. (ROCHA, 2017, p. 11).

A implantação da emergência psiquiátrica no CPN – contígua à emergência geral – foi considerada por esses três entrevistados, como vimos, a principal realização do Projeto Niterói no campo da saúde mental. Além disso, suas entrevistas indicam que a redução do alto índice de internações teria gerado insatisfação das clínicas conveniadas, que teriam passado então a boicotar o Projeto. Segundo Vieira dos Santos, chegou-se ao ponto em que o proprietário das clínicas contratadas compareceu à emergência do CPN para cobrar da equipe “porque não ia mais paciente internar na casa dele” (VIEIRA DOS SANTOS, 2017, p. 8). O revide não demorou a chegar:

Ela [emergência psiquiátrica do CPN] sofreu um boicote das clínicas de Niterói que, na época, começaram a boicotar não oferecendo vaga. Não davam alta, não ofereciam vaga, então a emergência não tinha como lidar com as crises, com a indicação de internação. Parou de internar. Jurujuba na época era um hospital praticamente fechado. (...) os plantonistas diziam “não... não dá pra mandar hoje, porque não tem vaga, não tem isso, não tem equipe de plantão, não sei o que...faltou água”. Era uma dificuldade, era um hospital fechado pra rede pública. Ou seja, pra própria emergência. Então, a emergência do CPN começou a bater pino, e fez uma crise, porque os psiquiatras que trabalhavam lá começaram a desistir, então houve um retrocesso no funcionamento da emergência do CPN, e aí o retrocesso significou o que? Novamente a autonomia das clínicas privadas, delas administrarem seus próprios leitos (ROCHA, 2017, p. 10-11).

Segundo Eduardo Rocha (2017), a primeira crise da emergência do CPN aconteceu a partir de 1986, após expressivo impacto da sua atuação nas clínicas conveniadas nos anos anteriores. Nos dez anos seguintes, apesar do avanço do Projeto Niterói, do advento do SUS e da ampliação dos trabalhos dos ambulatórios, a emergência do CPN não conseguiu retomar a efetividade dos primeiros anos:

a gente ainda chegou numa época, através do Paulo Fagundes que foi diretor lá (CPN), o Hugo Fagundes em Jurujuba, e depois eu, em tentar fazer uma associação pra renová-la, colocar mais gente, transferir enfermagem pra lá...

Só que aconteceu o seguinte: a gente teve no início dos anos 1990 a epidemia de AIDS e a epidemia de dengue, que começaram a ocupar demais os leitos da emergência do CPN, com esse tipo de clínica, e aí cara... o que era da psiquiatria dançou. E aí já não tinha psiquiatra todo dia no plantão, já não tinha equipe de enfermagem.... Todos os leitos que precisavam ser usados, era a época da AIDS que não tinha ainda antiretroviral pra você poder controlar, então eram pacientes graves que ficavam, entravam e morriam. Não tinha nem enfermagem de SIDA ainda lá, não tinha nada disso, então era brabo... E aí esse período foi um período negro (ROCHA, 2017, p. 12).

Apesar de todo avanço, o projeto de uma rede de saúde mental que ofertasse, de fato, tratamento digno e promovesse cidadania a seus pacientes ficou comprometido pois, apesar de todos os esforços, sem o controle da regulação das internações pelo SUS, Niterói chegou a ter, em fins de 1994, 500 leitos psiquiátricos ocupados (ROCHA, 2017, p. 8).

Frente a esse impasse, e à grande demanda por leitos clínicos no CPN, o Hospital de Jurujuba iniciou um trabalho de recepção mais apurado, solicitando à equipe do CPN que para lá enviasse os casos psiquiátricos para avaliação. Outros profissionais, de outras especialidades⁴⁸ que trabalhavam no hospital, passaram a fazer essa recepção juntos aos psiquiatras de plantão. Esse novo formato trouxe novo ímpeto ao modelo, segundo Vieira dos Santos:

É muito interessante porque ali a gente começa um trabalho já de evitar a internação propondo uma outra coisa. No ambulatório de Jurujuba eu tive muitos encaminhamentos ali da porta de recepção que era pra internação, e ali mesmo a gente começava um trabalho já que acabava evitando a internação (VIEIRA DOS SANTOS, 2017, p. 8).

A partir dos primeiros resultados deste trabalho de recepção das demandas de internação no HPJ⁴⁹, a equipe que nele atuava propôs criar um serviço específico de recepção. Nas palavras de Vieira dos Santos, uma “porta de entrada distinta, diferenciada” (2017, p. 8). José Jacinto dos Santos foi então convidado por Rocha, em 1995, a assumir a coordenação da Porta de Entrada, primeiro nome dado à emergência psiquiátrica a funcionar no HPJ e que em seu primeiro momento foi considerada uma experiência de trabalho: caso gerasse resultados positivos, substituiria a emergência do CPN. Curiosamente, J. J. Santos trabalhava na Casa de Saúde Alfredo Neves e na Casa de Saúde Niterói, e demorou a aceitar o convite de Rocha, pois:

⁴⁸ Dentre estes, conforme citado por Vieira dos Santos em seu depoimento: Raquel Soares (Terapeuta Ocupacional), Dalva Oliveira (Psicóloga), Naiara Castellar Costa (Psicóloga), Maritelmá Vieira dos Santos (Enfermeira e Coordenadora do Ambulatório de Jurujuba), Eduardo de Carvalho Rocha (Psiquiatra e Diretor do HPJ), José Jacinto dos Santos (Psiquiatra).

⁴⁹ Rocha nomeia essa primeira experiência como “ensaios de como constituir uma porta de entrada” (2017, p. 12).

Quando o Eduardo me chamou, balançou. Mas eu levei muito tempo para atender esse pedido dele, porque eu trabalhava nos dois hospitais psiquiátricos particulares de Niterói. E eu sabia que se eu fosse montar uma emergência no serviço público, eu ia detonar o serviço, ia detonar com as duas casas de saúde (J.J. SANTOS, 2017, p. 6).

Mas em que sentido seria uma experiência? Quando José Jacinto dos Santos aceitou o convite de Eduardo Rocha, o HPJ recebia cerca de 30% da demanda de internação da cidade. Os demais 70% eram encaminhados pela emergência do CPN para as clínicas conveniadas. A equipe da Porta de Entrada assumiu, primeiramente, a responsabilidade sobre esses 30%, e realizou um estudo sobre essa demanda, com o intuito de verificar se eram casos que realmente necessitavam de internação, se outro manejo era possível e mais indicado. Segundo José Jacinto dos Santos:

Então, a gente foi vendo que, em primeiro lugar, o alcoolismo era o carro-chefe. Intoxicações, abstinências, brigas por causa da intoxicação, qualquer coisa era razão para internação. Então, a gente acolhia essas pessoas que eram demandas para internação, e a gente dava um tempo de 72 horas na porta de entrada para ver se de fato seria necessária uma internação psiquiátrica ou não. Então, (...) 80% não era demanda de internação. 80% dava, mesmo na psicose ou numa crise histérica, dava para gente acolher, acalmar, medicar e encaminhar para um tratamento ambulatorial. Então, depois de uns três ou quatro meses da porta de entrada montada, fechou-se a emergência psiquiátrica do Hospital Geral (J.J. SANTOS, 2017, p. 6).

Dessa forma, essa foi uma experiência com a demanda de se conhecer melhor a demanda de internação e avaliar possibilidades de intervenções alternativas à internação. Mas, para tal, anteriormente foi necessário a experiência de constituição de uma equipe – primeiramente médica e de enfermagem, composta por médicos do próprio HPJ e outros advindos do CPN – que tivesse interesse e disponibilidade para esse novo modo de receber a demanda de internação. Foi por essa gestão inicial dos recursos humanos que Santos iniciou o trabalho da Porta de Entrada:

Então, essas entrevistas com médicos que lotavam os plantões do Jurujuba, foram muito interessantes. Muito antes de eu implantar o serviço, eu fiz entrevistas com esses médicos. Depois fui vendo com a enfermagem quem se habilitava a estar nesse lugar, na emergência. Os enfermeiros tinham medo de pacientes de emergência, achavam que iam quebrar, que iam fazer e acontecer, queriam grades no posto de enfermagem, queriam que eu colocasse grade nas lâmpadas do teto (...). Enfim, era um terror. Assim, eu tive que trabalhar isso tudo muito antes da implantação do serviço, Quando o serviço foi implantado,

eu já estava com uma equipe mais ou menos trabalhada para começar o serviço (J. J. SANTOS, 2017, p. 10).

Não à toa, ao escrever sobre a experiência de implantação da Porta de Entrada no HPJ, em 1996, José Jacinto dos Santos confere a seu artigo o título “Equipe multidisciplinar na emergência psiquiátrica”. Além do medo vivido pela enfermagem, revela no texto que também precisou trabalhar com as resistências médicas. Tais resistências se davam, primeiramente, em torno das mudanças no modo de funcionamento da emergência em relação à experiência até então recente no CPN⁵⁰, mas também resistência à entrada de outros profissionais não-médicos na equipe. Segundo J. J. Santos, em um primeiro momento, o fato do coordenador ser médico psiquiatra teria contribuído para a adesão da equipe médica à proposta da Porta de Entrada, “numa certa recuperação do orgulho e do prestígio médico”, até então imaginariamente perdido para a psicologia, desde que aquela passara a tomar lugar no hospital, muitas vezes em funções de coordenação e gestão⁵¹.

Tornou-se, contudo, essencial a entrada de profissionais de outras formações e a constituição de uma equipe multiprofissional na Porta de Entrada⁵². Isso se deu, conforme Santos, pela importância de se introduzir “novos discursos” (2017, p. 7). Em seu artigo de 1996 é possível verificarmos como encaminhou a questão com a equipe:

Não é verdade dizer que o psiquiatra se ocupa apenas do sintoma, com o medicar ou com o usar ou não o leito da emergência. Ele se ocupa com tudo isto sim. Mas temos visto colegas que levam 20, 40 minutos trabalhando com uma família, com advogados, com policiais, com candidatos a vereadores, com os próprios pacientes, cujas demandas são apenas a ocupação do leito. Temos que reconhecer este trabalho, sob o risco de cometermos uma injustiça. Já estamos trabalhando contra o hospitalismo, antes mesmo da entrada de outros profissionais. Porém, necessitamos sim de outros profissionais para somarmos esforços (J. J. SANTOS, 1996, p. 5).

⁵⁰ Conforme o depoimento de J. J. Santos, especialmente com os médicos transferidos da emergência do CPN – logo após seu fechamento – para a Porta de Entrada no HPJ.

⁵¹ Em seu depoimento, J. J. Santos afirma que “Os médicos tinham uma rivalidade com a psicologia. (...) Era aquela coisa: “ah, é psicólogo quem está mandando”, porque tinham algumas coordenações de enfermagem que eram da psicologia, e eles tinham um ressentimento com isso. Então, com a porta de entrada, como a equipe era, em sua maioria de médicos, eles chegaram a me dizer: ‘a gente recuperou o orgulho médico com esse serviço e tal’. Também eu sofria pressão do outro lado, porque havia um interesse de se colocar outros discursos na emergência e isso teve que levar algum tempo até a entrada de assistentes sociais e de psicólogos na equipe, com muita resistência dos médicos” (J. J. SANTOS, 2017, p. 7).

⁵² Sebastião Medeiros (2017), Percília Ana (2017) e Denílson Santos (2017) em seus depoimentos também apontam para a entrada de outros profissionais para além da enfermagem e da medicina, como um aspecto importante das mudanças ocorridas nos anos 1990 e 2000, nomeiam mais especificamente a psicologia.

Em novembro de 1995, a emergência do CPN (composta por psiquiatras e equipe de enfermagem, e que transferia cerca de 70% das indicações de internação para as clínicas contratadas) foi fechada, sendo aprovada no Conselho Municipal de Saúde a transferência da emergência psiquiátrica da cidade para o serviço Porta de Entrada, no HPJ (serviço multiprofissional, desdobramento do trabalho da Porta de Entrada e que se consolidou, como veremos adiante, como lugar central de análise das demandas assistenciais da cidade para ampliação da rede de saúde mental).

Composta por uma equipe multiprofissional, a Porta de Entrada funcionou entre outubro de 1995 e setembro de 1997, e contou com quatorze médicos psiquiatras e dezoito técnicos de enfermagem plantonistas; além destes, também integravam a equipe em trabalho diário: o coordenador, dois médicos psiquiatras, uma assistente social, duas psicólogas, dois enfermeiros, dois médicos clínicos e um médico neurologista. Após dois anos de funcionamento, podemos caracterizar a Porta de Entrada como um serviço que acabou por operacionalizar a transição entre a emergência do CPN e o Serviço de Recepção e Intercorrências do HPJ.

Em resumo, a experiência da Porta de Entrada significou rápida e expressiva redução na quantidade de internações nas clínicas contratadas, ao passo em que conseguiu ser decisiva na reorientação do Hospital de Jurujuba como hospital dedicado à assistência de casos agudos. A composição multiprofissional de sua equipe permitiu uma ampliação das intervenções na recepção (como escuta e acolhimento aos familiares, interlocução com outros setores do serviço público) e a aposta na curta permanência em seus leitos de observação implicou em redução das internações, especialmente dos casos de alcoolismos.

Ao comparar dois períodos delimitados entre janeiro e agosto de 1995, e setembro de 1995 e setembro de 1996, Rocha et al. (1997, p. 144) constataram que o patamar de internações na cidade de Niterói havia caído de cerca de 700 para 500 AIH's por mês. Nas clínicas conveniadas, essa redução havia sido de 620 para 341 por mês, enquanto no HPJ, no mesmo período comparado, houve um aumento de 95 para 174 AIH's por mês. (Rocha et al., 1997, p. 144-150). Segundo Cavalcanti:

Ficou comprovado, portanto, que a Porta de Entrada cumprira o seu objetivo de reduzir o número de internações psiquiátricas do município e, mais do que isso, priorizar as internações no HPJ. Hoje, fins de 1997, a Casa de Saúde Niterói não oferece mais vagas para a rede e ameaça fechar as suas portas (CAVALCANTI, 1997, p. 50).

Em 1996, um grupo de pesquisadores vinculados ao Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB/UFRJ) realizou uma pesquisa de avaliação da qualidade da assistência prestada pela Porta de Entrada do HPJ. Coordenada pela atual diretora do Instituto (2012-2018), professora Maria Tavares Cavalcanti, a pesquisa se desdobrou em um capítulo de sua tese de doutorado sobre avaliação de serviços de saúde mental, defendida em 1997. Segundo a autora:

Entre abril de 1996 e junho de 1997, 69.7% dos atendimentos feitos pela equipe de plantão resultaram em encaminhamentos para tratamento ambulatorial, sendo a internação indicada em apenas 30.3% dos casos. Das indicações feitas para a internação, 73.5% se deram no serviço público e apenas 26.5% nas clínicas contratadas. Além disso, 57.3% das altas ocorridas no HPJ desde a abertura do setor Porta de Entrada não necessitaram de encaminhamento para as enfermarias de admissão, apontando o alto grau de resolutividade do serviço Porta de Entrada (CAVALCANTI, 1997, p. 50).

Ou seja, em um curto período, a transferência da emergência do CPN para o HPJ significou muito mais do que a simples transferência do serviço de um hospital geral para um hospital psiquiátrico.

Em *“Reorientação da assistência psiquiátrica em Niterói: princípios de sua ação e alguns resultados sobre as internações”*, Rocha, J. J. Santos e Vieira dos Santos, junto a Maria Cecília Carvalho, tratam a transferência da emergência do hospital geral para o hospital psiquiátrico como um “aparente retrocesso” (ROCHA et al., 1997, p. 143). Nesse período, a Luta Antimanicomial avançava em suas experiências⁵³ e reivindicações, radicalizando seu ideal e aproximando a noção de manicômio à internação em hospital especializado, na medida em que seu primeiro objetivo passou a ser a substituição dos leitos de hospitais psiquiátricos por serviços substitutivos.⁵⁴ No campo político, buscava-se construir uma outra normativa que fundamentasse a reforma nacionalmente no combate à lucrativa lógica de contratação de leitos

⁵³ Em *O Campo da Atenção Psicossocial. Anais do I Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro*, coletânea organizada por Ana Teresa Venancio, Erotildes Maria Leal e Pedro Gabriel Delgado e publicado em 1997, é possível verificar que neste congresso foram apresentadas experiências diversas e precursoras da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como a experiência do NAPS de Santos, do CAPS Rubens Corrêa no Rio de Janeiro, do Hospital-Dia do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira de Campinas, do Consórcio Intermunicipal de Penápolis e região, dentre outros.

⁵⁴ Esta aproximação entre a noção de manicômio e a internação em hospitais psiquiátricos de um modo geral está presente, por exemplo, no projeto de Lei apresentado pelo deputado Paulo Delgado (PT\MG) em 1989 na Câmara dos Deputados. Em seu Artº 1: ”Fica proibida, em todo território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico. Ao citar os “recursos não manicomiais de atendimento”, o Projeto de Lei relaciona: “unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital dia, hospital noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros” (BRASIL. Câmara dos Deputados, 1989, PL Nº 3.657-A).

em clínicas privadas, redirecionando os investimentos públicos para equipamentos públicos de atenção comunitária.⁵⁵

A proposta de transferir a emergência psiquiátrica para o HPJ caminhou, em parte e por seus efeitos, na direção proposta pelo movimento: combateu rapidamente as internações nas clínicas contratadas, reduziu progressivamente o quantitativo total de internações na cidade, redirecionou a maioria da demanda para a atenção ambulatorial (que também reformulava seu modelo assistencial implementando grupos de recepção e equipes multiprofissionais). No entanto, ela alcançou estes objetivos, consolidou esta atuação pelos anos seguintes e ampliou sua contribuição na formação da rede comunitária situando sua prática no interior do hospital psiquiátrico (ainda que público). Além de se situar no hospital psiquiátrico, pela importância que o trabalho da emergência teve no combate às clínicas conveniadas e na formação da rede, seu funcionamento contribuiu também para a parcial revitalização física e na reorientação da função do hospital na rede de assistência.

Se, em fins dos anos 1980, o trabalho em Jurujuba se caracterizava pelas altas e transferências de casos crônicos, e sua definição como hospital de agudos se dava através de enfermarias de retaguarda à emergência do hospital geral, a partir de 1995, a centralização da emergência psiquiátrica em sua estrutura acabou lhe conferindo maior importância, e até mesmo uma centralidade na formação e na consolidação da rede de saúde mental de Niterói. Dessa maneira, podemos considerar que a partir do sistema de Porta de Entrada, Niterói entrava, nesse aspecto, em contradição com os caminhos estabelecidos pelo movimento da luta antimanicomial brasileira. Segundo Eduardo Rocha, essa contradição era, no entanto, o ato de gestão de maior impacto no percurso da Reforma Psiquiátrica de Niterói:

Em 1995, a emergência foi pra lá [HPJ]. O que pra mim, do ponto de vista de impacto na política de saúde, foi fundamental. Porque, se o investimento é um e se você precisa usar aquele investimento para poder implementar políticas de atenção comunitária, não só atenção hospitalar, a gente tinha que controlar as internações hospitalares, entendeu? Tinha que fazer isso. E a gente só faria isso se a gente passasse a ser quem decidia quem vai internar e aonde. Para poder diminuir leito das clínicas privadas, para poder controlar as internações. Então, para mim, o maior impacto, em termos de política de saúde, não foi

⁵⁵ Em resumo, era esse ao ambiente da luta política antimanicomial na direção de um novo marco legislativo para o país, pautado pelo projeto de lei apresentado em 1989 pelo deputado Paulo Delgado. Segundo Tenório: “Em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT-MG) apresentou o projeto de lei nº 3.657/89, que viria a ser conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica. O projeto era simples, com apenas três artigos de conteúdo: o primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de recursos não-manicomial de atendimento; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria, então, emitir parecer sobre a legalidade da internação (VASCONCELOS, 1992).

equipe de saúde mental em unidade básica, não foi (muito menos) as equipes que hoje existem de saúde da família, não foi isso. Estas, inclusive, foram anteriores (ROCHA, 2017, p. 12-13).

Em sua avaliação, Rocha é claro a respeito da importância de terem reorganizado a emergência no hospital psiquiátrico. Para o entrevistado, essa foi a condição *sine qua non* para consolidar a redução das internações e o redirecionamento da assistência para a rede:

Então, esse impacto [redução das internações] a gente já tinha tido antes [início dos anos 1980 com o bom funcionamento da emergência no CPN], mas a gente só conseguiu voltar novamente a ter o impacto e garantir o impacto (a questão era garantir) porque foi Jurujuba que fez isso. Porque se a gente continuasse com a emergência em um lugar e o hospital [enfermarias de agudos] longe... porque a partir do momento que a gente instalou a emergência lá, o paciente tinha que ficar ali, a briga era ali, interna-se ali. Não dava para ficar ‘ah, não tem leito, não tem vaga, ou não pode’, não, ‘eu estou dentro do mesmo hospital, eu vou internar’. E aí, eu acho que esse foi o grande impacto que permitiu a gente botar a mão e controlar as internações, reduzir o número de leitos e, claro, a partir disso, começar a reforçar e a implementar os CAPS, os ambulatorios alguns já existiam, outros foram implementados a partir de então e as coisas foram assim (ROCHA, 2017, p. 13).

Torna-se imprescindível destacar um aspecto decisivo dessa mudança do modo e do lugar de recepção. Os psicóticos em crise, aqueles que estavam vivendo seus primeiros momentos de sofrimento e apreensão com a loucura, os deprimidos que haviam tentado suicídio, os alcoolistas em estado grave, enfim, todos aqueles que procuravam a emergência psiquiátrica a fim de aplacar seus sofrimentos, além de não encontrarem como resposta imediata a internação ou a administração de medicamentos que lhes aliviassem imediatamente a angústia, passaram a receber, o redirecionamento da demanda por internação ou medicação para uma demanda de tratamento na rede de serviços composta por ambulatorios e CAPS.

Tratou-se, como insiste Vieira dos Santos em seu depoimento (2017), de receber de outra maneira o sofrimento psíquico, de ouvi-lo de modo mais ampliado, permitindo aos pacientes que pudessem se interrogar sobre seus sofrimentos. Tratou-se de operar essa mudança no modo de receber - fazendo-a por equipes multiprofissionais - tanto nos ambulatorios e CAPS, quanto no próprio hospital, desde a emergência psiquiátrica às enfermarias de casos agudos.

Nesse sentido, de acordo com as entrevistas, podemos compreender, em seu percurso histórico, a substituição do manicômio pela rede de saúde mental em Niterói. Efetivamente, esta substituição se deu principalmente a partir da experiência da Porta de Entrada, experiência

essa que se desdobrou no Serviço de Recepção e Intercorrências do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (SRI/HPJ), uma experiência bastante singular no processo da reforma.

Os entrevistados consideraram que o resultado final da experiência da Porta de Entrada foi o projeto do Serviço de Recepção e Intercorrências (SRI), como projeto de uma emergência psiquiátrica ampliada. A dimensão da recepção, marcada pelo caráter multiprofissional das ações, passou a dar nome ao serviço de emergência. O termo intercorrências designa a função de atender e ajudar a cuidar das crises vividas por pacientes de outros serviços da rede, quando necessário – o que já caracteriza um primeiro aspecto dessa ampliação. As visitas domiciliares, as buscas de pacientes em crise em seus territórios e o acompanhamento na rua foram outras das ações que passaram a compor o espectro de intervenção da emergência enquanto SRI, ampliando assim sua atuação na rede e acompanhando as experiências que avançavam nos ambulatorios e outros serviços, como veremos adiante.

Vieira dos Santos, como vimos, ainda em fins da década de 1970, já havia coordenado a emergência geral do CPN e, posteriormente, a emergência psiquiátrica e os ambulatorios do CPN e de Jurujuba, além das funções no Projeto Niterói, foi a primeira coordenadora do SRI. Em sua entrevista, considera que os dez anos em que esteve à frente do serviço, entre 1997 e 2007, foram os “principais, fundamentais, únicos” para ela, em sua trajetória profissional:

O SRI tinha essa proposta, tanto que o nome é “Serviço de Recepção e Intercorrências”. A proposta era a de um lugar que pudesse acolher qualquer demanda para psiquiatria no município de Niterói. A gente inaugura em 1997, e eu desejei coordenar esse serviço (...). Porque era um trabalho ousadíssimo, você imagina você inaugurar uma emergência se disponibilizando a atender a tudo, a acolher a tudo de psiquiátrico que a rede tenha (...). E eu vou te dizer, eu considero que esses dez anos de emergência em termos de trabalho na área de saúde mental pra mim foram, assim, principais. Foram fundamentais, únicos. Eu adorava estar... Eu deixei o trabalho de consultório inclusive, por causa disso, de tanto envolvimento, de tanta intensidade que era o trabalho. (...) E foi muito interessante, a gente até remoção no domicílio fazia. A gente discutia o pedido e organizava a equipe pra fazer isso. Então a gente inventou, eu acho que eu posso dizer isso com muita tranquilidade, a gente inventou o atendimento domiciliar, a gente inventou esse acompanhamento na rua, de ir na rua acompanhar (VIEIRA DOS SANTOS, 2017, p. 9).

Semanas após a inauguração do SRI, a direção do HPJ decidiu separar oito leitos destinados a alcoolistas em um serviço específico. Nomeado posteriormente como Serviço de Álcool e Drogas (SAD), configurou-se como uma enfermaria cuja função era, basicamente, tratar as síndromes de abstinência e intoxicações alcoólicas através de internações curtas. Possuía, portanto, um perfil bem próximo ao de uma enfermaria de “clínica médica”. O SAD

foi constituído, então, por essa separação do tratamento dos alcoolistas da emergência para um serviço específico, e por uma avaliação da equipe da Porta de Entrada de que grande parte da clientela internada na Casa de Saúde Alfredo Neves era de alcoolistas (VIEIRA DOS SANTOS, 2017, p. 9).

Essa intervenção - de projetar a organização de uma enfermaria específica para casos de uso abusivo de álcool e drogas - foi a primeira experiência de uma função que foi se desenhando pelo SRI na rede de saúde mental. Trata-se da função, nomeada por Vieira dos Santos, de “diagnosticar a rede”:

A gente pôde, inclusive, acompanhar o trabalho de toda a rede. O SRI foi um lugar que proporcionou o diagnosticar a rede. A gente sabia direitinho quando em uma unidade faltava o psiquiatra, ou faltava o psicólogo, quando tinha algum problema com a medicação, a gente sabia. E a partir de um certo diagnóstico de rede, a gente pôde ir organizando e ampliando a rede de saúde mental de Niterói. Por exemplo, não sei se você sabe, a clientela de álcool e drogas, quando nós inauguramos o SRI, nós retiramos essa clientela da rede contratada. Os alcoolistas e os usuários de drogas enchiam a Casa de Saúde Alfredo Neves, eram as internações longas. De dois, quatro anos, seis... Então a gente começou a receber para desintoxicar (VIEIRA DOS SANTOS, 2017, p. 9)

Assim, a partir do fim dos anos 1990, o SRI teria passado a propor novas ações. O "diagnóstico" da rede também teria contribuído, por exemplo, para se mapear a necessidade de abertura de um ambulatório na região oceânica da cidade (VIEIRA DOS SANTOS, 2017), o que aconteceu posteriormente em Itaipu. Mas, talvez as contribuições mais expressivas do diagnóstico efetuado acerca da situação da rede de assistência em Niterói tenham sido aquelas que incluíram no próprio trabalho do SRI o exercício de equipes de referências sobre clínicas específicas: a clínica da infância e da adolescência e a clínica do uso abusivo de álcool e drogas.

As equipes que criaram o CAPS AD e o CAPSI foram equipes que começaram como um núcleo de atendimento no SRI. Foi muito interessante, nós [SRI] fomos um campo de formação pro pessoal que criou os CAPS. Era o ERIJAD e o ERIJ, o ERIJAD era o de Álcool e Drogas e o ERIJ o de infância (VIEIRA DOS SANTOS, 2017, p. 10).

Ainda segundo Vieira dos Santos, o SRI também pôde experimentar o trabalho de visitas domiciliares que, posteriormente, foram implementados nos ambulatórios e CAPS's de Niterói como um programa específico: o Programa de Acompanhamento Domiciliar, composto por profissionais de nível médio que foram formados por profissionais da rede.

E a gente caminhou para a experiência de acompanhamento domiciliar, que era uma proposta de ampliar os ambulatórios, equipar os ambulatórios. Era uma outra ação na direção da evitação da internação. Porque se você tem ambulatório bem equipado, um ambulatório que anda, que caminha até o paciente... A proposta era essa: o acompanhante chegava até a casa dos pacientes. Isso a gente começou a fazer no SRI. Eu tinha paciente no SRI que se negava, que se recusava a ir até o hospital, a ir ao ambulatório. A gente cansou de fazer esse tipo de atendimento. Aí depois a gente teve o AD (VIEIRA DOS SANTOS, 2017, p. 11).

No próximo item, abordo a expansão da rede de saúde mental de Niterói e sua consolidação enquanto Rede de Atenção Psicossocial no contexto da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lei 10.216/2001).

3.4 COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (ANOS 2000)

Podemos considerar os anos 2000 como o terceiro período do processo de reforma psiquiátrica em Niterói onde se deu a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial, através da ampliação e diversificação da rede de CAPS e da sustentação da rede pela prática de ensino e formação permanente.

Fernando Ribeiro Tenório assumiu a Coordenação de Saúde Mental de Niterói em 2002. Naquele período, o contexto nacional era de celebração pela aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216 de 2001), que dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A partir da nova normativa reformista, os recursos extra-hospitalares assumiram o protagonismo da rede assistencial, no espírito dos artigos 2º (item IX), que estabelece como direito da pessoa portadora de transtorno mental “ser tratada preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental”; e 4º, que estabelece que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, Lei 10.216, 2001). Além da consolidação dos desafios da reforma psiquiátrica com a aprovação da Lei 10.216, uma especificidade política contribuiu para a chegada de Tenório na Coordenação de Saúde Mental de Niterói.

Como vimos anteriormente, em 1989 Jorge Roberto Silveira foi eleito prefeito de Niterói pelo Partido Democrático Trabalhista (PDT), convidando Gilson Cantarino O’Dwyer para a Secretaria de Saúde que, por sua vez nomeou Eduardo Rocha para a Coordenação de Saúde Mental e, posteriormente, para a Direção do HPJ. Rocha exerceu as duas funções de

1992 a 2002 enquanto, nesses dez anos, a cidade foi governada pelo PDT. Silveira governou entre 1989 e 1992, sendo sucedido por seu Secretário de Urbanismo e Meio Ambiente, João Sampaio (PDT), que governou de 1993 a 1996, ano em que Silveira foi eleito novamente, sendo reeleito em 2000 (Rocha, 2017)⁵⁶.

Em 2002, Silveira renunciou ao mandato para concorrer, pelo PDT, ao Governo do Estado do Rio de Janeiro, e Godofredo Pinto, vice-prefeito eleito pelo Partido dos Trabalhadores (PT), assumiu a Prefeitura. Naquele momento, meses antes da campanha vitoriosa do PT à Presidência da República - pouco depois da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica e com o psiquiatra Pedro Gabriel Delgado, militante do PT e da Luta Antimanicomial, na Coordenação Nacional de Saúde Mental (2001-2010) - havia um novo contexto local que poderia impactar na saúde mental de Niterói.

Ao ser entrevistado, Tenório (2017) fala especificamente sobre as dúvidas que pairavam sobre a estrutura da assistência em Niterói. Pensava-se que possivelmente o novo governo municipal indicaria um dos seus quadros para a Coordenação de Saúde Mental, o que poderia significar uma mudança nos rumos da construção da Rede de Saúde Mental, tendo em vista que expressiva parte do PT tinha posições discordantes da centralidade exercida pelo hospital psiquiátrico na Rede. Na avaliação de Tenório:

Naquele momento que já era um momento em que a reforma psiquiátrica era uma bandeira do PT, o Pedro Gabriel era coordenador nacional de saúde mental, havia uma demanda por uma implantação mais acelerada de serviços extra-hospitalares, eu acho que havia ali uma circunstância que, bom, era quase obrigatório que o secretário constituísse uma coordenação de saúde mental e não era automático que fosse ser o Eduardo. Podia vir alguém do PT, por exemplo, mais antimanicomial, mais assim no sentido mais anti-psiquiátrico, mais militante, mais ideológico, que comprasse essa bandeira assim de uma oposição à centralidade do Hospital da Jurujuba na assistência (TENÓRIO, 2017, p. 5).

Foi neste contexto político – e frente à necessidade de impulsionar o trabalho de ampliação da rede – que Rocha indicou ao Secretário de Saúde⁵⁷ o nome de Fernando Ribeiro Tenório, com quem possuía laços de trabalho e estudo na Associação Psicanalítica Tempo Freudiano. Em 2002, Tenório já havia publicado o livro “A Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica”, e era publicamente reconhecido como militante do Partido dos Trabalhadores.

⁵⁶ Os períodos das gestões municipais citadas foram verificados através de consulta à página eletrônica do Tribunal Regional Eleitoral do Rio de Janeiro (tre-rj.jus.br).

⁵⁷ Nesse momento (2002) o Secretário de Saúde era o médico e atual deputado federal Chico D'Ángelo (PT) (TENÓRIO, 2017).

Possuía, portanto, boas credenciais técnicas e políticas. Sendo assim, o secretário de saúde nomeou Tenório como coordenador de saúde mental em 2002, e sua gestão se deu em um período de consolidação da normativa reformista em âmbito nacional e de investimentos no âmbito municipal. Podemos afirmar que, nesse período, Niterói consolidou a implementação da Rede de Atenção Psicossocial.

De acordo com sua entrevista, a gestão de Tenório se caracterizou por dois aspectos práticos: primeiramente, ao organizar a Coordenação de Saúde Mental no momento de formação de serviços, pôde conferir a estes uma articulação em nível de gestão, conferindo institucionalidade à rede através de uma direção programática. O segundo aspecto é o da própria ampliação e consolidação da Rede, enquanto Rede de Atenção Psicossocial, pela inauguração dos CAPS Álcool e Drogas Alameda e do CAPS Infantil Monteiro Lobato, das Residências Terapêuticas, da ampliação do Programa de Acompanhamento Domiciliar e do reordenamento do funcionamento – a partir de uma direção técnica e ética – dos CAPS Herbert de Souza e Casa do Largo e ambulatórios.

O que mudou é que, nós passamos de um cenário no qual havia um hospital forte, eficiente, bem dirigido, com uma clínica ética, mas não acompanhado de ações de cuidado extra-hospitalar que fossem fortes do ponto de vista sistemático de rede institucional. As pessoas faziam um ótimo trabalho, os profissionais que trabalhavam no Carlos Antônio, no Santa Rosa, na Engenhoca (ambulatórios), CAPS Casa do Largo, CAPS Herbert de Souza, faziam um ótimo trabalho, mas não havia uma direção programática para isso, não havia uma articulação de rede mais consistente, não havia uma gestão, não havia uma direção de programa. Havia condições institucionais muito precárias. Serviço sem coordenação, serviço sem médico, serviços com dificuldades de fornecimento de medicamento... bom, milhões de coisas (TENÓRIO, 2017, p. 11).

Durante os anos 1990 e o início dos anos 2000, a Fundação Municipal de Saúde de Niterói realizou concursos públicos para composição de seu quadro de servidores efetivos, o que permitiu a ampliação das equipes de saúde mental. Além desses, um outro conjunto de trabalhadores compunha as equipes como profissionais autônomos, assumindo suas funções através da prestação de serviços (embora na prática fosse um trabalho não eventual), o chamado “RPA” (Recibo de Profissional Autônomo). No início dos anos 2000, a Coordenação de Saúde Mental de Niterói celebrou um convênio com o Instituto Franco Basaglia (IFB)⁵⁸, para a

⁵⁸ O Instituto Franco Basaglia foi uma instituição que promoveu ações de apoio à reforma psiquiátrica no Brasil, inclusive publicações de livros sobre experiências reformistas em todo país. O Instituto celebrou com o município de Niterói um convênio de cooperação à gestão, que incluía a capacitação e qualificação técnica além da gestão de recursos humanos dos serviços da rede. Em seu depoimento, Rocha (2017) fala sobre o questionamento feito pelo Ministério Público sobre o caráter da cooperação, o que inviabilizou o prosseguimento do convênio.

cooperação na gestão de recursos humanos e formação permanente da rede (ROCHA, 2017; TENÓRIO, 2017). Essa estratégia permitiu mudar as relações de trabalho com os profissionais. Através do IFB foi possível contratar, como celetistas, as equipes que assumiram a assistência no CAPSI Monteiro Lobato, no CAPS AD Alameda, no Programa de Acompanhamento Domiciliar e nas Residências Terapêuticas, além de permitir a contratação, nos ambulatórios, de profissionais de referência para os segmentos de clientela álcool e drogas, infanto-juvenil e pacientes de desinstitucionalização. Permitiu, ainda, ações de formação, qualificação e supervisão das equipes (ROCHA, 2017; TENÓRIO, 2017). Segundo Rocha, para o convênio com o IFB, a gestão contou, uma experiência no SRI na perspectiva de construção do que ele chamou na entrevista de “uma rede de CAPS”:

Quando o IFB veio, ele já veio numa perspectiva de nos ajudar a implantar uma rede comunitária, uma rede de CAPS. Tanto que o primeiro trabalho que a gente fez com o IFB foi para poder implantar um programa de acompanhamento domiciliar. Porque a gente viu, a partir da experiência nossa na emergência, que muitos pacientes nossos voltavam para reinternação porque não tinham um suporte no território, suporte mesmo de alguém que fosse lá, visse que ele estava tomando o remédio, que levasse ele ao ambulatório.

Então, o IFB fez uma pesquisa, um levantamento sobre isso e, logo depois, fizeram uma proposta de implantação de um programa desse, onde esses acompanhantes domiciliares iriam desenvolver o trabalho nos ambulatórios e nos CAPS. Então, começa o programa de acompanhamento domiciliar, que é o primeiro convênio que a gente faz com o IFB.

A partir desse primeiro convênio, a gente foi fazendo outros, que eram convênios para nos assessorar na implantação dos CAPS, na formação de recursos humanos, na supervisão de recursos humanos, e depois inclusive na suplementação de recursos humanos. Foi quando, então, a gente conseguiu implantar o CAPSi, o CAPSad, melhorar e reforçar o CAPS Herbert de Souza, que já existia, e o CAPS Casa do Largo também (ROCHA, 2017, p. 14).

Portanto, o contexto político de gestão municipal do Partido dos Trabalhadores - quando o partido estava muito forte e havia eleito o Presidente da República, assim como governadores e expressivas bancadas parlamentares foi também o momento de institucionalização da Reforma Psiquiátrica em nível nacional, o que incluía vias privilegiadas de repasse de recursos federais do SUS para implantação de serviços locais de atenção psicossocial. No âmbito da Coordenação de Saúde Mental de Niterói, o convênio com o IFB foi, por conseguinte, decisivo para a ampliação dos serviços e programas e para o fortalecimento dos dispositivos já existentes.

A partir de então, além da ampliação dos serviços, foi possível também a articulação entre eles no sentido de um trabalho em rede. Isso porque, de acordo com o então coordenador, os ambulatórios passaram a contar, cada um, com profissionais de referência que começaram a

impulsionar a recepção e o tratamento de crianças e adolescentes e de usuários de álcool e drogas, ao passo em que os acompanhantes domiciliares – que também possuíam uma supervisão específica do programa – passaram a realizar visitas domiciliares e acompanhamento de casos graves nos territórios. Além disso, Tenório diz que os CAPS também passaram a assumir responsabilidades maiores com os territórios aos quais prestavam assistência⁵⁹ (TENÓRIO, 2017, p. 6-8). Mas em que sentido aconteceu essa coordenação? Ou seja, do que se trata essa “direção de trabalho”, como diz Tenório, que implicou em uma articulação dos serviços da rede?

Em seu depoimento, Tenório se refere ao que chama de “clínica das psicoses” ou “clínica das doenças mentais graves” como sendo a proposta do Hospital de Jurujuba e da Rede de Saúde Mental de Niterói para o campo da atenção psicossocial naquele período. Como se, na medida em que se constituíam práticas, serviços diversos e próprios à rede de atenção psicossocial, esta fosse sendo tecida pelo interesse e dedicação ao exercício de uma clínica específica, uma clínica que se instaurava no registro do discurso e do sofrimento dos psicóticos.

É possível apreender, a partir do depoimento de Tenório, que a constituição da Atenção Psicossocial em Niterói no início do século XX, sob a sua coordenação, organizou-se sem uma ruptura com a experiência do adoecimento mental, sem excluir a relação dissimétrica entre médico (terapeuta) e paciente. Ao contrário, essa sustentação da condição de adoecimento e de

⁵⁹ Tenório, em seu depoimento, relata um impasse que durou muitos meses entre a Coordenação de Saúde Mental e o CAPS Herbert de Souza. Este se opunha à Portaria 336 que instituía os CAPS no âmbito do Ministério da Saúde sob argumento de se tratar de uma “inampização” dos CAPS, referindo-se à exigência a que as equipes atendessem a um número exagerado de pacientes. Este impasse constitui um importante exemplo do que o entrevistado apresenta como “direção de trabalho” em seu depoimento, além de ser também um testemunho sobre visões diferentes sobre a reforma psiquiátrica. A Portaria estebelecia para os CAPS a obrigatoriedade da responsabilidade plena sobre as demandas de saúde mental do seu território de abrangência, além de aumentar o quantitativo de pacientes a ser acompanhado pelo CAPS. Em resumo, que os CAPS deixassem de ser serviços “pioneiros” pontuais para assumirem funções de saúde pública. A equipe se opôs a essa direção de trabalho. À época, a proposta da Coordenação era de que Niterói assistisse a população psicótica grave através de dois CAPS II, além do CAPSI e do CAPS AD. Ou seja, cada CAPS se responsabilizaria pelos psicóticos graves adultos em um universo populacional de cerca de 250 mil pessoas, além da retaguarda dos ambulatórios e do hospital para momentos mais agudos. Trata-se, portanto, de uma condição melhor do que a proposta pelo Ministério da Saúde. Segundo Tenório: “Porque até então os CAPS eram iniciativas assim pioneiras, bem sucedidas, mas quase familiares, assim, locais, ficava ao sabor um pouco do gestor local, ficava ao sabor um pouco daquela equipe ter se constituído assim. Não tinha, portanto, uma responsabilidade de saúde pública, atribuída pelo arcabouço normativo. A portaria 336 deu aos CAPS a responsabilidade territorial, atribuiu ao CAPS tarefas de âmbito público que iam muito para além de atender muito bem um grupo reduzido de pacientes, que era uma coisa muitos CAPS faziam. Então, o CAPS Herbert de Souza, por exemplo, que era um dos dois CAPS de uma cidade com 500 mil habitantes e que, portanto, era responsável por toda a região do centro e tudo mais ali no entorno, atendia 80, 90 pacientes regularmente há anos. Eu falei, ‘mas qual é a sua solução para a questão de saúde pública que é a saúde mental?’, ‘fazer dezenas de CAPS’, vamos dizer, para cada um atender 80, 100 pacientes, mas isso é impossível do ponto de vista da gestão, dos recursos, etc.” Tenório relata ter trabalhado por mais de um ano semanalmente com esta equipe e que, ao fim de um ano, diante da avaliação da Coordenação Nacional de Saúde Mental sobre o pouco acesso de novos pacientes ao CAPS, com a participação do secretário de saúde, decidiram pela substituição da coordenação do serviço e pela transferência de alguns servidores que à época estavam à frente do CAPS para outros setores da saúde pública do município, fora da saúde mental.

uma clínica específica foi o que mobilizou uma experiência específica de atenção psicossocial em rede. Nesse sentido, a rede, ao caminhar em busca do aprimoramento desta clínica – e ao passo em que nela sustentava a condição de cidadania daqueles a quem assistia – não dispensou o hospital psiquiátrico público, não destituiu por completo sua estrutura e seu lugar na Rede. Segundo Tenório:

Então, o Eduardo [Rocha] colocou o hospital nos apoiando [rede de atenção psicossocial] do ponto de vista material, mas muito mais importante do que isso, eu acho, e eu não percebia tanto na época, a transmissão de uma clínica, a formação clínica que emanou do hospital qualificou a rede. Qualificou a rede para fazer atenção psicossocial no registro de uma clínica das doenças mentais graves, no registro de uma clínica, por exemplo, da psicose, dos psicóticos. Então, a Oficina de Psicanálise [do Hospital], por exemplo, deixou de ser uma oficina de psicanálise para discutir os casos do hospital. Profissionais da rede pediam para levar casos à oficina de psicanálise e levaram seus casos. Geralmente, esses casos não eram entrevistados pelo Eduardo, mas os profissionais levavam relatos e a gente discutia. A sessão clínica, o centro de estudos lá de quinta-feira, igualmente (TENÓRIO, 2017, p. 8).

Em princípio, a relação entre Fernando Tenório e Eduardo Rocha já era marcada pelo interesse pela clínica das psicoses. Foi em sua formação psicanalítica que Tenório conheceu Rocha, no Tempo Freudiano Associação Psicanalítica, onde participavam, com outros analistas, de um trabalho regular sobre a clínica e a teoria das psicoses. Francisco Leonel Fernandes⁶⁰, psicanalista, professor do Instituto de Psicologia da UFF e membro do Tempo Freudiano⁶¹, também esteve com Tenório, Rocha e outros psicanalistas nesse período, tanto na Associação Psicanalítica quanto no ensino em Jurujuba e na Rede. Fernandes e Tenório passaram a coordenar e supervisionar estágios curriculares dos cursos de psicologia da UFF e da PUC com campo de atuação em Jurujuba e nos demais serviços da rede de saúde mental.

⁶⁰ Francisco Leonel Fernandes é formado em psicologia pela PUC-Rio. É psicanalista membro do Tempo Freudiano e docente do Instituto de Psicologia da UFF, onde atualmente coordena o Serviço de Psicologia Aplicada e supervisiona o estágio curricular em saúde mental na Rede de Saúde Mental de Niterói. Fernandes foi estagiário sob preceptoria de Raldo B. Costa Filho no Centro Comunitário da Vila Ipiranga durante a década de 1970, e lá também conheceu Eduardo Rocha e outros alunos que futuramente atuaram na Rede de Saúde Mental de Niterói e de outras cidades. Foi militante da reforma psiquiátrica no Rio de Janeiro, com atuação na Colônia Juliano Moreira. Fernandes foi um colaborador importante de Rocha durante os vinte anos em que este esteve à frente da direção do HPJ, desde o trabalho conjunto na associação psicanalítica, às funções de supervisão e ensino na rede. Tenório, em seu depoimento, também menciona algumas vezes a importância de Fernandes em seu percurso na Coordenação de Saúde Mental de Niterói. Fernandes também foi supervisor do CAPS AD Alameda por muitos anos e contribuiu na construção das ações e serviços da clínica voltada para usuários de álcool e drogas em Niterói.

⁶¹ Associação Psicanalítica de orientação lacaniana fundada em 1998, é sediada em Copacabana e possui ligações com a Associação Lacaniana Internacional, como se pode observar em suas publicações. Francisco Fernandes, Eduardo Rocha e Fernando Tenório foram membros e nela trabalharam juntos por cerca de 15 anos. Eduardo Rocha e Fernando Tenório saíram da instituição em 2015. Francisco Fernandes permanece. Ver site: tempofreudiano.com.br.

Os espaços e modos de formação também foram ampliados e diversificados ao passo do crescimento da rede. Se acompanhamos o depoimento de Tenório, podemos afirmar que os investimentos em formação, a mobilização e dedicação dos gestores e técnicos em torno do ensino e do estudo permanente constituíram um aspecto decisivo na especificação da rede de Niterói como uma rede impulsionada por um trabalho clínico com as doenças mentais graves.

Nesse sentido, o Hospital de Jurujuba, através principalmente de sua Divisão de Ensino e Pesquisa⁶², passou a organizar, desde os anos 1990, o Programa de Residência Médica em Psiquiatria. Além disso, com convênios com a UFF e a Fundação Municipal de Saúde, a oferecer Estágio Multiprofissional em Nível de Residência e Pós Graduação *Latu Sensu* em Psicanálise e Saúde Mental. A Oficina de Psicanálise foi um espaço, coordenado por Eduardo Rocha, onde as equipes técnicas dos serviços discutiam casos clínicos à luz de entrevistas com pacientes que se encontravam internados e, posteriormente, dos relatos de casos trazidos pelos profissionais da rede de atenção psicossocial. O Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Profissional organizou grupos de estudos temáticos, mini-cursos e eventos diversos. De modo que, o HPJ foi se estabelecendo como um centro de ensino público, uma espécie de “hospital-escola”, que ao longo desses anos formou centenas de psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, acompanhantes domiciliares, redutores de danos, enfim, trabalhadores em geral da atenção psicossocial que passaram a constituir as equipes assistenciais dos serviços de Niterói e de outras cidades.

O DEP, a Divisão de Ensino e Pesquisa, com os estágios, passou a ser o polo recebedor e coordenador dos estágios da rede toda. Então, com isso, através do canal que o DEP representava, que o hospital representava, e da possibilidade até de gestão, vamos dizer assim, do trabalho, supervisão, ensino etc, tudo isso que o hospital pode dar passou a beneficiar a rede. Então foi a através do hospital que a rede teve residente, estagiário. Havia pessoas que criticavam isso, entendendo que simbolicamente, e talvez na prática, tivesse efeitos deletérios a Coordenação de Saúde Mental ser baseada no hospital. Eu nunca achei isso. Não só pela conveniência material, de gestão, mas porque o hospital pôde ser um polo formador que eu não conseguiria ter e fazer na rede, sem o Eduardo, sem a colaboração com a universidade, mais especificamente, ali naquela época, a UFF, e depois, através de mim, a PUC, mas sem uma colaboração com a universidade que passava principalmente pelo hospital. Então, eu acho que o que singulariza a reforma psiquiátrica de Niterói é que foi, se você simplificar em uma bandeira – mas não seria mal que nós tivéssemos essa bandeira – foi uma reforma psiquiátrica com hospital e com ambulatório. Acho que hoje em dia essa bandeira é importante, mesmo que

⁶² A própria constituição da Divisão de Ensino e Pesquisa como lugar institucional específico do HPJ já demarca a importância que a formação passou a ter no hospital. A partir da gestão Tenório, o trabalho de articulação das práticas de ensino e formação pela Divisão de Ensino e Pesquisa se estendeu para toda a Rede.

isso nos situe de maneira um pouco mais conservadora nas reformas (TENÓRIO, 2017, p. 8-9).

Cerca de quatro anos após sua celebração, o convênio firmado entre a Fundação Municipal de Saúde e o Instituto Franco Basaglia passou a ser alvo de questionamento do Poder Judiciário (ROCHA, 2017). O convênio foi encerrado e o município não conseguiu encontrar alternativas à contratação dos trabalhadores que não o pagamento por RPA, ou seja, sem quaisquer direitos trabalhistas, nem mesmo férias ou décimo terceiro salário. Desde então, não houve também reajustes nos valores desses pagamentos, o que faz com que a cada ano as remunerações sejam menores. Hoje, os pagamentos feitos a profissionais de nível superior em alguns casos se aproximam do salário mínimo. Assim, tornou-se progressivamente alta a rotatividade de trabalhadores na rede.

Novos investimentos são raros e desde então, apenas duas novas residências terapêuticas foram abertas em Niterói nos últimos dez anos. A Unidade de Acolhimento Infantil (UAI) foi inaugurada, mas logo fechou por falta de estrutura. Esse momento de crise da Rede de Atenção Psicossocial de Niterói se abriu na virada da última década sem uma ruptura dos atores e dos agentes políticos locais ou nacionais. Em seu depoimento, Vieira dos Santos (2017) localiza sua gestão à frente da Coordenação de Saúde Mental de Niterói como uma gestão nesse período de desinvestimentos. Os partidos que se revezaram no poder municipal são os mesmos que fizeram os investimentos nas décadas de 1990 e início dos anos 2000. Jorge Roberto Silveira voltou à prefeitura pelo PDT em 2009 e governou até 2012 com apoio do PT, que naquele ano elegeu Rodrigo Neves, reeleito em 2016 pelo Partido Verde, partido ao qual o prefeito se filiou após o desgaste do PT durante o processo político que culminou no impedimento da presidente Dilma Rousseff. Em 2018, Rodrigo Neves ingressou no Partido Democrático Trabalhista (PDT).

Desde o início dos anos 2000 não houve mais concursos públicos para a Fundação Municipal de Saúde, e a Rede de Atenção Psicossocial de Niterói passou a se caracterizar, desde o fim da década passada, por um longo processo de precarização: há penúria no abastecimento de medicamentos e insumos básicos, o acesso dos pacientes ao transporte público foi restringido e dificultado.

Principalmente entre os anos de 2011 e 2015, trabalhadores, pacientes e familiares da Rede protagonizaram diversas mobilizações públicas na cidade, denunciando a precarização da rede de serviços e exigindo melhores condições de trabalho e assistência. Audiências públicas,

passeatas, debates em universidades passaram a ser cotidianos entre os serviços da Rede nesse período.⁶³ Nas reportagens "*Funcionários da rede de saúde mental de Niterói protestam por melhores condições de trabalho*" (*O Globo*, 11/03/2015⁶⁴), "*Falta de medicamentos persiste nas unidades de saúde mental de Niterói*" (*O Globo*, 25/11/2014⁶⁵), é possível verificar tanto notícias do período, tanto sobre o processo de precarização, quanto sobre os processos de mobilização.

Além de todo o processo de precarização da rede pública, a Rede, embora há muitos anos tenha impedido o ingresso de novos pacientes na Casa de Saúde Alfredo Neves (CSAN), não conseguiu se responsabilizar pelos pacientes que lá ficaram internados⁶⁶. Mortes foram verificadas no interior da CSAN, que atualmente funciona de maneira miserável e calamitosa, produzindo maus tratos e condições degradantes de sobrevivência, apesar das tentativas – que se demonstraram tímidas ou insuficientes – de entrada na instituição por parte da rede pública. Como se pode verificar na reportagem de *O Globo* em 16 de novembro de 2016⁶⁷, onze pacientes teriam morrido em 2016 na unidade. Na ocasião da reportagem a equipe encontrou pacientes amarrados em cadeiras.

Neste momento, proponho voltarmos nosso olhar para a realidade política que gerou o movimento por uma sociedade sem manicômios no Brasil: a sangria dos recursos públicos para a indústria da loucura, a contratação em larga escala, pelo poder público, de leitos psiquiátricos em hospitais privados, gerando lucro para seus proprietários e o horror do manicômio para os pacientes.

Essa realidade foi enfrentada em Niterói, como vimos, primeiramente através das ações do Projeto Niterói na década de 1980. Nos anos 1990, no âmbito municipal, encontrou na transferência da emergência psiquiátrica para o hospital psiquiátrico público a ação de enfrentamento mais efetiva, que foi superada pela consolidação da Rede de Atenção Psicossocial nos anos 2000. Minha tese é a de que foi superada na medida em que o Serviço de

⁶³ Esse processo de luta viveu momentos diversos e se configura como um processo político contemporâneo complexo cuja descrição mais detalhada e análise exigiriam mais um capítulo ou até mesmo um novo trabalho. Alguns trabalhadores da Rede que participaram dessa experiência se dedicam atualmente (2018) a pesquisa-la. É o caso, por exemplo, de Adriana Maluf, mestranda no Instituto de Psicologia da Universidade Federal Fluminense através da pesquisa "*Corpos em Trabalho: práticas corporais, formação e produção de saúde no trabalho*".

⁶⁴ Link para a matéria: <https://oglobo.globo.com/rio/bairros/funcionarios-da-rede-de-saude-mental-de-niteroi-protestam-por-melhores-condicoes-de-trabalho-15564218#ixzz5AV84UeW1>

⁶⁵ Link para a matéria: <https://oglobo.globo.com/rio/bairros/falta-de-medicamentos-persiste-nas-unidades-de-saude-mental-de-niteroi-14630187>.

⁶⁶ Em seu depoimento Tenório avalia: "Não sei o que o Eduardo [Rocha] pensa disso, eu acho que a gente perdeu a briga com as conveniadas (...), acho que é o ponto onde a gente perdeu. Mas, tudo bem, a gente não ganha todas" (TENÓRIO 2017, p. 11).

⁶⁷ Link para a matéria: <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2016/11/pacientes-amarrados-e-mortes-mp-apura-denuncias-contr-hospital-no-rj.html>.

Recepção e Intercorrências do HPJ (SRI/HPJ) suspendeu⁶⁸ as internações nas clínicas conveniadas. Portanto, a lógica da indústria da loucura, denunciada por Luiz Cerqueira nos anos 1980, foi superada pela reforma psiquiátrica em Niterói, que acompanhou o processo nacional de redução de leitos e abertura de serviços substitutivos. No caso de Niterói, essa superação foi possível pela participação do hospital psiquiátrico público como agente impulsionador e integrante da rede.

Essa análise me parece fundamental se pretendemos situar os desafios contemporâneos da reforma psiquiátrica em Niterói. O exercício político contemporâneo que a ameaça, sucateando os serviços da Rede, precarizando as relações de trabalho, retirando direitos dos pacientes - como acesso a medicamentos básicos e passe-livre no transporte público - não o fazem em benefício direto ou por jogo de interesses articulado pelos proprietários das clínicas conveniadas. O fazem no âmbito do poder municipal, seguindo a mesma lógica da política econômica nacional - intensificada nos últimos anos - de ajuste permanente nas contas públicas através de desinvestimentos na Educação, Saúde e demais áreas sociais, e pela retirada de direitos trabalhistas e sociais (CESIT/UNICAMP, 2017).

Ou seja, no mesmo município, governado pelos mesmos partidos desde 1989 (PDT e PT) que implementaram a reforma psiquiátrica, hoje a ameaçam, estrangulando suas condições mínimas de funcionamento. O que compromete a permanência da Rede de Atenção Psicossocial de Niterói são as contradições históricas - sua crise - do próprio regime político e econômico que lhe foi condição de possibilidade.

⁶⁸ Na medida em que a cidade contava com uma rede de serviços substitutivos organizada.

Considerações Finais

O percurso deste trabalho foi o de perseguir a construção da narrativa dos atores sobre o processo de mudanças que incidiu nos sentidos da loucura no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba e nos modos de lidar com ela. Após as considerações teórico-metodológicas, busquei então, nos dois capítulos seguintes, delimitar essa história, desde a idealização do hospital – ainda na década de 40 do século passado – até o momento em que ele se consolidou como elemento da Rede de Atenção Psicossocial em Niterói, nos primeiros anos da década passada. Como resultado desse percurso, decantaram-se, a um tempo como conclusão e, como abertura para novas interrogações, questões que abordo agora, nessas Considerações Finais, de maneira não conclusiva.

A primeira diz respeito à participação do hospital psiquiátrico num processo específico de reforma psiquiátrica, o de Niterói. E embora contraditória com um elemento do ideário da reforma – o fim dos hospitais psiquiátricos – essa participação é apontada, pelos atores que entrevistei, como tendo sido favorável ao erguimento de uma rede de serviços capaz de sustentar a atenção psicossocial. A segunda diz respeito a uma possível interlocução entre representações da loucura apresentadas em três depoimentos (dois pacientes e um psiquiatra).

Atenção Psicossocial entre descontinuidades e contradições

Quando me refiro a histórias da loucura em Jurujuba, o faço no intuito de sublinhar que meu interesse se dá sobre os modos como se pensou a loucura e os possíveis modos de tratá-la, sobre as maneiras como efetivamente se fez sua institucionalização, sobre as contradições, os descompassos entre o idealizado e a prática, sobre fracassos e atravessamentos de práticas não idealizadas. Trata-se de um olhar específico – dos próprios atores, principalmente - que busca tecer uma narrativa possível - e não a única e absolutamente verdadeira - sobre a história da loucura no Hospital de Jurujuba e em Niterói.

Um problema que me acompanha desde o início desta pesquisa é justamente o tempo de sua abrangência. Afinal, abordei a fundação do Hospital Psiquiátrico de Niterói em 1938, a idealização do HPJ como projeto nacional na década seguinte, e concluo a narrativa com apontamentos sobre o contexto atual. Dois motivos me permitiram apostar neste projeto, correndo o risco de acabar por constituir uma narrativa grande, porém superficial e meramente descritiva, ao empreender uma investigação sobre um período tão abrangente.

O primeiro motivo foi o amplo período de experiência no hospital vivido pela maioria dos entrevistados, que remonta aos anos 1960 e 1970. Um segundo motivo foi a riqueza de fontes primárias da imprensa escrita de grande circulação sobre a instituição nos anos 1940 e 1950, disponíveis no acervo da Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional (<http://memoria.bn.br>). Sendo assim, apostei em submeter o projeto da pesquisa ao que me diziam as fontes, e busquei construir uma narrativa que pudesse constituir uma história de modos através dos quais os atores locais da reforma compreenderam o processo de institucionalização da loucura no período anterior ao da reforma psiquiátrica contemporânea. O objetivo foi o de conhecer a realidade tal como construída pelos atores reformistas através de seus depoimentos, investigar possíveis heranças dessas práticas anteriores nas atividades pós-reforma, pesquisando, assim, as especificidades da reforma em Niterói.

Desde então busquei demarcar a escrita deste trabalho a partir das narrativas dos atores acerca dos seus projetos e práticas, das descontinuidades e das continuidades por “herança” entre experiências. Sendo assim, ao reconstituir a loucura em Jurujuba a partir dos percursos dos entrevistados, dediquei atenção às discrepâncias entre discursos e práticas, como no caso da própria fundação do hospital, e com relação aos diferentes olhares dos atores entrevistados. Vejamos o que isolo como as principais descontinuidades e contradições.

O projeto que orientou a construção do HPJ como instituição para psicóticos agudos no Estado do Rio de Janeiro se ancorou, fundamentalmente, em duas perspectivas: a primeira, ressaltada por Aduino Botelho ao anunciar a construção da instituição, quando o modelo arquitetônico e sua localização (pavilhonar, em meio à natureza e afastado da cidade) eram considerados pelos atores de época o aspecto definidor para os objetivos do bom internamento. A segunda perspectiva era a da aplicação das modernas práticas médicas, em geral intervenções orgânicas - como a malarioterapia, o choque insulínico, o choque mecânico e a psicocirurgia - como condutoras do modelo assistencial. Assim, assistência correspondia à internação.

Mas, na prática, os pavilhões e pátios se transformaram em lugares de abandono, adoecimento e morte em massa. Com exceção das práticas de neurologia durante os anos 1950, sequer podemos afirmar que ali se estabeleceu algum tipo de assistência médica às centenas de internos. Ao contrário, o projeto idealizado por Botelho, reivindicado por autoridades políticas e reiteradamente anunciado na imprensa ao longo de duas décadas, se transformou em grave problema sanitário, de modo que, em 1963, um grupo de médicos apresentou nova proposta para a assistência pública aos psicóticos, pautada em ações profiláticas que evitassem as internações. A proposta não avançou terreno em termos de realização, na medida em que o

Estado tentou resolver o problema de outra maneira a partir do regime militar: subsidiando outras centenas de internações em clínicas privadas conveniadas ao INPS (MENEZES, 2012).

Mas algo, digamos assim, “sobrou” desse projeto inicial: o que era parte do projeto médico para a modernização da instituição – e também anunciado em sua inauguração, em 1953 – foi a instalação das práticas da Cátedra de Psiquiatria da Faculdade Fluminense de Medicina. Instalação esta que permitiu a emergência de novas influências na formação psiquiátrica, com consequências substantivas para o estabelecimento de novas práticas. De fato, foi nas enfermarias que, no hospital, pertenciam à universidade que outros discursos puderam exercer influência a partir do ensino do Professor Nobre de Melo.

Segundo Rocha (2017) e Costa Filho (2017), em seus depoimentos, tal ensino versava sobre uma psicopatologia fundada na perspectiva analítico existencial, apoiada nos pressupostos filosóficos e eruditos da psiquiatria. A influência das leituras psicanalíticas sobre a instituição asilar e sobre a loucura, feitas no âmbito prático e teórico das Comunidades Terapêuticas, também estavam presentes, e forjaram um certo esteio para o exercício de novas práticas – segundo os entrevistados, especialmente através dos grupos operativos. Teria sido essa guinada – uma experiência inovadora com os pacientes e o ensino da psiquiatria - o que teria produzido o espaço necessário para repensar a instituição, a assistência e o próprio adoecimento mental.

O findar da década de 1970, marcado pela crise do regime militar, teve grande impacto sobre a assistência à Saúde (Lougou, 2006; Menezes, 2012), e, em consequência, sobre Jurujuba. A experiência da enfermaria da universidade, entendida por Costa Filho (2017) como uma Ilha em meio ao Inferno Vivo (representação do HPJ pela imprensa) foi encerrada com a chegada da década de 1980 e a mudança na direção do hospital. Alguns anos antes, a ruptura entre Nobre de Melo e Costa Filho permitiu que este coordenasse um trabalho de psiquiatria comunitária com Eduardo Rocha e outros alunos e residentes em uma comunidade da Zona Norte da cidade, experiência esta que fundamentou a participação de Eduardo Rocha no primeiro programa de psiquiatria preventiva, integrada à atenção primária em saúde, durante a gestão do prefeito Moreira Franco e do secretário de saúde Hugo Tomassini. O Projeto, entretanto, também foi interrompido no início dos anos 1980.

Na década de 1980, enquanto no HPJ uma nova equipe abria portas de enfermarias, organizava assembleias com pacientes, concedia altas para casas de familiares e transferia pacientes crônicos para as Colônias, o Projeto Niterói iniciava os passos no sentido da constituição das Ações Integradas em Saúde, semeando princípios do SUS. Nesse período em que as clínicas conveniadas ainda recebiam a maior parte da demanda de internação da cidade,

o Grupo de Trabalho em Saúde Mental do Projeto Niterói organizou uma enfermaria psiquiátrica contígua à Emergência Geral do Hospital Geral da cidade, o antigo CPN. O impacto que essa experiência teve em termos de redução da quantidade de internações fez com que fosse combatida pelas clínicas conveniadas e acabasse sendo abandonada e enfraquecida.

Além da experiência da enfermaria psiquiátrica na emergência geral, o Projeto Niterói também iniciou a reformulação da atenção ambulatorial via grupos de recepção. No HPJ, no início dos anos 1990, se organizou o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial da cidade, já no contexto de experiências práticas e da militância política pela reforma psiquiátrica no Brasil.

No entanto, e compreendendo a Atenção Psicossocial como prática de assistência e ao mesmo tempo como política de saúde mental, proponho ser necessário nos determos um pouco mais nesse ponto: a diversificação das práticas no âmbito ambulatorial, visando evitar a internação, qualificar a assistência clínica, humanizar as relações e as condições do hospital psiquiátrico e diversificar os serviços assistenciais, não foram suficientes para transformar a realidade da assistência psiquiátrica em Niterói no que diz respeito ao seu aspecto mais decisivo: o alto índice de internações na rede contratada. Em meados dos anos 1990, ainda era alto o índice de leitos psiquiátricos operando na cidade (cerca de 500, enquanto hoje funcionam menos de 150), havia projetos de expansão de leitos conveniados e era grande a facilidade de se conseguir autorização para essas internações, que se davam de maneira isolada em relação aos serviços de tratamento regulares - ambulatórios e NAPS (Vieira dos Santos, 2017; Rocha, 2017). Nesse sentido, continuava a questão de como constituir uma rede de assistência se os casos mais graves, as emergências, as situações de crise, ao procurarem assistência no hospital geral, eram rapidamente encaminhadas para as clínicas conveniadas? Como a rede pública poderia conhecer a demanda mais grave e a ela oferecer uma rede substitutiva ao manicômio?

O artigo publicado por Rocha, Dos Santos e Vieira dos Santos (1997) nos dá pistas da aposta feita. Segundo os autores, a proposta inicial da gestão de Rocha na coordenação de saúde mental, assim como a da gestão anterior, teria sido a de fortalecer a equipe de saúde mental na emergência do CPN. Entretanto, após cerca de 10 anos de fracasso desta aposta (desde meados dos anos 1980 a enfermaria psiquiátrica do CPN não conseguia mais frear o intenso fluxo de internações no CPN), o que se propôs foi uma alternativa inesperada, já que entrava em contradição com um dos preceitos caros à própria reforma psiquiátrica: a organização da emergência psiquiátrica no hospital psiquiátrico.

Foi assim que foi constituída a emergência no hospital psiquiátrico como serviço específico, e concebida com características que já marcavam a construção do SUS e da reforma psiquiátrica: a recepção por equipe multiprofissional e a regionalização dos encaminhamentos

aos serviços comunitários de tratamento regular (ambulatoriais e posteriormente CAPS). A partir de então, o SRI pôde se consolidar, na medida em que atingiu o objetivo de redução contundente e progressiva do número de internações, e passou a cumprir a função de diagnosticador da Rede, apontando para as necessidades assistenciais da cidade, e contribuindo com a formação de equipes e serviços de atenção psicossocial.

Em seu depoimento, Eduardo Rocha (2017) considera que a organização da emergência psiquiátrica no HPJ, como serviço de recepção integrado às enfermarias do hospital e aos serviços de atenção psicossocial da cidade, foi a ação de maior impacto em termos de efetivação da reforma psiquiátrica em Niterói.

Assim, seguindo os depoimentos dos atores locais, podemos considerar que a ação de maior impacto para a reforma em Niterói representou, ao mesmo tempo, o fortalecimento do lugar do hospital psiquiátrico, conferindo a este, inclusive, certa centralidade na formação e no funcionamento da rede. Essa contradição marca a especificidade da reforma em Niterói, fazendo com que se considere a necessidade de levar em conta o contexto social e político, assim como as negociações (CHARTIER, 1988) que foram necessárias para viabilizar a implementação de um projeto desse porte, capaz de enfrentar as estruturas já estabelecidas. Fernando Tenório (2017), por isso, propõe que Niterói constituiu uma reforma psiquiátrica com o hospital, uma reforma que não dispensou o hospital ao compreender sua função e importância.

A análise das entrevistas nos permite compreender que os atores que participaram desse projeto encontraram nessa articulação um modo de negociação e manejo com o estabelecido e com os propósitos da Reforma, ultrapassando o maior impasse que viviam (o alto número de operação de leitos na cidade) pelo fortalecimento do lugar do hospital psiquiátrico em favor da formação da rede substitutiva. Foi o hospital, lugar que recebe a demanda de internação e que também procede com a internação, aquele que impulsionou os serviços e práticas que passaram a substituir a internação como paradigma de tratamento psiquiátrico. Foi também do hospital que se impulsionou uma prática de ensino e formação que contribuiu para a sustentação clínica desses serviços. Através da memória desses atores é possível encontrar um lugar para o hospital na rede de atenção psicossocial, apesar de tradicionalmente se considerar que isso constituiria uma contradição aos objetivos da reforma (como proposto por diversos autores em, por exemplo, Amarante, 1994).

Nesse sentido, proponho uma inflexão sobre uma caracterização que Tenório faz em seu depoimento: talvez não seja o caso de considerarmos como mais conservadora uma posição que reconhece a função do hospital na Rede, mas ao contrário, foi a aposta nesta contradição o que

permitiu efeitos muito, digamos assim, progressistas em termos de uma reforma psiquiátrica antimanicomial⁶⁹.

A questão da função do hospital na Rede de Atenção Psicossocial em Niterói permanece como tensionadora do debate sobre a reforma psiquiátrica em geral. A possibilidade de um lugar para o hospital psiquiátrico de modo algum é tomada consensualmente, e a localização da emergência psiquiátrica e da divisão de ensino e pesquisa no HPJ costuma ser alvo de questionamento e divergência entre profissionais e gestores da Rede. Um exemplo significativo foi a recente proposta de retorno da emergência psiquiátrica para o Hospital Municipal Carlos Tortelly (antigo CPN), durante o período de gestão do HPJ pela psiquiatra Ana Paula Guljor⁷⁰, que substituiu Eduardo Rocha em 2013. Destaca-se que tal proposta é absolutamente coerente com a Portaria 3.088 de 2011 do Ministério da Saúde, que regulamenta a Rede de Atenção Psicossocial⁷¹ de acordo com a Lei 10.216 de 2001, e caminharia no sentido de eliminar essa contradição (funcionamento da emergência psiquiátrica no hospital psiquiátrico).

A partir desta pesquisa, e com apoio em referenciais teórico-metodológicos da história (CHARTIER, 1988) e da História das Ciências (Raj, 2007), proponho uma leitura a respeito dessa contradição como aspecto que especifica a Rede de Atenção Psicossocial de Niterói historicamente. Talvez possamos lançar mão de uma reflexão apoiada no percurso de construção da atenção psicossocial para produzirmos questões, discussões e proposições sobre as normativas que a regulamentam, e não simplesmente inclinarmos nossas ações para o enquadramento das práticas e serviços às normativas (estas tomadas como progressistas ou boas por serem pretensamente em favor da reforma psiquiátrica).

Em consequência, minha proposta, como efeito ético deste trabalho, é de que pesquisas sobre as histórias da atenção psicossocial podem fornecer elementos de caracterização das especificidades de sua constituição em espacialidades e temporalidades diversas, assim contribuindo com os desafios presentes nas práticas cotidianas e nas gestões das redes. Trata-se, como vimos no primeiro capítulo, de apreender a reforma psiquiátrica como processo de

⁶⁹ Neste sentido, acompanho a leitura de Tenório e com ela passei a compreender essa estratégia não apenas como resultante do embate de forças e estratégia de negociações, mas também como positiva em termos de resultados por seus efeitos.

⁷⁰ Médica Psiquiatra, militante da Reforma Psiquiátrica e do Partido dos Trabalhadores, pesquisadora e ex-coordenadora da enfermagem feminina do HPJ e do Programa de Residência Médica em Psiquiatria (Divisão de Ensino e Pesquisa - HPJ/Fundação Municipal de Saúde). Guljor foi nomeada pelo prefeito Rodrigo Neves, eleito pelo Partido dos Trabalhadores no pleito de 2012 e permaneceu como diretora do HPJ até abril de 2015.

⁷¹ Esta coerência se dá na medida em que a Portaria 3.088 de 2011 exclui de seu quadro assistencial o Hospital Psiquiátrico. Não o considera como “ponto de atenção” possível nem para o que denomina como Atenção Psicossocial Especializada (para tal são designados os CAPS), nem mesmo para o que denomina como Atenção Hospitalar (Leitos em Hospitais Gerais ou Enfermarias Especializadas em Hospitais Gerais) ou Atenção de Urgência Emergência (SAMU ou UPA's).

diversificação das práticas e saberes sobre a loucura como campo de especificidades. Diversidade, pluralidade e contradição são aspectos que enriquecem e, ao mesmo tempo, tensionam o campo da atenção psicossocial, de modo que sustentar esse tensionamento (e ter atenção aos modos possíveis de sustentá-lo) se torna uma questão ética fundamental.

Representações da loucura

Minha experiência com este trabalho, sendo uma experiência com a escrita, me colocou diante de dois momentos: um primeiro que foi o de reunir os depoimentos, separar os tempos sobre os quais eles falam, buscar referências bibliográficas sobre seus contextos, aproximá-los e, por fim, constituir uma narrativa pela interlocução entre eles. Um segundo momento, o do próprio efeito dos depoimentos em mim, os modos como me impactaram, como produziram uma leitura sobre a história do HPJ e da Rede de Atenção Psicossocial de Niterói.

Nesse segundo momento, destaco o que se passou a respeito das perguntas sobre a loucura. Formulei-as como um segundo tempo do roteiro: o primeiro tempo se debruçou sobre a trajetória de cada entrevistado, na psiquiatria e no HPJ; e o segundo tempo sobre como cada um lê as possíveis mudanças, como concebem a loucura e se estas também mudaram. Trata-se de perguntas sobre o tempo presente, sobre os efeitos do percurso de cada um no modo como representam a loucura, enfim, trata-se de representações da loucura também como efeitos de percursos na reforma psiquiátrica e na atenção psicossocial.

À pergunta “o que é loucura?”, Percília Ana responde: “Acho que é... Discurso do Diabo”. Percília nos revela que essa é a sua experiência com a loucura, uma experiência discursiva:

P: Acho que é... Discurso do Diabo.

R: Discurso do Diabo?

P: É... [silêncio] Trabalhei na [rua] Belisário Augusto, sete anos de casa.

R: Sete anos de casa na Belisário Augusto...

P: É... [risos].

R: E lá você tinha experiência com o Discurso do Diabo?

P: Não! Tive isso depois que vim pra cá.

R: E a senhora ainda tem essa experiência?

P: Do Diabo? Tenho.

R: Isso não mudou, de lá pra cá... ou mudou?

P: Não mudou não. Que eu morava em Tribobó com a minha família. Ela me deixava em casa, a minha patroa. Dona Sônia e Sr. Flávio.

R: Mas o discurso do Diabo a senhora só foi ouvir depois que veio pra cá...

P: Só depois que vim pra cá. E em Tribobó também ele tentava.

R: Ah, em Tribobó também ele tentava...

P: Tentava... Disse que ia me mandar pra cá, 1967, Tribobó... (PINTO, 2017, p. 3).

Ao revelar a loucura como o discurso do Diabo, Percilia Ana a situa como um discurso, um discurso diabólico. Há, portanto, o discurso do Diabo, que existe enquanto tal, que não é o diabo em si, mas manifesta sua autoria através de uma fala que segue discursivamente e autonomamente durante todos esses anos.

Há, portanto, a loucura existindo enquanto discurso. Este é o modo da experiência de Percilia, o modo como a representa. Mas não se trata de algo que lhe acontece de maneira íntima e particular, não se trata de um acometimento individual, no registro de um adoecimento singular. Proponho não lermos o discurso do Diabo resumido a um sintoma, mas manifestando a loucura em sua existência própria, uma existência discursiva com a qual Percilia possui uma experiência, esta sim, singular.

Denilson Santos, afirma que não há cura para a loucura, pois ela é “dividida”. Assim sendo “a loucura para mim faz parte da vida, porque até hoje, tanto aqui dentro como lá fora, eu nunca vi ninguém normal” (DENILSON SANTOS, 2017, p. 3). A afirmativa de Denilson em alguma medida se aproxima da máxima de Caetano Veloso, em *Vaca Profana*, onde “de perto, ninguém é normal”. Mas me parece haver um, digamos assim, diferencial, um detalhe importante na proposição de Denilson: não há ninguém normal na medida em que há a loucura que se manifesta dividida entre todos. Ao invés de cada um com a sua loucura, cada um com a sua parte, manifesta, da loucura da vida. Ela existe, como parte da vida, e por isso ninguém pode ser normal. E, sendo assim, como se pode pretender curar a loucura, isto é, como se pode pretender curar um atributo da vida?

Por que o doente mental não tem cura? Por quê? Porque a loucura é dividida. Como é que o médico vai curar o louco se ele também é louco? Não existe isso, né? Essa é a grande verdade (...).

Sabe por que que eu falo isso? Sabe por quê? A maioria das pessoas que se considera como normal faz mais merda do que os loucos que estão aqui dentro, se matam, mata o filho, faz aquelas coisas tudo. Então, se uma pessoa que é casada, que tem filho, que é pai de família, tem tudo na vida, de uma hora pra outra se mata e mata a família, como é que eu posso dizer que uma pessoa dessas é normal? (ibid.).

Incurável por ser dividida, assim Denilson retira a loucura do escopo de pretensões médicas e a ela atribui um estatuto de questão existencial. Substitui cura por recuperação, de

modo que uma das transformações mais importantes⁷² que testemunhou em Jurujuba foi “o pessoal sair aqui fora, conforme eu saí, através da loucura que é lá fora” (ibid., p. 4), pois se a loucura não tem cura, a saída do hospital só pode se fazer através dela.

Como um discurso autônomo ou como um atributo da vida, nas representações feitas por Percília Ana e Denilson, encontramos esse modo possível de tentar definir a loucura pela atribuição de uma existência real e positiva. Dessa forma, é nesse aspecto que gostaria de insistir, propondo uma leitura que aproxime as representações de Percília Ana, Denilson Santos e de Raldo Costa Filho a alguns aspectos de um trabalho apresentado por Eduardo Rocha e Francisco Fernandes em um seminário psicanalítico, e que tocam em questões acerca da loucura e da reforma psiquiátrica.

Raldo Costa Filho rejeita a tentativa de se definir a loucura teoricamente por aproximações das manifestações sintomáticas:

Não dá para falar da loucura partindo dos consolidados teóricos, [por] agrupamentos teóricos, do que eles podem ter em comum pelas similitudes de sinais e sintomas e síndromes. É pouco, para mim é pouco. Para mim a loucura é rigorosamente singular. Singularidades existenciais (COSTA FILHO, 2017, p. 18).

E tentativas, assim como a própria pergunta da entrevista sobre possíveis novas loucuras, constituem esforços no sentido de dar conta de uma “singularidade impenetrável, que pode dar um sentido à loucura, uma dimensão a ela, mas não pode defini-la (ibid., p.19).

Raldo Costa Filho se afastou do HPJ por 30 anos, desde sua demissão⁷³ da função de

⁷² Denilson diz que uma outra transformação, das mais importantes, foi a “maior atenção” dada aos pacientes, especialmente por parte das “psicólogas”. Diz que: “isso eu dou valor aos psicólogos, as pessoas que estão acompanhando. Porque há uns anos atrás você não tinha para onde correr, palavra do enfermeiro ou do médico. O que o médico falasse, o que o enfermeiro... “ó, aumenta a medicação dele...” - era a palavra do médico ou do enfermeiro. Hoje em dia não, comigo não aconteceu mais isso” (Denilson dos Santos, 2017, p.5). Percília também marca a chegada dos psicólogos ao hospital: “Antigamente não tinha psicóloga não. Não tinha não. Entrou psicólogo pra cá depois dos anos 2000”. Considera que essa entrada foi boa, por “tratar da gente”, mas se sente vigiada por elas (PINTO, 2017, p. 6).

⁷³ A demissão de Raldo do HPJ, onde era Professor Assistente do departamento de psiquiatria da UFF, se deu após denúncia de subversão feita pelo Professor Nobre de Melo. Raldo diz que “sempre tenta responder” os motivos que levaram a essa ruptura e dessa maneira. Embora leve em consideração o que alguns colegas da época dizem, quando atribuem esta ruptura ao seu afastamento da orientação analítico-existencial em virtude de sua escolha pela psicanálise, Raldo considera também que Nobre de Melo “não estava bem” e que o convite feito por Leme Lopes, então diretor do IPUB, para que assumisse um posto de trabalho no IPUB pode ter contribuído para a decisão de Nobre de Melo de pedir sua demissão. Embora Raldo não tenha aceitado o convite de Leme Lopes, Nobre de Melo e Leme Lopes concorreram à Cátedra de Psiquiatria da UFF, que se instalou em Jurujuba, vencida por Nobre de Melo, que perdeu para Leme Lopes o concurso para a Cátedra de Psiquiatria da UFRJ, situada no IPUB. (COSTA FILHO, 2017).

Professor Assistente, em 1976, até 2006⁷⁴ quando retornou como psiquiatra plantonista no SRI/HPJ. A partir de 1976, coordenou o trabalho de psiquiatria comunitária no Centro Comunitário da Vila Ipiranga por alguns anos e, depois se afastou da prática psiquiátrica. Ou seja, este afastamento se deu justamente durante os 25 anos iniciais da reforma psiquiátrica⁷⁵. Ao ser perguntado se considera ter encontrado uma mudança significativa em Jurujuba nesse intervalo de 30 anos, Raldo faz certa comparação sobre os dois tempos, marcando uma mudança nas representações da loucura:

Aqueles loucos que, numa visão anterior, loucos com transtornos, com uma psicopatologia, agrupados, definidos, diagnosticados, sabe? E o que mudou é que, eu não vejo só isso em mim, mas eu vejo também nas pessoas que trabalham comigo, um olhar muito mais pela surpresa que nos alcança diante da loucura. É como se isso tivesse sido incorporado à humanidade, sabe? (...) Mas eu hoje vejo muito se partindo ‘de algo que eu desconheço mesmo’, então ‘o que isso provoca em mim’? O que isso provoca em cada um? Hoje eu vejo muito mais uma acolhida, mas uma acolhida do que está para vir. Está para vir a qualquer instante, a qualquer momento, de diferentes formas, sabe? E o tanto que passou a ser muito importante para mim de como aquilo está sendo ouvido, como aquilo está sendo produzido, como é isso que a gente está diante, ou seja, a loucura, o inusitado, o estranho. De como isso está sendo ouvido, sabe, e dito. E aí, a loucura fica muito dependendo disso, sabe? Muito mais dependendo disso, né, e eu acho que isso é que faz laço com o louco - ou seja, com aquele que está com a loucura ou aquele que está na loucura - eu acho que isso faz muito mais laço do que atos de compaixão só ou puro acolhimento amoroso (COSTA FILHO, 2017, p. 19).

Raldo Costa Filho nos propõe, portanto, a leitura do surgimento de uma certa abertura ao inesperado e ao incompreensível na loucura, e do acolhimento a ela como o acolhimento do que está por vir inusitadamente, estranhamente. Ou seja, é esta própria atitude de abertura o que permite, tanto a destinação de um lugar subjetivo para a loucura em todas as suas possíveis formas estranhas e inusitadas, o que, por conseguinte, faz laço com aquele que “está na loucura”; quanto sua evanescente representação.

Evanescente representação pois a “loucura continua sendo a existência que foge ao sentido”, o que implica em uma necessária atenção. À pergunta sobre o que mudou nos modos

⁷⁴ Entre a experiência na Vila Ipiranga e o retorno ao HPJ em 2006, esteve afastado da clínica psiquiátrica strictu sensu. A demissão do HPJ em 1976 implicou em seu afastamento, pelo Regime Militar, do departamento de psiquiatria da UFF. Foi transferido então para o departamento de Saúde da Comunidade, quando se dedicou à psiquiatria comunitária na Vila Ipiranga. Após este período, dedicou-se à clínica psicanalítica (inclusive na fundação da Escola de Psicanálise de Niterói), à carreira docente no Departamento de Psicologia da UFF, sendo posteriormente convidado a assumir a diretoria-adjunta do Programa Nacional de DST/Aids, do Ministério da Saúde durante o governo FHC e o início do primeiro governo Lula (COSTA FILHO, 2017).

de tratar a loucura, sobre o que mudou na clínica, Raldo propõe pensar essa mudança sem dissociá-la de um passado anterior à reforma:

Foi muito importante acabar com o manicômio. Eu tava ali também nisso de “temos que acabar com o manicômio”. Aliás, na época de comunidades terapêuticas, a gente já fazia isso. A Nise já fazia isso, em termos de acabar e na tentativa de apresentar outras coisas. As comunidades terapêuticas tentavam apresentar uma outra coisa. Hoje se fala: “ah, mas isso era só uma humanização”. Há até uma desqualificação da humanização, né? Mas era uma esforço de acabar com isso e apresentar outras coisas, outros lugares que não fossem só o manicômio (COSTA FILHO, 2017, p. 21).

Propõe também uma crítica à reforma psiquiátrica quando esta se limita à pretensão de acabar com o manicômio e apresentar serviços substitutivos, crítica que faz justamente por um modo de compreender a loucura. E se antes Denilson não aceita submetê-la às pretensões médicas, aqui Raldo não acata com sua circunscrição às pretensões de uma reforma social dos serviços de saúde:

Se a gente pega como referência a luta anti-manicomial e a reforma psiquiátrica, que se centrou muito em acabar com a atenção manicomial. Ela produziu, ela teve uma produção que se confundiu muito com se determinar dispositivos, se determinar lugares. E isso é importante ter se determinado. Ou seja, acabar com um lugar e apresentar alguns outros lugares. Mas só que, mesmo o que a gente apresenta, a gente tem que estar atento, né, que isso não dá conta, isso não dá conta da loucura. Ela não cabe nisso aí. A loucura continua sendo a existência que foge ao sentido. Então, a gente tem que estar atento para isso (ibid.).

Ao tratarem de algumas questões relacionadas à (difícil) relação entre psiquiatria e psicanálise, Eduardo Rocha e Francisco Fernandes em “Psicanálise, psiquiatria e reforma psiquiátrica no Brasil” (2005), localizam o específico da contribuição psicanalítica como sendo “o tomar a palavra do paciente como um direito”, evocando até mesmo as experiências das comunidades terapêuticas e dos grupos operativos. Para os autores, “a realidade dos manicômios hoje em dia não seria diferente” daquela enfrentada por esse movimento. Desde então, segundo os autores, a psicanálise contribuiu pela “abertura para a experiência ordinária, do cotidiano daquelas pessoas” (ROCHA e FERNANDES, 2006, p. 52).

Nesse trabalho a ênfase é no cuidado como ato orientado por uma clínica, clínica cuja origem remete aos “psiquiatras fundadores” e a qual descrevem como “trabalho artesanal, de elaboração de um tecido linguageiro que se apoiava, sobretudo, nas palavras dos pacientes” (ibid.). Clínica esta que perdeu seu espaço no campo psiquiátrico contemporâneo, onde:

A psicopatologia cada vez mais perde qualquer valor no que toca a indicar algo inerente à subjetividade. Ela se orienta cada vez mais na direção do procedimento medicamentoso, medindo-se a seus efeitos, pouco importando os constrangimentos inerentes à estrutura da psicose (ibid., p.53).

Essa clínica supõe o reconhecimento da possibilidade de que, muitas vezes, o sujeito é habitado por uma fala que ele não reconhece como sua. Podemos tomar como referência o depoimento de Percília Ana: quem fala o discurso do Diabo? É quem nos conta esta experiência? Não. É a própria loucura quem fala, não o sujeito Percília, este que nos conta sua experiência com o discurso. Mas: “para a ideologia,⁷⁶ quem fala é o indivíduo, um ‘eu-cidadão’ autônomo, por princípio consciente de seus desígnios (...). Não há mais necessidade de reconhecer a psicose como estrutura demarcada” (ibid., p. 54-55).

A identificação da psicose, nessa perspectiva, portanto, implica no reconhecimento do que chamam por “psicose como uma estrutura demarcada”, no reconhecimento da loucura em sua existência, que manifesta sua existência na voz diabólica.

Tecendo a crítica à noção de “eu-cidadão autônomo” na medida em que, é o princípio fundamental tanto da intervenção do que chamam por “ideologia da saúde mental”, quanto da psiquiatria organicista orientada cada vez mais pelo sentido medicamentoso, os autores apontam para uma confluência que desconsidera a loucura em sua dimensão estrutural, em sua existência real. O que se produz nessa confluência, observam, é o tratamento organizado em torno da “restituição da condição de Eu, para que o sujeito retorne à esfera da negociação o mais rápido possível (ibid., p. 55). Destacam ainda que, muitas vezes, a psicanálise é chamada a contribuir nessa direção: “o que progredia era a ‘liberação’ desse sujeito-cidadão de direitos, fato para o qual a psicanálise teria contribuído ao pôr o acento sobre o sujeito e não mais sobre a doença” (ibid., p. 50).

Apesar da dura crítica ao campo da atenção psicossocial⁷⁷ e à psiquiatria contemporânea, Rocha e Fernandes propõem aos psicanalistas o frequentar a cena da saúde mental imbuídos deste compromisso com uma clínica dedicada a seguir “a trama complexa” da palavra dos pacientes. Conforme apontou Eduardo Rocha ao longo do debate no colóquio:

⁷⁶ Referem-se a uma “ideologia da saúde mental” contemporânea, balizada pela compreensão de que estamos sempre diante de um sujeito de direito, dono de seus atos, vontades, e de seu destino, não importando quais sejam. Protestam: “A psicose como tal, como a estrutura que encerra e especifica a condição daquele sujeito em particular, nunca é reconhecida. E por que o seria? O que importa é o grau em que ele pode se comprometer com algum dispositivo de ajuda, sempre organizado de forma a compensar suas dificuldades” (ROCHA e FERNANDES, 2006, p. 55).

⁷⁷ Compreendo que é ao campo da atenção psicossocial, aos modos de funcionamento dos cotidianos dos serviços de saúde mental especialmente no que diz respeito à questões das terapêuticas e da assistência às crises, a que se refere a alcunha “ideologia da saúde mental”, conforme se pode observar ao longo do artigo.

Nesse campo, os psiquiatras e os psicanalistas têm alguma coisa a dizer e alguma coisa a fazer em conjunto - mas na condição de que haja discurso, que uma certa dimensão simbólica (...) esteja posta. O que me impressiona em alguns momentos, sobretudo na formação médica, é o apagamento total dessa dimensão (...) Não se trata de sonhar com um entendimento [entre psiquiatria e psicanálise, mas] temos tido experiências em que podemos caminhar de uma maneira diferente (...) temos uma clínica diferente. Eu não compartilho a idéia de que isso é assim, de que a psiquiatria à qual temos que estar submetidos é a psiquiatria americana, a psiquiatria dos neurotransmissores ou dos transtornos. Eu acho que, ao contrário (...) é preciso que a gente possa estar advertido em relação às omissões e os problemas inclusive de desassistência que essa psiquiatria está produzindo. Então o trabalho é na direção de tentar ver o que é possível (...) numa outra direção e numa outra psiquiatria (ibid., p. 63-64).

Por fim, minha intenção não é forçar uma aproximação que faça corresponder as representações da loucura, mas destacar que dentre os diversos modos de sua possível representação em Jurujuba, verifico pelo escopo desta pesquisa, uma tendência presente, a qual nomeei como existência em si da loucura. Ela passa pelo modo como é apresentada por Denilson e Percília, como parte da vida, como voz diabólica, à radicalidade do pensamento de Raldo que a compreende como existência que escapa ao sentido, à reivindicação por Eduardo Rocha e Francisco Fernandes, da psicose em sua dimensão estrutural, divergente da concepção norteadora de Eu-cidadão autônomo presente no campo da atenção psicossocial e na psiquiatria contemporânea.

Vimos anteriormente, com Tenório, a importância dessa reivindicação, por ele descrita como clínica das psicoses, para a sustentação da Rede de Atenção Psicossocial de Niterói, tendo no HPJ um polo de elaboração. Não apenas no reconhecimento do lugar que o hospital ocupou na formação da Rede de Atenção Psicossocial, esse âmbito das representações é marcado por controvérsias e por um debate com o campo da atenção psicossocial, quando se propõe, inclusive, questões desafiadoras, como a defesa dos lugares desaparecidos do manicômio, por Denilson; a advertência de Raldo de que, a substituição do manicômio por outros lugares “não dá conta da loucura”; a reivindicação de Raldo, Eduardo e Francisco Fernandes, sobre a importância decisiva das comunidades terapêuticas para a reforma contemporânea; e por fim, o debate a respeito da necessária clínica fundada na existência da loucura, na psicose em sua estrutura, clínica dedicada à trama discursiva dos pacientes, e com destinos diferentes dos apresentados pela psiquiatria organicista e pela “ideologia da saúde mental”, que muitas vezes à reduz a apenas mais um modo diferente de ser, negando a radicalidade de sua existência.

Enfim, compreendo que neste trabalho encontrei um modo de ouvir ricos percursos e experiências com a loucura. Esse modo me permitiu fazer uma narração, dando lugar a múltiplas vozes que ocuparam lugares diversos em tempos também distintos. Dessa narrativa que nos permite o encontro com uma história, encontrei-me com o desafio ético de fazer presente, para que não esqueçamos os horrores do inferno vivo, mas também de tornar presente e reconhecer os atos, as iniciativas que fizeram desvios na rota histórica totalitária do hospício.

Nesses desvios, reconheço germes de um percurso específico da atenção psicossocial, de um caso singular da reforma psiquiátrica, que não deixou de reconhecer suas contradições. Cabe-nos a tarefa de manter vivos os tensionamentos que elas produzem.

Referências Bibliográficas

AMADO, J.; FERREIRA, M. *Usos e abusos da história oral*. 8. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

AMARANTE, P. D. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p. 41-72, 1994.

AMARANTE, P. D. Org. *Loucos Pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 1995.

AMARANTE, P. D. *O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

BACHA, E. L.; BONELLI, R. Uma interpretação das causas da desaceleração econômica do Brasil. *Revista de Economia Política*, v. 25, n. 3, p. 163-189, jul./set., 2005.

BRAGA, A. L. de C. *O Serviço Nacional de Doenças Mentais no governo JK: a assistência psiquiátrica para o Distrito Federal*. Rio de Janeiro, 2013. 187f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2013.

BRASIL, Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei N° 3.657-A*. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei n.º 10216*, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Legislação em Saúde Mental 1990-2004*, Brasília, 5. ed. amp., p. 17-19, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 3.088 de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei n.º 10.708*, de 31 de julho de 2003a, institui o auxílio reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas (Programa De Volta Para Casa). *Diário Oficial da União*.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, Ministério da Saúde, 2004a.

CAPANEMA, G. Preâmbulo. In: *Plano de Reorganização do Ministério da Educação e Saúde Pública apresentado ao Poder Legislativo pelo Presidente da República*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, p. 1-7, 1935.

CARRETEIRO, R. O. Bisturis no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. In: *Boletim do HEPq n°1 – A assistência no HEPq-Jurujuba: como vão as coisas?* Mimeo. Disponível em: Biblioteca da Divisão de Ensino e Pesquisa do HPJ, 1991.

CAVALCANTI, M. T. *A trama no tear: sobre o tratar em psiquiatria*. Tese (Doutorado em Psiquiatria e Saúde Mental). 1997. 287f. Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

CAVALCANTI, M. T.; D'almeida, M. de G. P. R. *Projeto Portaria: avaliação preliminar de uma oficina de trabalho No NAPS de Jurujuba*. Mimeo. Disponível na Biblioteca da Divisão de Ensino e Pesquisa do HPJ, 1993.

CENTRO DE ESTUDOS SINDICAIS E DE ECONOMIA DO TRABALHO (CESIT). *Dossiê Reforma Trabalhista (Em Construção)*. Instituto de Economia. São Paulo: Universidade de Campinas, 2017.

CERQUEIRA, L. *Psiquiatria Social: Problemas Brasileiros de Saúde Mental*. São Paulo. Livraria Atheneu, 1984.

CHARTIER, R. *Au bord de la falaise. L'histoire entre certitudes et inquietude*. Paris: Albin Michel, 1988.

CHARTIER, R. *A história cultural entre práticas e representações*. Lisboa: Difusão Editora, 1988.

COSTA FILHO, R. B.; et al. Esboço Comunitário em Hospital Psiquiátrico de Estrutura Esquizo-Paranóide. In: IX CONGRESSO NACIONAL DE NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA E HIGIENE MENTAL. Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental do Brasil. Disponível na Biblioteca da Divisão de Ensino e Pesquisa do HPJ, Rio de Janeiro, 1969.

COSTA FILHO, R. B. [*Opinião sobre o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba*]. Niterói, 2017. Entrevista concedida a Rafael Lazari no âmbito da pesquisa “Histórias da loucura: percursos da atenção psicossocial no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba”. [em anexo].

COUTINHO, E. O olhar no documentário. Carta depoimento para Paulo Paranaguá. In: M. O. (org.), *Eduardo Coutinho*. São Paulo: Cosac Naify, 2013a, p. 16.

COUTINHO, E. O cinema documentário e a escuta sensível da alteridade. In: M. O. (org.), *Eduardo Coutinho*. São Paulo: Cosac Naify, 2013b, p. 23.

DELGADO, P. G. *As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

DELGADO, P. G. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. In: *Conferência pronunciada na Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, no dia 19 de maio de 2011*. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: seer.psicologia.ufrj.

DIAS, A. A. T. “*Dramas de Sangue*” na Cidade: psiquiatria, loucura e assassinato no Rio de Janeiro (1901-1921). 2010. 191f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 2010.

DIAS, A. A. T. *Arquivos de ciências, Crimes e Loucuras: Heitor Carrilho e o debate criminológico do Rio de Janeiro entre as décadas de 1920 e 1940*. 2015. 523f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2015.

FABRÍCIO, A. L. C. *A Assistência Psiquiátrica no Contexto das Políticas Públicas de Saúde (1930-1945)*. 2009. 137f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009.

FACCHINETTI, C.; VENANCIO, A. T. *Da Psiquiatria e de suas Instituições: um balanço historiográfico*. (no Prelo), p. 1-42, 2015.

FERNANDES, F.; ROCHA, E. Notas sobre a relação entre psicanálise, psiquiatria e reforma psiquiátrica no Brasil. In: *A operação do significante: o nome, a imagem, o objeto*. Rio de Janeiro: Associação Psicanalítica Tempo Freudiano, p. 49-66, 2006.

FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, D. (org.) *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Ed. FGV. p. 73-94, 1999.

FREUD, S. A dinâmica da transferência, 1912. In: *O caso de Schreber e artigos sobre técnica*. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 12). Rio de Janeiro: Imago. p. 107-120, 1996.

GAGNEBIN, J. M. Verdade e memória do passado. *Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História*, São Paulo, v. 17, p. 213-221, 1998.

GOMES, A. de C. Ideologia e Trabalho no Estado Novo. In: PANDOLFI, D. (org.) *Repensando o Estado Novo*, Rio de Janeiro: Ed. FGV. p. 53-72, 1999.

HOBBSBAWN, E. J. *Era dos Extremos: o breve século XX: 1914-1991*. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

HUERTAS, R. Historia de la psiquiatría, ¿por qué? ¿para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias. *Frenia: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.*, 1, p. 9-36, 2001.

HUERTAS, R. *Otra historia para otra psiquiatría*. Barcelona: Xoroi, 2017.

KAPIL, R. Conexões, cruzamentos, circulações: A passagem da cartografia britânica pela Índia, séculos XVII-XIX. *Cultura*, v. 24, p. 155-179, 2007.

LINS, C. O cinema de Eduardo Coutinho: uma arte do presente. *Revista Eco-Pós*, Rio de Janeiro, 2002. Acesso em: 3 ago. 2017. Disponível em: pos.eco.ufrj: http://www.pos.eco.ufrj.br/site_en/download.php?arquivo=upload/clins_6.pdf.

LOUGON, M. *Psiquiatria Institucional: do hospício à reforma psiquiátrica* (coleção Loucura & Civilização). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: PONTE, C. F.; FELLEIROS, I. (Orgs.) *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

MEDEIROS, S. [*Opinião sobre o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba*]. Niterói, 2017. Entrevista concedida a Rafael Lazari no âmbito da pesquisa “Histórias loucura: percursos da atenção psicossocial no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba”.

MENEZES, C. S. “*Um vasto asilo seria, assim, a Guanabara*”: políticas e assistência psiquiátrica, entre 1966 e 1978. 2012. 151f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012.

MESSAS, G. P. O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. *História, Ciências e Saúde*, Manguinhos, v. 15, n. 1, p. 65-98, 2008.

MOYSÉS, N. M. N. Projeto Niterói: uma tentativa de recuperação da história recente. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, n. 23, p. 46-63, Fundação Getúlio Vargas, 1989.

MUÑOZ, P. F. *À luz do biológico: psiquiatria, neurologia e eugenia nas relações Brasil-Alemanha (1900-1942)*. 2015. 356f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2015.

NASCIMENTO, E. P. L.; NOZAWA, M. R. O trabalho das enfermeiras no SUS de Campinas: anos 70 e 80. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 57, n. 2, p. 212-6 mar./abr., 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n2/a16v57n2.pdf>.

NOBRE de MELO, A. L. Evolução do conceito doutrinário das Psicoses Endógenas. *Arquivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano V, v. 1 e 2, 1934, p. 27-42, 1934.

NOBRE de MELO, A. L. Aspectos Psicobiológicos e Sociais da Delinquência Infantil. *Arquivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano VI, v. 1 e 2, p. 47-53, 1935.

PAIM, J. S. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 2, n. 2, p. 167-183, 1986. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1986000200005>.

PANDOLFI, D. Apresentação. In: PANDOLFI, D. (Org). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, p. 73-94, 1999.

PAULIN, L. F.; TURATTO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, v. 11, n. 2, p. 241-58, 2004.

PICCININI, W. J.; ODA, A. M. G. R. A Loucura e os Legisladores. *Psychiatry on line Brazil*, v. 11, n. 3, 2006. Disponível em: polbr.med.br. Acesso em: 13 nov. 2017.

PICCININI, W. J. Aduauto Junqueira Botelho: notas biográficas. *Psychiatry on line Brazil*, v. 14, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano09/wal0209.php>. Acesso em: 31 jan. 2018.

_____. História da Psiquiatria. Augusto Luiz Nobre de Melo (1909-1984). *Psychiatry on line Brazil*, v. 14, n. 11, 2009. Disponível em <http://www.polbr.med.br/ano09/wal1109.php>. Acesso em: 20 nov. 2017.

PINTO, P. A. P [*Opinião sobre o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba*]. Niterói, 2017. Entrevista concedida a Rafael Lazari no âmbito da pesquisa “Histórias da loucura: percursos da atenção psicossocial no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba”. [em anexo].

PONTE, C. F. NASCIMENTO, D. R. Os anos de chumbo: a saúde sob a ditadura. In: PONTE, C. F. FELLEIROS, I. (Orgs). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

PORTER, R. The Patient's View: Doing Medical History from below. *Theory and Society*, XIV, p. 175-198, 1985.

PRADO, L. C. D.; EARP, F. S. O “milagre” brasileiro: crescimento acelerado, integração internacional e concentração de renda (1967-1973). In: FERREIRA, J.; DELGADO, L. (orgs.) *O Brasil republicano vol. 4, O tempo da Ditadura: regime militar e movimentos sociais em fins do século XX*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

RAJ, K. Conexões, cruzamentos, circulações: a passagem da cartografia britânica pela Índia, séculos XVII-XIX. *Cultura: Revista de História e Teoria das Idéias*, v. 24, 2007.

ROCHA, E. C. *Plano de Saúde Mental no Município de Niterói: Proposta Para uma Integração*. Secretaria Municipal de Saúde de Niterói. Niterói, 1979. Disponível no acervo da Biblioteca da Divisão de Ensino e Pesquisa do HPJ.

ROCHA, E. C. et al. Reorientação da assistência psiquiátrica em Niterói: princípios de sua ação e alguns resultados sobre as internações hospitalares. In: VENANCIO, A. T.; LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. (Orgs.) *O Campo da Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro. Instituto Franco Basaglia. Te Corá Editora, 1997.

ROCHA, E. C. [Opinião sobre o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba]. Niterói, 2017. Entrevista concedida a Rafael Lazari no âmbito da pesquisa “Histórias da loucura: percursos da atenção psicossocial no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba”. [em anexo].

SANTOS, D. [Opinião sobre o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba]. Niterói, 2017. Entrevista concedida a Rafael Lazari no âmbito da pesquisa “Histórias da loucura: percursos da atenção psicossocial no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba”. [em anexo].

SANTOS, J. J. *Equipe Multidisciplinar na Emergência Psiquiátrica*. Niterói: Mimeo, 1996.

SANTOS, M. A. A transferência na clínica psicanalítica: a abordagem freudiana. *Temas em Psicologia*, v. 2, n. 2, p. 13-27, 1994. Recuperado em: 23 mar. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X1994000200003&lng=pt&tlng=pt.

SANTOS, J. J. [Opinião sobre o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba]. Niterói, 2017. Entrevista concedida a Rafael Lazari no âmbito da pesquisa “Histórias da loucura: percursos da atenção psicossocial no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba”. [em anexo].

SOSA, D. A. C. *A história política do Brasil (1930-1946) sob a ótica da imprensa gaúcha*. 2005. 205f. Tese (Doutorado em História das Sociedades Ibero-Americanas). Rio Grande do Sul. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

TENÓRIO, F. R. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, IX, p. 25-59, 2002.

TENÓRIO, F. R. (2017). [Opinião sobre o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba]. Niterói, 2017. Entrevista concedida a Rafael Lazari no âmbito da pesquisa “Histórias da loucura: percursos da atenção psicossocial no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba”. [em anexo].

TOMASSINI, H. C. B.; COSTA, S. G.; DAL POZ, M. R. Uma Experiência de Planejamento em Saúde a Nível Local: Projeto de Implantação de uma Rede de Unidades Municipais de Saúde no Município de Niterói. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro. Fundação Getúlio Vargas, v. 15, n. 4, 1981. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/11558/10496>. Acesso em: 22 nov. 2017.

VAISSMAN, M. *Assistência psiquiátrica e Previdência Social: análise da política de saúde mental nos anos 70*. Dissertação (Mestrado), Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Rio de Janeiro: Mimeo, 1983.

VENANCIO, A. T. A. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 18, supl.1, dez., p.35-52, 2011.

VIEIRA DOS SANTOS, M. [*Opinião sobre o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba*]. Niterói, 2017. Entrevista concedida a Rafael Lazari no âmbito da pesquisa “Histórias da loucura: percursos da atenção psicossocial no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba”. [em anexo].

WADI, Y. M. *A história de Pierina: subjetividade, crime e loucura*. Uberlândia: EDUFU, 2009.

_____. Uma história da loucura no tempo presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no Estado do Paraná. *Tempo e Argumento - Revista do Programa de Pós-Graduação em História da UDESC*, I, p. 68-98, 2009b.

_____. Entre muros: os loucos contam o hospício. *TOPOI Revista do Programa de Pós-Graduação em História Social da UFRJ*, XII, p. 250-269, 2011.

_____. Olhares sobre a loucura e a psiquiatria: um balanço da produção na área de história (Brasil, 1980-2011). *História Unisinos*, 18, p. 114-135, 2014.

YASUI, S. *Rupturas e econtros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

ANEXOS

ANEXO A - IDENTIFICAÇÃO DOS ENTREVISTADOS.

1) Eduardo de Carvalho Rocha: Médico psiquiatra formado pela Faculdade Fluminense de Psiquiatria (UFF), psicanalista membro da Association Lacanienne Internationale e do Espaço Oficina de Psicanálise no Rio de Janeiro. Membro da Divisão de Ensino e Pesquisa e da Divisão Técnica do HPJ. Foi coordenador de saúde mental de Niterói entre 1991 e 2002. Em 1992 passou a ocupar a direção geral do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, acumulando as duas funções até 2002, e a direção do hospital até dezembro de 2012.

2) Maritelmá Vieira dos Santos: Enfermeira formada pela Escola de Enfermagem da UFF, atualmente compõe a Divisão Técnica do HPJ. Foi docente na Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense, ativista no Projeto Niterói, coordenadora de saúde mental de Niterói entre 2008 e 2010, da emergência geral do Centro Previdenciário de Niterói entre 1982 e 1986, do Ambulatório de Saúde Mental de Jurujuba entre 1992 e 1997, do SRI/HPJ entre 1997 a 2008 e do departamento de ensino e pesquisa do HPJ entre 2010 e 2015.

3) Raldo Bonifácio Costa Filho: Médico psiquiatra formado pela Faculdade Fluminense de Medicina. Diretor do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba desde abril de 2015. Professor universitário, pela UFF no HPJ, entre 1968 e 1974; professor, pela UFF, no Centro Comunitário da Vila Ipiranga entre 1974 e 1980; docente no Departamento de Psicologia da UFF entre 1980 e 1996; Diretor do Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde entre 1996 e 2006; médico psiquiatra na emergência do HPJ entre 2007 e 2009 e no CAPS Herbert de Souza entre 2009 e 2015.

4) Denílson Santos: Comerciante. Paciente (usuário) do Ambulatório de Saúde Mental do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, tendo anteriormente sido internado em diversas instituições psiquiátricas. Residiu no Albergue do HPJ. Tornou-se comerciante, inicialmente vendendo doces em tabuleiros pelos corredores do HPJ, posteriormente em carrinhos comercializando também biscoitos, misto-quente, refrigerantes e etc. Atualmente é coordenador da Cantina Loucura Dividida – expressão de sua autoria - no HPJ.

5) José Jacinto dos Santos: Médico psiquiatra formado pela Faculdade Fluminense de Medicina da UFF e artista plástico. Trabalhou como médico psiquiatra intervindo em processos

de fechamentos de manicômios e de desinstitucionalização (como em Carmo [RJ] e Rio Bonito [RJ]). Foi coordenador do serviço de porta de entrada do HPJ entre 1995 e 1997. Atualmente é psiquiatra no CAPS Casa do Largo, no CAPS de Maricá (RJ) e supervisor do Albergue do HPJ.

6) Percília Ana Pereira Pinto: Empregada doméstica em Icaraí, zona sul de Niterói, durante os anos 1970. Paciente (usuária) do Ambulatório de Saúde Mental de Jurujuba e moradora do Albergue do HPJ. Sua internação, primeira e única, se deu no HPJ em 1977. Atualmente – como diz em sua entrevista à esta pesquisa – possui a chave de seu quarto, e dos armários onde guarda os pertences que costuma comprar no Centro de Niterói.

7) Sebastião Medeiros: Chefe do serviço de manutenção predial do HPJ. Ingressou no HPJ, vindo do Departamento de Engenharia do Estado do Rio de Janeiro com a função de trabalhar na conclusão das obras do hospital em 1964. Atuou na assistência direta aos pacientes nos anos 1960 e 1970, como nos conta em seu depoimento. Desde então atuou em diversas reformas e na manutenção diária da instituição, chefiando a equipe de manutenção predial.

8) Fernando Ribeiro Tenório: Psicólogo, psicanalista membro do Espaço Oficina de Psicanálise no Rio de Janeiro, supervisor clínico do CAPS III Maria do Socorro (Rocinha/RJ), docente e supervisor de estágio na PUC-Rio. Mestre em Ciências da Saúde pelo IPUB/UFRJ e Doutor em Teoria Psicanalítica pelo IP/UFRJ. Foi coordenador de Saúde Mental de Niterói entre 2002 e 2006; supervisor da rede ambulatorial de Niterói entre 2006 e 2010.

ANEXO B - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO
ENTREVISTAS COMO PRODUÇÃO DE FONTES ORAIS PARA PESQUISA
HISTORIOGRÁFICA

1. Como foi a sua entrada na Psiquiatria? Conte-nos um pouco sobre sua trajetória de vida e sobre sua entrada na Psiquiatria?

2. O que é loucura para você?

3. Esses anos de experiência no Hospital de Jurujuba mudaram o que você entende como loucura?

4. A partir de sua trajetória, conte-nos a história do Hospital de Jurujuba. O HPJ é o mesmo hospital que você encontrou quando nele entrou pela primeira vez? O que mudou? Como foram essas mudanças? Como você as viveu?

5. Destas mudanças, qual você acha que foi a mais importante? Em que momento você se deu conta dessa mudança? Quando você percebeu que começou a mudar?

6. Ainda sobre essas mudanças: todos os que estavam quando elas começaram concordavam? Havia quem fosse contra? Fale-nos sobre as discordâncias, as lutas, os diferentes grupos, os líderes ao longo desta História.

7. Os loucos de hoje são como os de antes? A loucura mudou? Há novas loucuras?

8. E os psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, e demais profissionais? Estes mudaram? A clínica mudou? Como?

9. E o Estado, governos e políticos? Estes mudaram suas relações com a loucura e a assistência? Como?

ANEXO C - PROPÓSITOS DA GRAVAÇÃO EM VÍDEO DE ACORDO COM AS RESOLUÇÕES 510 DE 2016 E 466 DE 2012 DO CNS

A resolução 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde considera que: "as Ciências Humanas e Sociais têm especificidades nas suas concepções e práticas de pesquisa, na medida em que nelas prevalece uma acepção pluralista de ciência da qual decorre a adoção de múltiplas perspectivas teóricometodológicas, bem como lidam com atribuições de significado, práticas e representações, sem intervenção direta no corpo humano, com natureza e grau de risco específico"; assim como a Resolução 466/12, no artigo XIII.3, "reconhece as especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais e de outras que se utilizam de metodologias próprias dessas áreas, dadas suas particularidades".

Ao estabelecer o Art. 9º que trata dos direitos dos participantes da pesquisa, a resolução 510 de 2016 prevê no capítulo V do referido artigo que o participante pode "decidir se sua identidade será divulgada e quais são, dentre as informações que forneceu, as que podem ser tratadas de forma pública".

Sendo assim, considerando a importância de se constituir fontes sobre as práticas de atenção psicossocial que estabeleceram o processo de reforma psiquiátrica, propomos a captação do depoimento oral por vídeo considerando que:

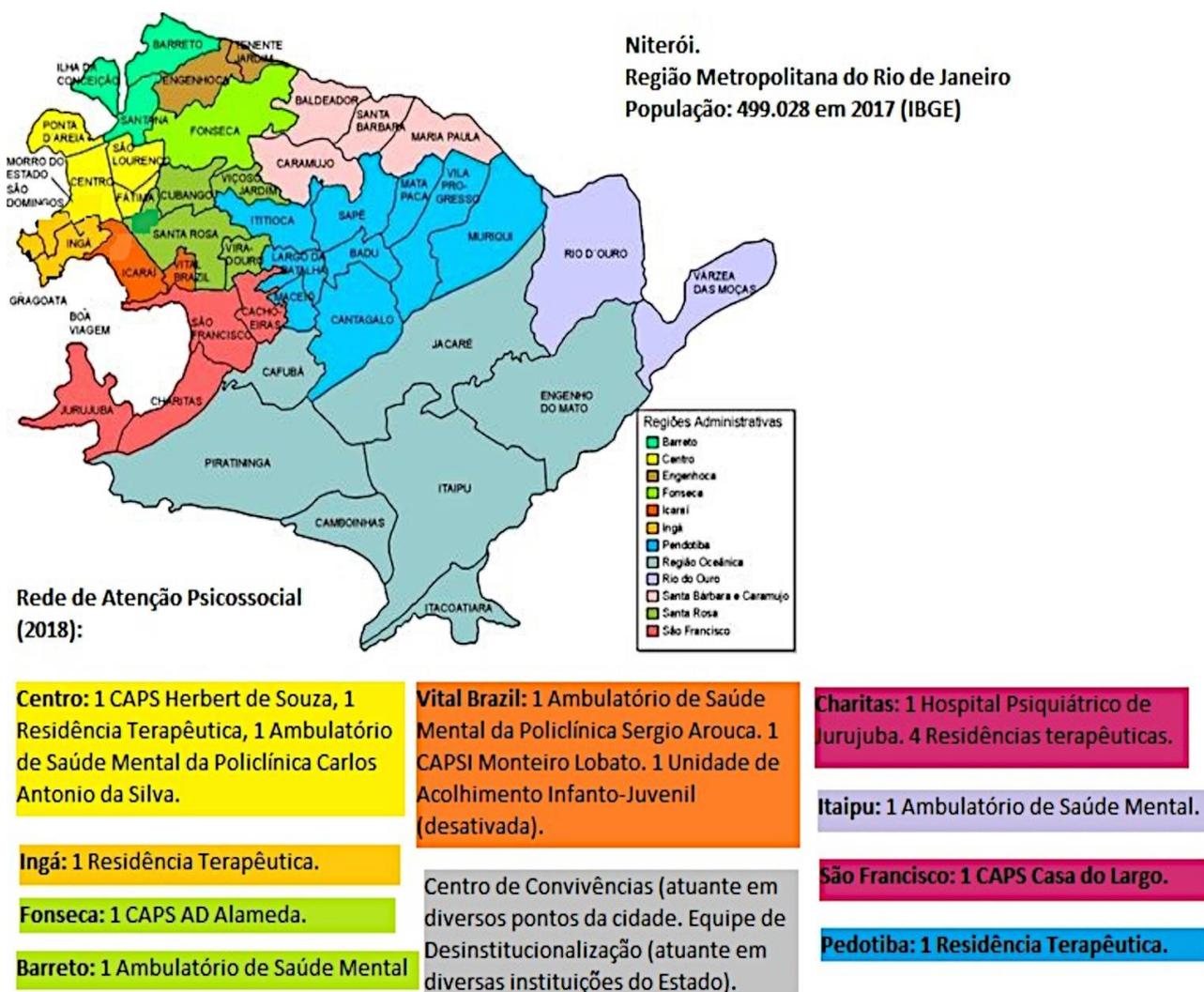
1. O vídeo é um formato mais interessante para o acesso posterior, inclusive para a compreensão das falas, considerando que as entrevistas são consideradas fontes orais do período estudado.
2. A diversidade dos lugares institucionais ocupados pelos entrevistados é um fato de extrema relevância metodológica, de maneira que assim poderemos acessar a história da atenção psicossocial a partir de lugares e olhares diversos: desde gestores, a funcionário da equipe de manutenção predial, desde usuário do ambulatório ao responsável pela cantina da instituição. De modo que é importante a revelação da identidade dos entrevistados, de acordo com os respectivos consentimentos, tendo em vista que algumas nuances das decisões e das práticas precisarão levar em consideração os lugares institucionais ocupados e os percursos de vida para que possam ser compreendidas.

3. Todos os entrevistados serão previamente informados sobre estas especificidades. No termo de consentimento livre e esclarecido constará a opção que autoriza a divulgação da identidade, a captação do depoimento em áudio e vídeo e autorização para que as informações fornecidas sejam tratadas de forma pública, de acordo com a resolução 510 de 2016.
4. As entrevistas serão transcritas na íntegra e doadas às bibliotecas do IPUB e do HPJ. O registro em vídeo ficará sob os cuidados da Biblioteca do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba em formato "HD" e uma cópia poderá ser disponibilizada para cada entrevistado se assim o desejar. Todos os custos são de responsabilidade do pesquisador⁷⁸.
5. Não haverá nenhum custo para os entrevistados. As entrevistas acontecerão em lugares escolhidos pelos entrevistados, de fácil acesso a estes e com todos os custos sob responsabilidade do pesquisador.

⁷⁸ As entrevistas foram transcritas e anexadas à dissertação e assim foram entregues em formato físico e digitalizado (PDF) - para disponibilização na web via plataforma Minerva – à Secretaria Acadêmica do IPUB e à Biblioteca da Divisão de Ensino e Pesquisa do HPJ.

ANEXO D - "MAPA" DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE NITERÓI

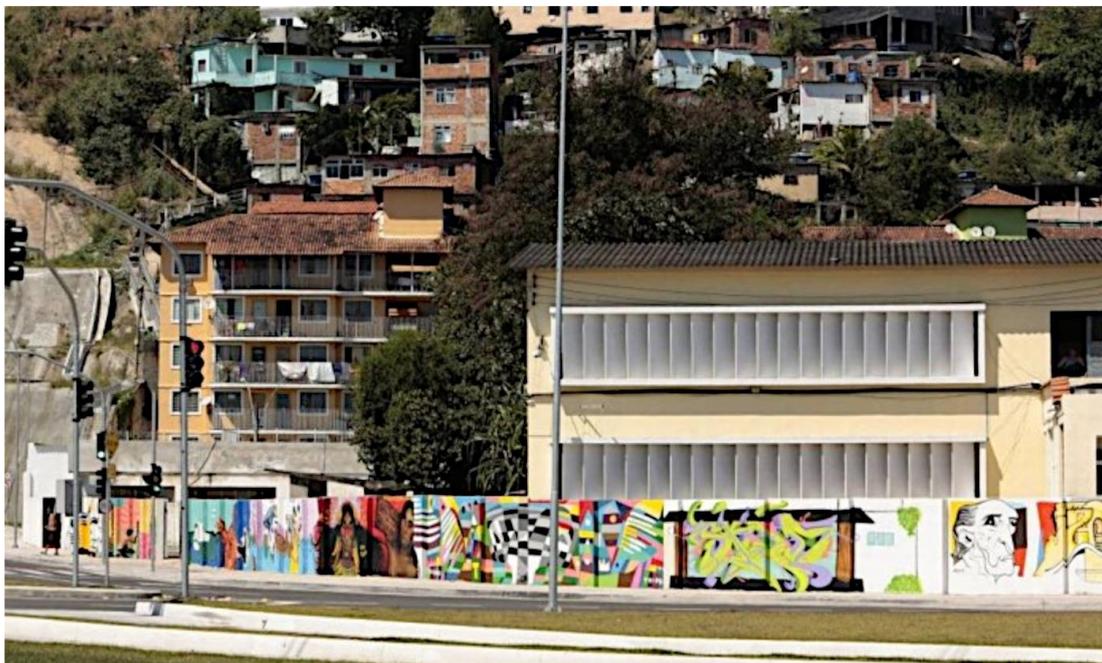
Figura 3 – Mapa da rede de atenção psicossocial de Niterói



Fonte: Elaborado pelo autor a partir de informações do endereço eletrônico da Prefeitura Municipal de Niterói.

ANEXO E - DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA ASSISTENCIAL DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE JURUJUBA (2018)

Figura 4 - Trecho da fachada atual do HPJ após demolição de parte de sua estrutura.



Fonte: Foto registrada pelo autor.

Serviço de Recepção e Intercorrências (SRI/Emergência Psiquiátrica): 9 leitos.

Setor de Internação de Agudos Masculino (SIM): 30 leitos.

Setor de Internação de Agudos Feminino (SIAF): 29 leitos.

Serviço de Álcool e Drogas (SAD): 12 leitos.

Albergue: 21 vagas.

Ambulatório de Saúde Mental de Jurujuba: responsável pela atenção ambulatorial à população da região de Jurujuba.

Divisão de Ensino e Pesquisa: Coordena as atividades de ensino e pesquisa que acontecem na Rede de Atenção Psicossocial de Niterói, tais como: residência médica em psiquiatria (FMS), especialização em psiquiatria (UFF), residência multiprofissional em saúde mental (FMS), especialização em psicanálise e saúde mental (UFF), estágios curriculares e extra-curriculares, dentre outras atividades.

Entrevistas Transcritas

Raldo Bonifácio Costa Filho

*Lumiar, Nova Friburgo.
Outono de 2017*

[RL: Rafael Lazari]

[RB: Raldo Bonifácio]

RL: Como foi sua entrada na psiquiatria?

RB: Minha entrada na psiquiatria, cara, ela não teve um momento só não. Ela aparece assim, em psicologia médica. Em que eu fui numa das primeiras turmas de psicologia médica, introduzida no curso, e foi com o Nobre de Melo e a assistente dele chamada Maria José Saroldi. E aconteceu o seguinte, eles gostavam do que eu escrevia, era interessante, sabe? Prova por exemplo, ele lia minha prova assim em público. E eu ficava muito perplexo com aquilo, achava aquilo tão esquisito, mas isso pegou, sabe? Pegou, e depois quando eu, psiquiatria aparecia nessa época no quarto ano da faculdade. Aí isso ficou mais ainda assim por que o Nobre de Melo era muito erudito, as aulas dele eram uma viagem de erudição, uma viagem de erudição. E principalmente duma erudição filosófica impressionante, né? Então aquilo era uma viagem, uma verdadeira viagem, fascinante, né? E eu notava que era uma coisa muito minha, que a maioria não gostava, dormia, achava uma loucura... Isso era uma coisa que eu tinha uma estranheza, mas ao mesmo tempo me pegava. E houve um momento, que eu, quando foi pra prática, quando a gente foi ter aula mais em Jurujuba, e já com apresentação de paciente e tal. O primeiro paciente que me deram pra eu fazer uma anamnese, era chamado levantamento bio-psico-social, e eu fiz, me dediquei aquilo, me dirigi às assistentes sociais para pegar dados, sabe? Aí quando eu levei para um professor assistente do Nobre, ele escutou e falou assim: 10 eletrochoques e 10 comas insulínicos. Aí, aquilo foi assim, um negócio estranhíssimo, assim, foi um balde de água fria, né? E, de tal modo que “ah, eu acho que eu não quero fazer isso não”. É... E aí fui levando, assim, fui levando o curso, e tal. Mas aí pintou uma chance de ir ao Rio Grande do Sul, porque tinha um pessoal que trabalhava com comunidade terapêutica, e nessa época a gente ia muito a congresso de psiquiatria, e eu conheci esse pessoal no congresso nacional de psiquiatria, era congresso nacional de neurologia, psiquiatria e higiene mental. E aí resolvemos, eu não me lembro bem o que, mas foi algum evento, ou congresso que teve lá no Rio Grande do Sul. E nessa, durante o congresso, eu... clack, entrei de conhecer comunidade terapêutica, como se chamava na época, né?

RL: Isso em Porto Alegre?

RB: Isso em Porto Alegre.

RL: Isso em mil novecentos e sessenta e?

RB: Ah... sessenta o que? sessenta e cinco? sessenta e seis? Por aí...e foi incrível, foi incrível porque foi uma experiência ímpar de tomar chimarrão com pacientes, em rodas de pacientes e... é... o ambiente era incrível, era um ambiente simultaneamente de muita seriedade assim... de produção de saber, de estudar, de pesquisar, e ao mesmo tempo de assistência, muito

próxima assim, do dia a dia, do cotidiano dos pacientes, isso aí realmente me capturou. Isso me capturou. Tanto que quando eu voltei, eu voltei com toda a corda e me decidi mesmo, o que eu ia fazer. E aí chegou o internato, no sexto ano, no internato eu escolhi, né? Eu escolhi psiquiatria.

E também junto a isso, tinha o relacionamento com o Nobre de Melo, porque o Nobre de Melo, ele no cotidiano assim, tinha um relacionamento muito afetuoso, muito cheio de humor, muito relacionado ali com o dia a dia, tinha uma ironia finíssima a respeito das questões psiquiátricas, dos acontecimentos psiquiátricos, das publicações, ou de determinados congressos, ou de determinadas figuras, determinadas posições...

RL: Como assim?

RB: Ah, ele... ah meu Deus, pera aí, deixa eu me lembrar, tinha uma que era até pesada, era uma ironia muito pesada, havia um professor que era destacado nas universidades, e que na época era notório que o Nobre de Melo não gostava muito dele não. Mas, esse professor me lembro que tinha uma ironia com as coisas desse professor, porque era um professor que ao mesmo tempo tinha uma agência funerária, então ele não perdoava, ele relacionava tudo o que o cara falava à agência funerária do cara. Eu não tô me lembrando assim de nenhuma, mas era um humor muito fino. E coisas assim, tipo, você que conheceu o professor Ronaldo Victor, ele era muito alto, e tinha um professor que também era muito alto, o mais alto de todos, e o Nobre de Melo sempre brincava que ele era o maior psiquiatra do Brasil. E quando pintou o Ronaldo como aluno, ele botou os dois juntos e falou “olha, você hein, acho que o Ronaldo vai te passar hein, vai ser o maior psiquiatra do Brasil”. Sabe? Coisas assim... E isso cativou, sabe? E depois teve o seguinte, o Nobre de Melo tinha uns alunos que estavam em Jurujuba, como acadêmicos do estado, nessa época tinha essa categoria de acadêmicos do estado. Na época você tinha o estado do Rio e Niterói era a capital, e tinha os acadêmicos do estado do outro lado, que era o Distrito Federal. E eu me lembro que nessa época a gente fazia concurso pra ser acadêmico, a partir do quarto ano, fazia no quarto ano e ficava o quinto e o sexto como acadêmico do estado. E eu entrei como acadêmico, só que no Rio não havia acadêmico do estado pra psiquiatria, e eu acabei sendo mandado pra um hospital de pediatria lá na Ilha do Governador, o Nossa Senhora do Loureto, e em Niterói: Jurujuba. E tinha uns carinhas lá que já eram próximos do Nobre de Melo, que hoje já faleceram, pessoas queridíssimas, o Ivo de Lima Kellis, o Guido Miranda, e que já estavam em Jurujuba e que ouriçaram a gente né, e de uma maneira tal que a gente passou a ir pra Jurujuba assim, e até a carregar coisas, coisa que a gente faz hoje, sabe? De arrumar os serviços? Resolveram bancar uma enfermaria lá, de saída e a gente... houve uma permissão pra isso, e fez uma enfermaria, em todos os sentidos. Tinha um pessoal de enfermagem também muito legal, uma professora de enfermagem, a Vanda Rodrigues.

E foi isso, eu sei que a gente se juntou, e a partir daí outras pessoas se juntaram, de outros cursos, curso de psicologia, de serviço social, de cinema, de nutrição, era gente de tudo quanto era área, que começou a se juntar, mas se juntar muito pra essa coisa comunitária, sabe? E que uma comunidade terapêutica permitia, porque a gente já iniciou logo dessa maneira, como comunidade terapêutica, né? Dentro de um hospício, né? Dentro de um hospício. Porque era um manicômio mesmo! Aquilo era superpovoado e tinha um funcionamento manicomial. E a gente ficou uma ilha ali naquele lugar. Eu acho que isso também, nessa aproximação que houve, que era muito própria assim da dedicação do Nobre, e dessa dedicação assim, dessa maneira que, fora da área erudita era uma figura muito próxima ali, isso juntava muita gente né? Então você teve gente de tudo quanto é lado lá, aquilo era fluído de juventude.

Acho que juntou tudo isso sabe? De se criar um carinho, uma decisão pela psiquiatria. E também o contato com os pacientes, isso foi muito incrível na época, porque a gente vivia uma situação tão ruim, era tão degradante a situação dos pacientes e a gente via que com um

trabalho desse tipo assim, né? Maiormente leigo, né? Porque é... as pessoas que vinham eram estudantes de tudo quanto é área, muito mais assim numa dedicação assim pelo que faziam, pelo estudo que faziam, e lá viam a chance para tudo isso... Então era um lugar gostoso de trabalhar, de estudar, isso também era importante, o Nobre tinha aquele momento, era aos sábados, ele criou um centro de estudos, que passou a se chamar Centro de Estudos Heitor Carrilho, e que ele estava sempre presente aos sábados, então você tinha o Jurujuba aos sábados de manhã, era lotado e... eu acho que foi a conjugação disso tudo...

RL: A presença desses jovens se dava nessa ilha, nesse espaço da universidade, ou no hospital como um todo?

RB: Não, não era o hospital como um todo não. Não era. Inclusive até havia uma separação mesmo. Era como se hoje você chegasse ali onde é a enfermaria masculina e colocasse ali um paredão no meio. Sabe aquele corredor? A gente começou com uma enfermaria e depois passou a ser duas. Então a gente tinha duas enfermarias. Que a gente trabalhando dessa maneira, orientado como comunidade terapêutica, isso fazia, sim, que a gente tivesse um vínculo com o restante do hospital, quando você pensa quando a gente fazia um grupo operativo de alimentação, então você tinha pacientes que participavam, realmente, até da feitura da alimentação, e da distribuição... era nesse sentido, sabe? Mas a gente realmente era uma ilha, e quem não estava nessa ilha queria ir pra lá, não só quem trabalhava mas também os pacientes, era um negócio assim meio, esse aspecto era constrangedor. Era muito constrangedor. Muito constrangedor. Mas era o que a gente podia fazer.

RL: Depois do acadêmico, você continuou no hospital?

RB: Já no internato, simultaneamente, eu e o professor Wilson Câmara, que era meu colega de turma, a gente passou a frequentar também o Instituto de Psiquiatria, o IPUB. Então, a gente simultaneamente fez um internato em Jurujuba e no IPUB. E depois a especialização também, a gente continuou no IPUB. Na época era até alguma coisa assim, a gente até foi muito bem recebido no IPUB, mas havia uma coisa assim: “Ah, vocês são alunos do Nobre, né? E eu não sei se isso vai interferir, vocês sabem que as relações do Nobre de Melo com o Leme Lopes não são tranquilas, né?”. Não sei se vocês sabem que houve um concurso que foi muito disputado, muitíssimo disputado, onde o Nobre de Melo era o esperado como “o que seria” o professor, nessa época era cátedra, e um concurso de um professor para uma cátedra era um negócio assim quase que do campo do sagrado. E quem venceu foi o Leme Lopes, e parece que isso ficou assim como uma marca que distanciava um do outro, e quem era ligado a um ou a outro... e havia um clima que a gente... a gente não se meteu nesse clima. Tanto que a gente foi muito bem recebido lá no IPUB. É claro que havia uma distância no trabalho. No IPUB você não podia dizer que era um manicômio, mas era assim um hospital mesmo, né? Que você diferenciava muito de uma enfermaria de um hospital geral, né? É... e ao mesmo tempo era um lugar de pesquisa, então havia uma dedicação também. Tinha a ver também que havia um número de psicanalistas lá, isso fazia uma diferença. Havia uma variedade. Então eu tinha um professor que fazia terapia comportamental, o que era maravilhoso, o Zé Otávio, me lembro dele, um cara que foi parar lá fugindo de perseguição da ditadura em Pernambuco. Mas tinha também o Adolpho Hoirisch que ganhou uma importância enorme na minha formação e era psicanalista. E era muito bom estar nos dois lugares. Eram completamente diferentes. Lá eu aprendi assim: psicofarmacologia, clínica psiquiátrica, psicopatologia de uma maneira clássica, e era bem diferente de Niterói, onde o Nobre tinha um discurso mais predominantemente filosófico. Era muito próximo, você tinha o que tinha de uma filosofia pra psiquiatria: você tinha o Jaspers, você tinha o Heidegger, e os existencialistas também, da fenomenologia

existencial, o Nobre era muito familiarizado com esses autores, né? Tal qual com os autores clássicos também, o Nobre chegava a fazer leituras filosóficas do Kraepelin, Conrad... sabe? Tinha uma familiaridade com esses autores, e no original, o Nobre lia em alemão.

RL: E depois da especialização você foi trabalhar como psiquiatra?

RB: Sim, aí houve concurso no estado. Eu fiz esse concurso. Nesse concurso passei em primeiro lugar. Mas isso não durou muito tempo não porque fui demitido. Eu digo que fui demitido pela ditadura porque, justamente quando entrou a bolsa pra Alemanha, pra ir pra Alemanha, e eu pedi licença pra ir pra Alemanha, com outros colegas que iam pros EUA, e não havia objeção nenhuma. E quando eu vi que havia objeção nítida de autorizar minha saída, eu pedi licença sem vencimento. E mesmo assim isso foi negado. E na época nós tínhamos um governador, que era o Jeremias de Matos Fontes, que era um governador da revolução, da chamada revolução de 31 de março, como a gente denominava. E ele era amigo de meu pai, não só religioso, presbiteriano como meu pai, e eram muito próximos. E foi muito ruim porque ele, ele tinha me garantido, que no dia que eu fui a casa dele, que definitivamente o secretário de saúde me disse que não interessava a psiquiatria alemã, porque eu fui defender a minha ida academicamente, numa tentativa de afastar os atravessamentos políticos. É... mas ele mesmo declarou que não interessava a psiquiatria alemã, que a gente tinha formações suficientes aqui e isso não interessava.

RL: Atravessamentos políticos seriam?

RB: É o seguinte... eu tive uma participação política como estudante, né? Eu fui um militante político. E na ditadura eu estava, isso foi 64, eu estava no segundo ano da faculdade e, eu era do diretório, então tive uma participação política e isso ficou marcado de alguma maneira. Eu sei que a coisa foi colocada dessa maneira. Não foi colocada como decisão política. Mas acontece que eu estava seguro que poderia ir. Ah sim, nessa época eu já era auxiliar de ensino pela universidade, e não houve problema no curso de psiquiatria.

RL: Mas a decisão de estudar na Alemanha...

RB: Olha, todo mundo diz que foi pelo Nobre de Melo, mas rigorosamente o que aconteceu, é que eu fui informado de alguma maneira que estavam abertas as inscrições para bolsa de estudos na Alemanha, e eu fui preenchi todos os papéis e um ano depois eu fui chamado, fui selecionado, e fui. É claro que isso agradou muito ao Nobre de Melo. Agradou inclusive na escolha da universidade. Porque o Nobre de Melo apontou a Universidade de Göttingen, principalmente por causa do Conrad que teve sua cátedra na Universidade de Göttingen, e na época se dava muita importância a contribuição do Conrad, principalmente pelo conceito que ele trouxe de *trema*, um conceito que ele tirou do teatro para o início de esquizofrenia, por exemplo, ele apontando a importância do *trema*, ou seja, dessa vivência dos primeiros produtos, das primeiras manifestações do que se tornaria uma esquizofrenia. E pesou isso deu escolher a Universidade de Göttingen... e depois eu descobri que era uma universidade consagrada, uma das universidades mais antigas da Alemanha, uma universidade cheia de prêmios Nobel, muito conceituada na Alemanha. Mas eu não sabia disso, a informação que eu tive e a escolha, foi sim, com a sugestão do Nobre de Melo. O Conrad não estava mais, estava um sucessor dele, o professor Meyer, que ficou sendo meu tutor lá, uma pessoa maravilhosa também, uma pessoa muito compreensiva, muito interessante. Mas foi isso, a ida pra Alemanha teve isso, sem eu perceber, essa coisa do Nobre de Melo ter esse vínculo forte com a psiquiatria alemã, mas que era mais pela filosofia do que pela psiquiatria propriamente dita.

RL: Mas, então, eu acho que é importante prosseguir nesse caminho da sua trajetória na psiquiatria. Então, você foi para a Alemanha e ficou nessa universidade quanto tempo?

RB: Eu fui outras vezes, mas eu fiquei 2 anos e meio. Na verdade, eu poderia ter ficado mais, mas houve uma interrupção por uma questão familiar. Meu pai estava muito mal e houve quase uma exigência dos irmãos para que eu retornasse. Isso pesou bastante. Mas eu poderia ter continuado sim, inclusive estava convidado para continuar. Porque nessa ida para a Alemanha, realmente, eu no início estava muito diretamente ligado ao professor Meyer, mas ele mesmo me deu direções num momento em que eu estava insatisfeito com o trabalho só da psiquiatria clínica. Eu não estava satisfeito de jeito nenhum, principalmente porque eu não estava vendo novidades, o que eu fazia aqui eu estava fazendo lá, só que de uma maneira mais sofisticada. Eu tinha muita possibilidade de pedir o exame que eu quisesse pedir, tudo era muito bem feito, com muita sofisticação, com muita beleza, tinha uma outra estética a loucura. Mas eu me interessava mais pelos acontecimentos dos pacientes, tipo o paciente que chega e que veio da Alemanha Oriental, passando pela cerca. A cidade onde eu estava ficava justamente na fronteira com a Alemanha Oriental, havia uma cerca que passava, era dupla e no meio minas. Então, assim, o paciente... me marcou muito um paciente que chegou já com a perna amputada e que perdeu a perna na mina. Então, eu tinha uma ligação muito mais com essa história toda, esse percurso, essa decisão de enfrentar uma cerca minada e com guardas para passar pro outro lado... a pessoa em pleno quadro maníaco... isso, no caso, eu estou me lembrando de um jovem até.

Isso me vinculava aos pacientes de uma outra maneira, não pela psiquiatria, não pelo quadro psiquiátrico, não pela psicopatologia, não pela investigação neuropsiquiátrica, sabe? Isso eu não tinha muita oportunidade numa enfermaria que funcionasse classicamente assim e o professor Meyer, eu falei isso para ele dessa minha insatisfação, e ele me encaminhou pro outro serviço, que foi o serviço onde eu fiquei mais tempo, que foi o serviço de psicoterapia da universidade e que também era um serviço diferenciado, pequenas enfermarias vamos dizer assim, e as pessoas internadas... mas era interessante porque era como se você separasse, ali estão neuróticos graves. E havia um trabalho que eu diria que era de orientação psicanalítica e você tinha várias técnicas, eu aprendi várias técnicas psicoterápicas, individuais e grupais, que na verdade eu não as uso mas que foram muito importantes na minha formação. Tinha algo que era muito comum, por exemplo, treinamento autógeno, *Autogenes Training* em alemão. E que eu fazia, eu praticava, individualmente e em grupo, mas que eu uso para meu uso pessoal. É uma técnica interessantíssima de relaxamento que eu faço uso pessoal. É interessante que eu faço em alemão, não consigo fazer em português. Isso é interessante porque quando eu cheguei da Alemanha, vinha um monte de gente que se interessava: "dá umas dicas pra gente de técnicas que você aprendeu" e o treinamento, o *Autogenes Training*, era uma coisa facilíssima de se fazer. Inclusive eu ensinava até, também lá na Alemanha. Mas aqui era esquisito eu fazer aquilo em português. Era esquisito, muito esquisito. Era algo que eu fazia assim com constrangimento.

RL: Nesse lugar foi onde aconteceu seu primeiro contato com a psicanálise?

RB: Foi, foi. Na verdade, foi mas não foi por causa desse lugar.

RL: Você tinha falado de uma pessoa no Rio, de um psicanalista do IPUB...

RB: Sim, sim, era o meu supervisor, Adolpho Hoirisch. Por quem até me decidi a fazer formação e fiz as entrevistas iniciais na Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro quando pintou a bolsa e interrompeu isso logo no início. Mas quando eu cheguei na Alemanha não fui direto para a psicanálise. Eu fui através desse serviço sim, mas antes de entrar... não, não eu já estava

no serviço. Não, não, antes de entrar para esse serviço eu dei uma piradinha, eu acho que dei sim, eu fiquei muito angustiado com essa... de estar na Alemanha, naquele serviço e muito insatisfeito em termos de saber, entende? É claro que houve uma chance, um oferecimento, de eu fazer um doutorado. Mas aí ele ficaria limitado ao *doktorvater*, o "pai", eles chamam *doktorvater* o orientador, quer dizer o "pai do doutorando". Era uma pessoa fantástica, era um professor fantástico, mas era experimental. E eu não tinha nem um pouquinho de vontade de fazer experimental e também não havia reconhecimento do doutorado aqui no Brasil. Informeime no Consulado, na realidade na Embaixada, e não era reconhecido o doutorado. Inclusive o doutorado na Alemanha tem uma diferença enorme do que é o doutorado no Brasil. Na época não era reconhecido.

E aí eu optei por fazer então uma formação psicanalítica, me introduzi no percurso da formação psicanalítica. Agora, procurar análise mesmo foi por uma necessidade, tipo, de decidir, eu preciso. E a partir daí já me interessei mais por seminários, por psicanálise e por esse serviço, que tinha um trabalho psicanalítico. E era interessante porque me era dada a oportunidade sim, no treinamento também, psicanalítico, mas ele foi mais importante em algo que era muito original de lá que era a *psicolise*, que era o tratamento com os alucinógenos, ácidos lisérgicos, psilocibina... e que eu para fazer a capacitação nessa área, eu tinha que passar pelo processo também, né, eu tinha que passar, receber alucinógenos, tinha todo um ritual, era algo que uma sessão era o dia inteiro, de manhã até a tarde. E foi uma experiência ímpar, ímpar, né, porque eu não tinha nenhum contato com drogas, então começo assim numa experiência intensa com alucinógenos para depois ser terapeuta dos paciente que iam receber a *psicolise*. E era uma muito interessante porque eram considerados pacientes graves, ou seja, neuróticos graves. E quando que falo neuróticos graves, neuróticos... e o que a gente pode chamar também hoje... ao mesmo tempo chamavam de psicopatias, então você tinha toda ordem de...

RL: Transtorno de personalidade...

RB: Transtorno de personalidade... Isso com pacientes alemães e não alemães também. Por exemplo, paciente de língua espanhola, latino americanos, também eram destinados a mim. E americanos também, que a Alemanha até então tinha uma ocupação americana, você tinha lugares de ocupação americana. Então, eu também recebia aqueles, eles chamavam de "neuróticos de guerra", né? Também com quadros incríveis. No Brasil eu nunca vi, por exemplo, histeria com atrofia de membros por falta de uso, paralisia, e lá eu comecei a ver quadros típicos que eu só conhecia da literatura. Então foi uma experiência incrível tanto experiência de vida como teórica também foi muito interessante.

RL: É desse ponto que você retorna para acompanhar seu pai...

RB: Sim, sim.

RL: Foram quanto anos, então?

RB: Dois anos e meio.

RL: E você voltou depois?

RB: Depois eu voltei sim. Voltei da seguinte maneira, coincidiu com a... foi na época que o Herzog, que mataram o Vladimir Herzog. Porque aconteceu um problema na universidade, assim eu fui acusado de uma coisa absurda pela segurança da universidade. E eu fiquei muito temeroso, né, porque isso me fez buscar uma forma de segurança. E uma das coisas que eu fiz

foi ir ao Consulado Alemão pedir ajuda e eles me ofereceram então uma possibilidade de uma nova bolsa, aí já um outro tipo de bolsa, que era da Fundação Von Humboldt, que eu podia fazer de novo, que eu podia fazer o doutorado, mesmo sem o reconhecimento. Mas alguns encaminhamentos já haviam sido dados, diferentes. E o aconselhamento que me deram no consulado foi que a gente tentasse isso por uma via acadêmica, ou seja, eles me convidando para uma bolsa e eu entrar com os documentos na universidade, conseguir autorização e... sem tocar na questão política. Na verdade eu estava pedindo refúgio, né? E com isso, isso me deu força para eu depor, depor no exército, de enfrentar com mais segurança, porque eu tinha esse suporte.

RL: Isso foi em que ano?

RB: Setenta e ...

RL: Isso já no Brasil?

RB: É, no Brasil. Peraí, foi no mesmo ano da morte do Herzog. A morte do Herzog me apavorou muito.

RL: Você tinha quantos anos?

RB: Quando foi? Foi 75? 76? Foi 75, não foi? 76? Foi por aí, 75/76. E principalmente porque eu estava sendo acusado de aderir a uma manifestação monstra no Estádio Caio Martins. E eles descobriram que fui eu que organizei. Era um absurdo aquilo, não tinha o menor fundamento.

RL: Você estava no Jurujuba nessa época?

RB: Tava, tava.

RL: Como assistente?

RB: Ah sim, nesse meio tempo também teve concurso para professor assistente.

RL: Então, você voltou ao Brasil depois desse período... Você fez o doutorado, então?

RB: Não, não.

RL: Ficou na formação analítica?

RB: É, eu fiz opção pela psicanálise. É claro que isso teve uma pesquisa prévia porque eu quis entender o movimento psicanalítico alemão, né? Porque eu estava justamente sendo analisado e participava de seminários do pessoal da *Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse*, Sociedade Alemã de Psicanálise, e que estava sempre assim: "fundada em 1910", "fundada em 1910". 1910 não, eu acho que 1908. 1908, é. E isso me intrigava.

RL: Se eu não me engano 1908 é o texto "História do Movimento Psicanalítico"... por aí. É por aí que o Freud estava fundando alguma coisa do nível de uma sociedade em Viena? Ou foi antes?

RB: Não sei, acho que Viena precede a isso...

RL: Precede? Formalmente, né?

RB: E eu sei que aí eu descobri que havia *Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse*, Sociedade Alemã de Psicanálise, ligada à IPA, e eu descobri que a sociedade em que eu estava não era ligada a IPA. Mas era formada por pessoas que vieram da IPA e que saíram. Essa sociedade, que foi fundada antes, ela saiu da IPA. Aí eu fui investigar isso, né? Fui para bibliotecas investigar e peguei todos os textos da época, as contendas da época dessa cisão entre os psicanalistas. E vi que era exatamente de natureza política. Era como se essa sociedade alemã tenha se tornado uma auxiliar do nazismo, porque ficou na Alemanha. Mas aí eu descobri também que o fundador da Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro era dessa sociedade, ainda era, permaneceu sempre, morreu pertencendo a essa Sociedade Alemã de Psicanálise. Ele era vinculado a IPA via Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro.

RL: Você fazia análise?

RB: Fazia, claro. Eu busquei análise foi por necessidade mesmo, pessoal. E aí, eu verifiquei isso e isso também fez com que eu consultasse, quando eu retornasse ao Brasil, para onde eu iria. Porque isso na época era muito importante essa divisão de sociedades. Sociedade psicanalista era um negócio muito rigoroso, elas não se combinavam. E a Sociedade Alemã de Psicanálise, da qual eu fazia parte, ela saiu da IPA. Mas pertencia ao que, acho que hoje nem existe isso, Federação Internacional de Sociedades Psicanalíticas, que era uma federação, é diferente.

RL: O que você lia nessa época? Você frequentava seminários e estudava quem ou que mais propriamente?

RB: Na época lá, cara... Uma que tinha um dos psicanalistas que era um dos cabeças, ele já tinha falecido, mas ele tinha muitas publicações, que era um cara... Porque a psicanálise foi alijada pelo nazismo, os primeiros livros queimados no nazismo foram os livros de psicanálise, a obra freudiana que havia até então... Olha, eu me esqueço do nome dele agora, também ele não tem uma importância hoje, nunca teve. Teve na época porque ele se manteve na Alemanha e ele mudou a terminologia psicanalítica. Então, ele tinha um dos livros fundamentais dele que era invés de repressão e recalque era *hemmung*, que você podia traduzir por inibição, entende? Houve um exercício de mudar as palavras para elas não parecerem psicanálise. Então, isso era visto pelo grupo oposto, que se retirou da Alemanha, que foi para os Estados Unidos, foi para Londres, foi para Argentina, como uma adequação ao nazismo, entende?

Mas você via nitidamente que não era bem isso. Pelo contrário, foi uma maneira reativa possível de continuar no exercício psicanalítico dentro do regime nazista. Minha analista, por exemplo, era uma delas. Uma dessas pessoas que ficaram na Alemanha, não saíram da Alemanha, mas que tinha um vínculo muito forte com os que saíram da Alemanha. Ela tinha um vínculo muito forte com os alemães que foram para os Estados Unidos, por exemplo. Eu tive seminários com psicanalistas que estavam em Nova York e que iam dar seminário na Alemanha. Aconteceram lances incríveis, inclusive. Teve uma psicanalista que eu fiz um seminário com ela e que ela começou muito falando que era a primeira vez que ela retornava à Alemanha depois do que ela passou no nazismo, e estava sendo muito forte para ela aquele momento, né?

E o pessoal que fazia parte do seminário teve uma reação, principalmente a turma jovem, dizendo para ela que isso não tinha cabimento naquele momento porque não dizia respeito a eles isso, e que eles estavam ali em outro momento e pela psicanálise e que esse recado não era para ser dado para eles. Foi um momento assim incrível, importante, justamente no momento em que eu estava assim dizendo para onde eu vou nessa história toda que eu estou vendo aqui da psicanálise. Nas consultas que eu fiz ao Brasil, aí eu fiz a opção pela sociedade psicanalítica que era ligada à Federação Internacional, que era também onde eu estava na Alemanha. Também por uma figura muito incrível que eu sabia na época que era o Horus Vital Brazil, que foi durante um bom tempo o meu supervisor e dentro da formação clássica era um didata, um analista didata, e ele era o meu supervisor. Mas outra coisa que eu descobri também nas leituras e tal das revistas de psicanálise era que teoricamente você não tinha diferença, nem teoricamente nem na prática, entre as sociedades. Então, foi só esse início de cisão, mas eles não tinham diferenças.

RL: Você voltou ao Brasil quando, então?

RB: Ah, sim, nessa ida, nessa segunda ida, o que aconteceu? Eu não tive autorização, eu fui vetado pela segurança, pela Secretaria de Segurança da universidade. Tinha uma figurinha lá que ele tinha uma implicância comigo muito grande. Ele era professor... esqueci o nome dele. Mas era um professor que foi diretor da Escola de Odontologia e que até hoje a Comissão da Verdade não existe porque o nome dele vai aparecer sempre. Então, embora tenha havido Comissão de Verdade na UFF, ela até hoje não funciona por temor que apareça o nome dessa figura que foi importante para a odontologia. Não sei se vocês conhecem o Cresus, não sei se professor Cresus ainda está lá, mas Cresus é meu contemporâneo. Cresus sabe disso, sabe das maldades desse professor que foi assessor de segurança da UFF. E esse cara me vetou a ida para a Alemanha. Então, o que eu consegui é que eu tinha muitas férias vencidas, eu não tirava férias. Então, eu consegui, baseado nisso, o departamento me autorizou, eu pegar seis meses. Então, dessa vez eu fui por seis meses. Aí de novo eu fiz um [sinal de volta com as mãos] eu fui para outros lugares, né? Eu fui à Berlim, eu escolhi Berlim, Duisburg e Munique, tá? E Berlim... Ah não, já estou misturando com uma outra ida.

RL: Então, você voltou no mesmo ano, não foi isso?

RB: É.

RL: Meados dos anos 70? 75?

RB: 76, a volta foi 76.

RL: Aí voltou a trabalhar no hospital.

RB: Não, não, aí eu já tinha saído do hospital. Porque eu tinha sido demitido, tudo isso. E nessa ida, nessa ida já tinha havido uma ruptura do Nobre de Melo comigo nessa segunda ida para a Alemanha.

RL: Por que?

RB: Olha, essa é uma coisa que eu sempre tento responder porque o que eu tenho assim bem pessoal diverge muito do que dizem do que houve. Porque na época o que se falava da ruptura do Nobre comigo... de que era porque eu tinha feito uma opção pela psicanálise. Como

se eu tivesse abandonado aquela formação, vamos dizer analítico-existencial ou fenomenológica-existencial do Nobre. Mas isso nunca deixou de haver, isso foi fundamental na minha formação, inclusive na minha formação psicanalítica.

E não foi bem por isso, né? Mas eu nem investi muito nisso, não. Porque também, na verdade, o Nobre ele reagiu muito mal a um convite que teve do Leme Lopes, professor Leme Lopes. O professor Leme Lopes ao fazer uma conferência lá no IPUB, após dessa conferência ele me chamou, me convidou para trabalhar com ele. Eu na época não topei porque eu acho que eu estava me dedicando à UFF e não via por quê? O que que seria diferente eu estar no IPUB? Porque eu tinha um vínculo com o IPUB, eu nunca deixei de frequentar o IPUB durante muitos anos. Mas mesmo assim o Nobre recebeu isso mal, eu acho que isso teve a ver. Mas, principalmente, minha questão pessoal, aí que eu digo, eu não sei, eu acho que Nobre de Melo não estava bem. Porque a maneira como ele fez essa ruptura foi uma maneira muito inesperada, foi uma coisa absurda assim. Quem convivia na psiquiatria na época, os alunos, quem trabalhava lá, os colegas, foi algo muito inusitado, muito inusitado, foi assim um marco na nossa vida e eu acho que na vida do Nobre também. Tanto que ele fez de uma maneira muito esquisita porque de repente surge um documento secreto que eu não podia ter acesso, mas fui chamado, e que eu estava sendo acusado de subversivo e que tinha se iniciado um processo de minha demissão da universidade por subversão. Eu fiquei muito espantado, porque eu já tinha passado por outros momentos difíceis, mas esse assim de que é isso, existe um documento secreto e por subversão.

Mas eu acabei tendo acesso a esse documento e foi importante ter porque quando eu era chamado sobre isso era sempre colocado da seguinte maneira: "o professor Nobre de Melo te acusou de subversivo". Tá vendo um professor comunista, chamado de comunista, embora, que eu saiba, em momento nenhum, em que eu convivi com ele, ele se colocasse como uma pessoa do Partido Comunista e muito menos comunista. Era um pessoa de esquerda, sim, e era crítico da própria esquerda, sem deixar de ser de esquerda. Mas ele... Quando eu tive acesso a esse a esse documento, eu vi o absurdo, porque era colocado dessa maneira: "tá vendo, o dedo duro que seu professor é, olha só, tá ruim para você, tá vendo o que aconteceu? Foi o próprio professor, não foi nenhum..." - Professor Almeno que era responsável pela segurança, Almeno de Souza. - "não foi nenhum professor Almeno. Foi Nobre de Melo que te acusou de subversivo e tal..." Mas eu acabei tendo acesso a esse documento e realmente é uma coisa espantosa, porque é um documento que foi muito fácil de me defender porque eu tive acesso porque eu tinha... o chefe do departamento de saúde da comunidade, da qual fazia parte a psiquiatria, ele tinha muito respeito por mim e me chamou também, de maneira muito reservada, mais do que reservada, secreta, ninguém podia saber que ele tinha me cedido uma cópia.

RL: Você nunca conseguiu falar sobre isso com o Nobre de Melo?

RB: Nunca. Nunca consegui. Porque realmente ele fez um corte assim radical.

RL: Até a morte dele?

RB: Até a morte dele. Até a morte dele. E pra mim isso foi muito espantoso porque eu acompanhava Nobre em momentos difíceis da vida dele, em que ele estava enfermo, estava hospitalizado. Eu sempre acompanhei. Pra mim foi... É incrível isso porque eu me dediquei muito mais a me defender, a me defender de que eu não era subversivo e que o documento, quando eu tive acesso, não apontava para isso, de jeito nenhum, né, aquilo era uma jogada, generalizar assim, não dá para eu personalizar, né, uma jogada da ditadura, do que havia, do ambiente que havia... era assim que me era colocado... Eu me lembro muito bem o diretor do Centro de Ciências Médicas, que era um professor que eu prezava e ele também me prezava

desde antes do vestibular, professor Chianelli, ele lamentava o que estava acontecendo, ele dizia "eu te respeito muito, mas..."

RL: Então, você se preocupou muito mais em se defender disso...

RB: Defender disso do que reagir ao Nobre, sabe? Do Nobre, eu tinha... quando eu li o que ele escreveu, eu tinha muito mais assim uma mágoa. Nem era mágoa, eu tinha pena dele, era o que sentia. Eu sentia que esse homem não está bem, não é possível isso. E ele também não estava bem de saúde. E eu tive que me dedicar a me defender, né, porque eu estava ameaçado de ter um processo e eu me defendi. E me defendi de uma tal maneira, mesmo consultando advogados e tudo. Mas eu acabei me defendendo com os meus próprios recursos, não segui orientação de advogado.

RL: Foi esse ano que você saiu de Jurujuba?

RB: Foi.

RL: Foi assim que você saiu?

RB: Foi. E Jurujuba mesmo quando eu fui demitido, eu continuei, mas pela universidade. Continuei até trabalhando, como eu trabalhava antes, mas pela universidade.

RL: Então, você foi para onde depois disso?

RB: Ah, eu fui para... Ah, sim, aí nessa época eu fiquei um tempo assim, vamos dizer, no limbo, sabe? Porque acabou que o processo eu ganhei, mas a comissão de inquérito decidiu arquivar mas orientava que eu saísse da psiquiatria.

RL: O Nobre ficou no Jurujuba até a morte ou foi antes de morrer que...?

RB: Não, saiu de Jurujuba. Não foi até a morte, não.

RL: Mas logo depois disso ou...?

RB: Não, alguns anos depois, alguns anos depois.

RL: Mas aí você ficou no limbo então?

RB: Fiquei no limbo até que... ah sim, eu não podia assinar diário de classe e coisas do gênero. Mas olha, eu tive um... principalmente do pessoal de saúde pública, de epidemiologia, saúde pública e odontologia social, eu tive muito acolhimento. Tanto que o professor, era o professor Hugo Tomassini, que era da Fiocruz também, ele me chamou para trabalhar com ele. Disse que me acolhia e me chamou para a Vila Ipiranga. E lá na Vila Ipiranga havia um centro comunitário, onde iam estudantes de saúde pública e epidemiologia, e lá eu criaria um serviço de saúde mental, um ambulatório de saúde mental. Aí fui pra lá. E lá, mais que um ambulatório de saúde mental, foi um trabalho comunitário mesmo que o pessoal chamava de psiquiatria comunitária.

RL: O pessoal chamava?

RB: É, chamava, chamava. Chamava e era um trabalho que acolheu residentes também de epidemiologia, de saúde... é residência em saúde pública, no caso. Aí começou a aparecer também, como apareceu em Jurujuba, apareceram estudantes de... estagiários de serviço social, de nutrição, de odontologia. Veio um pessoal de PUC também, de psicologia da PUC. Ah, psicologia da UFF também ia estagiar lá. O professor Chico Leonel, por exemplo, foi, da PUC. A Emília Belenger também. E outros mais. Mas esses são de Niterói, próximos. Então, lá se iniciou um trabalho também.

RL: De Niterói, próximos, só esses dois?

RB: Não, Eduardo Rocha também. Tem mais, tem mais. Era um trabalho legal. O pessoal de saúde pública, os residentes, eles faziam um trabalho... O TCC deles era cuidar durante um ano de uma família da comunidade, da favela. E outro dia eu encontrei um professor da UFF que acabou de se aposentar e eu não me lembro o nome dele. Ele é de saúde pública. E ele me lembrou também que... o ambulatório atendia crianças também - e o que ele me lembrou outro dia na porta do cinema, ele me disse: "olha, você me fez fazer uma coisa que eu achei esquisitíssima. Um médico, fazendo uma formação médica em saúde pública, eu tive que passar a procurar objetos de crianças, brinquedinhos de criança". Porque na terapia infantil se usava muito a ludoterapia. Ele me lembrou disso, eu nem lembrava disso. Então, foi um tempo. Eu passei um tempo lá, até que a coordenadora do curso de psicologia, Beatriz Uriques... Eu também passei a fazer parte de um colegiado de psicologia, nessa época. E acabaram me convidando para ir para o Departamento de Psicologia. Porque nesse período eu dei aula em Saúde Pública, eu dei aula em... acho que apareceram disciplinas de Saúde Mental também, no curso de enfermagem... é, eu dava uma aulas assim tipo avulsas, eu era chamado para dar aula, né?

RL: Aí você foi para a psicologia depois?

RB: Aí fui para a psicologia, pro departamento de psicologia. Aí nessa época que eu saí da Vila Ipiranga. Aí eu fui para psicologia.

RL: Você ficou dando aula lá na psicologia?

RB: Foi, foi. Já como professor do departamento.

RL: Atribuem a você o SPA? Ou parte do grupo que fundou?

RB: Atribuem sim, porque eu... Por quê? Uma que, na época... eu acho que eu era um dos poucos psicanalistas, psicanalista médico, que a psicanálise era propriedade de médicos, que dava supervisão para psicólogos. E o fato também de o pessoal de psicologia fazer estágio comigo, mas faziam porque eu era psicanalista, tá? Eu me lembro até que eu já fiz parte de banca de mestrado da PUC, mas eu era chamado porque era psicanalista, tá? E quando eu fui convidado para ir para o Departamento de Psiquiatria, foi através muito da Beatriz, pelo trabalho conjunto, porque ela era coordenadora de curso e via o movimento dos estudantes de psicologia no estágio. E também a orientação que eu dava para o pessoal de serviço social também, que eu dava para os trabalhos deles. E eu sei que veio esse convite e deu para ser transferido, o Departamento de Saúde da Comunidade não se opôs, porque também viam que a minha situação lá era uma situação um tanto quanto constrangedora. Justamente, eu era professor de psiquiatria, me ver nessa situação. Mas foi uma época muito profícua, muito interessante, uma época boa. E foi uma época... por exemplo, quando eu retornei à Alemanha,

eu fiz uma conferência na universidade, também a convite, né, justamente o assunto da minha conferência foi psiquiatria comunitária. Agora não é psiquiatria comunitária como... eu sei que tem grupos hoje que fazem isso, nem sei se chama psiquiatria comunitária, saúde mental comunitária, algo assim. Era mais uma psiquiatria na comunidade, por aí, integrada à saúde pública e a todas as outras disciplinas que estavam ali.

RL: Então, você voltou para psiquiatria como?

RB: Como eu voltei para a psiquiatria?

RL: É.

RB: É interessante, eu acho que eu apontaria minha volta para a psiquiatria no percurso do meu trabalho com AIDS, né? Porque o meu trabalho com AIDS surge na psicologia, né, como uma resposta da psicologia, do Serviço de Psicologia Aplicada, acho que o próprio departamento também, à AIDS, à demanda que começou a surgir da AIDS.

RL: De atendimento às pessoas...?

RB: De atendimento, exato. De atendimento, né? E de atendimento não só de pessoas infectadas, mas de atendimento de alunos, inclusive de professores também, né, infectados. Quase que uma exigência. E era uma coisa assim encoberta, velada, porque nunca as pessoas podiam ser identificadas, nem se identificavam, não se identificavam como tais, tão com algum problema, mas nunca era HIV, né? E tanto que a resposta

RL: Você ia dizer que a resposta foi pela vida?

RB: Foi, foi. A resposta foi organizar o grupo Pela VIDA, pela valorização, integração, dignidade de pessoas vivendo com AIDS, né? E que se iniciou ali, se criou ali, em Niterói, dentro do Serviço de Psicologia Aplicada. Então, o que acontece? Foi uma resposta, no caso aí, da Psicologia, mas que ao estar no movimento da AIDS... ficou muito claro porque eu comecei no movimento das pessoas vivendo com AIDS, comecei no movimento social, das organizações da sociedade civil, que isso foi uma militância, mas uma militância que eu associei também à universidade, onde os estagiários fizeram também estágio junto a essa resposta, né? Aliás, são estagiários que trabalham até hoje com AIDS em vários setores nacionais e internacionais. E pesquisam, inclusive, também. Gestão também.

E depois, né, quando eu vou para o Ministério da Saúde, quando eu sou chamado para organizar uma rede nacional de pessoas vivendo com HIV e AIDS, uma rede de direitos humanos. E vou para lá para isso, mas depois me torno diretor também do programa nacional. E lá, principalmente lá - mas isso já era uma coisa que eu já vinha olhando na militância, o encontro que existe sempre regional e nacional de pessoas vivendo com AIDS - uma demanda que foi muito específica, me lembro que no evento eles diziam: "mas assistência psicológica a gente tem bastante já, psicológica, psicanalítica, mas nós estamos precisando é de psiquiatra para cuidar da gente, dos nossos quadros infecciosos, neuroinfecciosos". Você tem uma série de infecções cerebrais, especialmente antes de surgirem os anti-retrovirais, isso era muito presente, né, e eram deformadoras, não só deformidades físicas, mas mental também. E isso me tocou. E me tocou de tal maneira que até o comitê que nós tínhamos no Ministério da Saúde, eu chamei outro comitê. Era um comitê já de psiquiatras, né, e que elaboraram inclusive um manual de assistência psiquiátrica, inclusive vinculada também aos anti-retrovirais.

Enfim, se eles podiam ser dados simultaneamente ou não e se havia incompatibilidade. Dessa comissão fizeram parte psiquiatras de várias partes do Brasil, e entre eles o Eduardo Rocha participou desse comitê, e que fez uma publicação. Acho que duas publicações foram feitas. E aí eu acho que começa o meu retorno à psiquiatria, porque aí também eu junto com a Coordenação Nacional de Saúde Mental, nós fizemos projetos juntos com a Coordenação Nacional de Saúde Mental à medida que a gente considerou, através de pesquisas, que os transtornos mentais eles também tornavam as pessoas vulneráveis à AIDS, vulneráveis à infecção pelo HIV. Então, foram incluídos também todos os projetos para a população vulnerável. E com isso também tivemos chance de fazer capacitação a grupos específicos de teatro, por exemplo, Teatro Cabeça Firme, não, como é que chama? Pirei na cena. O Pirei na Cena surgiu daí desses projetos. Reunião de coordenadores, reuniões nacionais de coordenadores de saúde mental também foram apoiadas e financiadas através do Programa Nacional de AIDS. Então, começa esse retorno, essa aproximação com a psiquiatria partiu de uma demanda das pessoas vivendo com AIDS. Pelo menos para mim foi onde a coisa se efetivou e caminhou.

RL: E aí, você?

RB: E depois quando eu retorno, saio de Brasília, dois mil e Dois mil e quando? Em que eu retorno para... 2005, é 2005, quando eu retorno para... Saio do programa de AIDS e retorno para Niterói. Aí recebo um chamado, um convite assim muito fraterno, muito afetuoso, da Maritima. Mas é claro que houve outros chamados: "ah, você podia dar supervisão, você podia coordenar o setor". E eu cheguei dizendo: "olha, eu não estou querendo voltar para o ensino, nem para a gestão, nem para a supervisão, eu queria voltar para a clínica mesmo". E aí eu optei pela emergência, pelo SRI. E foi isso, foi uma opção mesmo assim. Até que houve uma reação grande: "mas como você volta para a emergência assim? É por onde a gente começa você quer terminar?" [risos] Mas foi assim mesmo, dessa maneira, eu nem tenho muita explicação a dar, foi uma escolha.

RB: Você até separar transsexual, de travesti, de - que mais que tinha lá também?

Câmera - Raldo, você não sabe... ?

RB: Não, eu sei, é claro que eu sei. Não, não, hoje eu não sei. Hoje, eu sei que tem mais. Mas na época de separar isso, separar gay, separar gay de michê, de homens que fazem sexo com homens... cara, isso era um exercício psicanalítico, cara.

RL: E você colocava o Serguei onde?

RB: Serguei? [risos]Bobo.

Câmera - A gente está conversando isso, eu me lembrei de uma coisa que a gente estava conversando uma vez e você falou da menina que era um discurso medicalizante, que ela se autointitulava...

RL: Psicoativa.

Câmera - Não, psicoatípica. Ela falou sou isso, isso, isso - várias identidades e psicoatípica. De que essa coisa da denominação cis, cara, vem da ciência dura também, uma química, uma ligação da parada pode ser cis ou pode ser um outro que eu não lembro. E a cis é

tipo o normativo, é tipo a mais forte. Sabe? O conceito da parada da identidade vem de uma parada que tem a ver com a gordura trans e a gordura cis. A gordura trans é a que faz mal porque ela passa por um processo de quebra. É tipo isso.

terceira pessoa - Mas nessas aulas tem uma trans ma-ra-vi-lho-sa e eu a conhecia como tradutora de libras pros surdos do meu projeto, colocaram ela lá. E eu só soube que ela era trans quando teve uma roda de conversa sobre racismo e ela era negra, enorme, um mulherzão bonito, quando ela falou, quando ela falou...

câmera - Você nem tinha percebido...

terceira pessoa - mas aí, resumindo, quando ela foi dar aula sobre a definição de gênero, que aqui no Rio começou, gente, deu um nó na minha cabeça. O que que é gênero, foi a pergunta. Gente, é performance, é performance de de manhã até dormir. Então, um me? Sou filhinho, minha mãezinha me dá café, depois eu tenho que ser macho para enfrentar o cara do ônibus, depois eu sou uma bicha no final, sabe assim na noite, quatro movimentos [não sei se foi esse o termo, se confunde com risos]É isso, é performance.

RB: Eu acho, como psicanalista, ouvir tudo isso que eu ouvia, às vezes tem que resolver, sabe?

terceira pessoa - Até divisão de quarto.

RB: É uma coisa incrível, cara. E frequentemente era assim: "Raldo, você como psicanalista...", aí me apresentava aquela porra do problema, entende, aquele chamado. Às vezes eu dizia, olha, como psicanalista eu não vou te responder não. Olha, tem isso, isso e isso. Às vezes com pesquisador. O exemplo que não me sai da memória foi com dois caras que eram expoentes de pesquisa em vacina anti-HIV e aquela coisa complicada de fisiologia molecular, pa-pa-pá, pa-pa-pá. E que estavam num conflito assim bárbaro e de uma pesquisa que tinha que ser feita, porque tinha que ser terminada, e os dois não se entendiam de jeito nenhum. Um do Rio e o outro da onde mesmo, não me lembro. E cara, eles chegaram com essa história, você como psicanalista vai ter... Eu falei: "ah, não, isso não é psicanalista não, tem isso aí para resolver, vamos lá". pa-pa-pá-pa-pa-pá. E, não, tem que ser assim, vocês têm que parar com isso, não sei que. Aí eu falei, não, agora eu vou dizer como psicanalista. Aí eu cheguei para os dois e falei assim: "que viadagem". [risos] E pra dois carinhas que você conheceu...

RL: Raldo, o que é a loucura?

RB: Loucura? [pausa] Olha, eu falo muita da loucura, eu falo muito dos loucos. Mas, ao falar, é como se eu estivesse falando uma experiência própria, tá? É exatamente assim. Eu estou dizendo isso agora, acho que eu nunca disse isso dessa maneira, sabe? Mas é algo que eu falo como se estivesse falando de mim. Eu às vezes penso nisso teoricamente, né, será que eu sou aquele psicótico que vê a psicose, a própria psicose, sabe, que tá presente na cisão, que sou protagonista também na cisão? Portanto, dizer da loucura é dizer de uma existência muito singular, sabe? Loucura é uma existência e singular, entende? E por isso quando você pensa que tá sempre, isso que se fala, que a loucura está sempre no outro, né, a loucura está fora de você. É um fora mas é um fora existencial, está na sua existência. Então, não dá para falar da loucura partindo dos consolidados teóricos, dos agrupamentos teóricos, do que eles podem ter em comum pelas similitudes de sinais e sintomas e síndromes. É pouco, para mim é pouco. para mim a loucura é rigorosamente singular. É singular. Singularidades existenciais.

RL: Você diria que existem hoje manifestações da loucura ou loucuras que não existiam ou que não se reconheciam e hoje se reconhecem e existem?

RB: Sim, dessa maneira que eu estou te falando, ela... que mesmo quando você pensa em loucuras que existiam ou deixaram de existir, é sempre uma leitura. É sempre uma leitura. É um esforço para dar conta de uma singularidade impenetrável. É sempre um esforço. A gente que tem essa capacidade, a gente que tem essa dimensão, a dimensão simbólica, de poder dizer, falar. Então é um esforço nesse campo, mas que ela não se esgota aí, não se esgota. Quando consegue ser atingida por essa dimensão, ela é apenas uma... dá uma dimensão à loucura, dá um sentido à loucura, mas não dá conta dela.

RL: Entendi. É tão radicalmente diferente...

RL: Nós havíamos parado no momento em que você voltava pra emergência, um retorno ao hospital, depois de 10, 20, quase 30 anos, né? Você saiu na verdade nos anos 70 para ir para a Vila Ipiranga... 30 anos, 30 anos depois? Foi em 2006? E agora você tem um novo retorno, na direção. O hospital mudou nesses 30 anos? Pela sua leitura, o que você acha que é assim o que mudou, se é que alguma coisa de essencial mudou? O que foi, se é que alguma coisa de essencial mudou, no Hospital Jurujuba?

RB: Eu às vezes eu não sei se mudou ou se quem mudou fui eu. Isso oscila. É uma coisa que tem uma existência assim oscilante. Porque se eu penso assim: "mudou, mas mudou o quê?" Então vamos lá, eu mudei. Confunde-se com isso, sabe? Então, hoje essa minha chegada lá que eu cheguei, mas cheguei com uma visão de que eu tinha... que aqueles loucos que eu, numa visão anterior, aqueles loucos com transtornos, com uma psicopatologia, agrupados, definidos, diagnosticados, sabe? E o que mudou é que, eu não vejo só isso em mim, mas eu vejo também nas pessoas que trabalham comigo, um olhar muito mais pela surpresa que nos alcança diante da loucura. É como se isso tivesse sido incorporado à humanidade, sabe? Isso é da humanidade, isso é da humanidade num sentido com letra maiúscula. Mas que tava sempre à parte, como quem se dedicasse à loucura estava dando muito de si numa coisa por paixão, compaixão ou para investigar o desconhecido, investigar o que espanta, sabe? Coisas inclusive da ordem do desejo mesmo, entende? Mas eu hoje vejo muito se partindo de que algo que eu desconheço mesmo, então, o que isso provoca em mim? O que isso provoca em cada um? É claro que num ou noutro isso desperta um afeto, uma compaixão, uma inibição, mas sempre um se voltar para cuidar, para acolher. Hoje eu vejo muito mais uma acolhida, mas uma acolhida do que está para vir. Está para vir a qualquer instante, a qualquer momento, de diferentes formas, sabe? Eu tanto vejo isso no dia a dia, mas também é claro que eu vejo quando isso não acontece, mas é porque eu estou referido a isso. E pode estar acontecendo também, mesmo quando eu não estou... parece que não está acontecendo. E o tanto que passou a ser muito importante para mim de como aquilo está sendo ouvido, como aquilo está sendo produzido, como é isso que a gente está diante, ou seja, a loucura, o inusitado, o estranho. De como isso está sendo ouvido, sabe, e dito. E aí, a loucura fica muito dependendo disso, sabe? Muito mais dependendo disso, né, e eu acho que isso é que faz laço com o louco, ou seja, aquele que está com a loucura ou aquele que está na loucura, eu acho que isso faz muito mais laço do que atos de compaixão só ou puro acolhimento amoroso. Nesse sentido, eu acho que o laço que está na loucura faz, ele faz ainda dentro de uma demanda de amor. E o amor se faz por isso, por aquele que está ali, está sendo testemunha do que está acontecendo. É isso, é isso. E isso é uma experiência pessoal também. Eu me sinto frequentemente um espectador da minha loucura.

RL: Então, como espectador, disso que também é pessoal...

RB: Simultaneamente, espectador e existindo nela, sabe?

RL: Mas isso também é pessoal, ao mesmo tempo é o que você observa, posso dizer culturalmente, você atribui isso a algo que possa ter surgido, mudado, feito isso operar, feito isso aparecer, ou para você isso não tem muita...?

RB: Olha, eu tenho uma tendência muito grande a aproximar isso da minha experiência com a AIDS, que era uma coisa tão espantosa, tão desafiadora, tão fatal e tão desconhecida ao mesmo tempo, e que eu encontrei nas pessoas vivendo com AIDS, no dia a dia com elas, eu encontrei respostas espantosas, entende, a isso, sabe, fatal, inusitado. Então, quando você fez a pergunta cultural ainda há pouco. Então, eu acho que primeiro assim eu daria uma resposta cultural, sabe, eu encontrei isso na cultura da AIDS. Ainda mais que meus contatos iniciais com a AIDS foi através de infectados intelectuais, que tinham um permanente exercício intelectual, tinham uma militância em torno dessa coisa contemporânea. Me espantava muito, por exemplo, quando o Herbert Daniel dizia: "olha, nós estamos diante de algo contemporâneo, isso é de agora, isso não é de antes, isso é de agora, isso é contemporâneo. E os caminhos somos nós quem temos que traçar. Isso é um caminhar, a resposta é um caminhar." Isso me emocionou muito, desde o início isso me emocionou muito. O Herbert Daniel me emocionava muito quando ele falava isso. E isso me fez um laço com o Herbert Daniel incrível. Nós nunca tivemos uma proximidade assim familiar, social, não. Era sempre no ambiente de discussão, de decisão, de militância, de mesas acadêmicas. E sempre isso me tocou muito. Para mim, era uma das mensagens mais fundamentais e essenciais da AIDS, sabe. Então, eu acho que isso - a gente pode dizer que isso é um afeto - e como isso me afetou e quando eu retorno à psiquiatria isso está muito presente. Está muito presente. Inclusive essa acolhida que me apontam muito, que eu acolho muito quem tem transtorno mental, que isso é uma coisa assim quase que automática, né, não há nenhum esforço nisso, é automático isso. Eu só posso fazer tentativas de ter responder.

RL: Esse laço que você mencionou com o Herbert Daniel, esse laço que se dá a partir de alguma coisa que ele transmitia, que ele dizia, me fez pensar no que você estava dizendo sobre o que enlaça hoje com a loucura. Bem, é que eu acho que isso já respondeu à pergunta que eu ia fazer e aí você me confirma isso se você respondeu ou não. A pergunta que eu ia fazer era sobre se você considera que houve e quais que você considera que foram as mudanças que aconteceram então - eu estou tomando Jurujuba como o lugar de referência para observar isso, as mudanças na clínica propriamente? A clínica que eu digo tanto da ética quanto da técnica. O que você acha que foi mais expressivo, se houve alguma mudança expressiva na clínica? E, por fim, do ponto de vista das relações do Estado, da política, com a loucura e com a psiquiatria, tem alguma coisa que você acha que mudou de lá pra cá?

RB: Mudou. Agora, como mudou? É um mudou, mas repara que não é dissociado de uma evolução de um passado, entende? Eu acho que esse próprio passado e a resposta que se dá a esse passado... Por exemplo, se a gente pega como referência o manicômio e a luta anti-manicomial e a reforma psiquiátrica, que se centrou muito em acabar com a atenção manicomial.

Ela produziu, ela teve uma produção que se confundiu muito com se determinar dispositivos, se determinar lugares. E isso é importante ter se determinado. Ou seja, acabar com um lugar e apresentar alguns outros lugares. Aí acontece o seguinte... Mas o que eu acho que é o que há de mudança contemporânea que eu vejo em Jurujuba, eu vejo em Jurujuba, especificamente em Jurujuba, é um questionamento desse início, que foi importante, entende?

Foi muito importante acabar com o manicômio. Eu tava ali também nisso de temos que acabar com o manicômio. Aliás, na época de comunidades terapêuticas, a gente já fazia isso. A Nise já fazia isso, em termos de acabar e a tentativa de apresentar outras coisas. As comunidades terapêuticas tentavam apresentar uma outra coisa. Que hoje isso fala: "ah, mas isso era só uma humanização da ..." Há até uma desqualificação da humanização, né? Mas era um esforço de acabar com isso e apresentar outras coisas, outros lugares que não sejam só o manicômio.

Mas só que, mesmo o que a gente apresenta, a gente tem que estar atento, né, que isso não dá conta, isso não dá conta da loucura. Ela não cabe nisso aí. A loucura continua sendo a existência que foge ao sentido sabe? Então, a gente tem que estar atento para isso. E eu acho que em Jurujuba eu encontro isso, sabe? Jurujuba eu encontro quem diga "não, isso aqui também..." - seja qual for a manifestação que ela se apresente aqui, ela é uma manifestação que se tem a ver com o que se é dado, o que se é ouvido, entende? Mas é uma manifestação na vida, na existência. Que está acontecendo ali e que acontece em todos os lugares, que acontece nas ruas e em qualquer outra parte do mundo, né. Fundamentalmente, isso é da existência humana. Eu sinto... isso aponta uma mudança em Jurujuba que fugiu. Jurujuba não se conteve com uma reforma que pareceu acabada, entende? Não se limita ao que foi instituído. Isso me excita, vamos dizer assim, isso me excita. Eu me encontro aí, sabe? E eu acho até que nossos pacientes de Jurujuba, eles fazem laço com a gente a partir daí. Eles fazem laço.

Porque é uma coisa impressionante também, isso eu posso apontar como indicador de mudança também, essa relação que os pacientes têm com aquele lugar. É um relação de amor, é uma relação de gratidão, é uma relação de algo que não pode acabar. Isso é uma coisa generalizada, é impressionante, é impressionante. A defesa que se faz daquilo, é a defesa de quê? Você não tem nada ali tão agradável assim, você não tem uma arquitetura, você não tem um ambiente, você não tem uma estética interessante, não tem. Mas você tem permanentemente pessoas que mesmo assim reivindicam aquele lugar, temem que aquilo acabe. E que não é de jeito nenhum aquele prédio, aquele lugar, o hospital, aquilo daquele jeito ou aquilo que a gente fica querendo transformar, transformar em outros dispositivos etc. Isso é muito questionado, as pessoas questionam muito isso. Muito, muito, muito mesmo. E isso até que me dá força para quando chegam e dizem "nós vamos derrubar isso daqui", eu digo "mas nós estamos embaixo". Derrubar em cima da gente.

RL: Chamar isso de alienação é se transformar num alienista?

RB: Somos alienados. Podem chamar isso de alienação. Somos alienados.

RL: É isso, né? Está ótimo!

Eduardo de Carvalho Rocha

*Santa Rosa, Niterói.
Outono de 2017*

[RL: Rafael Lazari]
[ER: Eduardo Rocha]

RL: Eduardo, conte-nos como foi sua entrada na psiquiatria.

ER: A minha entrada na psiquiatria se deu a partir de um fato que foi o seguinte: quando eu entrei pra faculdade de medicina, mais ou menos nessa época, o Nobre de Melo estava lançando o livro dele de psicopatologia, um livro grande de capa vermelha. E eu tinha na minha turma uma colega que se interessava já pela psiquiatria, e aí ela resolveu ali falar com algumas pessoas sobre isso e se criou um pequeno grupo de interesse sobre o Nobre de Melo, e aí a gente depois foi até Jurujuba pra conhecer o hospital. E na época a psiquiatria lá estava constituindo, através de alguns professores, no caso era o Erlei e o Elcio, estavam constituindo um pequeno grupo de recepção de alunos interessados. Era um pouco um de conversa geral, como se faz até hoje lá, sobre psiquiatria, algumas vezes até tinha assim... eu me lembro que tinha até entrevista com pacientes e depois se discutia o que os alunos tinham achado sobre aquilo, sobre aquele paciente, e etc... Então a minha primeira entrada na psiquiatria se deu através disso, através do interesse em se ler, entre a minha turma, que na época estava mal começando ainda, era a época da ditadura em pleno momento aí, mais ou menos, do AI 5, então era bem...

RL: Em que ano, mais ou menos?

ER: 70, 70, 1970. Era um ano meio duro, então não havia qualquer tipo de organização estudantil pra poder discutir, falar sobre política... Então a maneira que se tinha de começar a falar alguma coisa sobre a vida cultural, sobre a vida, sobre a cidadania, muitas vezes era através da filosofia. Então o Nobre de Melo vinha com o seu livro, fazendo vários.... Tinha uma introdução bastante grande, uma primeira parte do seu livro era pra falar sobre o que era o pensamento, a história do pensamento, do saber, a história das idéias, então... era um livro que trazia isso, antes da gente entrar propriamente na psicopatologia nos interessava era estudar isso, vamos dizer assim: a filosofia, os fundamentos filosóficos da psiquiatria. Eu comecei por aí. Aí conheci depois o Elcio e o Erlei, que tinham esses pequenos grupos lá que era organizados pela Maria José Saroldi, que era uma psicóloga que trabalhava também junto do departamento na época. Então foi assim que eu comecei nos primeiros anos. Depois eu me afastei, depois a faculdade foi se desenvolvendo, terminei o ciclo básico, e aí fui fazer psiquiatria novamente como matéria da graduação, ainda mantendo um certo interesse, mas ainda na dúvida se eu ia fazer psiquiatria ou não. Teve uma época que eu cheguei mesmo a pensar em não seguir a psiquiatria, me interessei mais pelo cérebro, pela neurologia. Era uma época que eu também dava aula de inglês pra alunos, pra médicos que estavam se preparando para fazer residência nos EUA, comecei a fazer isso, comecei a me interessar, e quase fiz isso, quase fiz uma prova dessas pra fazer residência nos EUA, e aí lá provavelmente eu ia fazer, bom, aí é a residência geral, mas eu tinha um certo interesse na neurologia. Até que na minha época eu tinha que decidir no internato, o internato já era na especialidade. Não é como hoje que o internato é mais geral: você faz o internato em clínica, o internato de alguma especialidade ou duas, mas é um internato generalista, hoje em dia. Na minha época já era um internato na especialidade. Então o internato corresponderia hoje já ao primeiro ano de residência. Aí eu me decidi pela psiquiatria. Aí, fui pra Jurujuba. Foi quanto então eu conheci o Raldo, já conhecia os outros, foi

quando eu conheci o Raldo, porque nessa época quando eu entrei na faculdade, o Raldo não estava, o Raldo estava na Alemanha, fazendo pós graduação na Alemanha nessa época. Então eu comecei por aí e comecei indo pra Jurujuba, fazer internato em Jurujuba no ano de 74, depois fiquei nos anos de 75 e 76 fazendo residência lá em Jurujuba mesmo. Foi assim que eu comecei.

RL: Então sua primeira influência foi o Nobre?

ER: A primeira influência foi o Nobre e isso... o interesse pelos fundamentos filosóficos que sustentavam a psiquiatria.

RL: Eu acho que é “Psicologia e Psicopatologia Geral” o nome desse livro...

ER: Eu acho que sim. É... Depois na verdade ele fez... esse livro dele se transformou, ele fez uma outra parte, que era um mais chamado “Psiquiatria Clínica”, e aí esse livro dele virou um livro em dois tomos.

RL: E foi pela psiquiatria que você teve a sua entrada na psicanálise?

ER: Foi pela psiquiatria. Por quê? Qual era a questão? A questão era o seguinte: a gente... você... na época Jurujuba era um hospital do Estado, que tinha um acordo com a Faculdade de Medicina, particularmente um acordo com o Nobre de Melo, e aí uma parte do hospital ficou reservada, destinada pra a universidade cuidar. Então ali a universidade colocava pessoal, professores, técnicos de enfermagem, professor de enfermagem. Então tinha a cadeira de psiquiatria, a disciplina de psiquiatria que era feita ali, mas a enfermagem também se interessava de fazer a formação de enfermagem em psiquiatria. Não existia o termo saúde mental na época não, o termo era mais psiquiatria. E uma parte do hospital então era destinada, os leitos também, era destinada a cuidar de uma quantidade de pacientes. Então a idéia era: essas duas enfermarias, havia duas enfermarias masculinas e duas enfermarias femininas, que eram mais ou menos ali na frente, seria correspondente hoje ao que é uma parte do SRI, seria essa parte da enfermaria masculina. E a enfermaria feminina era mais ou menos o que era a creche, que agora acabou de ser demolida., aquela parte final do DEP, aquele corredor que entraria ali pra creche, ali eram as enfermarias femininas da antiga UFF.

ER: Mas nessas duas enfermarias, só nas duas a gente tinha cem leitos, pra você ter uma idéia: cinquenta de cada lado. Hoje a gente tem no hospital todo, cem leitos. Isso era só uma parte do hospital, nessa época o hospital podia ter mais de quinhentos, se eu não me engano chegou a ter quase oitocentos pacientes internados. Era muito maior, e bom, havia leito... não tinha leito pra todo mundo. Os pátios eram sempre cheios de pacientes e tal... Mas a questão da psicanálise vem pelo seguinte: qual era a minha questão? A minha questão era, bom, a gente diagnostica, a gente começa a tratar, mas o tratamento é sempre o mesmo, a gente trata com, no caso era haloperidol, clorpromazina, não tinha outros antipsicóticos, a gente espera que os sintomas reduzam, diminuam, mas e daí por diante? O que a gente faz mais quando o paciente começa a voltar, a falar como ele tá, como ele não tá, ou a falar que ele tava deprimido com o que aconteceu a ele depois da psicose. Ou quando ele continuava com seu delírio e muitas vezes eu tava envolvido no delírio. E aí, como é que eu vou lidar com isso? Como eu vou lidar com isso? Então, pra mim surgiu uma questão, que era como é que eu vou, como é que eu vou caminhar junto com os pacientes em relação ao tratamento deles? Foi aí que eu comecei a me interessar por alguma coisa da ordem do que se chamaria uma psicoterapia. Nessa época, Jurujuba já tinha algumas pessoas que já faziam análise, que se submetiam à análise como tratamento. Embora a psicanálise, ali com o Nobre de Melo, fosse alguma coisa meio proibida.

O Raldo, que foi pra Alemanha pra poder fazer pós-graduação em nome da possibilidade de se formar mais, de se aperfeiçoar na linha da chamada análise existencial, Raldo quando volta da Alemanha, volta já com algumas idéias psicanalíticas e isso cria um conflito entre ele e o Nobre de Melo. O Raldo depois começa a fazer análise, começa a fazer uma formação analítica, então, começa a intervir nas sessões clínicas trazendo um referencial psicanalítico, que na época era basicamente um referencial Kleiniano. Que era sempre motivo de uma certa discussão, celeuma com o Nobre de Melo, entendeu? Então, a psicanálise era uma coisa meio... que ficava meio escondida, meio reprimida ali, ali dentro de Jurujuba na época do Nobre de Melo.

Mas as pessoas seguiam. Só que havia uma coisa: as pessoas que seguiam o caminho da psicanálise, que na época, a psicanálise era a psicanálise da IPA, da Internacional, eles acabavam, e teve vários psiquiatras que fizeram isso, eles seguiam o caminho da psicanálise, mas depois eles largavam a psiquiatria. Então é como se dissessem assim: “bom, eu vou subir de vida, vou fazer uma ascensão social, vou virar psicanalista, e não quero mais saber da psiquiatria”. O Lacan tem uma conferência dele de setenta e pouco, se não me engano, que se chama “Pequeno discurso aos psiquiatras”, e que ele chama atenção em relação a esse movimento que os psiquiatras fizeram numa época, que era esse. A psiquiatria passou a ser, vamos dizer assim, o patinho feio, o troço que não dá futuro. Então o cara virava psicanalista e largava os hospícios, largava a prática psiquiátrica propriamente dita para ser psicanalista. E os que ficavam, os chamados psiquiatras clínicos, tratavam os pacientes, mas basicamente tratavam com o que? Tratavam com medicamentos. Então o psiquiatra clínico supostamente era esse que, era aquele que sabia medicar um psicótico. Você vê como que é a loucura, o psiquiatra clínico era esse. Aí o cara dizia: “vou ser psicanalista, mas vou ter um consultório ainda onde vou fazer psiquiatria clínica”. Psiquiatria clínica que era receber pacientes para poder medicar. Mediar, claro, adequadamente, mas basicamente pra poder medicar. Os ambulatórios todos, na verdade, eram feitos dessa maneira: para controle medicamentoso de pacientes egressos de internação, psicóticos... Então a psicanálise chaga assim, chega pra mim assim, por conta de uma necessidade de me fundamentar, de me formar pra tentar acompanhar meus pacientes e entender um pouco mais o que eu poderia fazer em relação ao tratamento deles.

RL: É importante que você possa dizer quais foram os lugares institucionais que você ocupou no hospital.

ER: Primeiro como interno, depois interno residente que foi até 76. Aí nessa época, o que aconteceu? O Raldo saiu de Jurujuba meio proscrito e foi trabalhar num centro comunitário no Fonseca, na Vila Ipiranga. E ali criou um certo ambulatório. Que aí é meio quando começa um ambulatório já... como era pra se distinguir da psiquiatria... porque é isso, a saúde mental surge quase, pelo menos entre nós, surge como um contraponto ao que seria a psiquiatria asilar, a psiquiatria medicamentosa, essa psiquiatria, vamos dizer assim, mais fechada.

Surge então a saúde mental, o ambulatório, onde ali era um ambulatório onde se recebia mães trazendo os problemas dos seus filhos, gestantes com seu problema durante a gestação, psicóticos, tudo. Então era esse grande ambulatório de saúde mental, e o Raldo foi atender lá, como ele era professor, alguns de nós já tínhamos um vínculo com ele, uma relação com ele, uma transferência com ele, eu, por exemplo, consegui que em parte da minha residência eu também ficasse fazendo esse ambulatório lá. Era um ambulatório meio comunitário, isso era 76.

Essa época, era a época em que também há uma eleição aqui em Niterói, é uma época em que você não deve se lembrar, e uma época em que o MDB, o antigo MDB, passou a ser um partido de oposição, e começam vários movimentos políticos, um período em que começa

a abertura política, as oposições começam a se candidatar e a ganhar alguns governos. E o Moreira Franco, o seu querido Moreira Franco, hoje faz parte do governo (referindo-se ao governo Temer), ele era do MDB, era oposição, ele e Saturnino, me lembro bem, Saturnino se não me engano era candidato a senador, ou deputado, e Moreira Franco candidato a prefeito de Niterói. E ganhou a eleição. E o Moreira quando ganhou, ele veio pra fazer um governo um pouco assim, pra, pra, com a perspectiva de fazer um governo novo. Ele era muito jovem também, e um governo novo, e resolve chamar, por exemplo, o Tomassini, que era um professor – é um professor, ainda é vivo – sanitarista da UFF pra escrever um programa de saúde. O Tomassini que trabalhava com Raldo, chama Raldo pra escrever um programa de saúde mental. Aí é quando eu to trabalhando com Raldo, e eu escrevo junto com o Raldo esse programa de saúde mental.

RL: em 76!

ER: Em 77! Em 77. Eu tinha acabado a minha residência. Então a gente escreve um esboço de um programa de saúde mental pra poder ser implantado junto de uma política de saúde que o Tomassini propõe na época, que seria uma política, vamos chamar, de atenção básica em saúde. Porque o município na época não tinha nada de saúde. Tudo isso é pré constituição de 88.

É no movimento ainda municipalista, mas pré constituição de 88. Então a gente escreve esse primeiro esboço de programa à luz da nossa experiência na Vila Ipiranga, ou seja, pra tentar, na medida em que o programa de saúde implicava na instalação de módulos, não eram módulos, no caso era a instalação de unidades, a gente chamava de unidades de atenção primária. Unidades de atenção primária em saúde nos bairros da cidade, o planejamento era instalar vários, como se fosse um cinturão de unidades de saúde na cidade. E os médicos seriam selecionados para trabalharem como sanitaristas, em tempo integral, para um trabalho comunitário com agentes de saúde que seriam recrutados e formados na própria comunidade. Aí está o esboço da saúde da família, da estratégia de saúde da família, tá aí: 1976, 1977. A gente entrava, na saúde mental, junto com os médicos, pra poder estar junto com os médicos atendendo, o que hoje a gente chamaria de matriciamento na estratégia de saúde da família, na época era ainda a velha interconsulta que tinha entre médico e psiquiatra, clínico e psiquiatra, pra discutir as situações clínica e tal...

RL: Esse programa pra Niterói, é esse que Maritelmã também estava participando?

ER: Não, esse é outra coisa. Outra coisa... Isso aí ainda é lá em 77, por aí assim...

RL: Não é o Programa Niterói ainda, né?

ER: Não, não. Esse é um programa de acompanhar, de formar os médicos, de estar junto, atender junto. Às vezes eu fazia, e era eu só, era eu só... eu acabei sendo contratado pelo Tomassini, pra trabalhar na secretaria de saúde, para tocar adiante esse programa. E o programa era eu só. Até porque não tinha unidade de saúde, eu ia junto com os médicos que estavam começando. A gente ia pra um território, escolhia, conversava com as pessoas, acompanhava, fazia um levantamento de saúde acompanhando a implantação da unidade de saúde. Depois quando começava, nos atendimentos. Então eu tinha um trabalho um pouco, meio assim, rodízio, eu ia, a cada dia eu ia numa unidade com os médicos dos casos, eventualmente eu fazia algum atendimento ambulatorial. Na época, algumas pessoas mais jovens começaram a se interessar em fazer disso um certo estágio, então eu tinha umas pessoas que era estagiários voluntários, e iam comigo também. Então isso foi o que a gente foi constituindo enquanto um

esboço de um programa de saúde mental dentro das chamadas unidades básicas de saúde, unidades primárias de saúde que tinham em Niterói. Então, isso é nessa época. Eu então sou contratado pela prefeitura, pra isso, e ao mesmo tempo nessa época eu fiz concurso pro serviço público federal, passei, e fui trabalhar no centro de reabilitação profissional que é do INSS, que na época... hoje tudo isso tá ali naquela área onde é o CPN, Na época eu fui trabalhar no Fonseca, na Benjamin Constant, ali no início da Benjamin Constant, onde hoje é também uma agência previdenciária, ali eu fui trabalhar com reabilitação profissional, ou seja, pacientes que era epiléticos, psicóticos, etc e etc, que não podiam mais continuar trabalhando onde trabalhavam, então eles iam para uma equipe de reabilitação com vistas a tentar realocá-los, treiná-los, acessibiliza-los para que eles pudessem voltar a trabalhar em outra profissão. Então eu comecei nisso, mas... eu estava muito entusiasmado com o trabalho da prefeitura, me ofereceram trabalhar lá em tempo integral, quando a gente foi trabalhar lá a gente tinha um salário muito bom, então eu fiquei nisso... é... e o trabalho que eu tinha na previdência não era nem um trabalho ruim não, pois tinha muita gente que fez concurso comigo nessa época e foi trabalhar naqueles grandes ambulatórios, em que você tinha que atender trinta a quarenta pessoas, e eram aquelas filas imensas, aquela confusão, sempre dava briga, então as pessoas não queriam atender, não queriam ficar, e eu nem tinha que ficar num negócio desses. Mas o trabalho meu na prefeitura na época, eu estava muito animado, muito bom, muito estimulante, e eu aí pedi demissão do meu vínculo federal e fiquei só com meu vínculo na prefeitura.

Só que no decorrer do governo Moreira Franco, ele mudou de partido, ele se associou a ARENA...

RL: Já nessa época?

ER: E aí houve uma situação muito complicada no município, pois aí esse projeto todo começou a ser mais, mais com esse agenciamento mais politiquero, menos sanitário. Aí o Tomassini saiu, eu ainda fiquei, eu ainda fiquei um tempo, e aí é quando, isso aí já no início dos anos 80... é isso... é quando então, esse período foi um período meio negro, porque é período em que vem Waldenir de Bragança como prefeito também, é um período negro assim, o município muito desinvestido, foi um período difícil de sustentar o trabalho aí... E nessa época eu, um pouco desisti disso. Eu acho, inclusive, que nessa época foi um período em que eu pedi licença prêmio, depois licença sem vencimentos, me afastei do serviço público durante uns três ou quatro anos.

Fui me dedicar exclusivamente à psicanálise, junto com outros colegas, inclusive com Raldo fundamos uma escola de psicanálise em Niterói, aí já nos anos 1980. Aí dessa época a gente já tinha conhecido Lacan, no sentido de que já tinha conhecido o trabalho de Lacan, alguma parte da obra de Lacan. Começamos a estudar e fundamos essa escola aqui e eu passei a me dedicar a isso. Passei a me dedicar a isso. Enquanto isso aconteceram coisas importantes, houve a Constituição de 1988, os municípios passaram a assumir uma responsabilidade que não tinham até então...

RL: Nos anos 1980 então, você não estava no HPJ?

ER: Não, não, não. É quando nesse período também, que começam a acontecer as primeiras articulações interinstitucionais de se fazer uma gestão consorciada, uma gestão compartilhada, uma gestão... é... é onde surge o Projeto Niterói como uma experiência interinstitucional de descentralização do SUS e de gestão compartilhada. O Projeto Niterói surge assim. É a experiência do Projeto Niterói, que são vários anos, e que acabou sendo o Gilson Cantarino, que acabou sendo um dos grandes, um dos últimos... acho que o último foi até a Maritella, mas um dos últimos secretários executivos... então quando tinha essa

experiência, é que acontece o que? É quando surge Jorge Roberto Silveira, novamente com a perspectiva de um governo municipal mais avançado, mais progressista. É quando então se dá o segundo passo na direção de uma reforma sanitária no município, com o Gilson Cantarino entrando pra secretaria de saúde pra implantar, aí sim, a municipalização de toda a rede de serviços de saúde de Niterói, que sempre foi muito grande em comparativamente aos outros municípios aqui da região, porque Niterói era a capital, então Niterói herdou grandes ambulatorios do governo federal, herdou hospital federal, herdou hospitais estaduais como o Getulinho, o próprio HPJ, aquele de tuberculose que tem aqui no Barreto, esqueci o nome dele agora.

Bom... então esse é um período de municipalização, de mudança dos investimentos e das verbas da saúde que passaram a vir da constituição, e pros municípios né... A gente precisa ver isso, os municípios a partir da constituição, eles passaram a ter um tipo de responsabilidade e um tipo de repasse de dinheiro que não tinha antes. Os municípios basicamente viviam de IPTU, e era uma coisa né... Eu diria que é o... o... o Gilson, vamos dizer assim, é quem lidera o segundo movimento de reforma sanitária em Niterói, que implica propriamente na municipalização. É nesse período, e aí já é início dos anos 1990, e eu estava de licença na época, e eu sou então chamado novamente, por eles, pela Suely Azevedo que na época ocupava lá uma função de direção de um dos... da Fundação Municipal de Saúde que estava sendo criada. Me chama, se eu não tenho interesse de voltar a trabalhar numa função de supervisão de equipes, porque eles estavam também querendo implantar novamente um programa de saúde mental, e quem era coordenador de saúde mental na época era o Paulo Fagundes, entendeu? E aí é quando eu volto pra essa função de ser supervisor programático da saúde mental, isso aí nos anos 1990.

ER: Eu conheço a Suely Azevedo de um grupo de discussão que a gente tinha sobre a psiquiatria. Inclusive nessa época a gente fez um movimento de assumir a associação fluminense de psiquiatria, que era um órgão que existia dentro da associação médica fluminense. Então a gente fez chapa, fizemos jornal. Então, um movimento assim... de vamos, dizer, de enlaçar os psiquiatras, os mais jovens, em torno de um debate de uma psiquiatria que pudesse ser, de um debate de uma reforma da psiquiatria, de uma psiquiatria que pudesse ser mais humana, com seus tratamentos mais humanos. A idéia era essa, nessa época a gente já estava mais tomado pela psicanálise, pelas chamadas reflexões institucionais da própria psiquiatria, Foucault...

A partir disso a gente criou grupos, a gente criou um grupo em que a gente se encontrava quase toda semana em um lugar pra, ou era o consultório de alguém, ou algum pequeno lugar, pra poder começar a discutir, trazer pessoas pra discutir com a gente sobre isso, sobre psiquiatria, sobre prática na saúde mental... E nessa época fazia parte desse grupo a Suely (Azevedo), o Julio Cesar que depois também foi diretor lá de Jurujuba, o Henrique Bonn que também foi diretor de Jurujuba... Esses três depois vieram a ser diretores de Jurujuba, vieram a assumir a direção de Jurujuba lá no final, numa determinada época dos anos 80, quando a Universidade e o Hospital através de um diretor da época, denominado Jorge De La Rocque, era um diretor que não queria mais o convênio com a Universidade, e vamos dizer, expulsa a Universidade lá de Jurujuba.

E ele fica lá até que o Brizola assume o governo do Estado, e vem com uma política sanitária, tinha um sanitarista lá na época que vinha com uma proposta de fazer uma política sanitária, de reforma sanitária do estado, e aí o Julio, a Suely e o Henrique, que faziam parte desse nosso grupo de movimentação, de militância propriamente na área, assumem a direção de Jurujuba com a perspectiva de fazer uma reforma institucional em Jurujuba, abrindo as enfermarias, estabelecendo assembleia geral de pacientes, e de funcionários, entendeu? Fazendo a proposta de transformar o hospital em um hospital mais de agudos, fazendo a proposta de abrir concursos públicos pra selecionar profissionais pra trabalhar lá, porque na

época o corpo técnico era muito reduzido... Então a Suely era já minha amiga desde essa época disso. Então, depois de ter ficado lá, ela passou a ficar nessa área da política do serviço público, ela foi trabalhar com o Gilson, e é quando ela estava lá que ela me chama pra voltar pra secretaria de saúde nessa função de supervisão. Quando eu volto pra supervisão, acho que em 1990 ou 1991, coisa dessa, e aí então é que, como já coordenador de saúde mental, eu começo a intervir, a tentar colocar algumas coisas em prática. O Paulo Fagundes sai da coordenação pra ser diretor do CPN, eu fico na coordenação de saúde mental.

O Hugo Fagundes é quem passou a ser o diretor lá de Jurujuba, eu fico trabalhando com ele uma época, mas eu achei que não tava dando certo, porque na verdade eu tinha sugerido, tinha indicado uma equipe grande de pessoas pra poder trabalhar com ele lá, e essas pessoas não estava conseguindo trabalhar direito com ele, havia um... havia... estava com problema. Aí eu, eu, digo pro Gilson então que eu quero ser então, quero ir pra direção do hospital. Então eu fui pra direção do hospital. Aí é quando o Hugo então... eu entro pra direção do hospital, isso é 1992, então eu volto pra Jurujuba então nessa função em 1992, e aí é isso, o hospital já é outro, o hospital... Aí nessa época o hospital já é um hospital meio... vamos dizer assim, já é um hospital melhor equipado em termos de recursos humanos, com muito menos leitos, dentro de uma política, que era uma política na época, municipal e estadual, que era de transformar o hospital psiquiátrico em um hospital de urgência, em um hospital de agudos.

Os pacientes de longa permanência então, ou voltavam pra casa ou eram transferidos pras colônias que haviam, no estado tinha três na época: tinha Carmo, Rio Bonito que era privada, contratada, e tinha, além de Paracambi, tinha também uma que ficava lá na Rio-São Paulo também... a colônia de Vargem Alegre. Essa era a pior de todas.

Mas a política era essa. Já tinha muito menos pacientes, já tinha uma equipe maior, basicamente de funcionários federais, havia na época do Projeto Niterói, conseguiu-se implantar dentro dessa política de articulação interinstitucional em três níveis, municipal, estadual e federal, conseguiu-se implantar, quando foi feito, quando o Centro Previdenciário de Niterói - CPN - foi feito, foi uma grande obra, grande obra, onde ali se centralizou todos os ambulatórios de psiquiatria que havia em Niterói. Centralizou-se o SAMDU, na época não era SAMU, era SAMDU, se centralizou ali também. As várias clínicas médicas que havia. Então, na época Niterói tinha vários postos de atendimento médico espalhados, e eles foram todos centralizados ali, com exceção do da Engenhoca. Então se fez um grande ambulatório, grande mesmo, e quando se fez isso, na época tinha uma equipe de saúde mental dentro do Projeto Niterói, que tinha uma proposta, que era uma proposta de implantar uma emergência psiquiátrica dentro do CPN. Então junto com a emergência geral, implantou-se uma emergência psiquiátrica lá, isso no início dos anos 1980. Dentro dessa política do Projeto Niterói.

RL: Então não havia emergência psiquiátrica?

ER: Não. Não havia emergência psiquiátrica. O paciente era atendido na emergência ou ia direto pro hospital, e depois o supervisor passava lá e autorizava. Era assim que era. Então centralizou lá. Foi nessa época inclusive que Maritelma foi trabalhar como enfermeira dessa emergência, e bom... Essa emergência, ela durou do início dos anos 1980 até praticamente, o meio, até quando a gente levou a emergência lá pra Jurujuba. Então ela durou uns 15 anos. Mas ela passou por momentos muito díspares. Porque havia equipes, médicos, vamos dizer assim, firmes e tal. Ela sofreu um boicote das clínicas de Niterói, que na época começaram a boicotar não oferecendo vaga. Não davam alta, não ofereciam vaga, então a emergência não tinha como lidar com as crises com a indicação de internação. Parou de internar. Jurujuba na época era um hospital praticamente fechado. Porque nessa época Jurujuba passou por uma grande obra de reforma, então se destruiu muitas partes de Jurujuba, e não terminou a obra, as obras não terminaram.

Foi na época do Moreira Franco, como governador dessa vez. Então ele fez obras em vários hospitais mas que começaram e não terminaram. Então ficaram várias sucatas. Então Jurujuba ficou com uma parte que funcionava, e com toda uma área sucateada, que não funcionava, esperando terminar. Dessa área, uma parte foi cedida pra creche, outra parte foi cedida pra fazer o CIEP. Outra parte nós fizemos reforma e colocamos o SRI lá, a emergência. Outra parte foi demolida, entendeu? Então, as coisas foram feitas assim. Então, quando eu fui pra Jurujuba, tinha um corpo de funcionários que era, essencialmente estadual, tinha um número de leitos que era menor... Pra você ter uma idéia, Jurujuba tinha na época, de leitos, quando eu fui... a gente tinha duas enfermarias, masculina e feminina, cada uma tinha 45 leitos, mas a feminina não tinha 45 leitos, eu não tinha o leito físico, só tinha 15 leitos físicos.

Tinha 45 vagas mas não podiam ser usadas, então a gente tinha um hospital público que não recebia pacientes. Porque os plantonistas diziam “não... não dá pra mandar hoje, porque não tem vaga, não tem isso, não tem equipe de plantão, não sei o que... faltou água”. Era uma dificuldade, era um hospital fechado pra rede pública. Ou seja, pra própria emergência. Então a emergência do CPN começou a bater pino, e fez uma crise, porque os psiquiatras que trabalhavam lá começaram a desistir, então houve um retrocesso no funcionamento da emergência do CPN, e aí o retrocesso significou o que? Novamente a autonomia das clínicas privadas, delas administrarem seus próprios leitos. Então, era uma emergência que a gente ainda chegou numa época, através do Paulo Fagundes que foi diretor lá (CPN), o Hugo Fagundes em Jurujuba e depois eu, em tentar fazer uma associação pra renová-la, colocar mais gente, transferir enfermagem pra lá... Só que aconteceu o seguinte: a gente teve no início dos anos 1990 a epidemia de AIDS e a epidemia de DENGUE, que começaram a ocupar demais os leitos da emergência do CPN, com esse tipo de clínica, e aí cara... o que era da psiquiatria dançou. E aí já não tinha psiquiatra todo dia no plantão, já não tinha equipe de enfermagem....

Todos os leitos que precisavam ser usados, era a época da AIDS que não tinha ainda antiretroviral pra você poder controlar, então eram pacientes graves que ficavam, entravam e morriam. Não tinha nem enfermaria de SIDA ainda lá, não tinha nada disso, então era brabo... E aí esse período foi um período negro, um período negro. Até que a gente resolveu o seguinte: o Jurujuba passou a ficar fazendo assim, uma emergência... proforma. o paciente chegava lá no CPN, mandavam pro plantonista de Jurujuba, pra poder Jurujuba, entendeu, internar ou avaliar e decidir pra onde internar. Então a gente começou a fazer uma porta de entrada, sem ser propriamente uma porta de entrada. Foi quando então a gente começou a constituir uns ensaios de como constituir porta de entrada lá. Na época então o Jacinto entrou nisso, pra poder ajudar a fazer isso, até que em 1995, acho que foi isso, 1995... Antes, a gente, claro, a gente negociou pra fazer obra, fizemos uma obra pra terminar uma parte dessas onde era escombros, e aí em 1995 a emergência foi pra lá. O que foi pra mim, do ponto de vista do impacto na política de saúde, a emergência ter ido pra lá foi fundamental.

ER: Você não controla. Se o investimento é um e se você precisa usar aquele investimento para poder implementar políticas de atenção comunitária, não só atenção hospitalar. A gente tinha que controlar as internações hospitalares, entendeu? Tinha que fazer isso. E a gente só faria isso se a gente passasse a ser quem decide quem vai internar onde. Para poder diminuir leito das clínicas privadas, para poder controlar as internações. Então, para mim, o maior impacto, em termos de política de saúde, que a gente conseguiu fazer não foi equipe de saúde mental em unidade básica, não foi (muito menos) as equipes que hoje existem de saúde da família, não foi isso. Que foram anteriores. Pra mim o grande impacto foi quando a gente... Esse impacto já tinha sido dado no início dos anos 1980, isso foi mostrado. Tem um médico lá do IPUB (esqueci o nome dele agora, acho que é Alan, esqueci o nome dele não é Alan não, Ivan, Ivan alguma coisa), ele foi professor lá, ele na época fez um trabalho mostrando nos três anos, 81/83/84 ou 83/84/85, se não me engano. Ele pega três anos de funcionamento da

emergência do CPN e mostra a diminuição do número de internações e mostra o quanto isso afetou os interesses das clínicas privadas, aí o boicote e tudo mais e a falência da emergência por conta disso.

Então, esse impacto a gente já tinha tido antes, mas a gente só conseguiu voltar novamente a ter o impacto e garantir o impacto (a questão era garantir) e eu acho que só foi possível garantir porque foi Jurujuba que fez isso. Porque se a gente continuasse com a emergência em um lugar e o hospital longe... porque a partir do momento que a gente instalou a emergência lá, o paciente tinha que ficar ali, a briga era ali, interna ali. Não dava para ficar "ah, não tem leito, não tem vaga, ou não pode", não, eu estou dentro do mesmo hospital, eu vou internar. E aí, eu acho que esse foi o grande impacto que permitiu a gente botar a mão e controlar as internações, reduzir o número de leitos e, claro, a partir disso, começar a reforçar e a implementar os CAPS, os ambulatórios alguns já existiam, outros foram implementados a partir de então e as coisas foram assim. Então, meu retorno para Jurujuba se dá em 1992. Tem um período aí de 1976 a 1992 em que eu fico na Secretaria de Saúde, sem entrada no hospital, sem ter nenhuma relação com o hospital. E eu volto para ficar no programa de saúde mental, dando supervisão ambulatoria, mas aí depois eu volto a me interessar pelo hospital. E quando eu volto, já para mim era muito claro que eu voltava com uma proposta de ensino também, de retomar o Jurujuba com uma proposta de formação. Para mim isso era muito claro.

Na época em que eu volto para lá, estavam lá no hospital Maria, Otávio, Júlio Vertzman foram psiquiatras que fizeram parte do primeiro concurso de psiquiatria que a fundação fez, o próprio Hugo Fagundes. Hugo, Maria, Otávio, Julio, várias dessas pessoas.

RL: Primeiro emprego de todo mundo, né?

ER: É.

RL: O Otávio falou isso um dia... É interessante porque a gente acabou entrando em outras perguntas, isso é muito bom.

RL: Eu estava pensando, então quando você voltou em 1992, você encontrou um hospital fisicamente mudado...

ER: Mas ainda sucateado.

RL: Sucateado, menor, sucateado, com um corpo profissional maior...

ER: Maior e que depois foi sendo incrementado aí a partir de então só com profissionais do município, admitidos pelo município. Isso vai assim até 1995/1997, quando, no final dos anos 1990, a gente já não tinha tantos concursos, o estado já não botava ninguém mais, já ficava muito pior. aí a gente começa a fazer algumas... Mas o IFB já entrou numa perspectiva, porque nessa época eu era também coordenador de saúde mental, quando eu entrei em 1992 lá, eu era coordenador de saúde mental desde 1991. Então eu fiquei acumulando essas funções de coordenador de saúde mental e diretor do hospital. Fiquei nisso até 2000 e pouco. Foi quando, então, eu convidei Fernando para ele vir, para ele ficar junto comigo e tal. E aí foi depois que ele assumiu de ver e ficou na coordenação. Mas nessa época, quando o IFB veio, ele já veio numa perspectiva de nos ajudar a implantar uma rede comunitária, uma rede de CAPS, um trabalho... Tanto que o primeiro trabalho que a gente fez com o IFB foi para poder implantar um programa de acompanhamento domiciliar. Porque a gente viu, a partir da experiência nossa na emergência, que tinham muitos pacientes nossos que ficavam voltando para reinternação

porque não tinham um suporte no território, suporte mesmo de alguém que fosse lá, visse que ele estava tomando o remédio, que levasse ele ao ambulatório, aquela coisa.

Então, o IFB fez uma pesquisa, um levantamento sobre isso e, logo depois, fizeram uma proposta de implantação de um programa desse, onde esses acompanhantes domiciliares iriam desenvolver o seu trabalho nos ambulatórios e nos CAPS. Então, começa o programa de acompanhamento domiciliar, que é o primeiro convênio que a gente faz com o IFB. A partir desse primeiro convênio, a gente foi fazendo outros, que eram convênios para nos assessorar na implantação dos CAPS, na formação de recursos humanos, na supervisão de recursos humanos, e depois inclusive na suplementação de recursos humanos. Foi quando, então, aí foi através desse convênio que a gente conseguiu implantar o CAPSi, o CAPSad, melhorar e reforçar o CAPS Herbert de Souza, que já existia, o CAPS Casa do Largo também. Então, esse era o convênio e era através do convênio IFB que a gente tinha possibilidade de suplementação de recursos humanos para essa rede.

ER: 2002, daí por diante é quando o Fernando vem para cá e depois assume a direção. Acho que é a época também que o Godofredo assume a prefeitura. Vem o Tenório e mais o Chico D'angelo. O primeiro governo deles é um governo em que eles de fato investiram na saúde mental. A gente fez reforma daquele prédio lá do Fonseca, que é um prédio da antiga sede, que foi feito um comodato, uma coisa lá, para residência terapêutica. Não, foi o CAPS, o CAPSad, entendeu? Aquilo lá era um prédio lá, era o antigo museu da antiga Cerj, e depois a gente conseguiu um aluguel barato, nem sei como isso está, mas aquele prédio lá era da Ampla.

E aí fizemos a reforma lá e implantamos o CAPSad. Alugamos aquela casa lá no Ingá, onde foi feito o CAPSi. Depois alugamos aquela casa no Largo da Batalha onde foi implantado então o CAPS Casa do Largo, que vivia antes largado ali na antiga área chamada Vaca Mecânica. O Herbert de Souza mudou praquela casa, que era uma casa própria. Então, esse foi um período de grandes investimentos. Programa de atendimento domiciliar continuou. Mas esse investimento todo pautado nos recursos humanos do IFB ou nos recursos, vamos dizer assim, de servidores propriamente ditos. Com a crise do IFB, com o questionamento do Ministério Público e do Tribunal de contas sobre esses convênios e tudo mais. Aí veio toda a dificuldade de gerência desse recurso humano que passou a ser, até ano passado, todo feito por RPA, e com todas as dificuldades de RPA. E desde então, desde essa época, se eu não me engano, acho que desde 2000, não fez mais recurso, não fez mais concurso, não contratou mais ninguém. A Secretaria de Saúde, quer dizer a Fundação, chegou a fazer eu acho que uns 2 ou 3 concursos públicos para poder formar o seu corpo de servidores. Mas, você vê, já não faz isso há mais de 10 anos, há uns 15 anos, então é uma instituição que está ficando sem corpo de servidores próprios dela para poder, vamos dizer, transmitir um trabalho, formar um outro, receber os novos, formar os novos. Entendeu? criar uma linha de transmissão. Então, isso é um problema. Isso vai ser um problema. Bom, esse é o problema que todo mundo está enfrentando.

RL: Dessa mudança, que você viveu lá em Jurujuba desde então de 1970, quais são as mais significativas, do ponto de vista da assistência pública, da doença mental? O que você acha que é mais significativo? Ou quais são as mais significativas?

ER: Vamos dizer assim, do ponto de vista, se eu pudesse olhar do ponto de vista do paciente, eu acho que as mais significativas foram essas modificações assim no sentido de, bom, tem um certo limite, uma certa adequação mínima em relação aos leitos, não ter aquelas infinidade... Ou seja, antigamente o que que era? Você botava os pacientes para dentro e, bom, fechava a porta. O fato de você ter criado equipes responsáveis por cuidar, equipes de assistência responsáveis por cuidar dos pacientes, isso eu acho que foi importante. Isso já vem

lá desde os anos 1990, não fui que eu que fiz isso. Eu já cheguei... essa estratégia de cuidar do paciente através de equipe multiprofissional, ela se instalou já, eu diria, nos anos 1980.

E ficou. Hoje inclusive numa proporção muito diferente. Hoje inclusive ela é uma política disseminada em toda política de saúde, do Ministério da Saúde inclusive. Então, hoje não há que se veja que não seja feito através de equipe multiprofissional. Então, tirou o foco única e exclusivamente do médico e introduziu outros atores, outros protagonistas no cuidado. Isso foi importante, eu acho que foi muito importante, e eu acho que isso fez com que os pacientes passassem a contar com algum tipo de tratamento, de acolhimento, um pouco mais humano. Não quer dizer que a violência das equipes, a violência das instalações, isso ainda não continue existindo, acho que ainda existe. Ainda existe muito. A violência que é desde a violência propriamente que é você se dirigir ao outro de uma forma inadequada, agressiva, etc e etc, ou a contenção.

Mas às vezes há um outro tipo de violência que é a violência da omissão, ou seja, em que você não protege o paciente adequadamente, não evita que determinadas coisas... não leva em conta que se trata de pessoas que estão desorientadas, transtornadas, entendeu? E que elas precisam ser cuidadas, precisam ser em certo sentido até curateladas num certo tempo em relação até as suas atividades de vida diária, porque ela não tem condição de se orientar, por exemplo, para ir no banheiro, para poder comer, para poder às vezes fazer uma coisa, fazer outra, elas precisam de ajuda. Então esse tipo de cuidado é muito difícil conseguir fazer com que isso avance, entendeu? Então essas equipes são equipes que eu acho, do ponto de vista, a relação entre a equipe e o paciente ela é imensa, imensa, às vezes você tem mais gente na equipe do que paciente, entendeu? Então, você tem mais relação entre o número de equipe e o número de leitos que é excepcionalmente razoável. Mas isso não se traduz numa intensividade de um cuidado correspondente. Seja porque os pacientes... tem muita gente, mas as pessoas não vão lá todos os dias, as pessoas não estão lá direto. Então isso é um problema.

Isso para mim é um ponto de resistência, não avançou. Isso não avançou. Avançou ter equipe, mas as equipes pararam em determinado ponto. Além disso, as equipes ficam muito em torno de seus umbigos falando das suas psicologias, das suas hipóteses, não sei o que, e cuidando menos do paciente, sem ver os problemas concretos do paciente, eu acho. Então, isso é um ponto de resistência. O outro ponto complicado é o psiquiatra, na medida em que ele sai ali do ponto central, muitas vezes ele passou a se omitir e a ficar sem.. abriu mão da sua autoridade e do seu trabalho de formação, para poder cada vez se autorizar mais no seu trabalho, ficou muito restrito e muitas vezes muito secundário até. Então você vê que muitas vezes você tem psiquiatras... Você tem faltas de psiquiatras, você tem psiquiatras que são omissos, etc e etc.

Houve esse problema também lá. O outro impacto... Então, a equipe e uma certa melhoria das instalações, isso eu acho razoável. Por exemplo, poder decidir uma época, "olha só, o paciente vai comer o mesmo que a gente comer, porque não tem esse negócio de duas comidas aqui, comida para paciente e comida para técnico. A comida, o cardápio é único". Isso não era sempre assim, entendeu? Você tinha a comida do paciente e tinha a comida para... Então, num determinado momento, "vamos parar com esse negócio. É a mesma comida". Então, essas coisas mínimas que se precisou fazer e que hoje ninguém nem pensa, hoje ninguém nem sabe que eram diferentes. Mas... Hoje o paciente pode ter uma comida diferente porque é dieta não porque ele vai comer cachorro-quente, enquanto nós vamos comer bife acebolado. Não é assim. Bom, isso eu acho... Do ponto de vista do funcionamento do hospital, sem dúvida nenhuma a implantação da emergência lá, eu acho que foi decisiva para que o hospital pudesse vir a ter um lugar na cidade, que antigamente o Jurujuba era isso, era o rebitário, era o lugar dos loucos, era um lugar degradado. Então eu acho que a emergência fez o hospital vir a ter um lugar digamos assim de reconhecimento importante.

Embora seja um lugar que nos dá mais trabalho, mas ao mesmo tempo é o lugar mais sensível e importante. Importante assim porque é ele que está ali na porta da cidade com o dispositivo psiquiátrico propriamente dito, ele que tá ali. Então, ele é importante, dá visibilidade, ele causa impacto, é um lugar importante de formação, as pessoas gostam de trabalhar lá por conta da sua formação, é um lugar dinâmico, com todas as mudanças que houve, no entanto continua sendo um lugar que ainda tem um certo espírito de trabalho de equipe, dinâmica, de se ligar para lugar, de trabalhar junto com as outras equipes, entendeu? Não é um lugar fechado em si mesmo. Mesmo com todas as dificuldades que a gente possa reconhecer e identificar lá, mas não é um lugar assim. Então esse é um impacto importante, teve um impacto importante.

É um lugar que foi formador para várias outras pessoas que depois vieram a ocupar outros lugares no CAPS, entendeu? E a terceira... o terceiro ponto que vem junto com isso é o hospital ter novamente assumido uma função de formação, de receber estagiário desde primeiros momentos a fazer formação de residentes, médicos residentes de saúde mental especializados, ter lá um lugar permanente semanal (há anos a gente garante isso) de discutir questões ligadas à psiquiatria, à saúde mental, à clínica, às políticas de saúde, entendeu? Isso se mantém aí há anos. Desde quando eu fui para a direção, isso a gente criou e se mantém até hoje.

Eu saí, a Ana Paula entrou, continuou, a Ana Paula saiu, o Raldo entrou, continua. Fica um lugar assim, é um lugar ali onde a assistência e o ensino estão juntos, entendeu? Ainda que a assistência propriamente dita não participe mais. Agora, algumas coisas que ainda precisam avançar. Eu, por exemplo, eu acho que o ambulatório de Jurujuba é um troço meio à parte. Sempre foi e ainda continua sendo, por mais que a gente tenha direções, o ambulatório é assim. O ambulatório ele se fala com ele mesmo, entendeu? Raramente o ambulatório vai participar de uma reunião. Quantas vezes você vê alguém do ambulatório participando de uma reunião clínica seja porque ele está intervindo seja porque ele está trazendo um caso para discutir com o restante do ambulatório? Não tem, não tem. É uma equipe muito fechada. As outras equipes, digamos assim, também são, mas elas vem através dos seus residentes, dos seus... Volta e meia vem, amanhã, por exemplo, é a enfermagem feminina que vai levar um caso, entendeu? Já discutimos caso levado pelo albergue, já discutimos caso levado pela masculina. O SRI é mais difícil levar porque os pacientes passam muito... E o SAD também é outro lugar mais fechado, mais fechado em si mesmo.

Mas eu diria que os três grandes impactos foram esses. Foi a implantação do trabalho em equipe. Foi a implantação dentro desse trabalho em equipe da emergência como esse lugar de fronteira fundamental para a existência do hospital. Eu acho que é o que garantiu, por exemplo, que a gente continue existindo com toda essa coisa da obra do túnel lá. É um impacto que uma emergência dessa pode ter. A gente avançou, no meu modo de entender, a gente avançou em não ter cedido de levar a emergência para o CPN, que eu acho que seria um fracasso, a gente ia regredir nisso aí. Eu não vejo como, eu não consigo ver como uma emergência, sabe, num lugar só clínico, sem ter uma equipe muito forte, ela possa se sustentar e fazer algo da ordem que a gente chamaria de uma psiquiatria dentro da atenção psicossocial. Eu acho que ia ficar difícil. Se hoje já é difícil lá, ficaria muito mais difícil. E q a questão do ensino que eu acho que é uma coisa que está instalado, entendeu, desde 2000 a gente voltou a ter... desde 1995 a gente voltou a ter já a residência, entendeu? Depois em Saúde Mental.

RL: Isso nos anos 1980 não voltou propriamente?

ER: Quando a universidade saiu, o máximo que o estado conseguiu fazer, na época em que ficou toda a gestão do estado, era ter um núcleo que recebia estagiários. Tinha um programa de estágio no estado, na Secretaria de Saúde do estado, aí chegavam estagiários lá, que aí faziam um certo estágio lá, estágio de graduação, é um estágio tipo tem das emergências. Então, é um

estágio meio semi-profissional que o estado chegou a ter uma época. Quando eu cheguei lá, tinha um núcleo que cuidava desses estagiários. A Cristina Ventura e a Glória Maron que eram as duas pessoas que na época que eu cheguei lá eram as responsáveis por esse núcleo de supervisão lá dos estagiários.

RL: Eduardo, uma pergunta, houve resistência a esse processo todo, principalmente nos anos 1990 e nos anos 2000? Havia oposição a tudo isso? Quais eram as polêmicas? Ou de certa maneira foi mais consensual?

ER: Eu diria que num certo sentido foi consensual. Havia algumas resistências no processo, resistências às vezes internas. As maiores resistências são nossas, são internas mesmo de poder suportar que aquilo é trabalho nosso, não é do outro. Essa é a maior dificuldade. Agora, as resistências maiores no início vinham, por exemplo, das clínicas privadas, mas era num momento em que as clínicas privadas já não tinham tanto poder, a chamada Federação Brasileira dos Hospitais, que no final ficou... O que que aconteceu? Com o SUS, mas principalmente com os boom dos convênios, as clínicas privadas que viviam do SUS, elas dançaram, porque elas ficaram sem condições de poder continuar sobrevivendo com o que o SUS pagava, ou elas melhoravam de padrão e elas iam conveniar com cooperativas, UNIMED, Bradesco, etc, seguro de saúde.

Foi o que aconteceu com os grandes hospitais clínicos, saíram do SUS e passaram a trabalhar para a saúde suplementar. No SUS só ficaram as clínicas piores e que foram se degradando de tal maneira que tiveram que inclusive sair do SUS, como aconteceu com as clínicas psiquiátricas. Então, a resistência que, durante uma época, os donos dos hospitais psiquiátricos tiveram, porque tinham alianças, inclusive políticas, depois de um certo tempo, isso não era capaz mais de dar muita força. Mas isso ainda tem um pouco. Você vê a dificuldade que é de se acabar com o Alfredo Neves. Mas é muito mais por causa de uma certa inércia do governo de poder agir de forma mais decidida do que propriamente porque eles tenham muito poder. Eu acho que eles não têm poder mais nenhum. Ao contrário, eles estão até abrindo mão porque eles não ganham mais dinheiro com isso. Ganhavam dinheiro quando eles podiam botar 400 leitos, entendeu, e fazer do jeito que eles queriam. À medida que eles passaram a não poder fazer isso, eles passaram a desistir disso. Então, essa resistência inicial acabou.

Eu acho que a maior não foi essa não. Algumas resistências internas que eu digo é em relação a maneira como você vai atuar, como você supõe que é a sua... de qual é o seu escopo na chamada atenção da psiquiatria e na atenção psicossocial. Se é esse escopo de achar, de tomar o paciente como sendo responsável por si mesmo, entendeu? E vamos dizer, o que vale é mais... Por exemplo, o CAPS Herbert de Souza numa determinada época, era um problema, porque era uma equipe super fechada, uma equipe que só queria trabalhar com aquele número de pacientes que eles achavam que eles poderiam trabalhar, entendeu?

E é isso, era um problema. Então, a gente tinha um monte de paciente que precisava de assistência, precisava ficar aderido a algum lugar, vinculado a algum lugar e não conseguia. Então, foi uma lenha. Demorou anos para a gente conseguir fazer isso mudar. Foi muito difícil. Esse é o tipo de resistência de dentro da própria militância da reforma psiquiátrica, porque é isso, Tania Marins é de dentro, a equipe toda que estava lá era de dentro e no entanto era muito fechada. E certamente nos acusam de ter destruído o HeRbert de Souza, tornado lá um manicômio, etc, etc. Ué, manicômio não somos nós que fazemos, se um monte de paciente... É isso, precisam, os pacientes precisam, como é que nós vamos nos adequar a sustentar isso?

Então, esse é um outro tipo de resistência. A outra resistência que eu acho que hoje há, é essa polêmica que o Raldo é muito sensível a isso, que é um pouco essa política, há certos parâmetros, há certas normas, há certo protocolos que você tem que seguir. E aí supõe-se que os protocolos trabalhem por si mesmo. Eu acho que hoje a rede de Niterói tem muita gente,

muita gente, acho que o que ela produz, o que ela entrega como resultado dessa muita gente eu acho que é aquém do que poderia entregar. Eu acho que hoje a gente tem um nível de ociosidade da rede, no meu entender, grande. A gente tem equipes de ambulatório aí que atendem muito pouco. A gente tem equipes que tão aí... Você tem ambulatório que tem equipe volante porque não tem lugar para trabalhar, como é o de Itaipu. Você tem ambulatório que atende 2, 4, 5 pacientes, como você sabe, que é o ambulatório nosso de Jurujuba.

Então, a gente tem alguns serviços que funcionam sem ter uma visão, sem ter uma alerta sobre o resultado do seu próprio trabalho. Então, eu acho que a gente entrega pouco. Se eu fosse ver do ponto de vista da sociedade, a gente investe muito e entrega pouco, aquém do que se deveria fazer. Essa é a minha opinião. Não é por falta... Hoje a gente já tem muita gente, muita gente, seja pelo processo seletivo, que foi feito de forma equivocada porque não facilitou que os mais preparados pudessem assumir no trabalho, abriu de uma forma geral, ampla, geral.

E, com isso, perdeu-se a qualidade que era necessária para poder garantir o trabalho, não se remunerou o suficiente para se romper com a lógica do emprego público em dois, três lugares, fatiado, não se rompeu com isso. Então, tudo isso é muito ruim, dentro de uma política que deveria ser mais intensiva e integral. Então, isso é ruim, mas não é só da saúde mental isso, é da saúde em geral. E hoje... Bom, é isso que eu falei. A outra resistência faz parte do trabalho, a resistência do dia-a-dia. Eu acho que hoje há quase que um consenso em torno dos dispositivos. Hoje a gente tem uma variedade, uma multiplicidade, de dispositivos de cuidado da saúde mental que era inimaginável em 1990, entendeu? Pra cidade mesmo, em termos de número de CAPS, número de residências terapêuticas, número de pessoas, de pessoal, de recursos humanos investido no trabalho é exponencialmente maior do que a gente tinha.

Mas eu acho isso, eu acho que... Aí eu vou fazer um discurso meio neoliberal, vamos dizer assim, eu acho que precisava ter um choque de gestão, entendeu? Não sei qual a maneira de se acordar para você ter uma melhor gestão, mas eu acho que se a gente for ver direitinho, de uma forma, vamos dizer assim, mais neutra, eu acho que a gente entrega pouco em relação ao que se gasta, ao que se investe. Se nós tivéssemos uma sociedade mais vigilante, mais exigente em relação a isso, estariam cobrando mais.

R: Os loucos de hoje, a loucura é exatamente como quando você chegou na psiquiatria ou há uma mudança que você encontra? A loucura mudou?

ER: Digamos assim, eu acho que os hospitais, quer dizer os hospícios, eles passaram a ser um pouco mais abertos... é difícil a gente responder isso porque eu hoje tenho um tempo e um lugar de onde eu me dirijo aos paciente que me permite sustentar um certo discurso com eles, que eu não sei se eu tinha há um tempo atrás, antes, quando eu comecei. E é o seguinte, eu acho que quando você não tem um lugar de onde você autoriza, se autoriza a estar junto com o louco, eu acho que você acaba se afastando dele por medo ou por não saber o que fazer. Então, você se afasta do louco. Então, até para poder te responder isso, eu teria que supor que eu naquela época eu poderia estar investigando e eu poderia estar junto com meu paciente como eu hoje posso estar. Então, eu não sei. Mas sei sim que são sensíveis à presença de um profissional tanto quanto eram. Acho, por exemplo, hoje tem um território de contato com loucuras que se abre através da estratégia de saúde da família e que se abriu para nós na época da atenção básica que é uma coisa muito surpreendente. O que me chega assim de alguns relatos de algumas pessoas, vamos dizer, são loucuras que não chegam mais nos hospícios, não chegam nem nos ambulatórios, que estão reclusas, mas que são situações loucas brabas, brabas, entendeu? Então tem aí uma relação com esse tipo de situações, transtornos de isolamento e de dificuldades, que a gente mal está conseguindo chegar perto agora, entendeu? Porque não são pessoas que vão nos ambulatórios, que vão nos hospitais, etc. Então, tem isso.

RL: Nesse sentido, a gente pode entender essa importância que você deu à formação. Porque então esse lugar de onde se pode falar, estar com a loucura, depende então de uma formação.

ER: Olha, tem uma outra coisa que eu acho que mudou. Há uma participação dos pacientes, dos familiares, hoje que eu acho que é maior. Por exemplo, na época em que o Raldo estava lá em Jurujuba começando a fazer as primeiras experiências de assembleia de pacientes ainda nas enfermarias, claro que os pacientes também era isso, a gente via os efeitos daquilo, de tomar a palavra, de reivindicar e etc. Mas hoje acho que há um pouco mais, acho que alguns hoje que tomam isso mais em mãos, estão mais participativos. O exemplo da AUFA eu acho que é um exemplo patente em relação a isso, entendeu? Circulam mais, né, eu acho que podem encontrar lugares que... outros lugares não só dentro do hospital de vida. Como hoje a gente tem as residências terapêuticas que a gente não tinha há um tempo atrás. Há uma tolerância maior da sociedade em relação a... Quando a gente começou as primeiras residências terapêuticas, a gente tinha medo que as pessoas... o vizinho fosse fazer confusão, mandar expulsar que era louco... Hoje não, hoje está aí, está todo mundo aí vivendo e suportando isso.

Parece que tem alguma coisa, vamos dizer, que eu acho que é quase implantado na nossa sociedade de que a gente tem que conviver com o louco de alguma maneira. Cada um tem que dar um parte de si para poder... de convivência com o louco porque não dá para botar todo mundo... não tem mais hospício para botar e deixar lá. Hoje nos diz respeito. Eu acho que isso de certa maneira é um certo consenso que eu acho que há. É um consenso quase que humanista que é difícil você ir contra. Porque você vê, ao longo desses anos todos, foram vários governos de diferentes partidos que não foram contra isso, não conseguiram ir contra isso, entendeu, tiveram que de certa maneira cerrar fileiras ali para poder levar adiante. Talvez uns mais decididamente, outros menos, mas ninguém foi contra.

RL: Muito obrigado, Eduardo.

Sebastião Medeiros

*Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói.
Outono de 2017*

[RL: Rafael Lazari]

[SM: Sebastião Medeiros]

SM: Eu posso começar da donde eu comecei. Eu comecei em 1964.

RL: Aonde?

SM: Aqui. Então eu vim do departamento de engenharia pra acabar as obras aqui. Mas no acabar as obras daqui você está sem misturado, com os pacientes. Naquela época tinha dois mil pacientes aqui. Não existia banheiro, nem água encanada. Nós tínhamos um lago no pátio que era donde os pacientes bebia água e tomava banho. Mas durante o tempo foi mudando, né? Foi mudando a direção. Quando eu cheguei aqui era o doutor Ivo, Ivo Pimentel. Você nunca deve ter ouvido falar, mas tem escrito. Ele era um senhor que, como é que se diz? deixava correr frouxo. Foi aumentando o funcionamento, porque tinha pouco funcionário, tinha 70 funcionários pra dois mil pacientes, jamais dá conta disso. Jamais dá conta. Foi quando eu comecei a entrar na enfermagem nessa parte, faltava gente, eu tinha que entrar pra ajudar.

RL: Então você ajudava no trabalho de enfermagem?

SM: É... eu fazia o pivô. Trabalhava com paciente. Eu trabalhava com paciente. Botava pra fazer cama, aquelas camas todas foram montadas aqui, foram feitas aqui, no martelete. E aí foi indo, foi indo, foi indo... aí veio... aí nós tínhamos cubículos, vinha da rua, elucinado, vinha louco, porque hoje nós não tem mais louco aqui, nós tem drogado, né? Vinha aquele pessoal elucinado, já vinha amarrado, jogava lá dentro do cubículo. Nós tinha uma parte que tinha cinco cubículo de cada lado, de mulher e de homem.

RL: Lá atrás?

SM: É... A donde é a Longa. Então eles vinha elucinado, jogava lá dentro do cubículo, trancado lá, só tinha um buraquinho pra passar o prato, mas não passava comida porque não comia. Ficava oito dias, sem comer e sem beber. Passado, o cara fica passado né? Fica... relaxado, relaxa, o corpo relaxa, né? Aí depois desses 8 dias tem que panhar de lá de dentro do cubículo pra dar banho. Pra poder o médico, só tinha um médico por semana, pra poder o médico passar a medicação. O que era a medicação? Neozine e Fenegan. Que nem existe mais, né?

RL: Existe...

SM: Então a medicação era essa, não tinha outra. Neozine e Fenegan. O cara tomava e ficava drogado, porque o neozine derruba né? Mas dá pra ir tapeando, né? Então vai alimentando e então o médico vai acompanhando ele ali. Fica nas enfermarias, fica... mas não tinha enfermaria pronta, ficava nos corredores. Era muita gente, morria numa base de oito, nove por dia, a noite. Falecia muito. Nós tinha um necrotério aí que era cheio, tinha mais de trinta,

lotado, era onde é o Brizolão. Aí depois disso entrou o Dr João Aylmer, dr João Aylmer foi quem criou a possibilidade de mais melhoras pro hospital. Mandou cavar poço artesiano, pra dar água pra cá, e arranhou eletrochoque. Não tinha o remédio, era isso... o remédio era neozine e fenergan, fenergan na veia e neozine comprimido. Aí veio o eletrochoque, e eu preparava os aparelhos.

RL: Você era quem preparava os aparelhos?

SM: A aparelhagem era eu quem preparava. Mas quem dava? João Bastos. João Bastos ainda tá vivo ainda, pra contar isso. Matou muito, muito, muito paciente. Porque o choque elétrico é 500.000 volts, não é encostar, é só ficar 10 cm a fora da frente. Aí o cara se bate todinho, porque o choque é forte. O cara se bate, se morde, aí você tem que amarrar ele, botar algodão na boca. Aí eu andei praticando pra explicar pra eles como é que era, foi a donde foi acertando. Mas no início matava muita gente ali sim, muito paciente assim, no choque, porque não sabe aplicar, porque o cara é servente, não é um profissional. Nós tínhamos um enfermeiro, que era o Elisandro, mas vinha de oito em oito dias.

RL: De oito em oito dias...

SM: De oito em oito dias, é triste. Eu não gosto de me lembrar muito disso não, porque eu fico meio “remorçado”. Mas... ia se indo e tal... Aí eu passei a dar o choque, tem um rapaz aí que me ajudava, um paciente, um garoto que veio praí. Que até hoje ele tá trabalhando como porteiro aqui... foi o único que eu vi ficar bom! Trabalha de porteiro... Como é... A psiquiatria não tem fim, ela não tem fim, não melhora. Tem uma melhora, mas ficar bom não fica. Você fica sempre com alguma coisa. De tempo a tempo ele volta. Então ele me ajudava a dar o eletrochoque, e sentava e mandava eu aplicar nele. Eu dei 65 choques nele. Não ficou bom, mas ficou... Foi, teve alta, tinha 17 anos, teve alta, hoje trabalha mas continua ainda assim meio... não fica bom, psiquiatria não tem fim, é igual matemática, não tem fim. Você pode estudar o tempo que for que não tem cura. Tem uma melhora, você tem aquela melhora, mas cura não tem. Ninguém vem dizer isso pra mim que não é a primeira vez que eu falo isso. Os próprios médicos já fizeram muita entrevista comigo sobre isso, porque eu tenho essa experiência de desde o início. Desde que eu to aqui que eu tenho experiência disso, que eu vejo entrar e vejo sair. Mas o neozine e o fenergan foram os únicos que combateram. Foi quem combateu. Você vê, desse tempo pra cá, desse pessoal que saíram, que deram alta, porque muitos eu levei pra Vargem Alegre, Rio Bonito...

RL: Você levava pras Colônias também?

SM: Levava, levava. No carro do bombeiro. Levava 100 de cada vez.

RL: Quantos?

SM: 100. De cada vez. O caminhão ia empinado. Então dessa turma toda, dessa turma toda, eu não vi um ainda voltar, pra acompanhar remédio aqui. Eu ainda não vi um. O cara fica meio bobão mas não vem panhar remédio, não toma mais remédio. Não melhora, mas também não agita mais. Agora, hoje nós temos uma medicação muito dobrada, do que era na época, nós temos muita medicação boa aí pra combater. Muita. Mas de três em três meses tá vindo um aí, chegando pra panhar remédio. Não pode parar com o remédio. Então ela combate mas não cura.

RL: Tião, o que é a loucura?

SM: A loucura, rapaz, é uma coisa engraçada. A loucura parece uma perseguição. Você sabe o que é perseguição, né? A perseguição parece que você tá vendo alguma coisa atrás de você, ou vê alguma coisa, bem assim é a loucura. Começa por aí: vê coisa que não existe, mas vê. Por ali começa, vê fulano e ciclano que já morreu há tantos anos, e vê. Então uma coisa que vai, e vai indo, e vai indo... Passa a não comer, a não se alimentar, acaba virando a cabeça de uma vez por todas. Isso que a loucura começa assim. Se tiver, no intermédio disso, como você é um psicólogo, você pode prestar atenção que vale muito a conversa. Psicólogo não dá remédio, é com palavra. Palavra. Vale muito. É uma coisa muito boa o psicólogo. É donde melhorou muita gente, foi o psicólogo, a psicologia. Fica conversando com o paciente, tem a paciência pra conversar, tem que ter paciência pra conversar com paciente. Não escutar o que ele fala, você é quem tem que dizer a ele como é que tem que ser, que tem que passar por isso e por aquilo pra você ficar bom. E aquilo vai dando na cabeça dele. Então é muito bom a experiência do psicólogo.

Mas no restante é a medicação pra combater. Tanto que eu tive pela minha filha, que eu sofri muito com a minha filha, né? Tá há 25 anos aqui e não fica boa. Tá boazinha lá, você vai lá e tá boazinha, ta rindo e tudo, mas em três meses tá vindo pra aqui, você sabe disso, né? Fica abrigada aqui. Por ela eu tive duas experiências que eu passei na minha vida com paciente: sobre estar aqui e sobre estar em casa, com ela em casa, quando começa, quando começa a melhorar...

Quando começa a melhorar, passa a dormir. Dá aquele sono e vai dormir. Mas quando começa não dorme. A tendência é querer andar. Sair pra rua, tem que sair, quer ir, vai... Agora você não vê mais, mas antes tinha muito aí na rua, dormindo na rua aí, doidão, todo sujo. Hoje você não vê mais isso na rua. Mas durante esse tempo todo, melhorou bastante, com a medicação.

A CEDAE ligou água pra cá, né? Em 1970. Aí já melhorou. Eu dava banho neles uma vez na semana. A caixa d'água era lá no morro, mas não tinha água suficiente pra dar pra todo mundo. E a comida era feita a lenha, no patio da lavanderia. É... era feito na lenha. Muitos pacientes, quem fazia era os pacientes, ne, a comida. Muitos matavam ao outro a paulada, por briga lá...

RL: É mesmo?

SM: Ôôô... Eu já passei muito no meio dessas brigas, rapaz, você não queira saber. Mas aí o dr João Aylmer foi quem botou isso pra frente, melhorou, fez a cozinha, abriu poço artesiano. Inclusive na minha casa tem um poço artesiano que é do hospital. Dá 20.000 litros d'água por hora. De lá pra cá, foi crescendo na parte de funcionários, pra ajudar a tomar conta, porque não tinha ninguém pra tomar conta. Você vai me dizer que você mais outro vai me botar 1.200 homens, dar remédio a 1.200 homens por dia, dar banho, tomar conta? Não tem condições. Hoje nós tem aí 10 funcionários pra um paciente. Nós temos aí, 780 funcionários pra 140 pacientes. Há uma diferença enorme. Então mudou, nós aqui estamos numa casa de família. Nem todas as casas de família tá igual ao hospital psiquiátrico. Na limpeza, na parte de se vestir, na comida, em tudo. Nem todas as casas de família é igual ao hospital psiquiátrico. Tudo enceradinho, televisão em todo lugar. Por aí você vai...

RL: Agora, de todas essas mudanças que o senhor viveu aqui, qual foi a mais importante, Tião?

SM: Dessas mudanças todas? Foi a entrada do dr João Aylmer. Dr João Aylmer mudou muito. Aí entrou Jorge De La Rocque, foi quem fez aquele... o pátio, aterrou, o pátio era um

pântano e ele aterrou. E fez aquelas marquises. Dr Eduardo terminou o resto. Até ali não tinha banheiro, ele mandou... Jorge De La Rocque fez aqueles banheiros lá no pátio, debaixo da marquise, aqueles banheiros que eram no chão. Aí dr Eduardo entrou, mudou tudo. Arrumou a cozinha. Era do estado e aí passou pro município, né? Ele veio pelo município, né? Aí ele entrou, e começou a mudar tudo. Tirou a parte de funcionários que era do estado. Eu fiquei, e eu tava aposentando já na época, do estado. Aí ele me pegou pra aproveitar, botou eu pra fazer as obras, né? Ai me botou nas obras né, aí foi mudando. Aí ele fez os banheiros, os banheiros que estão aqui foi tudo ele que fez. Aí ele começou a dar de empreitada pra mim. Eu trabalhava aqui e pegava o serviço de empreitada. Então o empreiteiro disse tudo aí fui eu. Desses muros de fora, tudo foi feito, tudo fui eu que fiz.

Ai foi fazendo, foi fazendo, foi fazendo...ai fico ai uns 18 anos, 17/18 anos.

RL: Ficou 20...

SM: Não, 17/18 anos, por ai.

RL: Chegou em 1992, saiu em 2012.

SM: Foi 92?

RL: Foi.

SM: Ai melhorou. Depois de...não, mas antes dele tinha Dr. Hugo, né?

RL: Teve Dr. Hugo, é!

SM: Depois do Dr. Hugo, Dr. Ubaldo, mas isso é temporário, foi...foi...temporário...

RL: Foi mais curto, né?

SM: é...num passaram o tempo todo. Já Dr. Eduardo já entrou de acordo com a...com a política. Jorge Roberto Silveira, depois veio lá aquele outro, como é que é? O Godofredo, que é cunhado de Jorge Roberto Silveira. Entrou mais outro também que era parente. Tudo parente. Tudo do PDT. Então, enquanto ta o PDT, Dr. Eduardo continua aqui.

RL: Ahan.

SM: Depois que mudou agora foi que ele saiu, né? Mas ele ficou esse tempo todo. Mas ele foi o que fez muita coisa ai, mas muita coisa mesmo. Isso...inclusive até lá o...o...to todo num pedaço de conversa, que num chegamos nem a todo...o efeito, diário. Os pacientes tinha que ir aqui, era adonde é o PEC...onde ele trabalha?

RL: DEP.

SM: Então, o DEP. Então, aquilo ali era uma sala só, um salão só. Que era todo...os pacientes tinha visita.

RL: Ah, é?

SM: E do lado do alcoolismo era o masculino. A visita era feita ali. E no final de semana tava um baile. Tava baile. Que descia os pacientes...era muita quantidade de gente. E tinha aqueles bailes ali. Ali com a Reitoria. Reitoria era o NPS. Tomou conta de dois enfermarias de cada lado. Que a enfermaria era contada, primeira e segunda...e ia até a sexta. Ai eles tomaram conta de duas enfermarias daqui. Foi quando o Dr. Eduardo juntou com eles, melhorou tudo. Melhorou tudo. Foi melhorando. Ai passou a ser uma coisa só, a Reitoria saiu, ficou uma coisa só. Dividiu aquelas enfermarias, que era grande, viu? Duas...duas...ficou uma. Não, de uma fez duas. Foi reduzindo o hospital, foi reduzindo...lá do outro lado que foi quebrada lá era a sala de costura. A roupa era tudo feita aqui, nada vinha lá de fora.

RL: A roupa era feita aqui?

SM: é...era tudo ali. E por ai foi andando, né?

RL: Me diz uma coisa, essas mudanças todas...Você falou mais do Aylmer e do Eduardo, né?

SM: é, foram os mais que fizeram.

RL: Foram os que mais fizeram. E nesse processo, tinham pessoas que eram contra eles?

SM: Tinham.

RL: Como é que era...como é que eram essas lutas?

SM: Era uma política. Era uma política. Sempre tem um grupinho, que você sabe que aqui num tem um...grupo, né? sempre tem aquelas...fulano faz isso, faz aquilo, não faz isso, não faz aquilo, sempre tem isso. Era aquela guerra, né? Era uma roubalheira, rapaz! Na cozinha? Vinha caminhão de...de...mercadoria por semana, o açougue entregava carne inteira, aquele boi inteiro. Nego levava pra casa, cara. Na roupage e levava pra casa, os consumados...então, era uma roubalheira danada. Tanto que o guarda entrou e comprou a briga deles. Botava guarda, botava polícia. Até um policial...veio...assaltaram aqui na porta, levaram dois...dois aluno...o policial que tava de plantão aqui na portaria, já tem essa portaria ai. Mas era devido a roubalheira que existia ai.

RL: Mas então tinha essa política ai?

SM: Tinha. Mas ai o...o...tinha uma parte...eu...eu andei fazendo, compra era comigo. Mas foi com o Dr. Eduardo, foi. Não tinha almoxarifado, almoxarifado era eu. Fazia, todas as compras era comigo. Então, o dinheiro saia no meu nome. Eu tinha talão de cheque pra poder pagar farmácia, tudo. Tudo era no meu nome. Eu que passava. Saia 120 mil por ano. Naqueles dias...naquela época era muito dinheiro, né? Pra eu gastar durante o ano. Mas chegava o fim do ano tinha que prestar conta, ta certo? Vez em quando passava mais, tinha que dar aquela batida certa, por exemplo se tivesse 5 conto a mais, tinha que comprar pra poder dar aquela batida certa ali. Mas aí entrou um rapaz aí, que criou...trabalhava com o Dr. Eduardo. Na parte de cheque eu já tava com o Dr. Eduardo. Ainda tava com ele aí. Tava com o Dr. Eduardo. Me pediu – ele era assessor do Dr. Eduardo, era motorista das mudança, mas ele tava sempre com ele –, me pediu pra mim comprar um carro pra ele. Num orçamento que eu fizesse aí pra...ele comprar um carro. Um fuskinha, naquela época que o fuska saiu. Eu digo, rapaz eu não tenho um carrinho de mão, vou comprar pra você? “Não, de boa, você compra aí...”.

Mas me aporrinhou, me aporrinhou, me aporrinhou tanto. Cheguei pra Dr. Eduardo e falei: Eduardo, o negócio é o seguinte, passa pra ele lá, pra ele fazer...ser responsável por isso aí. Eu não quero saber qual a minha...eu gastei tanto aqui, a despesa ta aqui, o restante foi do meio ano, né...Ai passou pra ele. Pão e tudo era comprado. Comprado, era eu que comprava. Tinha uma conta da instituição pra ir comprando material. Ai passou pra Eduardo, Eduardo ficou com o carro, comprou um impala lá em Jurujuba, passou um dia com uma carneira pra fazer churrasco durante a semana, depois chegou o fim do ano, foi fazer prestamento de contas. Aí dava 30 mil. Dr. Eduardo: ta vendo ai, Tião! Ta vendo! O que que você me arranjou? Eu digo: ô, Dr. Eduardo, ele ta com o senhor aí, ué...ta com o senhor aí. “Fala com ele que tem 90 dias pra ele prestar conta disso aqui!”.

RL: E aí?

SM: Suspendeu ele. Como é que ele ia pagar? Quem tinha 30 mil nessa época? Esse serviço todo não dava pra arranjar 30 mil. Aí ainda foi burro, Dr. Eduardo foi tão burro que arranjou emprego pra ele na...na...na areia santa. Que até hoje ele é. Mas ele assina ponto aqui ainda e paga. Ta pagando, ta pagando, esse tempo todo ele ta pagando. Ele entrou no...no que era demonstrativo...

RL: Tião, me diz uma coisa, os pacientes loucos de antigamente são como hoje em dia ou a loucura mudou?

SM: Não agora mudou, né.

RL: Existem loucuras novas, assim?

SM: Você não vê mais ninguém louco aí.

RL: não vê mais ninguém louco?

SM: Não. Você vê paciente consciente aí. Ele fica passado, né? Ele não fica mais agredindo todo mundo. Porque agredia mesmo! Agora...agora eles tão passado. Você conversa com eles normalmente. Só não tem condição de ir pra casa. Porque em casa ninguém guenta o movimento deles. Igual minha filha, não tem condição de ficar com ela lá. Porque a Tereza quer sair pra rua, você não tem tempo de ficar vigiando o paciente toda hora, pra ir lá, pra fazer isso, fazer aquilo...é eu que dava banho nela. Mudava a roupa dela. Igual aqui faz a mesma coisa. Você vê esses meninos, como o Jorge, esses outros aí, pessoal que toma conta deles ai. Mas ele não tem...ele ta bom. Mas não tem condição de ir pra casa, porque tem que ter alguém pra mudar a roupa dele, dar comida, dar isso e aquilo. Você sabe disso aí! Trabalhou lá dentro, você sabe disso. Então, melhorou bastante, mas não ficou bom. Não tem aquela consciência de ir pra casa, fazer uma comida, fazer um...fazer alguma coisa em casa, pegar uma enxada pra ir capinar pra poder...não tem! Não tem preparação pra isso! Não tem mesmo. Ontem eu tinha uma equipe aqui que botava pra capinar lá atrás, no prédio lá...

RL: Os pacientes...

SM:É. O prédio lá, era um...plantava laranja, tinha um laranjal aí que era uma beleza. E tinha batata, sabe aquele...verdura! Fazia tudo aí. Fazia com minha equipe de 12 ou 13 ai que trabalhava comigo aí. Na enxada.

RL: Os pacientes?

SM: Os pacientes.

RL: O Denilson falou que trabalho lá.

SM: Quem?

RL: Denilson.

SM: Trabalhou. Começou, também não fazia nada, não é trabalho mesmo (risos).

RL: Olha só, Tião, diz uma coisa, e os profissionais? É...os médicos, enfermeiros, psicólogos, eles mudaram a maneira como trata os pacientes?

SM: Mudaram, mudaram. Inclusive teve uma que veio aí semana passada, semana? Mês passado. Marco. Ele trabalha lá na UTI em Bonito. Rio Bonito fez foi ele vir aqui. Tava terminando na Alfredo Neves. Mas inclusive ele conversava muito comigo.

RL: Médico? Marco médico?

SM: é, ele tava começando. Ele é psicólogo. É médico e é psicólogo. Aí ele ficava, cada...cada enfermaria tinha um médico, né? Responsável por aquilo ali. Tinha os outro que fazia visita, né, mas tinha um médico que ficava diariamente ali. Então, o Marco era um. Morava ali eu acho, deve ser ali em cima, que é hoje a...geralmente ficava implantado...é o meu, o meu que ta apitando aqui. Mas é...

RL: Mudou como? Como é que mudou?

SM: Mudou, porque você muda o sistema. Você vê o médico, geralmente, a medi...por causa da medicação, né...porque ele passa a medicação na vez que ele veio, ele ta vindo o que? Fazendo 24h, agora, que ele faz aí. Só da emergência, né.

RL: Mas eu to perguntando, assim...

SM: Mas os da enfermaria...

RL: A maneira como os profissionais tratavam os pacientes é a mesma? Isso mudou?

SM: Acontece que ele não chegava perto do paciente.

RL: Não chegava perto?

SM: Não. era o intermediário da pessoa que ficava com o paciente. Pois não tem, não tinha controle.

RL: Era pelo intermediário de que?

SM: Quem ficava com o paciente era o serviçal. E aí que passava pro médico. Entendeu? Qual é...como é que tava a situação deles, qual é o movimento que eles ficavam, se esse come,

se bebe, e tal...acompanhante que tava que falava pra ele. O médico não encontrava o paciente pra conversar com ele de testa a testa, como agora se faz. A mudança ta aí. Que você ta de frente pro paciente, não sou eu que vou passar do paciente pra você. É diferente.

RL: A mudança ta aí?

SM: A mudança ta aí! Bastante. Você como psicólogo, eu to conversando com você sobre o paciente que ta ali? Não tem...não tem...sempre tem alguma coisa que foge daqui. Sempre tem um desequilíbrio, né? E você conversando com o paciente, você vai sentir o que é bom pro paciente. Porque geralmente o psicólogo não conversa muito, ele fica só sabendo o que que o paciente ta dizendo. Não sei se é isso que você faz, mas...pelo menos tem isso. Você tem que ficar o escrevendo o que ele ta falando. E às vezes tem uns que fala demais, tem outros que não fala nada. Aquele que é o mais pior. Você não pode descobrir o que...qual é o sentido dele porque ele não fala. Nem puxando ele pra conversar, ele não fala. É...não tem mais aqui, não, mas tinha aí bastante aí.

RL: Tião, e o...os governos, a política, o Estado? Como é que era? Mudou a relação deles?

SM: Mudou. Quando era...quando era do estado você tinha toda a vantagem dava medicação a vontade aí, é...a comida, né...vinha caminhão! A carreta. Então, era a vantagem hoje, tinha muita...Agora depois que passou pro município mudou. Regularam. Restrito. Não é...Tinha só aquilo que ta...vai gastando...não tem mais depósito, mas tinha depósito de comida ai. A gente tinha depósito! Até estragava. Carne seca à vontade, muita coisa. Mas depois passou...Foi depois da fusão. Fusão que mudou, passou a tomar conta da parte de cá aí... aí foi que acabou. Paralisou um pouco isso aí. Mas o Estado era muito mais melhor do que o município. Tinha nem comparação.

RL: é?

Sebastião: Material pra se trabalhar, tinha à vontade. Inclusive era o departamento de engenharia era agregado aqui dentro do hospital. Fazendo as obras que for preciso, das obras aí...o material, tava aqui o material. Aqui agora pra gente comprar um material isso é difícil. não, eu to ai com uma lista de material pra comprar.

RL: Um mês pra comprar um vaso lá pra emergência.

SM: Ainda corta aí pela metade, que é aquele mês que veio. Eu, por exemplo, com essas obras aí num to gastando muito porque tem as obras aí pra fazer, né...que a gente tem que fazer, né...mas pro povo fazer essas obras aí, vai um dinheiro forte. E cadê? Num tem. Chega aí uma base de...10 a 12 mil reais que é o limite...pra distribuir pra tudo. Ai seu Mariano manda eu sentar lá pra...eu fico sem jeito de fazer alguma coisa, porque você ta precisando, mas você não tem pra fazer, num vai fazer o serviço direito! Vai? Ta faltando o que tem, num tem como fazer...quer que corte isso, corte aquilo, pra chegar aquele limite que pode ser o valor de conta lá. Muito pouco. Muito pouco. Tem que dar mais apoio. Porque o hospital psiquiátrico gasta muito. Quebra pra lá, quebra pra cá...o próprio paciente reclama, é cadeira, é tudo. Apesar que o que ta ajudando mais aqui é doação. Doação que ta ajudando mais. Tem muita gente fluindo ai pra dar...fazer doação.

RL: Você tem mais alguma coisa, Tião, assim, pra contar sobre a historia?

SM: Só se você perguntar preu lembrar, porque coisa tem muito, mas...no momento eu não penso mais em nenhuma outra coisa.

RL: Qualquer hora a gente vai andar por aí e filma.

SM: Ah sim.

RL: Queria que você mostrasse, por exemplo, pra câmera, onde eram esses cinco quartos.

SM: ...ficou 30 dias lá. No canto de parede lá. Ficou pretinha. Aí quando descobriu que era o...muita gente, né? Quando descobriu que ela tava lá foi ver, a marca do chão ficou pra sempre, o jeito dela assim...vinha jornal, vinha tudo, a gente fazia filmagem. Mas depois que foi quebrada agora não dá mais pra mostrar. Mas tinha a marca certinha dela. O rosto, certinho no chão. Ela ficou torrada lá. Ninguém descobriu, porque ela ficou do outro lado...na hora de sair ninguém viu. Ficou 30 dias lá. Tem outras que morre queimada, morreram queimada lá assim. Tem tanta...muita coisa. Tem muita coisa.

RL: Ta certo, Tião. Beleza. Valeu.

Fernando Ribeiro Tenório

*Gávea, Rio de Janeiro.
Outono de 2017*

[RL: Rafael Lazari]

[FT: Fernando Tenório]

RL: Bem, primeira pergunta é: como foi sua entrada na psiquiatria?

FT: Muito boa pergunta, porque eu não sou psiquiatra. Então, você está, com essa pergunta você está assumindo que a psiquiatria é um campo do qual fazem parte não-psiquiatras, né? Mas a minha entrada na psiquiatria foi sem querer, meio por engano, mas foi muito feliz. Dois enganos. Quer dizer, houve dois enganos, sei lá. Mas que foi o seguinte, eu era aluno aqui de PUC, eu me formei aqui na PUC psicólogo, desde antes de entrar na faculdade já interessado pela psicanálise. Então, eu fiz o curso para ter um título que me permitisse continuar trabalhando, estudando, me formando e exercendo a psicanálise. E aí, ao concluir a faculdade, a única opção que apareceu assim para eu continuar esse caminho foi o curso de especialização em psicanálise do IPUB. Mas eu não tinha a menor ideia do que que era o IPUB.

Eu, na verdade, tinha feito um estágio de graduação na Clínica Saint Roman, em Santa Teresa. E achei legal, achei legal lá os pacientes psicóticos, esquizofrênicos. Achei legal, mas não sei porque que não tinha deixado em mim um desejo de trabalhar com isso. E aí eu fui fazer esse curso de especialização em psicanálise no IPUB, achando que eu ia ter uma especialização em psicanálise com essa particularidade meio periférica que seria num ambulatório de uns instituto de psiquiatria. E não foi isso que aconteceu. Lá eu me vi lançado inteiramente no universo psiquiátrico propriamente. Assim, o ensino era realizado de tal modo que a gente tinha os nossos pacientes de ambulatório, portanto em psicoterapia, psicanálise, com supervisão da Ana Cristina Figueiredo. Mas um parte grande da nossa especialização era fazer parte das equipes clínicas da enfermaria, que era uma coisa assim adjacente ao ensino médico. Então, assim, o ensino lá era organizado - acho que é ainda hoje - com base nos psiquiatras docentes, que têm sob sua responsabilidade - tinham, na época - quatro cada um, quatro residentes de psiquiatria e quatro alunos dos cursos de psicologia, de especialização ligados à psicologia, e quatro estagiários de serviço social. Então, cada docente constituía quatro mini-equipes compostas de um residente médico, um profissional não médico e uma estagiária de serviço social. E que a gente atendia o fluxo da enfermaria, os pacientes que estavam sob responsabilidade desses residentes enquanto médicos assistentes.

Então, eu me vi, sem querer, sem planejar, sem saber o que seria isso que aconteceria, eu me vi jogado no universo psiquiátrico e adorei, me encantei, abracei, enfim. E ainda no meio do ano, teve um segundo meio engano assim, isso foi em 94, o ano de 94... Você vê, tinha dois CAPS no Brasil, sei lá, três CAPS, não sei quantos CAPS no Brasil tinha não, estou exagerando, mas assim o *boom* dos CAPS foi o final da década de 90. A gente tinha pouquíssimos CAPS no Brasil, a Maria Tavares Cavalcante, que era uma das docentes apenas na época - hoje ela é diretora do Instituto - mas ela organizou com o Jairo Goldberg, psiquiatra de São Paulo que foi diretor do primeiro, ou um dos dois primeiros CAPS, do Brasil, o CAPS Luiz Cerqueira, que hoje se chama CAPS Itapeva, ela organizou um mês de estágios de duração de uma semana para contemplar todos os residentes médicos para eles conhecerem o CAPS, um dos únicos CAPS do Brasil, não tinha nenhum no Rio, que era o CAPS Luiz Cerqueira, em São Paulo. E simplesmente os residentes médicos não preencheram as vagas, não se interessaram por ir conhecer outro serviço, ir conhecer o CAPS.

Então ela seletivamente se dirigiu aos alunos da especialização não médicos que ela achava que pudessem ter mais interesses, que estavam mais engajados, e ela me convidou, fui um dos que ela convidou. Então, teve essa primeira chegada na psiquiatria por engano, por um equívoco ligado à coisa da psicanálise e essa segunda descoberta que foi, no âmbito da saúde mental e da psiquiatria, a coisa dos CAPS, né? Que a aí foi um encantamento. Aí eu fiz a minha monografia sobre isso com orientação do Jairo, eu ia a São Paulo para fazer orientação com ele, ele veio para minha banca. Aí foi um entusiasmo mesmo né. E aí eu ainda dei uma terceira sorte, sem querer desrespeitar ninguém, mas eu dei uma terceira sorte porque naquele ano que eu entrei na especialização foi o ano da primeira turma de residência em saúde mental no Rio de Janeiro, que foi a turma do Pinel. Só tinha residência no Pinel, não tinha em Niterói e não tinha em outras unidades do Rio. Então, no final do ano, eu fiz prova para o que seria a segunda turma e não passei. Eram quatro vagas, eu fiquei em sexto. Teve uma coisa que foi assim, o João Ferreira me chamou para dizer que eu tinha um perfil acadêmico aliado à prática, que eu devia ficar lá, fazer a pesquisa com ele, fazer o mestrado e eu estava tão deslumbrado com a coisa de residência que falei não. Imagina, o diretor do instituto me chamou no gabinete, eu falei "não, quero fazer residência no Pinel", foi uma coisa assim, meio uma afronta, uma deselegância que, felizmente, eu não tinha dimensão na época. Mas eu não passei no Pinel e o João foi muito generoso, me chamou de novo e falou: "bom, agora você para de frescura, tem uma bolsa de pesquisa para você aqui, para continuar trabalhando aqui".

Aí eu fiz... fiquei alguns anos na pesquisa do João, quer dizer, que era dirigida na verdade pela Silvia Jardim, psiquiatra, atendendo, era em saúde mental do trabalhador, mas a gente fazia atendimentos, de psicóticos, de não-psicóticos, com supervisão da Ana Cristina Figueiredo também, ainda. E depois, fiz o meu mestrado lá, com orientação da Ana Cristina Figueiredo. E eu acho que foi muita sorte eu ter entrado na psiquiatria pelas mãos do João Ferreira e da Ana Cristina, porque são duas pessoas que põe a mão na massa, trabalham, têm um engajamento na prática efetivamente, têm uma posição incontestemente assim progressista, pró-reforma psiquiátrica, mas não têm nenhum viés anti-psiquiátrico, pelo menos não tinham na época.

O João já faleceu, a Ana Cristina a gente hoje convive bem, mas não estamos tão próximos para eu saber como ela formando anda o trabalho dela agora. Então, isso me fez entrar na reforma, mas sem uma coisa, assim, denunciante do poder médico, denunciante da psiquiatria como uma coisa de controle, dominação, conservadora, sabe? Me fez conhecer as teses do Foucault, me fez conhecer as teses do Basaglia, mas sem uma adesão assim muito, para usar um significante da psicanálise, tem gente que se situa aí numa posição que Lacan chama do discurso histórico, essa posição de instituir um mestre, de destituir as estruturas que estão... Eu não tive nada disso, NADA disso. O João não tinha vergonha de dirigir um hospital psiquiátrico, não tinha vergonha de exercer, não só no lugar dele de direção, de exercer uma direção que se faz valer, e não tinha vergonha de defender a psiquiatria propriamente. Então, foi muito bom isso para mim.

Foi muito bom isso para mim. Mas aí, junto com isso, milhões... foi uma série de... eu estava no lugar certo, na hora certa. E aí, você vê, isso foi 94, em 95, o município do Rio assumiu a gestão plena da saúde. Então, eu participei das primeiras ações de saúde mental do município do Rio. Que foi, por exemplo, o censo dos hospitais psiquiátricos públicos e conveniados do município do Rio, que foi a primeira grande intervenção de tomar conhecimento daquela caixa preta ali que eram os manicômios, né? Eu fui um dos recenseadores. Eu conheci praticamente todos os hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro, alguns dos quais eu fui mais de uma vez, em ações muito difíceis, a Clínica das Amendoeiras, a Clínica Dr. Eiras do Humaitá, entre outras. 95 teve o primeiro concurso para psicólogo da Secretaria Municipal de Saúde do Rio da história, até então os psicólogos do Rio eram contratados pela educação. Eu fiz, eu estava tão no lugar certo e na hora certa que eu tinha

participado do censo, o IPUB tinha uma publicação que era ali interna, meio caseira, mas que foi importante na sua época, que eram os Cadernos IPUB, que circularam muito no meio da saúde mental. Eu tinha publicado uma coisa sobre esse censo no Cadernos IPUB. E quando veio o concurso, aquilo era a única coisa publicada sobre o censo. E o censo era uma ação importante da prefeitura. Então, o meu texto fez parte da bibliografia do concurso que eu fiz como candidato. Então eu estava... foi uma coisa assim muito favorável. Uma coincidência sempre muito feliz, assim, da qual me beneficiei muito, pela qual eu sou muito grato. As pessoas, o lugar, as coisas que estavam acontecendo.

RL: Você citou o João, a Ana, como duas referências importantes, tem mais alguém?

FT: Muitas pessoas, muitas pessoas. Lá na época do IPUB mesmo, o Otávio Serpa Jr., que era um jovem professor brilhante, como ele ainda é hoje, só não é mais jovem, mas ele continua sendo um professor brilhante, um cara brilhante e generoso, amigo e tal. A Maria Travassos Cavalcante, que eu citei lá, que fez o convite para mim. O Pedro Gabriel Delgado, que dava aula no IPUB nessa época e que depois passou a ser coordenador de saúde mental. Essa pessoas eram lá do IPUB e pessoas muito próximas e muito importantes lá no IPUB. E aí, bom, um tempo depois, um tempo depois mesmo, pouco tempo depois, eu conheci o Eduardo Rocha por uma outra via.

Na verdade eu entrei numa instituição de formação em psicanálise, que é o Tempo Freudiano, e o Eduardo Rocha fazia parte dessa instituição. Então lá a gente se conheceu, a gente teve uma afinidade de trabalho e tal. Ele acompanhava o meu trabalho na saúde mental, eu tinha notícia do trabalho de Niterói. Uma ou outra vez houve eventos abertos em Niterói os quais eu fui. E aí aconteceu que num momento político específico lá de Niterói, o Eduardo sugeriu ao secretário que me convidasse para ser coordenador de saúde mental de Niterói. Então, eu, na verdade, eu fui ser coordenador de saúde mental de Niterói levado, convidado, pelo Eduardo. Isso é a mais absoluta verdade, não é a verdade toda porque o Eduardo não era a pessoa que tinha a prerrogativa do convite, da nomeação. Essa nomeação era do secretário. Então, o Eduardo poderia ter feito essa sondagem, poderia ter sugerido meu nome ao secretário e o secretário ainda assim não ter me chamado, ter feito outra escolha. Mas enfim, além dessas outras pessoas que estavam ali no IPUB nessa época você perguntou, teve logo depois essa figura muito importante para mim que foi, e continua sendo, o dr. Eduardo Rocha.

RL: Sim, e aí essa chegada em Niterói, você não tinha trabalhado em Niterói ainda?

FT: Não, nunca tinha trabalhado em Niterói. Minha chegada em Niterói foi assim, quando o secretário me nomeou, na verdade, assim, não sei se te interessa saber um pouco a conjuntura política e não sei até onde é...

RL: Delicadeza de falar sua.

FT: Qual o limite da delicadeza de falar sobre isso? Mas na verdade assim...

RL: Isso fica para a avaliação posterior também, o que você quiser falar.

FT: Pois é, porque na verdade o negócio é o seguinte, o Eduardo é um cara que sempre gostou, eu acho, da clínica do hospital, da clínica psiquiátrica *strictu sensu*, da clínica psiquiátrica no melhor sentido dessa palavra clássica, à moda antiga, uma clínica que escuta os pacientes, uma clínica que assume responsabilidade ética pelos pacientes e que tem como seu

dispositivo principal o hospital psiquiátrico, a instituição psiquiátrica forte. O Eduardo sempre fez isso.

E, nesses tempos assim meio iniciais da reforma psiquiátrica brasileira, essa coisa de cada município ter uma coordenação de saúde mental já é um efeito positivo, já é um resultado, uma conquista, um fruto da reforma psiquiátrica. Porque até então, não. Em Niterói não tinha. E Niterói não tendo, o que acabava acontecendo é que o Eduardo exercia um pouco na prática essa função porque o hospital psiquiátrico evidentemente era um lugar forte da assistência psiquiátrica, era o lugar central da assistência psiquiátrica em Niterói. Além disso, havia uma particularidade das gestões de Niterói, que outros municípios às vezes acompanham, depois muda, depois volta, que é a estrutura de direção e de administração da Secretaria Municipal de Saúde, no caso lá da Fundação Municipal de Saúde, era dividida em hospitalar e ambulatorial, família etc.

Então, o Eduardo dirigindo a instituição forte de saúde mental da cidade, que era o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, estava subordinado à vice-presidência hospitalar. Mas, no entanto, algumas coisas aconteciam na saúde mental da cidade que eram subordinadas à vice-presidência ambulatorial. E por razões da política interna lá, embora o Eduardo tivesse uma ascendência talvez direta sobre os profissionais da saúde mental do nível ambulatorial, o Eduardo tivesse um certo reconhecimento de fato como a referência em saúde mental da cidade...

FT: Aí o Eduardo, embora ele tivesse esse reconhecimento como coordenador de fato de saúde mental, isso era uma coisa meio frágil, do ponto de vista da política. Ele tinha, por assim dizer, até uma certa pecha de hospitalocêntrico, vamos dizer assim. E além disso, ele era lá na política de Niterói, identificado como PDT. E aí aconteceu que no meio de um dos mandatos lá do Jorge Roberto, o Jorge Roberto renunciou para ser candidato a governador e assumiu o seu vice, que era o Godofredo, do PT. Tudo bem, um governo de aliança que continua sendo um governo de aliança, mas cuja cabeça mudou. Então foi uma situação de uma relativa fragilidade política do Eduardo.

O Eduardo teve em risco de... acho que não de perder a direção do hospital, porque ele tinha um trabalho tão incontestado no hospital que não seria destituído nesse sentido, mas talvez, por exemplo, de naquele momento que já era um momento em que a reforma psiquiátrica era uma bandeira do PT, o Pedro Gabriel era coordenador nacional de saúde mental, havia uma demanda por uma implantação mais acelerada de serviços extra-hospitalares, eu acho que havia ali uma circunstância que, bom, era quase obrigatório que o secretário constituísse uma coordenação de saúde mental e não era automático que fosse ser o Eduardo. Podia vir alguém do PT, por exemplo, mais anti-manicomial, mais assim no sentido mais anti-psiquiátrico, mais militante, mais ideológico, que comprasse essa bandeira assim de uma oposição à centralidade do Hospital da Jurujuba na assistência.

Então, eu acho que o convite do Eduardo para mim teve a ver com o fato de que, bom, eu era um militante e filiado do PT publicamente, isso era público, o meu pai era uma liderança da saúde importante do PT e na ocasião sub-secretário ou vice-presidente de atenção hospitalar da Fundação Municipal de Saúde de Niterói, o que por um lado era uma facilidade para ele me levar, por outro lado, era um constrangimento, porque aí vem todas as críticas relativas a isso, né? Quando eu fiz coisa que contrariavam interesses ou posições, essa coisa foi levantada, evidentemente, né, que eu estava lá não por mérito, mas por parentesco, vamos dizer assim. Mas, então tinha isso. Então, eu era um militante público do PT, eu era já uma pessoa que tinha um livro publicado sobre reforma psiquiátrica, que era uma referência de concursos, eu era servidor público do Rio de Janeiro, foi por esse vínculo que eu fui para lá. Então, não foi uma nomeação, assim, nesse sentido nomeia qualquer um por indicação política, eu tinha... Então, havia mil coisas que justificavam a minha ida para esse lugar, né? Então, o Eduardo fez essa

indicação ao secretário, que foi uma coisa muito feliz, eu acho, porque aí aconteceu que o Eduardo pode ter na Coordenação de Saúde Mental, que em tese era uma instância hierarquicamente a qual ele ou o hospital estaria mais ou menos subordinado, mais ou menos porque tem todos os cruzamentos de poder, né. Mas enfim, o Eduardo pode ter na Coordenação de Saúde Mental alguém que pra fazer a rede extra-hospitalar, que foi a minha tarefa lá, não precisou combater o trabalho do hospital, que eu acho na verdade que é a coisa mais importante que tem na experiência de Niterói da parte que eu acompanhei.

Que é o fato de que a gente fez uma reforma psiquiátrica lá incontestemente, no sentido de que, por exemplo, Ministério da Saúde sendo o Pedro coordenador de saúde mental, o Ministério da Saúde divulgava as estatísticas de número de CAPS por número de habitantes, número de vizinhos, sei lá, um monte de coisa assim. Niterói passou a estar sempre em destaque nesses números. A Secretaria Estadual de Saúde premiou lá o nosso programa com um certificado de resultados, de excelência, não me lembro. Então, a gente fez uma reforma psiquiátrica que ninguém podia dizer que era hospitalocêntrica, que ninguém podia dizer que não era uma reforma. A gente consolidou o trabalho dos dois CAPS que havia lá, que se for o caso de ser interessante para a entrevista, eu posso dizer o que a gente fez no CAPS, não foi pouca coisa. A gente fez um CAPS-Ad, que o Eduardo já estava encaminhando antes de mim. A gente fez um CAPS infantil, que esse eu cavei a unha lá o CAPS infantil, junto com outras pessoas, uma delas a Raquel Oliveira.

RL: Vou falar com ela quinta-feira.

FT: Ela vai falar?

RL: Vai comentar um trabalho, o acompanhamento da Jennifer, paciente autista...

FT: Pois é. Então a gente fez, a gente fez as duas primeiras RTs lá, as duas primeiras residências terapêuticas. É uma coisa que eu acho também especialmente importante, a gente não menosprezou nem o hospital e nem tampouco os ambulatórios. Havia uma situação muito heterogênea e muito frágil nos ambulatórios nessa época. O ambulatório da Engenhoca estava sem coordenação. O ambulatório do Sérgio Arouca, na época Santa Rosa, estava com uma coordenação não-remunerada. Não havia ambulatório em Pendotiba, no Largo da Batalha, Itaipu, a demanda ambulatorial era toda atendida pelo CAPS Casa do Largo. O ambulatório Carlos Antônio estava sem ter chefia. Então, assim, havia uma situação mesmo de miséria nos ambulatórios, havia um trabalho heróico dos profissionais, mas uma situação meio de miséria institucional, vamos dizer assim.

Então, a gente fez um... a gente ergueu a Coordenadoria de Saúde Mental no sentido da atenção psicossocial e extra-hospitalar, que era muito precária. Tem que tomar cuidado ao dizer isso porque eu não acho, essas pessoas que acham que o filme começou quando a gente chegou, sabe assim, não, havia um trabalho lá importantíssimo extra-hospitalar das pessoas que já estavam lá, inclusive aquelas que se opuseram a mim e aquelas que eu, por assim dizer, afastei que não estavam condizentes com o que eu achava, com o programa, mas mesmo elas tinham um trabalho muito importante anterior, que ergueu as coisas lá. Especificamente essas que se incompatibilizaram comigo e que tiveram que ser afastadas eram a direção do CAPS Herbert de Souza, a Angélica e o Marcelo Bogado. Angélica era diretora, o Marcelo Bogado era psiquiatra. Servidores, devem ter continuado lá até hoje, mas em outras funções que não no programa de saúde mental. Mas essas pessoas, por exemplo, tinham um trabalho importantíssimo no CAPS Herbert de Souza. O CAPS Herbert de Souza é pioneiro na reforma psiquiátrica brasileira. CAPS Casa do Largo, Maria Luiza Bertussi, que é até hoje lá do médico de família, se não se aposentou está até hoje no médico de família, trabalho importantíssimo,

atendia toda a demanda ambulatorial do Largo da Batalha, de Pendotiba, da região oceânica, sustentava o CAPS com Jacinto, Adriana, esse pessoal lá, super heróicos.

Nos ambulatórios, a... esqueci o nome dela, cara. Dora, psicóloga que era coordenadora do Sérgio Arouca, deve estar lá como psicóloga, deve estar lá até hoje talvez, não sei. Enfim, havia um trabalho, não é que não havia um trabalho, mas era um trabalho que um trabalho heróico dos profissionais. A institucionalidade era muito precária. Porque não havia uma instância de gestão da saúde mental especificamente no âmbito ambulatorial e de família. Havia essa gestão muito boa que o Eduardo fazia no âmbito do hospital. Então ele de fato ao fazer comigo aquela dobradinha, a gente pode fazer uma implantação de uma rede extra-hospitalar de atenção psicossocial sem brigar com o hospital por causa disso, sem ser em detrimento do hospital.

E, ao contrário, contando com o hospital para várias coisas, vamos dizer assim, de apoio estrutural, financeiro, de manutenção. Por exemplo, o hospital tem, por ser um hospital com emergência, tem alguma liberdade de gestão, que os ambulatórios não tinham, dentro de policlínicas, dentro de unidades básicas, os CAPS também não. Então, o hospital... eu não sei se se chama assim ordenador de despesa, eu não sei se era ordenador de despesa... mas o hospital pode realizar despesas, despesa de contratação de profissional autônomo, despesa de manutenção, de compra de certo tipo de material. E, com a minha chegada lá, com a parceria com o Eduardo, o Eduardo pôs o hospital a serviço da rede extra-hospitalar, nesse aspecto material.

Então, a gente tinha, por exemplo, isso aí era até uma irregularidade de gestão, mas eu acho que qualquer irregularidade já prescreveu 15 ano depois, a gente tinha psicólogos ou psiquiatras ou profissionais não-médicos ou médicos, que era contratados como RPA do hospital, porque o hospital tinha uma folha de pagamento do RPA que as unidades ambulatoriais não tinham, e que trabalhavam no Sérgio Arouca, na Engenhoca etc. Isso daí, enfim, foi inestimável. A gente quando pode assumiu uma gestão mais direta, mais próxima dos dois CAPS que já existiam, o Casa do Largo e o Herbert de Souza, foi a verba de manutenção do hospital que fez lá os arranjos e as reformas necessárias para aquilo funcionar.

Então, o Eduardo colocou o hospital nos apoiando do ponto de vista material, mas muito mais importante do que isso, eu acho, e eu não percebia tanto na época, a transmissão de uma clínica, a formação clínica que emanou do hospital qualificou a rede. Qualificou a rede para fazer atenção psicossocial no registro de uma clínica das doenças mentais graves, no registro de uma clínica, por exemplo, da psicose, dos psicóticos. Você entende? Então, a oficina de psicanálise, por exemplo, deixou de ser uma oficina de psicanálise para discutir os casos do hospital. Profissionais da rede pediam para levar casos a oficina de psicanálise e levaram seus casos.

Geralmente, esses casos não eram entrevistados pelo Eduardo, mas os profissionais levavam relatos e a gente discutia. A sessão clínica, o centro de estudos lá de quinta-feira, igualmente. O DEP, a Divisão de Ensino e Pesquisa, com os estágios, passou a ser o polo receptor e coordenador dos estágios da rede toda. Então, com isso, através do canal que o DEP representava, que o hospital representava, e da possibilidade até de gestão, vamos dizer assim, do trabalho, supervisão, ensino etc. Tudo isso que o hospital pode dar passou a beneficiar a rede, então foi a através do hospital que a rede teve residente, estagiário, eventualmente funções remuneradas de chefia, você entende? Havia pessoas que criticavam isso, entendendo que simbolicamente e talvez na prática tivesse efeitos deletérios a Coordenação de Saúde Mental ser baseada no hospital. Eu nunca achei isso. Não só pela conveniência material, de gestão, mas porque o hospital pode ser um polo formador que eu não conseguiria ter conseguido ter e fazer na rede, sem o Eduardo, sem a colaboração com a universidade, mais especificamente, ali naquela época, a UFF, e depois, através de mim, a PUC, mas sem uma colaboração com a universidade que passava principalmente pelo hospital. Então, eu acho que

o que singulariza a reforma psiquiátrica de Niterói é que foi, você simplificar numa bandeira, mas não seria mal que nós tivéssemos essa bandeira, foi uma reforma psiquiátrica com hospital e com ambulatório. Acho que hoje em dia essa bandeira é importante. Mesmo que isso nos situe um pouco de maneira um pouco mais conservadora nas reformas.

RL: Aproveitando então esse gancho aí de uma formação, de uma clínica das doenças mentais graves, o que você entende então, Fernando, como loucura?

FT: Caramba! Olha, loucura é uma experiência humana que intuitivamente a gente reconhece como uma certa dissonância, discrepância no laço social e que a gente não consegue, vamos dizer assim, localizar sobre outras rubricas. Assim, não é um poeta, não é um artista, não é ao mesmo tempo um delinquente, um marginal, embora no âmbito da loucura possa se produzir delinquência e possa se produzir poesia e arte. Mas é uma dissonância assim que aparece no laço social e que num dado momento da história da civilização ocidental um certo discurso, que foi o discurso médico, produziu sobre essa experiência uma discursividade, uma nomeação, uma inscrição simbólica, um vocabulário, que se mostrou efetivo a ponto de, desde então, se a gente se situa no ambiente da clínica, da psiquiatria, a gente diz que loucura são as doenças mentais. Claro que numa acepção mais ampla loucura é muita coisa, Tom é um pouco louco, por exemplo, e não é um doente mental. Mas eu acho que quando a gente está militando nesse meio da psiquiatria, loucura é doença mental, né.

RL: Está quase natural, quis conferir se era essa pergunta mesmo, e é. Bom, então, você teve uma experiência, uma formação, um percurso importante, expressivo no Rio, depois, não são muitos anos, né, seis anos depois, sete anos depois, né, você foi lá para coordenação...

FT: É verdade, mas durante os quais eu tinha participado: primeiro, da primeira intervenção pública sobre a saúde mental do Rio, que foi o censo de 95, segundo, eu tinha sido contemporâneo da implantação do programa de CAPS do Rio de Janeiro, e enquanto servidor eu participei da implantação do CAPS Bispo do Rosário na Colônia Juliano Moreira, eu fui para a Colônia, fui lotado já no Centro de Atenção Diária do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, que já era o projeto do qual sairia o CAPS...

RL: Hospital Psiquiátrico de Jurujuba?

FT: Jurandir Manfredini, do qual sairia o CAPS. Então, eu participei da implantação do CAPS. Posteriormente, eu exerci por um breve período a direção desse CAPS. Participei da implantação da residência de saúde mental da Colônia, junto com a Marta Macedo, com a Herotilde Leal, que é outra pessoa importante de citar no meu percurso, a Herotilde, a Marta também, mas naquela época mais a Herotilde. Então, foram poucos anos, foram 5, 6 anos, que eu entrei no município acho que em 96, em 2002 eu fui para Niterói, foram 5, 6 anos...

RL: intensos...

FT: onde eu fiz muita coisa, muito, enfim, sei lá.

RL: Então, está me surgindo uma imagem que é assim, você tinha um interesse pela psicanálise e acabou conhecendo o João Ferreira...

FT: Isso.

RL: Aí você manteve o interesse pela psicanálise, que te levou a uma associação psicanalítica, e conheceu o Eduardo...

FT: Aham.

RL: E aí foi para Niterói.

FT: Aham.

RL: Como, incluindo essa experiência no Rio e toda essa formação, a experiência de Niterói, como Eduardo, que você nomeou como uma pessoa de referência na sua formação inclusive, essa experiência de Niterói, lá no hospital, quando a ficava lá, mudou o teu olhar sobre a loucura?

FT: Mudou inteiramente. Inteiramente não sei. Porque, assim, eu acho assim, como eu te falei, o João não tinha uma posição anti-psiquiátrica, né, não tinha uma posição de timidez em relação ao exercício do poder que tinha que ser exercido, não tinha uma posição de constrangimento em relação ao peso da psiquiatria, não tinha. Mas eu acho que eu não tinha discernimento na época para... eu acho que não tinha discernimento, não tinha formação, minha formação não passava por aí... para apreender, aprender e apreender, a implicação disso em termos de uma formação clínica no que diz respeito ao tratamento das doenças mentais, da loucura.

Então, ficava essa admiração, essa transferência pelo João, pela posição que ele tinha, mas meio misturado com um entusiasmo militante pela reforma psiquiátrica, que podia ter me levado, num outro momento, num outro caminho, podia ter me levado para uma coisa sociológica, pra um coisa mais política, você entende? Para uma coisa que recrudescesse assim numa crítica à psiquiatria, ao hospital, ao poder médico, uma posição mais humanista, assim, em relação à loucura, mais relativista em relação à doença mental. E na verdade, o encontro com o Eduardo, no contexto também da minha formação no Tempo Freudiano, do qual eu não faço mais parte, mas que fiz durante quase 20 anos, né, então, e no contexto também de uma colaboração de trabalho portanto importante também no Tempo e em Niterói, com o Francisco Leonel Fernandes, que é também outra referência para mim de formação, formação em psicanálise com inserção na questão pública, com inserção na questão da psiquiatria, da psicose.

Essas pessoas, Eduardo, Francisco, a formação no Tempo, a experiência de Niterói, essas pessoas determinam, depois do João e da Ana Cristina, essas pessoas determinam a posição, o lugar, o modo e o lugar como eu me situo na saúde mental, na clínica da psiquiatria hoje. Não seria o mesmo, com toda a homenagem que eu presto ao João e à Ana, não seria o mesmo o meu lugar se não fosse o encontro com essas pessoas. Essa ideia assim de, por exemplo, eu vou fazer uma imagem, uma metáfora, uma imagem sintética assim. Eu acho que se eu não tivesse conhecido o Eduardo e o Francisco nesse grau de transferência, de intimidade de trabalho, de referência para mim, eu hoje chamaria os pacientes de usuários. Você entende essa imagem? Para mim isso distingue um pouco as coisas, as pessoas que têm constrangimento de chamar os pacientes de pacientes ou de doentes, que chamam de usuários para privilegiar a dimensão do direito, né? Realmente, eu estou perdendo...

RL: Vou fazer uma breve divagação, porque o Eduardo escreveu dois textos para homenagear, digamos assim, a chegada do Raldo na direção do hospital. O segundo texto foi a partir de um embate muito ... - às vezes o Raldo tem um embate muito agressivo com as pessoas - dentro da sessão clínica e, bem, o Eduardo se referiu à cruzada anti-manicomial depois em uma carta aberta e homenageava o Raldo por situar o lugar de doente, chamar as pessoas que

procuram a internação como doentes. Interessante. Então, bem, dessas mudanças, eu acho que você até já mencionou um pouco elas, em termos assim de implantação de serviços, em termos de fortalecimento de serviços que estavam um pouco mais precarizados, mas o que talvez de uma maneira mais geral assim, o que você acha que foi que efetivamente mudou nesses anos em que você esteve lá? E quais foram as mais importantes mudanças?

FT: Ah, eu acho que o que mudou é que um cenário em que havia um hospital forte, eficiente, bem dirigido, com uma clínica ética, mas não acompanhado de ações de cuidado extra-hospitalar que fossem fortes do ponto de vista sistemático de rede institucional, que eu insisto, as pessoas faziam um ótimo trabalho, os profissionais que trabalhavam no Carlos Antônio, no Santa Rosa, na Engenhoca, CAPS Casa do Largo, CAPS Herbert de Souza faziam um ótimo trabalho, mas não havia uma direção programática para isso, não havia uma articulação de rede mais consistente, não havia uma gestão, não havia uma direção de programa.

Havia condições institucionais muito precárias. Isso que eu te falei antes, né? Serviço sem coordenação, serviço sem médico, serviços com dificuldades de fornecimento de medicamento... bom, milhões de coisas. Eu posso até particularizar um pouco. Qual foi a minha dificuldade com o CAPS Herbert de Souza? Minha dificuldade com o CAPS Herbert de Souza eu acho emblemática de como se faz... quais são os problemas para um gestor, né? Em relação a que tem que se exercer, errando ou acertando, mas em relação a que um gestor tem que se exercer? Eu cheguei lá e a equipe do CAPS Herbert de Souza, na primeira reunião na qual eu fui como coordenador de saúde mental, me recebeu dizendo assim: "olha, nós não concordamos com a portaria 336", que era a portaria que um ou dois anos antes tinha regulamentado o funcionamento dos CAPS, a qual, portanto, aquele CAPS devia estar submetido, até para fazer jus a financiamento, credenciamento, etc. "Nós não concordamos". Porque a portaria 336 ela de fato é um inflexão, um ponto de inflexão no trabalho dos CAPS. Por que? Porque até então os CAPS eram iniciativas assim pioneiras, bem sucedidas, mas quase familiares, assim, locais, ficava ao sabor um pouco do gestor local, ficava ao sabor um pouco daquela equipe ter se constituído assim. Não tinha, portanto, uma responsabilidade de saúde pública, atribuída pelo arcabouço normativo. A portaria 336 deu aos CAPS a responsabilidade territorial, atribuiu ao CAPS tarefas de âmbito público que iam muito para além de atender muito bem um grupo reduzido de pacientes, que era uma coisa muitos CAPS faziam.

Então, o CAPS Herbert de Souza, por exemplo, que era um dos dois únicos CAPS de uma cidade com 500 mil habitantes e que, portanto, era responsável por toda a região do centro e tudo mais ali no entorno, atendia 80, 90 pacientes regularmente há anos, 80, 90 pacientes. E quando eu cheguei, eles expressamente me disseram isso, "olha, a gente não concorda com a 336, porque a 336 é uma inampização dos CAPS. a 336, a medida que vai abarrotar os CAPS de tarefas, de pacientes, etc. etc., vai transformar a qualidade de atendimento do CAPS no velho INAMPS". Eu falei, "mas qual é a sua solução pra questão de saúde pública que é a saúde mental?", "fazer dezenas de CAPS", vamos dizer, para cada um atender 80, 100 pacientes, mas isso é impossível do ponto de vista da gestão, dos recursos, etc. Então, o que que aconteceu?

Eu apostei nessa equipe, eu não destitui a equipe de antemão, eu fiz um ano de trabalho com eles, indo semanal, quinzenalmente na reunião de equipe deles, discutindo os casos, os casos para os quais eles tinham fechado a porta, enfim... Ao final eu não me lembro se foi do meu primeiro ou do meu segundo ano de gestão, eu fazia relatórios de gestão anuais muito tentando cobrir tudo que tinha que ser levantado em um relatório, eu e a equipe lá né. A gente trouxe o Pedro Gabriel para examinar, num evento público, junto com o secretário e com todos os profissionais do programa. Então, era ali no auditório do Sérgio Arouca num evento que tinha mais de 200 pessoas, inclusive o secretário na mesa, junto com o Pedro Gabriel, que era o Coordenador Nacional de Saúde Mental, e os dados que vieram do programa eram dados todos muito bons, com uma ou duas exceções e uma delas era o fato de que o CAPS Herbert de

Souza naquele intervalo de um ano tinha recebido 13 pacientes novos. Então, você vê, um CAPS que recebe um paciente por mês não é um CAPS público, é um CAPS privatizado, ele é privatizado por aqueles 80 pacientes que já tinham o privilégio e o benefício de se tratarem lá.

E privatizado pela equipe que cuidava de não se sobrecarregar de mais trabalho do que aquele. Então isso permitiu que o Pedro pudesse dizer, na presença do secretário, que esse dado não era aceitável, vamos dizer assim. Ele não disse isso tão abertamente no seminário, no seminário ele falou: "ah, tem problemas a ver, né, nos CAPS, etc." E depois, numa reunião privada com o secretário, ele disse isso. Então, isso me autorizou a simplesmente demitir. Não demiti do serviço público, porque eram servidores públicos, mas eu tirei das chefias, as pessoas que continuaram se opondo à direção foram disponibilizadas para outros programas da secretaria, atendimento a idoso, outras coisas que não eram propriamente saúde mental. Então, eu estou dizendo isso pelo seguinte, porque o que a gente fez lá foi pegar uma situação em que havia uma certa anomia institucional, uma certa precariedade institucional e dar o que a gente na época, isso eu agora tenho que fazer uma autocrítica, o que a gente na época achava que era uma institucionalidade. E que eu vejo que era uma institucionalidade também muito frágil.

Porque era uma institucionalidade baseada nesse tipo de manobra, tipo pegar um RPA do hospital e botar lá ele com uma remuneração aumentada para ele fazer uma coordenação de ambulatório, por exemplo. Desviava o objeto inicial do convênio do IFB, que eram os CAPS, para botar gente nos ambulatórios também. Quando a sustentação dessas coisas não pode ser mantida por uma nova gestão ou por óbice jurídicos, pelo que quer que seja, a notícia que eu tenho é que isso que a gente achava que era uma institucionalidade que a gente tinha erguido tinha uma dimensão de institucionalidade que era a seguinte onde não havia direção, passou a haver uma direção, isso produziu resultados, passou a haver supervisão, passou a haver formação, passou a haver cobrança de resultados, passou a haver acompanhamento, presença, referência, passou a haver direções públicas de trabalho, por exemplo, no sentido de incluir crianças e adolescentes e usuários de álcool e drogas no atendimento do ambulatório, que não atendiam, não atendiam.

E a gente enfrentava situações assim do tipo de ouvir no serviços, gestor de vários serviços dizer: "olha, você não me venha com essa babaquice de clínica da psicose porque isso é coisa de psicanalista." A gente ouvia esse tipo de coisa. Ou a gente ouvia de um psiquiatra que eu não vou dizer o nome, que talvez esteja lá até hoje, e dizia no ambulatório, quando a Raquel foi lá falar sobre a necessidade daquele ambulatório passar a ter uma ação sistemática para agregar crianças, para receber crianças e adolescentes em tratamento, esse psiquiatra dizia: "Eu não vou atender..."

FT: Você tinha perguntado qual é a diferença que eu notei, ou enfim, que toca um pouco também no trabalho que a gente fez, né. Eu estava te dizendo, em resumo, eu estava te dizendo que a gente encontrou uma rede com um trabalho assim valente das pessoas que trabalhavam lá mas que, do ponto de vista da institucionalidade, muito fragmentado, muito precário, numa certa falta de coordenação, falta de elementos básicos da institucionalidade, como cargos de chefia, equipes completas, supervisão. E a gente fez, a gente primeiro reforçou, consolidou, ergueu, deu recursos e institucionalidade à essa rede extra-hospitalar, não é? Então, a gente construiu coordenações, a gente instituiu supervisão, na medida do possível, a gente estendeu, não, a gente instituiu uma coordenação central para o programa de acompanhantes terapêuticos. Em alguns ambulatórios, os acompanhantes eram extensivos no CAPS, a gente constituiu acompanhantes específicos nos ambulatórios. Enfim, a gente...

RL: Acompanhantes domiciliares?

FT: Domiciliares, desculpe, domiciliares. Acompanhantes domiciliares, os ADs, né? Então, a gente primeiro resgatou vamos dizer assim ou produziu, não sei, condições mínimas de trabalho, condições mínimas de trabalho para a rede extra-hospitalar, não é? E eu disse na entrevista, acho que não preciso repetir, o quanto o hospital foi importante nisso. Não posso dizer que isso partiu do hospital, isso partiu dessa instância de gestão que foi constituída fora, no organograma da Fundação fora do hospital, que é a Coordenação de Saúde Mental, mesmo que a sede física dela fosse o hospital, mas a instância de gestão como tal não emanava do hospital, emanava do secretário, emanava do nível central, que era a Coordenação de Saúde Mental.

Então, eu não vou dizer que esse trabalho na rede partiu do hospital, mas ele se fez com apoio material e de formação, de discussão clínica, de fomento de uma educação continuada, de uma formação permanente, vindo do hospital, sob a liderança do Eduardo e do Francisco, principalmente. Francisco acabou agregando naquele tempo outras pessoas da UFF ao trabalho, com os estágios e residências, o Ricardo Sá, a Ana Elise, pelo que eu me lembro naquela época eram principalmente esses dois. Mas para fazer isso concretamente na rede, a gente enfrentou oposições importantes, oposições importantes. Então, por exemplo, eu falei do CAPS Herbert de Souza, que tinha essa política de que a portaria 336 era uma inapropriação dos CAPS.

É engraçado que a gente propunha uma coisa que era: que os CAPS assumissem uma responsabilidade de saúde pública, mas ao mesmo tempo a gente propunha isso junto com uma tentativa de sustentar um discussão assim mais fina clínica da psicose, da clínica dos casos, da oficina de psicanálise, o dispositivo de supervisão. E aí é engraçado porque neguinho queria se opor a... queria se opor frontalmente, né. Então, a gente ouviu, eu ouvi coisas do tipo: "não me venha com essa babaquice de clínica da psicose", "não me venha falar de clínica da psicose que isso é uma babaquice de psicanalista". Então, você vê, era uma posição desonesta, assim, porque era uma posição assim que se opunha a publicização que a gente queria fazer do trabalho, ao caráter público que a gente queria dar ao trabalho, defendendo uma coisa fechada, nesse sentido, privatizada, mas se valia de um argumento que tinha uma entrelinha que era assim "esse negócio de psicanálise não tem nada a ver com saúde pública", sabe, uma coisa assim. Era uma posição desonesta. Então, a gente tentou coisas assim, por exemplo, nessas primeiras reuniões que eu tive no CAPS Herbert de Souza, eu ouvi desse sujeito, desse profissional, uma coisa assim do tipo: "não, tudo bem, você pode vir aqui dizer essas coisas, a gente vai trabalhar como a gente puder, sei lá, porque eu sei que os gestores passam e os servidores ficam", ele falou para mim.

Aí ele falou isso para mim: "os gestores passam e os servidores ficam" e eu pude responder para ele, felizmente, eu pude responder para ele: "eu sei disso porque eu sou servidor, neste momento estou em uma função de gestão e claro que eu não vou ficar para sempre nessa função, mas enquanto eu estiver nela, eu vou exercê-la". E aí num outro ambulatório quando a Raquel Oliveira, porque aí a gente fez... a coisa dos ambulatórios, cara, porque não é o objeto da sua pesquisa, mas é uma coisa que eu queria transmitir, publicar, sei lá... porque considerando o cenário atual da reforma psiquiátrica de desvalorização dos ambulatórios. Cara, a gente tinha que defender os ambulatórios, a gente tinha que dizer como é que a gente fez, não é como é que se faz, mas como a gente fez um trabalho nos ambulatórios. Porque, por exemplo, uma coisa que acontecia lá, os ambulatórios ao seu bel prazer diziam que não atendiam álcool e drogas e não atendiam criança, que não tinham especificidade, que não tinham formação.

E a gente, de um lado, exerceu a gestão no sentido de dizer é um serviço público, tem que atender. Mas por outro lado, entendeu que era preciso criar condições tanto subjetivas quanto objetivas para atender, técnicas para atender. Então, por exemplo, nos valemos do convênio com o IFB, tinha lá uma rubrica de supervisão que estava ociosa em dado momento, com essa rubrica pagamos o Rossano Cabral Lima para dar um curso de psiquiatria infantil para os psiquiatras da rede, por exemplo. Ele foi lá em Niterói dar esse curso. Aproveitou quem quis, fez quem quis.

Mas, enfim, foi lá dar esse curso. E aí uma coisa importante que a gente fez, a gente então se valendo dos recursos do hospital, a gente contratou para os ambulatórios, para cada ambulatório, a gente contratou uma pessoa que tivesse afinidade com atendimento de criança e uma pessoa que tivesse afinidade com atendimento de álcool e drogas, ou designou uma pessoa da equipe que já existisse e que já tivesse essa afinidade. Então, cada ambulatório passou a ter uma pessoa de referência para álcool e drogas e uma pessoa de referência para criança e adolescente.

Não quer dizer que essa pessoa fosse atender os casos todos, mas era a pessoa para quem eu ia ligar do SRI se eu tivesse um caso. Essa pessoa ia fazer a facilitação da chegada nesse caso à equipe, ia combinar na equipe como é que é que podia atender. Então a gente foi fazendo uma política de criar essas culturas. Uma ocasião que a Raquel Oliveira foi ao ambulatório, por exemplo, para falar disso, para falar da necessidade de começar a atender e das coisas que a coordenação de saúde mental estavam fazendo nesse sentido, teve um profissional, um psiquiatra, que falou: "eu não vou atender criança e adolescente porque não é a minha especialidade, sei lá, não é minha formação e porque eu não sou cordeirinho de Fernando Tenório e Eduardo Rocha".

Então, era esse nível de oposição que a gente enfrentava. No entanto, a gente teve lá uma coincidência feliz, sei lá, uma convergência de fatores que foram todos muito favoráveis. Um: a prefeitura petista querendo mostrar serviço, porque era a primeira gestão petista do município, no primeiro mandato do governo Lula, com o Pedro super empoderado no Ministério da Saúde, com uma situação no SUS lá naquele momento de financiamento privilegiado para a saúde mental, para a implantação de CAPS, para a implantação de RT.

Então, havia um arcabouço normativo que tanto dava assim o caminho técnico, quanto o caminho do financiamento, entendeu? E como a gente tinha lá gestores e técnicos locais que tinham a capacidade de implementar, cara, a gente viveu na verdade o período ali muito favorável, muito favorável, a ponto da saúde mental ter sido um dos carros-chefes da campanha do então secretário Chico D'Angelo, foi quando ele se candidatou pela primeira vez a deputado federal e ganhou, foi eleito. Isso era uma bandeira dele. Olha, na minha gestão a gente fez isso, isso e isso. Então, foi um momento muito favorável. Teve uma convergência de muitas coisas. Uma juventude super a fim de trabalhar, super a fim de aprender, uma geração de pessoas que estavam no momento de ensinar, o Francisco, o Eduardo, entendeu? Então foi... Um convênio com o IFB que a gente não teve limitação de recurso para ir ampliando, ir ampliando, ir ampliando. Sei lá, foi um momento muito favorável que não vai acontecer de novo. Foi uma sorte que aquilo tenha acontecido. E os resultados foram muito expressivos.

A gente implantou CAPSi, implantou CAPSad, conseguiu efetivamente passar a atender criança e também álcool e drogas nos ambulatórios, fez RT. Eu acho, não sei o que que o Eduardo pensa disso, eu acho que a gente perdeu a briga com as conveniadas, mas a gente obteve também coisas importantes nesse front. Talvez a briga com as conveniadas a gente pudesse falar num outro dia, numa outra entrevista, porque talvez fuja um pouco ao seu escopo, mas e por isso, porque acho que é o ponto onde a gente perdeu. Mas, tudo bem, a gente não ganha todas.

Então, eu acho que a gente conseguiu fazer lá uma rede de atenção psicossocial com hospital, com ambulatório, com formação, em que as ações de atenção psicossocial não subsumiam os casos. Os casos não eram subsumidos à atenção psicossocial. A atenção psicossocial se fazia junto com uma discussão clínica que considerava, vamos dizer assim, os sujeitos em questão ali, os pacientes para além das providências de vida que em geral a atenção psicossocial ajuda a tomar, né? Então, havia uma discussão muito fina mesmo sobre isso, que permitia inclusive que tivesse uma dignidade clínica no tratamento de pacientes que a rigor não melhoravam, pacientes que foram ficando no hospital, a Líbia, não sei se eu posso citar o nome, mas depois você corta, mas a Líbia, a Pilar. Então são pacientes que com atenção psicossocial

responderam pouco, mas eram pacientes que tinham uma dignidade, o tratamento deles tinha uma ética, tinha uma... enfim...

RL: Bem, você já está no campo...

FT: Isso.

RL: Aqui no Rio novamente, né?

FT: Na PUC, eu sou supervisor de um CAPS aqui no Rio e do território adjacente a esse CAPS, que é o CAPS Fernando Diniz, na Penha, e de três clínicas de família e um ambulatório que ficam no território adjacente. E aqui na PUC eu respondo pelo estágios em saúde mental, inclusive os estágios que a gente está retomando em Niterói agora.

RL: Bom, considerando também a experiência atual, a loucura que você encontra hoje tem alguma mudança nas manifestações da loucura? Há novas loucuras, há novas manifestações da loucura hoje? Alguma variação?

FT: Não, olha só, eu acho assim... Aí é que tá, você me perguntou antes o que era loucura e eu acabei reduzindo um pouco à doença mental. A loucura no sentido mais amplo, eu acho que tem novas loucuras sim. Por exemplo, sei lá, um pouco leigo, um pouco impreciso isso que eu vou dizer, um pouco grosseiro, assim eu vi recentemente um documentário do Herzog, que é um puta cineasta, o documentário é menos bom que eu imaginei que ele seria, "Eis os delírios do mundo conectado" é o último filme dele é sobre o que o mundo conectado enseja de novas loucuras. Não é tão bom quanto eu esperaria vindo do Herzog. Por exemplo, uma coisa lá, tem jovens, principalmente no Japão, asiáticos e coisa e tal, mas tem jovens que passam dias jogando e que ficam de fralda para não ter que ir ao banheiro. Então, novas loucuras devem ter tantas equivalentes a essa, sei lá. Mas essas são não psiquiatrizadas, não sei. É um campo, assim, muito maluco. O que eu acho curioso é assim, tem uma coisa assim que é uma expansão, uma expansão da psiquiatria sobre o que antes não era da alçada da psiquiatria, por um lado. E por outro lado, uma certa demissão da psiquiatria daquilo que seria a sua responsabilidade primeira. Então, me dá a impressão nesse caminho de relativizar o estigma e os caminhos separados da doença mental e misturar isso na sociedade, digamos assim, acho que a psiquiatria acaba deixando de se ocupar dos loucos em pontos que ela tem que se ocupar. E aí eles acabam indo para as delegacias de polícia, para os manicômios judiciais, que estão em extinção, ou então em presídios comuns ou para... sei lá. Então, mas eu não sei dizer se tem uma nova loucura, não sei mesmo, cara. Eu vejo coisas muito loucas acontecendo, mas se elas são classificadas de loucura eu não sei. Essa do pessoal usar fralda para não ir ao banheiro, ficar dias jogando online, uns com os outros, eu acho isso uma loucura.

RL: E quanto à clínica? Você falou que as clínicas de psicose tinha um investimento quase a mesma quantidade de investimento que se fez do ponto de vista da saúde psicossocial e da estrutura foi feito também na formação...

FT: Você formulou muito bem, melhor que eu, não tinha pensado nesses termos.

RL: Você acha que tem algum efeito de mudança em relação à clínica que existia com a psicose e também com o autismo e com álcool e drogas...

FT: Com autismo e álcool e drogas eu não sei, porque não é minha militância profissional assim. Mas eu vejo hoje, na minha experiência da saúde mental do Rio, eu não sei como é que está a de Niterói, eu vejo uma dificuldade de sustentar isso que foi uma coisa singular nossa lá, que é não subsumir os casos à atenção psicossocial. Eu vejo as discussões desse território que eu dou supervisão, por exemplo, eu vejo que toda a discussão conflui para uma coisa assim de pactuação de rede, de onde o cara vai se tratar, quem é que vai com o cara na retirada de documentos ou no Conselho Tutelar, como é que o cara vai morar. Eu vejo uma dificuldade mesmo das pessoas levarem em consideração o sujeito, nesse sentido mais específico. Estou lembrando de um caso que a gente estava discutindo no CAPS outro dia, não vou me lembrar dos detalhes dos casos, mas assim era um caso que ele veio numa reunião de equipe e o que apareceu na reunião de equipe foi a vulnerabilidade dele à palavra da mãe.

Então, assim, a palavra da mãe era uma espécie de incidência assim direta nele sem mediação, que levava ele para lá, levava ele para cá, desagregava ele ou enfim. Aí a gente sublinhou esse aspecto na supervisão, que era uma coisa para a gente levar em consideração. Semana seguinte, passada uma semana, o caso volta para a supervisão porque durante uma semana tinha acontecido o seguinte, esse paciente tinha ido, ou essa paciente, já não lembro se era um homem ou uma mulher, tinha se amigado com outro paciente do CAPS, tinha se formado ali efemeramente um casal heterossexual e tinham ido num motel. Acho que era isso, tinham ido num motel, era a moça, essa paciente em questão era a moça, foram no motel, chegando lá no motel não tinham dinheiro para pagar. O homem, desse casal, ligou para a família e a família foi lá e pagou e salvou ele e tirou eles de lá. Eles foram para o CAPS e a primeira coisa que a psicóloga dessa moça, de quem a gente tinha falado na supervisão anterior que era muito vulnerável à palavra da mãe, a primeira coisa que ela fez foi ligar para a mãe da paciente e dizer, porque achou que a paciente tinha que fazer um protocolo anti-HIV não sei onde, porque achou que... você entende? Então, uma coisa psicossocial vem num lugar de preenchimento que essa psicóloga não pode pensar duas vezes e dizer: "bom, ela tem essa delicadeza da relação com a mãe dela, como é que a gente vai fazer isso? Será que a gente ...?" Você entende? Então, assim, eu vejo, no Rio de Janeiro, pelo menos, que é uma cidade hoje, pelas condições de gestão, não se pode fazer o mesmo tipo de trabalho artesanal, individualizado, serviço a serviço, profissional a profissional, supervisor a supervisor, diretor a diretor, coordenador a coordenador, formação continuada dos profissionais. Porque lá, outra coisa muito legal em Jurujuba, em Niterói, é que a formação, ela não distinguia muito o profissional e o residente, o estagiário. Claro que eram estruturas cujo mote talvez mais imediato era de você oferecer uma estrutura de ensino para residência, por exemplo.

Mas a oficina de psicanálise nunca foi para a residência ou para a especialização, sempre foi para o hospital e depois para rede. A supervisão institucional dos serviços nunca foi pro residente e pro estagiário. Eu estou falando da oficina de psicanálise porque a oficina de psicanálise era um lugar onde a gente estudava, a gente lia texto na oficina de psicanálise, a gente levava questões clínico-teóricas de uma oficina para casa, para conversar depois. Isso daí pegava estudantes e *staff*, tudo junto, entendeu? E no Rio não se teve condições de fazer esse trabalho, eu não se tem condições de fazer esse trabalho. Uma subárea programática do Rio é maior do que Niterói e tem muito menos recursos. Então, eu vejo, no contexto do Rio de Janeiro, que o que a gente chamaria de uma clínica para as doenças mentais, ela fica muito soterrada por esse ideal da atenção psicossocial, porque as providências no trabalho, elas são mais fáceis de fazer.

RL: Tenho uma pergunta só, a última, que é, bem, nesse período, que a gente está representando como o período da reforma da atenção psicossocial, se você nota alguma mudança nas relações do campo com o Estado, com o governo, com a política em geral?

FT: Bem, eu me afastei um pouco, né, dessa discussão mais política né. Eu noto que houve um momento em que estava tudo movimentando a favor, né, a reforma psiquiátrica se instituiu como uma política de Estado, não de governo, mas os governos de então eram todos favoráveis à reforma psiquiátrica nos três níveis de gestão. Agora não é mais assim, né? Pela primeira vez, o Brasil tem um Ministro da Saúde que se declara quase abertamente contra o SUS.

Então, o que que isso vai gerar eu não sei. A Dilma em um esforço desesperado de não ser destituída loteou lá inclusive o Ministério da Saúde de tal modo que um dos últimos coordenadores de saúde mental dela tinha sido diretor de governo de manicômio, né? Então, agora, aqui no Rio, por exemplo... parece, essa semana eu tive a notícia, não sei se é verdade, que o Temer emitiu aí um decreto, medida provisória, eu não sei, caracterizando como estabelecimentos de saúde as comunidades terapêuticas, vão ter CNES etc, vão ter financiamento do Ministério da Saúde. Um dos assessores, Uma das pessoas importantes do Crivella aqui no Rio de Janeiro é o Bethlemque defendeu a política mais conservadora e de repressão em relação ao crack, comunidades terapêuticas e tal. Então, eu não sei como é que está no geral o sistema eticamente, mas eu acho que a conjuntura já foi mais favorável. Eu fico triste pelo seguinte, eu acho que a reforma psiquiátrica, o que eu pudesse defender assim de uma posição um pouco mais conservadora, no sentido literal da palavra, em relação à reforma psiquiátrica.

Conservador virou um xingamento, né, mas se a gente tomar conservador no sentido de querer conservar algumas estruturas. O que eu acho que a reforma psiquiátrica podia talvez sustentar, de maneira conservadora, que eu acho que é especificamente não abandonar o paradigma clínico em favor de um paradigma social meramente. E do ponto de vista das estruturas, sustentar a importância do ambulatório e a importância do hospital psiquiátrico, não só da internação psiquiátrica, do hospital psiquiátrico. Foi uma coisa que não deu para sustentar muito quando atenuaram a discussão, né? Mas eu acho que o que a reforma psiquiátrica pudesse sustentar ligado um pouco mais a uma coisa mais conservadora tem que ser sustentado desde dentro da reforma, não é o que virá dos opositores da reforma. Porque é muito diferente, entre nós a gente dizer que é importante manter o hospital e o cara que tem uma história da Eiras de Paracambi dizer que tem que manter o hospital, você entende? É muito diferente o Marcelo Cruz perguntar "onde é que se interna usuário de álcool e drogas no Brasil?" e o Temer regularizar por decreto as comunidades terapêuticas religiosas como estabelecimentos de saúde com CNES. Então, é uma pena que a gente não faça isso a gente, porque, como eu acho que vai vir do real uma necessidade dessas coisas serem feitas, outros vão fazer, do jeito deles. Enfim, mas eu não tenho como dizer numa ordem geral assim na relação com o Estado eu não sei, não sei mesmo.

Denilson Santos

*Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói.
Outono de 2017*

[RL: Rafael Lazari]
[DS: Denilson Santos]

RL: Pois bem, seu Denilson Santos, a primeira pergunta é como é que foi a sua entrada na psiquiatria?

DS: É, junto com essa primeira pergunta, eu tenho um bom dia especial, tá? Porque eu acho que essa entrevista é tão importante conforme o Rafael me falou. Então, primeiro um bom dia especial, depois vamos à primeira pergunta.

RL: Tá certo, bom dia, Denilson. Como é que foi a sua entrada na psiquiatria, Denilson, como é que você chegou na psiquiatria?

DS: Na psiquiatria pela primeira vez eu cheguei na Clínica São Marcos Padre Café, em Juiz de Fora, com dez anos. Lá não deu para eu lembrar muito coisa que eu era pequeno e fugia muito e ficava fugindo e voltando para a clínica que eu estava, entendeu? A única coisa que eu lembro que às vezes meu pai me queria tirar de alta a pedido, eu chorava pra eu sair, mas ele não tinha como me levar porque ele trabalhava com companhia. E lembro que eu peguei um passarinho, o passarinho em liberdade não se sentiu melhor preso, fugiu em dois minutos, só isso que eu me lembro. Essa foi a primeira entrada que eu tive na psiquiatria, que foram mais de três internações nessa clínica.

RL: E aqui em Jurujuba? Você lembra quantos anos você tinha?

DS: Não dá para eu lembrar, porque faz muitos anos que eu me trato e de dez anos para cá eu passei por vários hospital, entre eles Jurujuba. Então eu não ficava só em Jurujuba. Eu ficava, hoje eu estava aqui, amanhã eu estava em Paracambi, tava em Nova Iguaçu, estava no Engenho de Dentro, estava no Pinel, estava em Botafogo, estava na Clínica São Paulo, que eu tenho duas entradas em São Paulo, eu não tinha um paradeiro certo.

RL: Mas quando você veio para cá a primeira vez você era jovem, né?

DS: Ah, era.

RL: Nessa época, Denilson... você tem quantos anos hoje?

DS: 57

RL: 57, então você devia ter o que, uns 30 anos quando você veio aqui?

DS: Não sei, pela primeira vez não sei.

RL: Mas você era jovem?

DS: Eu creio que sim, né, que eu já tive várias entradas aqui, tenho muitas entradas aqui.

RL: E como é que era aqui antigamente, Denilson? Como é que era o tratamento aqui, o atendimento?

DS: O tratamento através da alimentação era ótimo. Era bom. Sobre o tratamento clínica social, psicóloga, era os mesmos que a gente tinha aqui, a gente não tinha tanto.

RL: Não tinha tanto.

DS: E sobre os pavilhões, tinha até grade, né, não era conforme é agora pelo futuro, né? Mudou bastante.

RL: Era bem maior aqui, né?

DS: Era bem maior.

RL: Como é que era assim os espaços aqui antigamente? Tinha muito paciente?

DS: Não, tinha muito, tinha mais, mas a gente tinha a capela, quando morria pessoa tinha onde colocar o corpo, a gente tinha ambulatório, a gente tinha dentista, a gente tinha advogado... Hoje em dia o futuro acabou tudo.

RL: O que você acha disso?

DS: Bom, pra mim foi ruim. Eu não posso responder por todos. Sei que pra mim foi ruim. Que tinha uma lavanderia. Desde o momento que era um hospital grande era o momento que tinha uma lavanderia. Isso é todo lugar que você for num hospital tem uma lavanderia. Desde o momento em que morre algum paciente você tem que ter um lugar para colocar o corpo. Hoje em dia botam o corpo em uma sala vazia até o carro vir buscar. Então, essas coisas assim, que tinham e não tem mais, entendeu?

RL: Vou mudar um pouquinho a pergunta: o que é loucura para você?

DS: A loucura para mim faz parte da vida, né, porque até hoje, tanto aqui dentro como lá fora, eu nunca vi ninguém normal, cada um tem sua falha de loucura.

RL: Então, tanto aqui quanto lá fora tem loucura, né?

DS: É, sabe por que que eu falo isso? Sabe por quê? A maioria das pessoas que se considera como normal faz mais merda do que os loucos que estão aqui dentro, se matam, mata o filho, faz aquelas coisas tudo. Então, se uma pessoa que é casada, que tem filho, que é pai de família, tem tudo na vida, de uma hora pra outra se mata e mata a família, como é que eu posso dizer que uma pessoa dessas é normal? Agora, folha (?) da mente passa pela dele. Porque nem por esse negócio financeiro, financeiro todo mundo passa, a crise ou fora da crise, todo mundo está lidando no meio da loucura. Entendeu o que eu estou falando? Então, o povo que vive lá fora se considera como normal, mas aqui esse tratamento foram os mais loucos, que desde o momento que se pega uma criança e... Você não viu o advogado da televisão? Um cara desses

é normal? O que que ele pensa da vida? Ele tem alguma falha na mente, se fosse normal mesmo não fazia isso. Aí por isso que eu falo que a loucura é dividida.

RL: Você sempre achou que a loucura...

DS: Sempre achei não, tenho certeza, não preciso nem achar que eu não estou perdido. Eu tenho certeza, preciso de achar. Só você ir lá fora que você vai ver um monte que vindo pra cá. Você não vê de vez em quando da onde que vem? Da onde que vem a loucura? Tem pessoa que nunca esteve internado em psiquiatria.

RL: Sim.

DS: Vem aqui pela primeira vez. Por que que o doente mental não teve cura? Por quê?

RL: Por que que o doente mental o quê?

DS: Não teve cura.

RL - Por quê?

DS: Porque a loucura é dividida. Como é que o médico vai curar o louco se ele também é louco? Não existe isso, né? Essa é a grande verdade. Aí as pessoas discriminam as pessoas que estão aqui dentro, mas não enxerga que a loucura está toda lá fora, o medo está todo lá fora, né?

RL: O que que está todo lá fora?

DS: O medo. Tudo que acontece de ruim está lá fora. Você não vê... como é que é o nome dele... Raul Seixas quando inventou essa música "Maluco Beleza". A loucura é tão forte na liberdade, em cada ser humano, porque consegue dividir em maluco, crônico, retardado... "Ah, ele foi para o hospital de maluco, ele é louco mesmo". Mas os loucos mesmo estão todos lá fora. Não faz muito diferença tanto aqui, é que os outros criam muito essa palavra. Você não vê, "ô, maluquinho, quanto tempo". Tem gente que tratando você e diz: "oi, maluquinho, tudo bem?". Não se ofende tanto assim, mas continua a discriminação.

RL: Você sofre discriminação, Denilson?

DS: Não, não.

RL: Não, né? Deixa eu voltar a perguntar sobre o hospital. Uma pergunta aqui que é a seguinte, você mesmo já disse que o hospital era muito maior, mudou muito né, tinha capela, tinha lavanderia, tinha menos profissionais que tem hoje, são muita mudanças, né, mas dessas mudanças, qual você acha que é a mais significativa, assim, a mais importante?

DS: A mais importante é o pessoal sair aqui fora, conforme sai, através da loucura, que é lá fora.

RL: Isso não existia e existe agora?

DS: Existe agora porque é aquele ditado, o que tiver que acontecer vai acontecer aqui dentro ou lá fora, se correr o bicho pega, se parar o bicho come. Por que que o louco maior pode ficar lá fora e o que está recuperado não pode?

RL: Por que?

DS: Tá a prova aí, da própria loucura. É que nem o... Você vai falar essa presidente lá de São Paulo que falou, como é que é o nome? Prefeita Suplicy, né? Ela falou assim você ficar... , você relaxa e goza. Ela não podia falar isso. Ela não falou? Deu alguma coisa para ela? Por que? Porque ela tirou a gente como doido. E ela também não é normal. Porque ela não pode falar isso nem na televisão e nem no rádio. Lembra que ela falou isso? Todo mundo sabe disso, ficou por isso mesmo.

RL: Então, para você o mais importante foi isso: que a pessoas que estão aqui podem sair?

DS: E tem mais atenção, os pacientes têm mais atenção, né? Fica mais solto, entende? Tem mais atenção. Tá mais cuidadoso. Dá mais liberdade para eles, entendeu?

RL: Mais atenção por parte de quem?

DS: Por parte das psicólogas. Isso eu dou valor aos psicólogos, as pessoas que estão acompanhando. Porque há uns anos atrás você não tinha para onde correr, palavra do enfermeiro ou do médico. O que o médico falasse, o que o enfermeiro... "ó, aumenta a medicação dele..." - era a palavra do médico ou do enfermeiro. Hoje em dia não, comigo não aconteceu mais isso. Que quando eu estava internado há muito anos atrás, eu fui uma das primeiras pessoas a ganhar saída, eu tinha saída até dez horas da noite, era magrinho, magrinho. Um enfermeiro chegou e falou que eu não estava entrando no horário certo. A Cláudia foi e diminuiu para 9h da noite, e eu continuei entrando. Até no portão eu cheguei a dormir porque que eles não me deixavam entrar mais. Que que aconteceu? Ela viu que eu estava certo e mudou o meu horário para o mesmo horário que era, 10h da noite. Porque ela sentia que o pavilhão ficava abandonado durante a noite, o pessoal vinha tudo para cá para frente. Aí meu horário continuou 10h da noite.

RL: Ela sentiu que o pavilhão ficava abandonado para trás...

DS: É ficava...

RL: E que o pessoal vinha para cá pra frente.

DS: Eles deixavam porque eles não queriam perturbação dos pacientes. Aí eu consegui voltar no mesmo horário, 10h da noite. Então, você vê, eu passei por vários hospitais, tomei eletrochoque, tomava injeção na minha coluna de 8 em 8 dias, nunca encontraram uma solução para minha melhora. Hoje em dia, eu estou aqui, estou na liberdade, estou dividindo a loucura, estou sabendo que a loucura lá fora é maior do que aqui. Quanto tempo que eu fiquei internado? Quanto tempo que eu estava no remédio? Só em Paracambi eu tinha 19 entradas. Tirando as injeções que eu tomei na coluna. Hoje eu estou saindo, por que? O que faltava em mim? Liberdade, amor, carinho, uma coisa para ocupar a mente. Estou aqui até hoje. Cada um tem sua história, estou contando a minha.

RL: Então, a loucura maior é lá fora?

DS: É lá fora. Aqui é só recuperação para enfrentar lá fora depois.

RL: E como é que foi a sua recuperação?

DS: Sempre eu fico um pouco difícil de responder. Eu sei que eu só ficava internado, tomava remédio e eu não tinha apoio dos meus parentes, né, então também para eu não ficar na rua, tinham me internado.

DS: O meu pai, por exemplo, eu estava no hospital, mas se eu ganhava alta, eu tinha minha cama, eu tinha minha roupa, tinha minhas coisas direitinho. Mas só que eu não tinha a mente que eu tenho agora, aí eu fugia. Quando meu pai morreu, eu estava internado na Fundação, estava internado Saint Roman com a psiquiatria lá. Eu perdi o apoio dos parentes, não tinha mais esse contato, dormir em casa. Aí eu piorei o dobro. Piorei 100% a mais. Depois de um tempo, Deus me ajudou, eu caí aqui, eu consegui uma recuperação. Foi na época que eu trabalhei na obra, foi na época que eu trabalhei no tabuleiro de doces. Foi na época que eu consegui começar a dar a volta por cima andando pelo hospital vendendo o tabuleiro cheio de doces. Aí os outros me botavam nervoso, eu quebrava tudo, depois botava tudo de novo. Só aí eu quebrei duas vezes. Às vezes até os próprios funcionários, os próprios enfermeiros, para poder me provocar, pra eu nervoso não sabia me controlar, aí eu quebrava tudo. Até a enfermeira falava assim tomara que dá um bicho nele que ele quebra tudo de novo. Quer dizer então tudo isso era uma provocação para mim, entendeu? Aí hoje em dia eu estou aqui, entendeu? Mas foi uma maneira, as fases que eu passei no início da minha recuperação.

RL: Então sua recuperação foi aqui?

DS: Foi aqui.

RL: Você falou agora há pouco também sobre esse trabalho da Cláudia também com você, né, que permitiu o seu retorno?

DS: É, não tinha não, nos outros hospitais não tinha.

RL: Ou seja, você pode sair do hospital?

DS - Eu saía também, podia sair também fora, não ficava só aqui dentro não. Eu podia ir a Niterói, comprar mercadoria, voltar. Eu podia ir lá atrás, o outro também me incomodava lá atrás. Às vezes eu reclamava com a psicóloga. Aí veio na minha mente, se você não der ideia, você não vai receber nenhuma provocação dele. Assim eu aprendi. Dr. Raposo também na época que eu tava, ele me dava licença Nossa Sra da Vitória e eu sem destino nenhum, eu ia visitar outro hospital em que eu já estive internado, depois eu voltava.

RL: Denilson, tal qual você está me contando essa história, me parece que existiam algumas pessoas que eram mais propensas a oferecer liberdade e outras que nem tanto...

DS: Mas como assim que você fala?

RL: Tinham uns que falavam "tomara que quebre o tabuleiro", que te provocavam...

DS: Não, mas essas pessoas na minha opinião era inveja. Porque, conforme eu disse no início, antigamente - como é que se diz? - a gente não tinha a liberdade que a gente tem agora. Qualquer coisinha que acontecesse lá dentro, não tinha como a gente e - como é que se diz? - e procurar uma defesa com outra pessoa, né? Conforme eles falam aí de vez em quando: "essa psicólogas também vem para cá . Não eles são eles que trabalham aqui com eles 24 horas". Tudo isso eu ainda escuto. Você entendeu? Então, antigamente quem dava as ordens era a enfermagem e o médico, não tinha mais defesa, agora já tem. Por isso que eu falei para você, lembra que eu falo? Foi a saída para minha recuperação. Por que? Eu não tinha isso. Eu parei aqui várias vezes internado, mas nunca tive isso. Tinha uma enfermeira que trabalhava aqui, até hoje eu vejo ela, sabe o que ela falou pra mim? Que eu fui falar de uma coisa que ela deixou comigo. Ela falou assim: "sua salvação é a sua Claudinha, quero ver no dia que ela for embora". Até isso eu escutei. Na época que o Dr. Raposo entrou de férias, Dr. Raposo deixou ordens, "não mexam na medicação dele", aí entrou o Dr. Frederico médico no lugar do Dr. Raposo mexeu na minha medicação durante um mês que ele ficou de férias e eu briguei para ter minha medicação de volta. Fui e falei com o Dr. Cláudio Osório, Dr. Cláudio Osório pediu para tomar a mesma medicação que eu estava tomando, Sabe o que vieram falar para mim? "Essa figura não tem jeito mesmo não". Foi assim. Essa figura que eles me chamavam porque eu briguei pela medicação que eu estava tomando antes que o médico me deixou, eu não tinha dado alteração no meu corpo com o remédio.

RL: Então, tinham pessoas que eram mais favoráveis à liberdade e outras que não eram tão favoráveis assim à liberdade?

DS: É.

RL: Não era todo mundo concordando....

DS: Não era todo mundo concordando.

RL: Isso que eu queria saber. Me diz uma coisa, Denilson, na sua opinião, a loucura de antigamente ainda existe hoje, a loucura mudou? Como é que é isso?

DS: Não porque o lance da loucura na minha opinião é que nem a vida, vai depender da sua vida a sua loucura. Porque a vida já faz parte da loucura. É como eu falei para você, você é dono de casa, porque você vai pegar uma criança e estuprar uma criança, não tem sentido nenhum você estuprar sua própria filha. Um cara desse é normal? Claro que não, nunca foi, né? Um cara tem um carro, maior carrão, só porque está com dívida vai se jogar da ponte. Não tem motivo, tem? Então... Pra você ver. Fica difícil. Responde essa pergunta de novo.

RL: A loucura mudou?

DS - Mudou, tanto para pior, tanto para melhor. Tem alguns que vivem no meio dela que ficou melhor e tem outros que que não consegue viver melhor e se mata e tem outros que estão vivendo até hoje, entendeu? Aqui trabalhava um médico muito bom aqui, Dr. Alberto Roberto, eu já te falei isso, né?

RL: Já.

DS: Brincava com o pacientes, brincava no chão, jogava aquelas bolinhas que espalha, né? Ele se matou. Porque ele se matou. Depois, muitos anos atrás que ele foi embora, que a

gente soube. E muitos deles fazem isso. Por que? Porque não soube conviver no meio da loucura. Por isso que eu falo, o meio da loucura não é só aqui dentro não, está todo lá fora. Que quando ele vem, ele não sai aqui de dentro para ir lá para fora, ele vem lá de fora pra cá pra dentro, pra pegar uma recuperação melhor pra depois ir para a loucura de novo.

RL: Uma pergunta aqui, na verdade faltam duas só. Sobre essa inclusive você já fez algumas observações, que é o seguinte: os psiquiatras, os psicólogos, os assistentes sociais, os enfermeiros, os ADs, como você falou, esses profissionais, eles mudaram? Ou seja, o trabalho das pessoas, a maneira como as pessoas tratam, cuidam dos pacientes?

DS: Aí é que tá. Vai depender, né? Porque não adianta... Tem gente que trabalha por amor, que é a coisa mais difícil de acreditar. Tem gente que só trabalha por dinheiro. Todo mundo tem que ter um dinheirinho para se vestir e para se comer. Então fica uma palavra assim, por exemplo, se você trabalha por amor, mas não é por isso que você vai deixar de comer. Mas você não pode descontar nos pacientes. Se você não quer trabalhar, se você não quer vir, se não tem o dinheiro da passagem, não tem dinheiro para manter, para um pouquinho a questão do pagamento. Então, isso aí que você falou para mim não mudou nada, porque isso aí não depende de mudança, depende do homem grandão pagar o salário das pessoas direito e a pessoa trabalhar com mais carinho e amor. Só isso.

RL: Pois é, e como é que é isso, Denilson, isso do homem grandão aí, da política, do governo?

DS: Vai entrar mais outro aí pra roubar. Tem que conversar com ele para roubar um pouquinho e dar um pouquinho para saúde.

RL: Mas você acha que a relação dos políticos, do governo, com loucura e a psiquiatria mudou? Antigamente era...

DS - Mudou para pior, que a saúde está no fundo do poço. Agora mesmo está pior. Que eu nunca vi diminuir a metade do hospital para fazer túnel. Não existe isso, entendeu? Por que? Porque não tem você como diretor, na minha opinião, você aceitar fazer a obra deles primeiro para depois... Que garantia que a gente vai ter? No papel, nas palavras, todo mundo paga. E depois? E depois no futuro? Quem vai vir aqui para fazer? Entendeu o que eu estou falando? Esse que é o maior problema. Porque no início ia fazer a obra da gente, depois começar a do túnel. Agora por que que uma obra dessa inicia depois? Em quem que você vai acreditar? O futuro é cego.

RL: O futuro é o que?

DS: Cego.

RL: Cego?

DS: É. Então, tudo pode mudar. De uma hora para outra, eles não pagam, não tem como fazer. Porque desde o momento, para começar, desde o momento em que a saúde está no poço, eu como diretor não deixava. Não é que eu não só não deixar, eu ia brigar para que não deixar, eu ia chamar o jornal importante, eu ia chamar pessoa importante que nunca veio aqui para ver se estava certo. Porque essa opinião aí meu filho, eu não vou dizer que sou contra nem a favor, só vou dizer que é furada, aí eu entrego pro futuro. Porque olha só, se a saúde está uma merda,

a saúde está no fundo do poço. Não tem dinheiro para pagar o pessoal, não tem dinheiro para fazer aquilo, como é que você pode deixar acabar com a metade do hospital? Pra depois ficar na mão? Já acabaram com a metade. Aquele Brizolão era hospital, posto de saúde era hospital, acabou muita coisa. Entendeu? Não fica difícil? Eu não acredito. Negócio de política, prefeitura, eu não acredito. Só entregando pro futuro. Posso até falar do meu quartinho novo que vai sair, assim disseram para mim. Mas de todo jeito a minha opinião aqui é não acreditar, só porque essa obra depende deles. E eles são furada. Entendeu? Você vê pelo estado que a nossa saúde chegou.

RL: Tem mais alguma coisa para dizer sobre tudo isso, Denilson?

DS: O que?

RL - Sobre essas questões que a gente falou agora.

DS: Não, o que eu tenho a dizer é isso. Já acabou tudo. O futuro é cego, você vê agora, mas não vê amanhã.

RL: E a loucura?

DS: Bem dividida, mas eu não quero ter nem metade da sua.

RL: Obrigado, viu? Estava faltando essa frase famosa...

DS: Frase famosa, mas é verdade.

Maritelma Vieira dos Santos

*Santa Rosa, Niterói.
Outono de 2017*

[RL: Rafael Lazari]

[MS: Maritelma dos Santos]

MS: Então, o meu primeiro encontro com a psiquiatria foi na época de estudante ainda. Era 1972, 1973, não me lembro precisamente, mas eu estava fazendo faculdade ainda, faculdade de enfermagem. E aí eu fui fazer a disciplina de psiquiatria, e aí eu entrei no hospital psiquiátrico pela primeira vez, Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. E aí eu fiquei muito, eu não sei nem dizer pra você, eu acho que não foi nem mal e nem bem impressionada, mas eu fiquei impressionada com a organização daquele lugar. Naquela época existia uma enfermaria com mil pacientes? Sei lá... uma enfermaria enorme onde a gente não tinha acesso, e tinha uma enfermaria que era só da UFF, que a UFF cuidava, eu tenho a impressão que essa enfermaria que a UFF cuidava tinha uns cem leitos. E aí eu passei por ali, passei por um tempo relativamente curto, estágio de uma disciplina, a nossa professora era a Vanda, que era a chefe da disciplina de psiquiatria.

Ali eu conheci o professor Nobre de Melo, ali eu conheci Raldo, eu conheci Helcio Matos, as pessoas da psiquiatria mais antiga, não sei se estou esquecendo alguém de professores... o Uerlei, naquela época eu tenho a impressão de que o Uerlei já era professor. Enfim, passei por ali e ali segui meu caminho, concluí minha faculdade. Eu tinha uma coisa pra mim já muito definida, porque eu fui uma pessoa de escola particular a vida toda, porque por uma questão de princípio meu pai dizia que a escola pública era para as pessoas que tinham mais dificuldade de pagar ensino pros filhos, e ele podia pagar então eu vivi em escola particular. Quando eu fui fazer a faculdade, eu fiz a universidade pública, até porque na época não tinha enfermagem em faculdade particular, então aí eu fiz a UFF, eu sou formada pela UFF. E tendo feito a UFF eu tinha assim um compromisso com a instituição pública. Eu sempre tive essa, eu já fiz a faculdade pensando nisso, eu tinha muito interesse na coisa pública, porque eu achava que eu tinha inclusive um compromisso com a sociedade. Eu tinha uma universidade custeada pela sociedade, né? Então era assim que eu entendia, era mesmo muito claro pra mim.

Aí eu fiz a faculdade, terminei a faculdade e fui fazer a residência em doenças infecto parasitárias. Aí eu fiz e fui trabalhar com cardiologia, fiz o concurso público federal, do INAMPS e fui logo chefiar uma emergência geral, que era o PU, ou PAMU sei lá, era um posto de urgência do INAMPS que era ali no Hospital Santa Mônica. E aí ali, eu numa emergência geral, eu me encontrava com situações psiquiátricas também, sem dúvidas, mas tava junto de todos os meus interesses. Daí eu fui, eu fiz a residência em DIP, interrompi porque eu fui a São Paulo trabalho e voltei, e assumi o concurso público, e aí quando a gente mudou pro CPN, eu participei da inauguração do CPN, eu fui inaugurar o CPN chefiando a emergência também, junto com um médico pediatra, ele era chefe médico e eu era chefe da equipe de enfermagem. Só que na verdade eu coordenada aquele serviço, só que lá eu me encontrei já, com alguma coisa da psiquiatria, porque a gente organizou enfermaria de psiquiatria lá.

Eu fiz concurso federal e entrei em 1976, em 1980, 1981 mais ou menos a gente inaugurou no CPN uma enfermaria com seis leitos e depois doze, seis masculinos e seis femininos, e a gente começou a mexer nessa questão da psiquiatria nessa década, eu nesse lugar, coordenando a emergência geral. E aí eu comecei a me interessar particularmente pela emergência.

Nessa época eu já tinha um trabalho junto ao Projeto Niterói, que era uma organização que não era institucional, que não era institucionalizada, eu costumo dizer que era um projeto marginal, ele era a parte de uma organização institucional. Ele começa na década de 1970, começa com o pessoal da saúde da comunidade da UFF, a professora Maria Manoela, o Hugo Tomassini, e alguns outros técnicos, Gilson Cantarino. E eu me lembro que eu vou fazer parte desse projeto, ele tinha como proposta uma reorganização da rede de saúde do município de Niterói.

Eduardo Rocha ainda não tá, nessa época Eduardo está afastado ou de licença. E aí eu fui participar desse projeto, e esse Projeto Niterói trabalhava com grupos: tinha o grupo de saúde do trabalhador, o grupo materno-infantil, o grupo de saúde mental. E eu fui me identificando muito com a questão da saúde mental. Então juntou: a nossa necessidade de trabalhar com a psiquiatria, porque estava uma coisa horrível, a gente vivia enchendo a Casa de Saúde Alfredo Neves, a Casa de Saúde Niterói, e não tínhamos um lugar para pacientes psiquiátricos na rede pública. Os ambulatórios de psiquiatria era um ambulatório na Visconde de Uruguai, que era um ambulatório muito entupido, eram atendimentos só executados por médicos, muito médico e muito medicado, um ambulatório que medicava muito. E a gente começa a mexer com isso, na época eu estava integrando o grupo de trabalho em saúde mental, que o Hércio coordenou durante muito tempo. Em 1982 a gente tinha essas enfermarias no CPN, mas o Projeto Niterói começou antes, começou na década de 1970. Eu começo a participar do Projeto Niterói talvez em 1978, por aí, e aí ele vai se constituindo, ele vai se fortalecendo, ele vai criando esses grupos de trabalho, e aí esses grupos de trabalho vão tomando vulto, materno-infantil, saúde do trabalhador, a questão depois administrativa de internação hospitalar... nós que implantamos AIH's em Niterói. Foi o Projeto Niterói com seus grupos de trabalho que implantamos isso, nós mudamos, as AIH's eram uma coisa horrorosa em Niterói.

Só pra você ter uma idéia, a Divisão de Medicina Social tinha AIH pra parturiente, tinha mulher que dava luz duas, três vezes ao ano, porque não tinha o menor controle. A gente se deparava com autorização de internação que era assim, um negócio muito complicado, uma fraude, era uma fraude. E aí a gente começa a por ordem nisso, e não foi simples, a gente brigou muito com o dono da Casa de Saúde Niterói, tinha que chegar as vezes com oficial de justiça pra entrar na Casa de Saúde pra poder impor algumas coisas. A gente tinha um grupo de supervisão hospitalar, eu fazia parte desse grupo de supervisão hospitalar também.

RL: Tudo isso no âmbito do Projeto Niterói.

MS: Tudo isso pelo Projeto Niterói. Nosso grande avanço na organização, na estruturação da saúde no município tem muito a ver com o Projeto Niterói, porque Niterói era um município legal, ele já tinha algumas unidades municipais, então ele era um município bem propício a se investir, a se modificar. E nesse meio tempo a gente estava avançando para o que na época a gente chamava de Ação Integrada em Saúde, que no final acaba em SUS. A gente já estava, já havia uma discussão, nesse grupo do Projeto Niterói, já discutia toda essa organização. Niterói foi um projeto piloto. O Projeto Niterói começa assim, ele foi um projeto piloto, de reorganização, de reestruturação de acordo com a Ação Integrada em Saúde, que preconizava regionalização, integralidade das ações, são três pressupostos: regionalizar, integrar... e tinha uma outra coisa, não vou lembrar... não to lembrando mas tem mais uma coisa. Então isso já era a reforma sanitária acontecendo.

RL: Mas você disse que o Projeto Niterói era marginal...

MS: Ele era marginal, ele não era institucionalizado, ele era um grupo, um grupo que começa com professores da UFF, a gente, trabalhadores do antigo INAMPS. Então esses

profissionais começam a discutir, a questionar. Então a gente tinha em Brasília no INAMPS, eu acho que era o Aloisio Sales que foi muito legal, que possibilitou um avanço nessas discussões.

RL: Mas participavam pessoas que eram do governo municipal, por exemplo o Tomassini era...

MS: Tomassini era uma pessoa importante na UFF, ele era um professor do departamento. Eu acho que ele era chefe da disciplina de saúde da comunidade. Mas a Universidade tinha um lugar importante em Niterói. O Antonio Pedro (Hospital Universitário da UFF) ele teve um lugar de muito prestígio principalmente depois da história do circo que pegou fogo em Niterói. E era uma universidade muito importante, era um lugar formador, era único, né?

RL: Mas teve um momento então em que o PN passa a ser um projeto do município?

MS: Passa a ser um projeto multistitucional, porque senta nessa mesa a universidade, o INAMPS, o estado, o município, as filantrópicas, e até as contratadas as vezes participavam disso. É aí que a gente começa a mexer com a questão da Casa de Saúde Niterói e Alfredo Neves. É aí que a gente começa a fazer questão com isso, aí começam as brigas com Arídio (proprietário das clínicas contratadas) que foram sempre muito complicadas. Mas era assim, uma organização que era composta por representantes da assistência à saúde em Niterói, mas não pertencia ao INAMPS, ao município, ao estado, ele tinha gestão própria, era um grupo de trabalho.

Era um projeto de trabalho para se reorganizar a saúde no município. E aí acaba em que? Gilson Cantarino era o secretário executivo desse projeto, e isso é super importante, porque Gilson era uma pessoa que tinha toda uma articulação política com essas pessoas, o vínculo dele institucional era com o INAMPS, ele era concursado do INAMPS, como eu. A gente tinha vínculo federal, então a gente tinha uma certa autoridade. Escrevemos muita coisa, todo ano a gente fazia um projeto de trabalho para essas áreas: saúde mental, saúde da mulher, saúde do trabalhador, era dividido, tínhamos oito grupos de trabalho. Então a gente conseguiu ir mudando isso e muita coisa a gente conseguiu implantar de fato. A gente conseguiu organizar a rede, e Gilson, como secretário executivo, apresentou nosso trabalho fora, a gente tinha um convênio com a cidade, acho que era Cali, e Gilson apresentava nosso trabalho e discutia isso com parceiros internacionais que na época tinham essa intenção de implantar serviços de saúde de uma forma diferente né? E depois isso até avançou pra Cuba, né? A gente teve um acordo com Cuba. Eu mesma apresentei trabalho no Congresso de Psiquiatria Internacional lá. Então, isso foi avançando e quando Gilson é indicado para secretário de saúde em Niterói.

RL: Isso foi em...?

MS: Isso... foi já no primeiro governo Jorginho (Jorge Roberto Silveira - PDT) exatamente. Gilson foi indicado a secretário de saúde e eu assumi a secretaria executiva do Projeto Niterói, já em um momento em que a gente estava se dissolvendo. Porque nós fizemos implantações de trabalhos, de serviços, Niterói já estava organizado. Nós dividimos Niterói em distritos sanitários, e aí quando Gilson avançou pra secretário e a gente pode fazer essa divisão por área de ação em saúde, eu fui administrar o distrito sanitário centro-sul. A gente acabou com a secretaria executiva do PN, porque não fazia mais sentido, a gente já tinha avançado pra outras coisas. E eu considero que a gente deu grandes passos nessa época. O município todo dividido em distritos, a gente com os grupos de trabalho, aí se institucionalizou, nossas ações

foram institucionalizadas, aí avançou pra SUDS, e depois SUS. Quando eu fui administrar o distrito Centro-Sul, eu fui até assim, porque, eu topei isso e fui indicada pra estar, porque eu era a pessoa que tinha chefiado a emergência do CPN durante algum tempo, eu tinha muito... conhecia todo mundo no CPN, e a emergência foi o primeiro serviço que foi pra lá, nós tínhamos uma emergência de primeira, era um negócio, Rafael.

A emergência geral que eu coordenei durante algum tempo. Depois eu deixei isso, fui pro Projeto Niterói, to falando desse período entre 1976 e 1982, quando eu volto pra administrar o distrito centro-sul, a região administrativa, o lugar físico dessa administração era o CPN, porquê? O CPN era o lugar em Niterói que tinha uma concentração enorme de funcionários. Trabalhar aqueles funcionários pra questão do SUS não foi simples. Você sabe que o SUS foi muito combatido, né?

Porque antigamente era tudo separado, era Instituto da Previdência, Instituto dos Marítimos, a saúde era toda sitiada assim. O SUS propõe um negócio diferente. E aí foi um trabalho conseguir apaziguar os ânimos dos servidores federais, porque eles não queriam passar pra gestão do município. Porque o SUS faz isso, né, passa a gestão pro município. E além de ter a questão do poder aquisitivo, o governo federal sempre teve muito dinheiro, na minha época a gente não tinha problema de falta de material e se trabalhava muito por programas, o governo federal tinha programa pra hanseníase, programa para tuberculose, isso muda também, a proposta do SUS era diferente. Eu queria me lembrar o terceiro passo da Ação Integrada em Saúde porque descreve direitinho isso. E aí foi muito complicado, e como eu era uma pessoa que transitava bem, conhecia aquela turma toda, eu fui pra esse lugar porque fui uma facilitadora nesse sentido, quando eu conversava com essas equipes, quando eu defendia a proposta do SUS, eu tinha a possibilidade de ser ouvida. A gente fez muito seminário, com Ézio Cordeiro, Jandira Fhegali, junto com a universidade, seminários de discussão da implementação das Ações Integradas em Saúde e a sua possível passagem pra SUDS, pra depois, SUS. Então a gente trabalhava muito, então era um negócio assim, muito, muito intenso.

E ainda não estou encontrando com Eduardo, isso tudo aí é antes de encontrar com Eduardo. Tá o Gilson como secretário de saúde e a gente avançando muito. Aí eu penso que num determinado momento nessa década de 1980, é que Eduardo... você deve saber aí o ano que ele voltou. E aí eu encontro com Eduardo, já estando no CPN, já muito dentro da psiquiatria, porque eu já aí a partir desse trabalho de enfermagem psiquiátrica dentro do CPN, eu aí tô muito colado com Helcio Matos, fico inclusive no lugar de coordenadora de saúde mental quando Helcio se afasta, porque ele depois foi fazer pós doc na França e aí sai da cena ali com a gente.

E aí eu vou começar a me interessar mais intensamente pela psiquiatria, começo uma parceria com Uerlei, com Ozimar Antunes, uma pessoa super importante no nosso começo que depois se desgrudou, se descolou da gente, não consigo entender isso, Ozimar era um psiquiatra muito interessante, trabalhou ali comigo. E aí a gente começou a cutucar o negócio da psiquiatria com vara curta, a gente começou a brigar. Porque os ambulatórios... a gente começou a criar grupos de recepção nos ambulatórios de psiquiatria, e foi intenso também esse trabalho. O ambulatório de psiquiatria da Visconde de Uruguai se dissolve, porque o CPN, depois que a gente instalou a emergência, a gente começou a receber os ambulatórios, ele foi um lugar mesmo construído pra isso, os ambulatórios passaram todos pra lá, os ambulatórios de especialidades, e veio junto o ambulatório de psiquiatria. E era um ambulatório imenso que atendia muita gente, era um negócio impressionante, a demanda, eram os psiquiatras antigos, psiquiatras que trabalhavam única e exclusivamente com a medicação, era a medicação, e aí a gente começou a se ocupar disso. Mas a gente já tinha um chãozinho no que era o que provocava a internação psiquiátrica, o número de pacientes psiquiátricos internados na Casa de Saúde Alfredo Neves e na Casa de Saúde Niterói... Jurujuba tá lá ainda, até que começa Paulo Fagundes, ou Hugo Fagundes, um dos dois, não sei quem veio primeiro...

RL: Paulo veio primeiro...

MS: Paulo Fagundes, isso mesmo, então, eu fui pra lá com Paulo também...

RL: Então essa primeira intervenção nos ambulatórios acontece na primeira gestão do Gilson.

MS: Na primeira gestão do Gilson.

RL: Agora, uma pergunta: Porque essa opção de intervenção nos ambulatórios pelo grupo de recepção?

MS: Ah, Rafael... Isso aí pra mim é super claro. Isso aí é uma coisa que eu tenho assim: o primeiro encontro que uma pessoa tem com alguém da saúde mental pode ser definitivo pro seu percurso dentro da psiquiatria. Eu não tenho dúvida disso. Sabia? Porque o cara chegava, eu acho isso simplesimo de entender, o cara chega numa crise qualquer de ansiedade, aí ele vai procurar um psiquiatra, naquela época psiquiatra, só tinha psiquiatra, não tinha psicólogo, psicoterapeuta, não tinha nada disso não. E aí ele chegava e o pedido era: aplaque meu desespero.

E o psiquiatra: rivotril, diazepam, ocadil... e no final de algum tempo a gente via aquela prescrição e o cara lá na psiquiatria, no ambulatório de psiquiatria, e eu peguei o ambulatório desse jeito. Aí a gente começou a perceber que isso era um bola de neve, os ambulatórios recebiam, recebiam, e era quase que causar uma dependencia química naquelas pessoas... e aí eu me lembro que já tem um início em Jurujuba. Paulo Fagundes vai pra Jurujuba já pra começar a fazer alguma coisa, e nessa época eu já tô administrando o distrito sanitário, mas depois do meu horário, depois das quatro da tarde eu já tô inserida na saúde mental, eu trabalhava o dia inteiro. E aí eu começo a me dedicar mais intensamente a psiquiatria. Eu era professora na universidade, eu pedi demissão da universidade em 1991, porque aí em 1991 eu entro pra uma especialidade de psiquiatria social na ENSP, que era um curso imenso, de um ano, eu fui aluna do Jurandir, do Paulo Amarante, do Benilton, da Nilza Santos, e aí eu me encontro com a Nilza Santos e com a psicanálise eu opto por fazer uma formação psicanalítica. Eu peço demissão da UFF porque eu escolho fazer formação ao invés de fazer o mestrado.

Porque na UFF eu tinha que fazer o mestrado, eu já tava dando aula de psicopatologia, já tava na psiquiatria, mas então eu rompo com isso e vou fazer a formação. A minha questão sempre foi muito institucional e muito no público, e aí eu fui fazer, e aí a gente entra de sola nessa coisa dos ambulatórios, e aí já é 1990, 1991. Eu passo um pouco antes disso em Jurujuba, ainda na década de 1980, eu faço uma entrada em Jurujuba com Paulo Fagundes porque eu era auxiliar psiquiátrico, concorri a uma vaga de auxiliar psiquiátrico e fui. E chego lá e encontro um Jurujuba horroroso, de janela fechada a tábuas, uma coisa horrorosa, com prego, eu me lembro que eu entrei, arranquei aquelas tábuas todas, os pacientes todos lá fora iguais a uns bichos. Eu chegava no hospital, as pessoas entravam comigo, abriam aquelas portas, é um negócio diferente da minha época de 1973, de quando eu era aluna, porque eu tinha entrado na enfermaria da UFF.

RL: Você não tinha ido lá trás...

MS: Eu não tinha ido lá atrás, eu sabia que era uma coisa horrorosa. Aí eu fico afastada de Jurujuba, volto, eu acho que em 1988, 1989, fico uma semana, sendo levada por alguém, me botava dentro do posto de enfermagem, e eu comecei a ficar apavorada com aquilo, do lado de

fora aquela gritaria, eles todos querendo me ver, uma coisa horrorosa, Rafael. E eu me lembro que eu comecei a arrancar aqueles negócios todos pra poder ter contato com os pacientes.

Era um trabalho que eu ia fazer de pesquisa em prontuário, mas Rafael, eu não passei mais de uma semana lá. Falei para Paulo [Fagundes]: ‘não posso aceitar essa bolsa’, passei pra Rafaele, Rafaele Infante, um parceiro nosso que tem até história de ter ido pra Itália participar lá da Reforma de Basaglia. O Rafaele era médico, ele morreu, era diabético, fez um coma diabetes e morreu. E aí eu passei a minha bolsa de auxiliar psiquiátrico pra ele, e desisti disso. Desisti e voltei, fiquei lá no CPN. Aí lá eu comecei a trabalhar, eu , Ozimar, Jane, uma enfermeira também professora de psiquiatria na universidade, assistentes sociais, enfim, um grupo que fazia duplas pra receber a clientela de psiquiatria. Eu escrevi um trabalho e apresentei no congresso internacional de psiquiatria em Cuba. Um trabalho fruto disso, aí eu me encontro com Eduardo.

RL: Essas duplas eram feitas onde?

MS: Em todos os ambulatórios. No CPN, na Engenhoca, no Santa Rosa, eram uns três lugares que a gente tinha saúde mental organizada. Já de um avanço da saúde mental. Julinho fazia em Santa Rosa, o Uerlei na Engenhoca, e eu, Uerlei, Ozimar, Jane, o Uerlei foi um parceirão nisso, e eu, Uerlei, Sônia e Ozimar, escrevemos esse trabalho. Era um trabalho, não vou me lembrar o título, mas era um trabalho que falava um pouco disso, da recepção de pessoas com necessidade de atendimento psiquiátrico, na rede ambulatorial de Niterói e da proposta que a gente tinha de travar um pouco essa demanda direta pra psiquiatra e a gente conseguiu ter resultados muito interessantes: acabamos em grupos terapêuticos, eu e Ozimar, foi daí a minha escolher por fazer formação psicanalítica, numa sociedade que na época propunha formação em grupo. E aí eu fui pra sociedade e saí da UFF. E aí é a minha ida para Jurujuba.

RL: Então a sua entrada na psicanálise tem a ver com essa sua prática de recepção...

MS: Olha, tem a ver com algumas coisas, a prática de recepção porque já era uma questão pra mim isso, e estou dando o exemplo mais bobo, o cara chegar com uma crise de ansiedade e acabar na medicação assim, sem nenhuma questão com isso, pra mim era uma questão, alguém pedir ajuda e receber um ansiolítico. Eu achava isso muito imediato e você fazia a entrada dessa pessoa direto na dependência da droga. Porque era uma dependência da droga, você causava uma dependência da droga, então isso era uma questão pra mim. Meu encontro com a Neuza Santos, não foi qualquer pessoa, porque nessa grade da pós graduação de psiquiatria social, a Neuza era a professora da gente. Lá eu me encontrei com a Antropologia, me encontrei com a psicanálise. To ficando velha e to esquecendo as coisas. Então eu fui fazer essa formação, a análise com analista didata, que naquela época a sociedade exigia, aí Osvaldo Santos o meu analista. Nessa época Osvaldo Santos foi também uma pessoa que se ocupou, né, com o trabalho da psiquiatria na instituição, no Nise. Eu fui analisanda dele, por um tempo enorme, durante todo o tempo na ASPAG*. Quando eu passei para uma analista lacaniana, que foi a Maria Silvia já fui bem, já tinha terminado a minha passagem lá pela ASPAG, enfim... Mas aí foi esse o meu encontro.

Quando foi 1990, 1991, que Eduardo tá já na cena, a gente se encontrou no distrito sanitário. A gente se encontra ali no CPN, no distrito, me lembro que até o trabalho que eu levei pra Cuba, ele tomou conhecimento, e aí Eduardo quando vai pra Jurujuba me convida pra coordenar o ambulatório. E eu topo. E aí foi muito interessante, porque eu acho que ele aproveitou um pouco essa minha disposição pra estar no trabalho ambulatorial da maneira como eu estava, questionando e fazendo com o Ozimar aqui [no CPN], e ele me apresenta o ambulatório praticamente sem médicos. Era um ambulatório com uma proposta de mudança

mesmo, e eu fui com muito gás pra lá, lá encontro só com Sebastião, na época quando eu fui pra lá o médico era só Sebastião, um médico famoso, tadinho, ele era médico também do CPN.

Quando eu fui eu acho que eu levei Sebastião pra lá, pro ambulatório, eu não lembro se ele já era do ambulatório. E foi muito interessante o fato de ter ido pra um ambulatório que não tinha muitos recursos, que não tinha muito profissional médico. Tinha psicólogos e aí eu participava de todo primeiro atendimento com o psiquiatra. A gente trabalhou com grupo no ambulatório de Jurujuba, fazendo uma recepção em grupo, e depois eu até tive a parceria de outros médicos. Mas primeiro a gente meio que fez um reconhecimento do ambulatório, eu gostei muito. Mas eu acho que eu também cheguei num ponto no ambulatório de Jurujuba, que eu acho que eu tinha que mudar.

RL: Você ficou então no ambulatório de 1991 a ...

MS: No ambulatório de Jurujuba? Até 1997 né... que foi quando.... Foi em 1997 que a gente inaugurou o SRI. Mas é aquilo né, eu fiquei no ambulatório coordenando mas a gente continuou nesse trabalho de recepção de uma forma intensa, tentando mesmo, colhendo, fazendo um trabalho intenso de porta de entrada. A gente tinha essa preocupação, a nossa intenção era: “o que a gente pode fazer pra interferir na redução da internação?”. Porque se internava na psiquiatria muito facilmente, qualquer coisa era internação, até porque a gente não tinha nessa época CAPS, não tinha essas propostas, ambulatórios mais ampliados com propostas diferentes, né? Era aquele ambulatório muito medicamentoso mesmo. O nosso ambulatório começa a ter uma característica diferente, a gente teve um trabalho de terapia ocupacional interessante, já na minha época a gente começou a receber TO. Aí a prefeitura começou a fazer concurso público, a gente começou a lotar os serviços com psicólogos, com terapeutas ocupacionais e aí a cara dos serviços foi mudando. E aí a gente começou também a cuidar mais da entrada mais intensamente, e as AIH's que já estavam reguladas por nós. Tem um momento que a gente trás o polo de internação psiquiátrica pra Jurujuba. Eu não vou me lembrar... precisamente, mas foi pelo início dos anos 1990, com Eduardo já no hospital. Mas era assim: o hospital tinha um plantonista médico, que cuidava de receber as solicitações de internação vindas do CPN, o CPN continuou lá com algum recebimento, as enfermarias acabaram, chegou um momento em que as enfermarias acabaram, e é por isso também que eu topo vir pra Jurujuba, pra gente poder continuar esse trabalho mais efetivo em Jurujuba.

RL: A emergência psiquiátrica no CPN então...

MS: Ela acaba, essas duas enfermarias acabam, eu não lembro precisamente, a gente chegou a funcionar legal, chegou a reduzir internação. Chegou ao ponto de Arídio ir pra nossa internação cobrar, porque não ia mais paciente internar na casa dele. Na casa de saúde dele, porque a gente com esses doze leitos a gente conseguiu fazer muita coisa, Rafael, conseguiu breicar muita internação. E aí a gente avança pra estar em Jurujuba, já num trabalho de Jurujuba poder começar a receber as internações, não precisar ainda estar mandando pra Alfredo Neves e Niterói.

Aos poucos a gente vai diminuindo isso, do encaminhamento pra rede privada e vai absorvendo pra Jurujuba. Quando eu deixo lá e venho pra cá, a gente deixa já as AIHs, as necessidades de internação serem enviadas pra nós. E a gente começa a trabalhar muito junto com os plantonistas: eu, Raquel Soares, Eduardo, Dadá, Naiara, Jacinto... a gente começa a montar com o plantonista médico, a gente começa a estar junto com eles no recebimento dessas solicitações de internação. E é muito interessante porque ali a gente começa um trabalho já de evitar a internação propondo uma outra coisa. No ambulatório de Jurujuba eu tive muitos encaminhamentos ali da porta de recepção que era pra internação e ali mesmo a gente começava

um trabalho já que acabava evitando a internação. E aí é um ambulatório que eu considerei que foi um ambulatório bem interessante, foi ali que eu recebi Ana Paulo Guljor e Patricia Schimidt que faziam a residência com o Jairo, a residência de psiquiatria infantil na UFF.

Ali eu começo a receber as duas residentes e foi muito legal porque elas entraram em um trabalho comigo de recepção em grupo com os pacientes, e aí foi interessante. O Luis Eduardo Lagoeiro vai comigo trabalhar no ambulatório, e aí o ambulatório começa a ter uma cara diferente, começa a ter o trabalho da TO, começa a ter encaminhamentos pra psicologia, a gente tinha a Angela psicóloga, a gente tinha o... ih, esqueci o nome do homem, ih tinha a Lenise, psicóloga, teve a Mônica Tulipan que foi a psicóloga da Denilson, a Claudia Osorio também passou pelo ambulatório e foi psicóloga do Denilson... e teve também ele, ai meu Deus, não podia esquecer o nome dele... foi o primeiro psicólogo de Jurujuba! Rafael, ninguém falou dele não?

RL: Ainda não.

MS: Cara... como era o nome dele?

RL: O Belas?

MS: O Belas! Foi o primeiro psicólogo de Jurujuba, você sabia?

RL: O Raldo encontrou com ele há pouco tempo no cinema.

MS: O Belas, o Belas era um... enfim, Eu trabalhei com essas pessoas de uma posição de trabalho muito diferente do que a gente tem hoje. O Belas tinha um arquivo próprio dele, era um cara muito protocolar, mas fazia um trabalho legal. Eu fazia a recepção de todas as pessoas que chegavam ao ambulatório, você acredita? Passavam todos por mim, pela coordenação, eu entrevistava todos. Alguns eu fazia junto com outro técnico, alguns eu fazia sozinha e direcionava pro outro técnico que ia atender. Por isso que eu me descobri depois de algum tempo sabendo o número de prontuário de todo mundo. Coisa horrorosa. Porque eu lidava com eles diretamente. Por isso que até hoje tem muito paciente que tem uma certa referência a mim, até hoje. Até na internação, porque eu no ambulatório, eu conhecia os pacientes todos, eu ficava o dia inteiro dentro do hospital. Enfim, e aí quando a gente começa a apurar que era preciso se criar uma porta de entrada distinta, diferenciada, a gente cria primeiro uma porta de entrada mista, que Jacinto vai coordenar, depois dessa porta mista, a gente então começa a elaborar o projeto do SRI, E aí o SRI tinha essa proposta, né, tanto que o nome é “Serviço de Recepção e Intercorrências”. A proposta era a de um lugar que pudesse acolher a qualquer demanda para psiquiatria no município de Niterói. A gente inaugura isso, em 1997, e eu desejei coordenar esse serviço. Eu já estava cansada do ambulatório, até porque eu consegui, eu considerava, eu fiz um trabalho, um relatório, entreguei pro Eduardo, dizendo da minha passagem.

E tem fim, o trabalho tem que ter fim, chega uma hora que você tem que sair e o trabalho seguir com outro. E aí eu peço demissão do ambulatório de Jurujuba e me candidato pra Eduardo, a gente tinha reunião de direção toda quarta feira, era um trabalho muito em equipe, a gente trabalhava muito em equipe, e eu me proponho a esse trabalho e eu super agradeço, sou super assim, grata, pela aposta que Eduardo sempre fez no meu trabalho, sempre me deu crédito, sempre confiou. Porque era um trabalho ousadíssimo, você imagina você inaugurar uma emergência se disponibilizando a atender a tudo, a acolher a tudo de psiquiátrico que a rede tenha. E Eduardo acreditou que eu podia coordenar esse serviço e me deu a coordenação.

E eu vou te dizer, eu considero que esses dez anos de emergência em termos de trabalho na área de saúde mental pra mim foram, assim, principais. Foram fundamentais, únicos. Eu

adorava estar... Eu deixei o trabalho de consultório inclusive, por causa disso, de tanto envolvimento, de tanta intensidade que era o trabalho. E a gente organizou equipe. E já foi uma proposta assim, de atendimento multiprofissional, claro que era um multi dentro da nossa limitação. Não eram concursados, a gente não tinha concursado pra isso... Foi tudo RPA, né? E a gente montou o serviço assim: psicólogo de manhã, psicólogo a tarde e dois psiquiatras nas 24h. E foi muito interessante, muito interessante, a gente até remoção no domicílio a gente fazia.

A gente discutia o pedido e a gente organizava a equipe pra fazer isso. Então a gente inventou, eu não tenho a menor, eu acho que eu posso dizer isso com muita tranquilidade, a gente inventou o atendimento domiciliar, a gente inventou esse acompanhamento na rua, de ir na rua acompanhar, a gente teve paciente que a gente acompanhava, que era morador de rua, que a gente ia lá, fazia o remédio de verme, fazia o haldol decanoato, quando dava muito problema, que chegava no hospital com a polícia, a gente cuidava, internava, e depois dava alta de novo e mantinha um contato com esse paciente, cuidando. Irani foi uma, que a gente trabalhou o tempo inteiro desse jeito com Irani, e tinha outros. E a gente tinha uma proposta muito diferenciada, de acolhimento a crise, atendendo a família também, enfim, e foi uma experiência muito legal, muito interessante. O que aconteceu? A gente pôde, inclusive, acompanhar o trabalho de toda a rede. O SRI era um lugar que proporcionou diagnosticar a rede.

A gente sabia direitinho quando tinha uma unidade lá quando faltava o psiquiatra, ou faltava o psicólogo, quando tinha algum problema com a medicação, a gente sabia. E a partir de um certo diagnóstico de rede, a gente pôde ir organizando e ampliando a rede de saúde mental de Niterói. Por exemplo, não sei se você sabe, a clientela de álcool e drogas, a gente quando inaugurou o SRI, a gente fez uma tentativa e conseguimos, de retirar da rede provada os alcoolistas e os usuários de drogas, porque isso enchia a Casa de Saúde Alfredo Neves, eram as internações longas. De dois, quatro ano, seis. Então a gente começou a receber pra desintoxicar...

Pra desintoxicar e pra cuidar da síndrome, nos oito leitos iniciais do SAD, hoje SAD. A gente implantou praticamente, quase junto, o SRI e esses oito leitos. Esses oito leitos, a princípio não foram criados para isso não, tá? Mas depois eu faço então um... Mas a gente então cuidava disso: síndrome de abstinência e intoxicação, a gente cuidava ali. E era muito interessante.

A enfermaria tinha uma característica muito clínica e era o Luis Carlos Marques, o Nivaldo, que hoje está exercendo a profissão em Portugal, e o SRI com essa proposta. A gente inaugura com três leitos, depois passa pra seis, enfim, e hoje é o SRI que você conhece. E a gente acolhia mesmo, toda demanda. E apontou pra essa necessidade: criar ambulatório na região oceânica, criar um lugar específico pra clientela de álcool e drogas, criar um lugar específico pra criança e adolescente. A equipe que criou o CAPS AD, e o CAPS I, foi uma equipe que começa como um núcleo de atendimento no SRI. Foi muito interessante, nós fomos um campo de formação pro pessoal que criou o CAPS. O Erijad e o ERIJ. O Erijad era o de Álcool e Drogas e o ERIJ o de infância e adolescência.

Eu acho que foi o IPUB, junto com a ENSP, que criaram a especialidade. Você sabe disso? A especialização em AD foi uma especialização cujo campo de prática foi o SRI. Eles criaram a especialização e a Elisângela, a Maria Alice, a Dadá, a Anitta, os especializando usaram campus também no Rio, mas também usaram o SRI e ali construíram um núcleo de trabalho que acaba por apontar a necessidade, de fato, de um CAPS AD. A mesma coisa aconteceu com a equipe de Infância Juvenil, e depois a gente cria o CAPSI. Então o SRI foi um campo bem interessante, que auxiliou na definição dos serviços em Niterói. Na implantação, na implementação de serviços em Niterói. De 1997 a 2008, acho que foi 2008 que eu fui pra coordenação de saúde mental, acho que foi isso, eu coordenei a emergência dessa maneira. A gente tinha...a equipe composta era assim, como eu falei, depois fizemos concurso, recebemos

concurados, pra equipe do SRI, colocamos concursados, perdemos concursados. Hoje a equipe é quase toda novamente de RPA, né? Mas é...foi um lugar muito, muito importante...

RL: Acho que só a Valéria aí...

MS: Hoje só a Valéria. A gente teve Afonso, psiquiatra, teve outros. Teve...e é isso, teve outros psiquiatras, mas foram...acabaram se perdendo. Mas o serviço continua. E eu fico assim muito...muito assim...eu cuido muito, eu me preocupo muito com a SRI, não que ele não vá se transformar, ele já se transformou. Eu acho que ele já passou por várias mudanças, mas ele tem ainda um lugar de...de acolhimento de crise que eu acho distinto. Eu acho que...eu não vejo um outro serviço que acolha a crise na psiquiatria como a gente acolhe. Não vejo. É...fico muito preocupada porque eu acho que nesse momento é preciso...Eduardo ta dando supervisão, né? Porque as pessoas são muito jovens, não têm uma estrada, não tão coordenando aquilo com, vamos dizer assim, a condição, né? De...é de vivência mesmo, é de vivência. Quando eu fui coordenar aquilo ali eu tinha uma vivência na rede já, eu não fui assim porque...foi porque eu tinha um negócio ali de...de experiência de...com grupo de recepção, de receber pela primeira vez na psiquiatria, de no ambulatório de ter psicóticos em tratamento e acompanhamento, enfim...A gente foi com alguma bagagem pra ali.

RL: Queria voltar nisso, porque da experiência que você teve do Projeto Niterói, com atenção mais voltada pra saúde mental, efetivamente as primeiras intervenções que você participou foram no ambulatório, na saída.

MS: Primeiro ambulatório de CPM.

RL: No CPM, né? Nessa ida da Visconde de Sepetiba pro CPM...

MS: Isso...isso!

RL: ...e na organização desse ambulatório grande lá e depois as enfermarias no CPM.

MS: Isso. Que aí junta a questão da internação e do ambulatório.

RL: Isso. Então...é...mas essas enfermarias também recebiam as primeiras vez.

MS: Sim, eram enfermarias de crise do CPM.

RaL: De crise.

MS: Era.

RL: E você falou que com esse trabalho de receber nessa enfermaria vocês conseguiram...

MS: Reduzir já naquela época a demanda! Porque internava só na...Jurujuba parece que tava fechado pra inter...receber paciente novo. A gente internava só na particular. Na Alfredo Neves, em Niterói.

RL: é, mas antes da experiência na enfermaria, nessa enfermaria do CPM, a primeira experiência foi o ambulatório e o que se fez nesse ambulatório, é...a nível de intervenção foi a recepção.

MS: A recepção foi o principal mote, né?

RL: E aí que eu te perguntei por que a recepção, você me falou “ah, porque pra mim é muito claro que é decisivo esse momento. Você aprendeu isso como?”

MS: Eu penso que isso foi muito na minha experiência com o trabalho. Ô...ô...Rafael, foi nisso aí, e ver aquela demanda que chegava. Problemas muitos possíveis de serem tratados é...é...por um outro profissional que não médico e que acabava com médico e na medicação. E aí...

RL: Na farmácia.

MS: Na farmácia. E a produção...o meu trabalho que eu levei pra cuba foi isso. era um trabalho sobre a medicalização das pessoas nos ambulatórios de psiquiatria. A...a gente constata...né...quando a gente começa a tomar pele disso, de como que os ambulatórios eram é...como é que eu...promovedores de dependência química. Era isso. A gente brigava com os psiquiatras, era uma coisa horrorosa. O Ronaldo via que tinha cada briga horrível comigo por causa disso. Porque ele achava que a gente não tinha que se meter na...na praia dele, ele era...Sabe? Ele era um psiquiatra do CPM.

RL: Desse ambulatório. Então, esse compromisso com a recepção que começa nesse ponto...

MS:...o que me causa é muito a recepção. É a chegada das pessoas na psiquiatria. Não foi a toa que eu topei coordenar a emergência que propunha...a gente discutia isso, não era uma invenção minha, né? Isso aí era equipe de Jurujuba. Isso pra mim era fundamental, receber as pessoas na chegada era fundamental. Entende? E na chegada na crise, mais ainda. E a gente constatou isso. A gente recebia paciente, recebia situações de crise que não chegavam a ir lá pra dentro, pras enfermarias. A gente começou a fazer um trabalho realmente de não internação. Era de não internação e de não abandono familiar, eu esqueci desse detalhe. Eram as duas coisas. A nossa preocupação grande era: não internar e não abandonar a família. Porque eu sempre acreditei que quem abandona a família em primeiro lugar é a equipe, né? Eu...isso é uma questão também, pra mim, muito clara. Os técnicos de psiquiatria abandonavam a família dos pacientes. Abriam mão das famílias de paciente. Então, quando eu vou pra emergência eu vou muito com esse princípio de...de ação. A gente tem que cuidar pra, de fato, a internação ser alguma coisa necessária, importante e como uma função. Era isso. Pra mim a internação psiquiátrica ela tem que ter uma função terapêutica, de fato, que não pode ser substituída por outro recurso que não seja ele. Pra quem tem outro recurso, a gente não precisa internar. Tanto que a gente começou a inventar o ambulatório de crise, que teve muito sucesso. Quantas pessoas chegavam lá, que a gente dizia “isso aí ta...tem que internar...não, a gente vai poder, a família ta disponível, a gente ta 24h aberto”...isso é questão de direção de trabalho, Rafael. Pra mim, é. E eu ficava em tempo integral.

RL: Isso na SRI?

MS: No SRI. Então, assim, não era simples também não, cara. Não era simples também não. A gente tinha lá a Dadá, Sérgio Bessi, Ludmila, que hoje ta lá na Fiocruz...psicólogos, né? Sérgio Bessi, Dadá, Ludmila...hum...não to lembrando outros...teve Roberto e Marcelo também com a gente, enfim...tinha gente que a gente bancava. Os psiquiatras vinham de uma

formação psiquiátrica. Mas a gente conseguia trabalhar em equipe, discutir em equipe e em equipe é...é...de certa maneira, impor outra forma de acompanhar uma crise que não fosse a internação. Tinha o leito de observação, às vezes a gente ficava com paciente em observação dois, três dias. Às vezes uma semana até e podia, se é do CAPS retornar ao CAPS, se não é do CAPS entrar pro CAPS, se não é pra CAPS é pra ambulatório, se...fazíamos esse ambulatório de crise que às vezes até ficava durante um período quase que de uma internação. Tinha gente em ambulatório de crise com a gente em três meses. A gente...a gente atendendo... A gente fez uma vez um levantamento em ambulatório de crise, foi muito interessante. Mas evitava internação, constatávamos que evitava, sim, a internação. Então a gente...a gente não tinha CAPS no início, né? A gente foi implantando mais CAPS, né? O primeiro CAPS era o NAPS, dentro o hospital psiquiátrico, que depois foi pro lugar do Hebert. Depois a gente inaugurou o CAPS da Casa do Largo, depois o CAPS AD, depois o CAPS I, enfim... Mas era o SRI o lugar...

RL: E o SRI tinha um lugar de diagnosticar, e fazer a rede.

MS:...é! De muita...de poder auxiliar na implementação e implantação de serviço. Essa aí...ele foi um diagnosti...ele conseguiu diagnosticar a rede e possibilitou isso. A gente não inventou nada da cabeça da gente. Porque antigamente o Ministério da Saúde tinha muito isso, né? Implantava serviço assim, você criava a demanda, né? Uma coisa que a gente tinha muito quando a gente propôs o SUS era isso, era de...de estar é...

MS: ...criando serviço, ofertando serviço a partir do que a gente diagnosticava no...no...no território de necessidade, né? Niterói quando a gente organizou a saúde mental a gente já organizou partindo disso. Quando a gente deu essa...a gente não tem ambulatório em Itaipu a toa, não tem CAPS a toa. A gente fez isso...e a gente caminhou praquela experiência de auto...de...acompanhamento domiciliar, que era uma proposta de ampliar os ambulatórios, equipar os ambulatórios pra dar conta também...veja só, era uma outra ação que também trabalhou na evitação (sic) de internação. Porque se você tem ambulatório bem equipado, um ambulatório que anda, um ambulatório que caminha até o paciente, que a proposta era essa, o AD chegava à casa dos pacientes, a gente tinha...isso aí a gente começou a fazer no SRI, sabia?

Eu tinha paciente no SRI que se negavam, se recusavam a ir ao hospital, a ir ao ambulatório. Me lembro de um muito...Rogério Ferreira, esse paciente já deve ter morrido, foi um dos primeiros pacientes que a gente cuidou um pouco com essa ação semelhante ao do AD e Luiz Cláudio cansou de ir na casa desse paciente, Luiz Cláudio psiquiatra. Ia um psiquiatra com um psicólogo, avaliava o cara em crise, fazia medicação, deixava meio programado e combinado a ida dele a algum serviço, às vezes era mais conosco mesmo. Nessa fase de crise era com a gente mesmo, depois é que a gente encaminhava pra o ambulatório. Mas a gente cansou de fazer esse tipo de atendimento também, Rafael. Então, aí a gente depois teve o AD, que ampliou os ambulatórios podendo...a nossa preocupação grande era cuidar muito dos psicóticos, a gente priorizou essa clientela, por conta da grande demanda que a gente tinha, do grande número de internados em Alfredo... A gente reduziu muito a internação, Rafael. Reduziu muito. Essa...Esse período nosso de...de 1980 pra cá, você nem imagina o que que era.

Leito psiquiátrico era...era um negócio...você tem a nível de Brasil uma queda grande, mas a gente fez isso propondo alternativas. E eu acho que Niterói trabalhou muito seriamente com isso. Garantindo medicação, garantindo visita domiciliar, garantindo até remoção, depois veio o Samu, a remoção saiu da mão da gente – a gente sofreu muito com isso, porque...a gente no geral, nós técnicos e familiares, porque foi um trabalho. A gente tentou trabalhar junto com o Samu. Eu fiz muito, dei muita orientação pro Samu, ia pra lá treinar equipe. Fizemos treinamento de equipe de Samu pra psiquiatria, tínhamos propostas... A gente trabalhava com o Corpo de Bombeiros antes do Samu, quando era uma coisa assim de risco o bombeiro ia junto

com a gente. Por causa de ir a escada, por causa de janela no alto...a gente trabalhava muito com eles. Era muito legal. Era um trabalho muito intenso, muito trabalhoso, mas a gente...canei de ir! Buscar paciente. Eu, coordenação, e...eu e Israel fizemos atendimentos. Eu e Jacinto, no Morro do Holofote, fomos ver paciente lá! A Kelly, as psicólogas faziam. Iam pro Morro do Estado, subiam...olha, era um negócio muito interessante! Depois veio o Samu; depois...a gente já tinha questão de drogas nos morros, mas a gente tinha as pessoas que a gente conhecia, né? Eu tinha uma lista telefônica com todos os donos do morro, os traficantes todos, a gente conversava com eles, né? Pedia ajuda pra...Hoje o negócio ta mais difícil, né? (risos)

RL: Hoje a gente não sabe quem é o dono, né?

MS: Hoje ta complicado. Mas a gente teve momentos que a gente podia trabalhar...tinha pacientes que chegavam até...eles traziam como podiam, né...mas os caras começavam a fazer confusão no morro, então eles amarravam e levavam pra gente. Providenciavam, a gente às vezes se comunicava por telefone. Quando começou então celular, meu filho...tinha celular de um monte deles. É...era.

RL: Claro. Maritelma, tudo isso que você viveu como...como mudanças no campo da saúde mental, você falou na redução de leitos, né...a inclusão de outros profissionais, é...olhando, assim, por cima, quais foram...qual...se fosse pra você destacar uma mudança, assim...alguma coisa que mudou efetivamente, que você acha que foi mais importante.

MS: Mudou na assistência?

RL: é.

MS: Ah, eu acho que mudou...mudou totalmente...eu acho que a gente conseguiu dar conta disso – quer dizer, eu não tenho agora andado pelos ambulatórios –, mas a gente conseguiu mudar a...o acolhimento do paciente psiquiátrico e da família do paciente psiquiátrico. Sem dúvida a gente mudou muito. Mudou muito. Acho que a gente humanizou muito isso. Era uma coisa muito complicada, Rafael. Eu acho que a gente...eu vou te dizer, o meu período de ambulatório, de...de...da própria estada, começa lá na...no...na área do acolhimento nos ambulatórios de CPM. A gente fez grupos, a gente teve resultados muito bons. É...é...de...de...como é que eu vou te dizer? De comprovar na prática que a pessoa era tratada como gente, era tratada como...paciente psiquiátrico era tratado como alguém que chegava no ambulatório, é...é...como gente, né? Com um lugar. Isso sem dúvida... E até hoje eu acho que isso ocupa de uma forma diferente um lugar. Por isso que eu digo, abrir mão desse lugar, pra um lugar geral de clínica, pra mim é um retrocesso. As pessoas não recebem o paciente psiquiátrico bem, Rafael. A gente sabe que não recebe.

MS: Pruma equipe geral, sem essa especificidade da psiquiatria, eu acho que é um retrocesso. Eu acho que a gente deu um lugar pro paciente psiquiátrico, acho que é isso. Eu acho que nós conseguimos dar um lugar. Um lugar de gente, um lugar humano para o paciente psiquiátrico, acho que isso aí é fundamental.

RL: Eles tentaram dar no CPM antes, né? Até teve uma certa...

MS: ...é, a gente teve até isso, a gente avançou, mas foi muito...foi muito combatido. Nós não conseguimos fazer a equipe de...a equipe médica geral entrar naquele trabalho. Nós não conseguimos. Por isso que eu acho que ele se extinguiu. Enquanto tava lá eu, Flavia

Alcântara, Cláudio Chaves – tinha uma outra psiquiatra...- Luiz Carlos Marques até, Nivaldo...eu me lembro que a gente tinha um psiquiatra a cada dia da semana, no final...dos cinco dias da semana. A gente conseguia bancar. E à noite ficava com o plantão. De manhã...era um problema. A gente encontrava...e, olha, a gente ficou um tempinho lá, hein...ficou um tempinho. Eu consegui inclusive a comida dos médicos que não almoçavam lá, porque era quentinha, uma firma entregava quentinha, pra alimentar os pacientes, porque era a UFF que dava a comida e às vezes...começamos a ter mais número de pacientes do que de comida fornecida. Eu consegui até isso, a captar as quentinhas dos médicos pra dar pra eles pra deixar os pacientes...enfim, até isso era muito...até que chegou num ponto que a UFF não podia mais dar quentinha, e não podia mais nada e foi se rompendo, se rompendo e acabou impossível, né?

RL: Então, é...você...Você considera que...do que nesses anos, assim, do que aparece como loucura, como psicose, do que chega, assim, é...são as mesmas loucuras ou há novas loucuras?

MS: Não. Eu acho que as loucuras, elas estão sendo afetadas por alguma coisa, por exemplo, muito afetadas pela questão da droga, porque a gente tem muito paciente psicótico que faz uso de droga. Então, aquele paciente psicótico, ponto, psicótico. É...é...A gente vê que é um crescer muito grande, né...desse paciente psicótico com o uso ou...vamos dizer assim, fazendo parte de um contexto social atrelado ao tráfico, isso cresceu muito,né? Porque a gente tinha o cara que morava no Morro do Estado, o tráfico já tava instalado no Morro do Estado, mas o paciente era alguém que às vezes incomodava o traficante, ele pedia ajuda a gente, a gente falava com ele, ele conseguia trazer, a gente entrava pra apanhar. A gente conseguia...hoje não.

Hoje tem muito também o envolvimento dos nossos pacientes com o tráfico. Seja porque ta usando, seja porque ta servindo, seja porque sendo utilizado. A gente tem isso, né Rafael...Tem pacientes que são usados pelo tráfico. Tem isso. Então, eu acho que...e tem uma outra coisa que tem a ver pra mim com a questão até...eu acho que é...é...é...eu vou dizer da educação. É aquilo que eu digo, tem o psicótico que foi educado, que teve pai, que teve mãe, embora com essas funções aí, né...meio atrapalhadas, porque na psicose essas funções não tão como tão pro neurótico, na maioria das vezes, mas que tem uma estrutura familiar, que...hoje a gente vê isso também de forma muito...seja porque tem um pai alcoolista, tem um pai que é usuário, tem uma mãe que ta metida no...sabe? Eu acho que tem uma coisa mais deteriorada da família.

Deteriorada nesse sentido. E não é só, pra mim, de classe econômica, é...mais simples não, é também de classe média. A gente vê isso. Esse...A falta de educação...Eu chamo de falta de educação essas criações sem limite nenhum, que o menino é dono da casa, nasce...o garoto é o reizinho, o garoto pode fazer tudo, aí quando chega na adolescência vai pra psiquiatria, que a mãe não ta conseguindo botar pra dentro de casa um menino de 10/12 anos, dez horas da noite, porque não consegue. Isso acontece com a classe média. Baixa muito lá pra gente. Vira um problema psiquiátrico. Claro que eu não to dizendo que não haja aí uma fragilidade psíquica, que não tenha coisas que são da ordem mesmo, né...da estrutura de cada um, não to dizendo isso. Mas junta-se a isso uma certa condescendência pra tudo também. Acho que tem isso, né? As pessoas tão muito...tão muito condescendentes. Você não sei...você não tem filho ainda, né?

Mas eu tenho muito exemplo clássico disso, exemplo mesmo claro, sabe? Vou te dar um exemplo de...assim, meu filho...eu tenho uma neta de cinco anos. E aí tem lá as amiguinhas, nãñã...ela...hoje é dia...eu apanho Gabi e levo ela pra casa, aí eu tenho piscina em casa. Aí Gabi diz: “vovó, vou chamar a fulaninha pra vim pra cá comigo, pra vim na piscina...nãñã”, eu criei meus filhos com toda essa possibilidade. Eu trazia três, quatro crianças fim de semana pra minha casa pra passar com os meus filhos. Aí eu fui e falei pra Felipe: “Felipe, olha só...” e

Priscila, minha nora e meu filho, “tem umas amiguinhas de Gabi, que Gabi ta querendo levar...não tem problema não, eu não ligo de ficar com duas, três crianças”, ainda mais menina, né? Que normalmente é mais... “ih, mãe, não faz isso não, hein, você vai ter problema”. Ai eu falei: “por que, Felipe?” “ah, as crianças tão muito complicadas, você não vai conseguir segurar a onda de...dessas crianças não. A Gabi você...”, meu filho é muito rígido, até considerado um pai rigoroso. Gabi tem uma educação...e, Rafael, é verdade. É verdade. Então, é melhor não, porque você não pode nem falar alto com uma criança dessa porque dá a maior confusão. Porque eu cuido de criança, agora eu me imponho. Lei pra criança. Eu criei meus filhos assim e...então, isso junto com alguma alteração...seja porque o menino tem TDA, tem qualquer TD desses aí, né...junta-se a essa coisa é...frouxa na educação, frouxa a ponto de não imprimir mesmo a lei, de virar um negócio qualquer. Se o menino tem qualquer outra coisa, aí meu filho, você já viu, né...Eu acho que isso tem diferença.

RL: Tem uma mudança cultural, então, que tem implicância nisso.

MS: Eu acho que tem. Exatamente. Cultural, social, que eu acho que faz, faz a loucura um pouco diferente. Eu acho que tem por aí...não to dizendo que a gente tem que ser pedagógico com o paciente psiquiátrico, não...não é isso! Embora eu ache que a gente tem...por exemplo, André, quando a coisa...não é possível que eu fale com André naquela hora, eu digo pro André: “André, agora eu não posso conversar com você. Você vai dar uma volta no jardim, volta daqui há um tempo.” Eu sempre impus isso a André e ele sempre pôde me atender nisso. E eu não acho que eu to fazendo nada...sabe? É limite, é questão de limite pra algumas coisas. Eu trabalho...no ensino, fiquei um tempo...às vezes eu tava dando uma supervisão, tava lá com um aluno, tava dando uma aula, André invadia, eu dizia “André, agora não. Você vai dar uma volta, eu to cuidando de outra coisa, depois a gente conversa.” E ele sempre pôde me ouvir. E insistia, fazia...ta dando pra pegar do que que eu to falando? Então, eu acho que é disso que também se trata. De uma coisa meio sem limites, sabe Rafael? Pra nada. E eu acho que não é possível, você não...porque a gente precisa viver em sociedade, né Rafael? Você precisa de regras, algumas, né...Então, eu acho que isso ta meio complicado. Produz, às vezes, uma coisa diferente, mais...mais um pouco difícil de...de lidar, né...é isso...Agora, eu não finalizei com a minha chegada na coordenação de saúde mental, né?

RL: Verdade.

MS: Mas se ficar muito, deixar pra lá.

RL: Não, não...acho que se veio agora é porque...

MS: Porque aí...não, porque eu te falei até agora...isso é muito importante para a minha vida, eu falei agora pra você de construção. Eu falei o tempo todo de construção. Construção de trabalho. Percebe? Até agora a gente produziu coisas. A gente foi, foi, foi...e chegou...quando, em 2008...2008...e a gente teve parceiros pra construir isso. A gente teve um Secretário de Saúde, a gente teve um prefeito que ficou dois...dois mandatos, né...de...de...duas gestões, eu sei lá como é que...dois períodos de governança. Teve o secretário que ficou um tempo né...teve parceria do IFB, que eu não posso deixar de dizer, foi assim...foi o que ajudou a gente a chegar...eu considero que num...num patamar bem interessante de organização e de...E de serviços e de referência na psiquiatria em Niterói. O IFB foi parceiro que andou de mão dada com a gente. E aí, em dois mil e...acho que foi 2008 – eu to meio atrapalhada com data – eu tive que deixar a emergência, a coordenação, pra assumir a coordenação de saúde mental. Politicamente e, enfim, foi...não foi uma coisa que eu desejei, foi uma coisa circunstancial. Eu

não achava que tinha competência pra estar na coordenação de saúde mental e não se tratava de uma competência técnica. Eu não tenho o menor problema de dizer pra você que competência técnica eu achava que tinha. Competência técnica, assim, no conhecimento do que era o trabalho, na minha capacidade de intervenção, no...intervenção no sentido de intervenção de trabalho. No...a nível ambulatorial de CAPS, porque eu...eu acho que eu fui uma pessoa que na rede pude transitar fazendo rede, eu acho que eu transitei. Eu ia ao CAPS, eu conversava...eu dialogava com CAPS, com ambulatório, eu não tinha esse problema. Não me considerei em momento algum...é impossível de trabalhar com as coordenações na rede, muito pelo contrário, fui muito bem recebida.

Só tenho a agradecer, as pessoas confiaram muito na minha possibilidade de trabalho, mas eu não acho que eu seja uma boa articuladora política. Isso aí é que eu acho que...a minha incompetência era muito dessa ordem, entendeu? Eu sempre fui muito assim...às vezes eu fico...eu digo é meu sangue português na veia, eu sou muito na lata, sabe? Eu sou muito verdadeira. Eu sou capaz de dizer que eu não to gostando disso que você ta fazendo, ou que eu não to acreditando nisso que você ta dizendo, e aí isso...politicamente isso não é bem recebido. Mas aí, circunstancialmente, Eduardo me chamou, Paulo...não! Fernando Tenório era o coordenador e eu era um nome que...ta acabando?

RL: Ta acabando, não ta perto de acabar o card eu acho, ta?

MS: Ta. E aí, eu não pude também deixar de topar isso, entendeu? Porque era uma responsabilidade institucional que eu não podia também...eu sempre tive muita...meu compromisso com o trabalho institucional, aí eu não...

Maritelma: E aí eu banquei, fui, topei. Aí eu fui e...e fui já num momento de desconstrução. Eu já começo com aquela historia do IFB se retirando, e eu tendo já que...que começar a definir, fazer escolhas de quem que vai parar de trabalhar e aí foi muito complicado, muito difícil. Eu acho que até consegui segurar a onda até um...até um ponto. É...bati de frente com algumas pessoas na...na linha de gestão lá da Fundação...Tenório não! Tenório foi um parceiro, foi um amigo, me ajudou muito.

RL: Mas o Roberto Carlos...

MS: O Roberto Carlos, vou te dizer...foi uma coisa horrorosa, não tenho o menor problema de dizer isso. Eu tinha embates com ele...ih, tem um monte de situação...

RL: E a gestão Jorge, né...

MS: Mas era um Jorge já desgastado, já meio também, sabe? Já complicado politicamente. Esse último manda...foi o último, não foi os dois primeiros dele não. Ele sai, entra outra gestão, depois ele volta. Não devia ter voltado. Foi um retorno muito complicado, não foi bom.

RL: Foi o governo que eu conheci o Jorge, foi esse.

MS: Foi, foi o governo que você conheceu. Pois é, por isso que você tem essa...foi muito ruim. Jorginho voltou...foi um equívoco voltar. E aí, foi muito ruim mesmo. Eu vou dizer pra você que eu cumpri isso, mas cumpri, assim, querendo muito...cumprindo muito essa exigência por conta desse compromisso que eu...que eu mencionei, né, no início... mas meio querendo me livrar dele o mais rápido possível. E...e...e aí, entrou o Sebastião, foi uma beleza, Sebastião pôde

dar um contorno legal político nisso, sabe? Foi muito bom, Sebastião me salvou (risos) dessa...de estar nesse lugar, mas aí já...aí a gente já começa num...num processo inverso, né...porque daí pra diante foi só uma coisa meio degradingolada, né...que, eu vou te dizer, até a derrubada de Jurujuba. É...Jurujuba simbolicamente não ta sendo qualquer coisa, a gente..a gente vê aquelas paredes, porque aquilo dali é demolição de vidas, pra mim é demolição de vidas também. Eu achava, eu esperava que Jurujuba pudesse deixar de existir como hospital psiquiátrico de uma outra forma. Eu acho que podia virar um instituto...

MS: Você tem perguntas pra enfrentar...

RL: Não se fala desmonte, né?

MS: é...esse desmonte ai eu não sei se a gente...

RL: ...desmonte não é muito bom de falar, né...

MS:...é, não vale a pena entrar nele não, né? Mas...enfim, acaba nisso.

RL: Vamos ver o que acontece...

MS: E aí, a minha esperança era a de que essa...não um desmonte, não uma quebração de parede. Eu acho que a gente podia ter um...um...um manicômio caído mas de outra maneira. Que a gente não desejava que o manicômio...e a gente não tava mais, né? A gente não tem mais o manicômio lá, né? Não temos. Eu não considero que a gente não tenha há algum tempo. É isso que você diz o que que transformou? Transformou a forma de ter um paciente internado de forma diferente. Porque é muito diferente, Rafael. Eu fiz supervisão aí de contratada, eu fiz supervisão nesses...Santa Catarina, Vitorias...eu fui da equipe de supervisão. É...pra ir mexer com isso a gente precisa de...de ter conhecimento. E eu fui em busca disso, eu fui...fui ver essas coisas. E é muito diferente do que o que a gente faz em todo o momento, do que a gente fez nesses anos todos. Sem dúvida isso fez diferença. Acolher e cuidar de um paciente com transtorno psíquico em Jurujuba é muito diferente de cuidar em qualquer outro lugar desses. Então, eu acho que manicômio a gente já derrubou, em Jurujuba. Agora, é muito ruim que a gente derrube...esteja tendo demolição, do jeito que a gente ta tendo, né? E até...eu não sei, a gente...sem saber como é que a gente vai ficar. E ainda com 120 pessoas lá dentro, né? Em regime ainda de moradia, internação, seja lá o que for isso. A gente tem internado agudo, tem...

RL: Mais um ambulatório e a SRI...

MS: Mais um ambulatório e mais um lugar de emergência. Eu acho que...que olhar praquilo caindo desse jeito...porque tem vida lá dentro, né...tem vida...tem vida, não é só vida de paciente não, tem vida da gente, de técnico. Tem gente que fez concurso pro Estado e foi trabalhar em Jurujuba e a vida inteira trabalhou em Jurujuba. Vai se aposentar trabalhando em Jurujuba, né? E isso ai é uma vida lá dentro, uma vida de trabalho. Não é qualquer coisa, né?

RL: Eu te perguntei o que mudou na assistência e eu queria fazer duas perguntas em uma, então, assim...Você acha que tem alguma coisa – talvez você já tenha respondido essa pergunta – que mudou na clínica e na relação nossa, né...da instituição, da psiquiatria, enfim, da assistência com o Estado, com os políticos, os governos. Então, se você nota que teve mudança expressiva na clínica e na política.

MS: Eu acho que teve mudança expressiva na clínica, total. Total. A forma de abordar, o que a gente...o que a gente propõe hoje em tratamento, em...é muito diferente, eu acho que o...a participação do paciente e da família se dá de maneira muito diferente do que era antigamente. Sem dúvida. E...e eu acho que a gente também mudou, de certa forma a gente conseguiu alguma mudança, porque a gente também sempre teve junto do ensino, né? Nós nunca abrimos mão da transmissão. Jurujuba tem historia de transmissão. Quando eu vou naquele horror, na década de 70, eu vou na condição de aluna. Então, o ensino ta lá. Aí ele fica afastado um pouco e tal, quando a gente retoma, a gente retoma com a presença da Universidade. Há quantos anos a gente tem lá as especializações, a residência psiquiátrica, a residência de saúde mental, os estágios que a gente recebe da rede? Então, a gente sempre...é impossível não ter mudança. Se a gente tem essa...ta circulando com a gente o ensino o tempo inteiro. E um ensino que a gente sempre foi muito cuidadoso. A gente não ofereceu qualquer coisa pra...pra...pras pessoas em formação. Eu tenho tranquilidade de dizer isso. Nós não oferecemos qualquer coisa na formação. Acho que você foi aluno da gente, né? Você não recebeu qualquer coisa com relação ao ensino. Acho que a gente cuidou muito disso. Acho que a gente cuidou legal disso. Houve momentos em que a gente pode cuidar muito mais intensamente, com muito mais...com muito mais instrumentos pra cuidar. Hoje a gente ta cuidando mais capenga, né? Porque ta desmontando junto, mas ainda assim a gente ta lá, é...é...sem abrir mão, de reunião clínica; de supervisão, não é? As pessoas que passaram por Jurujuba nas suas formações não foram sem referência técnica de formação, de trabalho. Não foram.

RL: Foi o primeiro lugar que conseguiu firmar parede com a demolição, né? Lá do...isso pra mim, me chamou muita atenção.

MS: Firmar parede como?

RL: Porque a gente ficou...eu participei diretamente disso, né? Ouvidoria vir pra cá, departamento pessoal, como é que a gente vai...

MS: Ah sim, sim!

RL: ...ajustando os lugares, né? E não tinha resposta pra tudo, foi uma coisa que foi acontecendo, a última coisa que a gente conseguiu ver – e aí eu...foi uma proposta que eu fiz pro Eduardo, “ah, vamos lá olhar que eu acho que vai dar”, que é aonde vai ficar a feminina, né? Aonde a gente ta conseguindo, ta conseguindo com muita dureza agora, ajeitar pra feminina ficar.

MS: Sim, que era o lugar do SIAC.

RL: SIAC com um quartinho que era do Alberguee com uma parte da feminina que ficou e o corredor.

MS: Isso, isso, a gente conseguiu, é...

RL: Isso foi a ultima coisa, mas a equipe que tomou posse do espaço que foi pensado, que arregaçou manga, que entrou e que ficou...

MS: Ah, sim, foi DEP. Mas, Rafael, eu penso que a gente teve isso. É...é...essa coisa do ensino, essa marca da gente com o ensino, né? Esse trabalho, eu acho que garantiu pra gente

algumas coisas, sim. Sem dúvida. Porque a gente conseguiu ter uma estrutura de formação que a Fundação toda não tem. A Fundação não tem uma estrutura de formação...não sei hoje, posso estar falando bobagem porque hoje eu não to...mas até...porque eu coordenei o DEP durante um tempo também, né?

RL: Sim, depois da coordenação de saúde mental...

MS: Eu saí da coordenação de saúde mental e ganhei de presente, foi outro presente que eu ganhei maravilhoso, do meu parceiro de trabalho, Eduardo: o DEP. E...e...foi muito bom! Eu entrei num DEP também...foi muito...gostei muito do trabalho! Porque na verdade eu tive o ensino a vida inteira. Eu nunca deixei o ensino. Eu sempre tive uma função de...de...com...com estagiários, com pessoal em formação. A equipe toda do...da emergência era uma equipe de residentes do IPUB, do Pinel...quem trabalhava comigo era os meninos em residência, e foi muito bom ter esse pessoal. Os psicólogos tinham alguns que já não estavam mais em condição de residente, né...já tava...mas residente...a gente serviu de campo pra residência o tempo todo, que também foi muito legal. A presença de aluno sempre foi na minha vida, é...constante. E eu acho que isso também auxiliou é...é...que nós tivéssemos um lugar de distinção, de certa distinção na rede, porque a gente era formador pra rede toda. O DEP era um lugar que...que...que recebia aluno para a rede toda. A gente tinha estagiário nos CAPS, né, nos ambulatorios...ai o curso de especialização, a residência de saúde mental e a residência psiquiátrica, andou pela rede, passou estagiando pela rede. Então isso fortaleceu muito a gente, sim. E não é a toa que ele tem um lugar, não é a toa que ele nunca saiu de Jurujuba. A gente nunca abriu mão do DEP. Diretor nenhum abriu mão do DEP, né? A gente já fez várias...vários cursos, várias...enfim...é...mas então, voltando aqui a sua pergunta...

RL: Sobre a clínica, é...

MS: Sobre a clínica. Então, aí eu acho que isso foi uma coisa que a gente não abriu mão, né...de...de...é...de um trabalho clínico que garantisse mesmo a atenção, o acolhimento, com essa...com essa...essa coisa principal, né? É...é...não era uma coisa...vamos dizer assim...protocolar ou...que não...que não priorizasse o sujeito, a individualidade dele, a singularidade de cada situação que chegava, o contexto, né, do entorno. A gente sempre trabalhou dessa maneira nas recepções do ambulatório, nas recepções no...no...no SRI, eu acho que...que é a cara da gente. Por isso que eu me preocupo muito.

RL: E quanto a relação com o Estado, com a política...

MS: Olha, eu acho que a gente, porque conseguiu...porque conseguimos um lugar... que eu acho que a gente conseguiu um lugar de distinção na equipe de saúde, município de Niterói, e na equipe estadual, eu acho que a gente pôde se exercer um pouco se contrapondo a algumas diretrizes do Estado. Por exemplo, quando a gente implantou lá o leito infantil, o Estado não tava mais permitindo que crianças e adolescentes fossem pra UNISI, como era lá... tinha um leito, né...que era regionalizado, um leito que podia o estado todo internar lá. Quando eles começam a travar isso e a gente encontra uma forma de...de ter um lugar pra receber criança e adolescente, a gente já começou a ser muito criticado, porque não era pra criar leito dentro de hospital psiquiátrico...mas nós conseguimos bancar isso e conseguimos fazer isso, né...de uma maneira...essa historia da enfermaria de álcool e drogas também, foi muito combatido, porque álcool e drogas tem que ir pra desintoxicar em hospital geral, nãñã...a gente tirou a desintoxicação e tirou o tratamento da síndrome de dentro do hospital psiquiátrico, mas a gente manteve, conseguiu manter, um lugar de internação de usuário de álcool e drogas dentro do

nosso serviço. Porque a gente também considera que é uma internação diferente do que é a internação dentro da clínica médica lá.

RL: Isso aí foi feito junto com a...mesma época que a SRI, né?

MS: Foi. Mais ou menos na mesma época. Na verdade, [inint] [00:10:41] ela quando criou, ela não criou pra isso, ela criou pra dentro de uma proposta de desinstitucional...desinternação de pacientes da Alfredo, da Casa de Saúde de Niterói. A gente começa um trabalho intenso de avaliar cada situação daquela de longuíssima internação, e com a perspectiva de trazer pra Jurujuba pra poder fazer o encaminhamento, ou pra RT ou pra família, retorno a família nããã...só que, a gente criou esses oito leitos, eu tava a frente disso, comecei no meu primeiro dia de ida à Casa de Saúde de Niterói, junto com uma técnica de enfermagem, pra fazer entrevista ao primeiro paciente que a gente tinha, depois de um estudo de prontuário, de um trabalho...e foi...eu fui recebida muito mal pelo Arídio, família, advogado, um monte de coisa, e aí eu ali parei e...e...o Gilson Cantarino até, era o secretario na época, achou que a gente tinha que...

MS: ...achou que a gente tinha que dar um tempo e não ir com tanta...e aí acabou que não aconteceu, Arídio, ele...eu acho que ele tem um certo poder, né, no município de Niterói. Ele consegue se safar de...até do Ministério Público, né? E aí... e aí parou tudo e a gente tinha então essa enfermaria...então, acho...é aquele negócio, a gente não pode ir de um jeito, a gente foi pro outro: então vamos impedir que os alcoolistas cheguem na Casa de Saúde Alfredo Neves pra internação. E vou te dizer, a gente conseguiu. Não mandávamos mais nenhum usuário com situação de necessidade de internação pra lá. A gente começou a endereçar, encaminhar todo mundo pra nossa enfermaria. Ele ficou uma arara com a gente. Mas a gente conseguiu fazer isso. Enfim, respondi sua pergunta? Porque aí entrou outra coisa no meio...

RL: Sim, sim. É isso, é isso.

MS: Se você achar que tem alguma coisa pra complementar depois você me fala que a gente...complementa.

RL: A gente faz...é...ta bom...eu acho que a sua...a sua contribuição nesse sentido...porque foi muito interessante isso, porque eu acho que, com essa discussão que é muito...oi? Eu não perguntei isso, né? (risos) Que coisa, essa pergunta é a segunda, né...taí...é a pergunta é essa Maritelma, eu esqueci dela: o que é loucura pra você?

MS: O que é loucura?

RL: é...

MS: Gente...difícil, né, te responder...eu não sei te dizer o que é loucura não. (risos) Ah, eu penso que tem várias formas de você responder isso, né...o que é loucura...pode ser tanta coisa, Rafael...Como diz Denilson, né, a loucura cá de fora é uma loucura que a gente não percebe, no entanto, tem tanta...ele diz que é dividido, né, em lado de dentro e aqui de fora. Aqui fora tem tanta, tanta loucura, né? Mas eu não sei...o que que é loucura...eu não sei. Você quer que eu te responda...

RL: Essa resposta já é uma resposta.

MS: é...é...eu não sei te dizer o que que é loucura não.

RL: (risos) Ta bom.

MS: Quer dizer, te responderia assim, resposta técnica de livro, né...mas acho que...essa resposta você sabe. O que que é loucura, né, assim literalmente, né...

RL: Mas...é...a sua...

MS: Se você me perguntar como é que a gente pode lidar com a loucura é melhor.

RL: (risos) Como?

MS: Como é que a gente pode lidar com a loucura, eu acho que é melhor essa pergunta. Acho que a gente pode lidar com a loucura tentando conviver com a loucura, escutar a loucura, acolher a loucura, né? Porque eu acho que é o que a gente pode fazer, né...tentar tornar mais possível a integração da loucura no nosso...na nossa forma de viver aqui de fora, porque não é simples, né...eu acho que o que a gente pode fazer é acolher mais a loucura, de forma mais...ser mais acolhedor mesmo com ela, né...eu acho que é um pouco mais isso. Não achar que a loucura ta só para o outro, que a gente...a loucura não nos atinge, eu canso de dizer isso pros meus alunos. É questão de...primeira aula minha, primeiro encontro com o aluno, não fica achando que a loucura ta de um lado e você ta do outro não, porque não se trata disso. Né? Ou que isso só acomete a uma determinada classe social, a uma determinada faixa de idade: não. Essa...essa...esse adoecer psíquico, eu sempre faço questão de mostrar pra eles, o adoecer psíquico ele pode se dar a qualquer momento, em qualquer circunstância e independente de poder aquisitivo, de capacidade intelectual, de profissão, de tudo, né...Eu tenho uma amiga que liga pra mim e fala assim: “Telminha, eu tenho um fi...um irmão da minha amiga, mas, olha só, ele é engenheiro, ele tem pós-graduação não sei aonde, ele estudou na...Telminha, ele está assim, assim...”. Eu digo: “Marisa, seu...o irmão da sua amiga ta maluco, ta doido, ta precisando de ser atendido num lugar psiquiátrico, surtou. As pessoas podem surtar independente de ser pós-doc, independente de serem figurões, não é? Então, fala pra sua amiga levar o irmão dela lá na emergência, a gente vai atender com todo o...vai acolher...”. To te falando porque é verdade, não é mentira não, acontece. Então, eu acho que é...da loucura o que eu posso te dizer é muito mais como lidar e como cuidar, que eu acho que isso eu aprendi um pouquinho a fazer...do que ficar presa, assim, a definição mais...

RL: Essa semana eu comprei um livro de um cara chamado Robert Walser, ele nasceu...nasceu no início da segunda metade do século XIX, e ele na língua alemã, ele foi muito lido, no início do século XX, principalmente. Ele influenciou muito o Walter Benjamin, o Franz Kafka, uma galera de peso desse período do século XX. É...e eu acho que com 40 anos ele teve a primeira internação...

MS: Pois é...

RL: ...e ele produziu romances, mas ele ficou famoso, especialmente, pelos textos, pelas minicrônicas, são pequenos textos, assim, e muitos ele fez na...na...no hospício. E ele ficou uns trinta e poucos anos internado, morreu...morreu andando na neve...

MS: Ai, que livro é esse, Rafael?

RL: ...foi enterrado na Suíça...

MS: Deve ser muito interessante.

RL: “Absolutamente nada e outras historias”.

MS: O nome do livro é esse?

RL: é!

MS: Ai, que fantástico!

RL: eu...eu to achando incrível! E é muito...por um lado ele tem textos, assim, engraçadíssimos, simples, e outros textos que são muito duros e sofisticados. Mas ele tem uma maneira de olhar pra vida, que é, assim, ele...ele...ele pega de uma forma que parece banal, e aborda o trágico, assim...

MS: é...eu...eu...eu gosto muito desse tipo de escrita. Pequenas crônicas. Eu tinha muita vontade...gente, eu não consigo lembrar o nome da menina que queria fazer isso comigo...eu tenho muito exemplo interessante, então, eu tinha muita vontade de escrever algumas situações minhas, porque eu fiquei muito na ponta. É...eu trabalhei muito direto com a loucura, entendeu? Então, tem coisas, assim, muito interessantes de pacientes, porque eu sou preguiçosa e não escrevo...e essa...

RL: São pequenos fragmentos, às vezes.

MS: ...essa menina dizia...é psicóloga, e fez residência com a gente, menino...ela dizia: “Maritelma, quero sentar um dia com você, pra você falar e eu vou escrever essas coisas, fazer um livro de...de...de crônicas.” Porque tem muita coisa legal, Rafael...como que a gente tem material. Como a gente tem material. Que aí descreve muito isso que é da loucura, mas que, na verdade, se você fizer uma...uma analogia com muitas coisas cá de fora, fora do...porque eu to falando de muros do hospital psiquiátrico e de ambulatórios de psiquiatria e de lugares psiquiátricos, mas você olhando bem cá fora, você vê que...que a loucura ta espalhada aí...

RL: Ta dividida.

MS: é...ta dividida, como diz Denilson.

RL: Ai o Denilson fala assim: loucura é dividida, mas eu não quero nem metade da sua. Me deixa com a minha.

MS: Denilson é muito figura, né...

RL: Ele ta ótimo com a cantina nova lá, né?

Maritelma: Ah, Denilson é fantástico. Denilson realmente vale a pena...mas é isso, Rafael.

José Jacinto dos Santos

*Lumiar, Nova Friburgo
Outono de 2017*

[RL: Rafael Lazari]

[JJ: José Jacinto]

RL: Jacinto, como foi a sua entrada na psiquiatria?

JJ: A minha escolha pela especialidade foi um plano secundário. Minha primeira opção em medicina foi cirurgia plástica e eu comecei trabalhando, auxiliando cirurgia plástica, ainda antes de fazer internato em medicina, eu deveria estar no quarto ano e comecei a instrumentar como auxiliar de cirurgia. E esse cirurgião... Porque, assim, para você ser cirurgião é preciso ter padrinho, senão você não entra no centro cirúrgico. Então, eu consegui um padrinho e esse padrinho foi aluno do Pitanguy, trabalhou muito na Santa Casa de Misericórdia... E esse meu padrinho se matou, quando ele estava para inaugurar uma clínica na Toneleiros em Copacabana. E aí eu fiquei sem padrinho. E aí eu não sei se essa questão do suicídio foi uma coisa que me remeteu pro campo da psiquiatria, né? E aí eu comecei, ainda como acadêmico, a fazer plantão num hospital psiquiátrico em Tanguá, na Clínica Ego. E aí foi minha entrada antes de ter qualquer conhecimento de psicopatologia, de ter conhecimento de psicofarmacologia. Eu entrei, com a cara e a coragem, acadêmico de medicina, para emergência, né, atender emergências clínicas. E aí eu fui descobrindo o campo da saúde mental e me deparando com as pacientes psicóticas e meu interesse foi se agudizando, com a psiquiatria.

RL: Então sua primeira experiência foi em Tanguá?

JJ: Em Tanguá, na Clínica Ego.

RL: Isso foi em que ano?

JJ: 1974, possivelmente.

RL: E ... (interrompido)

JJ: E na Clínica Ego foi minha primeira experiência com carnaval e maluco. (risos) Porque assim, eu fazia plantões aos domingos e aí eu chegando próximo ao carnaval eu falei pras pacientes - tinham só mulheres internadas, eram umas 80 mulheres - e aí eu falei: "gente, vamos fazer um bloco sujo de carnaval". Tanguá era uma tribo, era um distrito de Itaboraí, não era emancipada, não era uma cidade. Então, super tranquilo. O meu primeiro movimento no campo psicossocial foi levar algumas pacientes que queriam assistir missa. Aí eu ia com elas e tal. Depois me veio a ideia do carnaval e já existia Acadêmicos de Tanguá. E aí eu procurei a Acadêmicos de Tanguá e falei que estava com essa ideia, que as pacientes... Eu sei que as pacientes toparam começaram muito antes do carnaval a fazer fantasias com crepom, costurar, escolher nome do bloco, que seria o Bloco da Liberdade, e escolher porta-estandarte. Mas aí a direção da Clínica pediu que eu falasse com os familiares, se os familiares assinassem que poderiam seus familiares sair, tudo bem, senão, não poderia sair. E durante uns dois meses, eu pedi assinaturas, falei do projeto, que as pacientes estavam empolgadas, já tinham fantasia e tal. E ninguém, não teve um familiar que assinasse a favor da saída. E aí, quando tava muito próximo do desfile, eu falei com as pacientes: "olha, nenhum familiar assinou, a direção da

clínica disse que se a gente quiser, a gente desfila no campo ali interno da clínica, eu não topo, porque não é essa minha intenção, mas se vocês quiserem... Agora se vocês quiserem ir pra rua, tô com vocês." Saímos. 1974. Saímos, fomos até o centro de Tanguá, quando a gente voltou, parecia que a cidade toda entrou no hospício. Foi muito interessante essa experiência! Porque a Acadêmicos do Tanguá, com toda a sua bateria, estava junto com a gente. Então, eu não sabia mais separar o que era paciente do que era público. Apesar de quanto a gente foi, a gente foi num cordão de isolamento, quando voltou não tinha mais cordão de isolamento. Uma paciente fugiu, tava grávida de seus cinco meses e não recebia visita. Então, ela aproveitou o Bloco da Liberdade, pegou um ônibus, mas deu de cara com um funcionário da clínica. E ela com uma chavinha. Ele nem reconheceu ela pela fisionomia e sim pela chave do armário que estava pendurada no pescoço. E retornou com ela. Foi a única que tentou fugir. Essa foi uma experiência muito, muito interessante! Eu não entendia porque 80 mulheres ficavam trancafiadas ali. Começou com a missa, acabou com o carnaval. Bloco da Liberdade, 1974.

RL: Você falou que foi a primeira experiência...

JJ: Primeira experiência.

RL: Teve outra então...

JJ: A experiência última e super honrosa foi 1997, eu já trabalhava no Jurujuba, tava coordenando a porta de entrada e eu vi que a Porto da Pedra publicou uma sinopse do que seria o carnaval de 1997: "No reino da folia, cada louco com sua mania". Eu fui até a escola e falei: "olha só, sou psiquiatra, eu acho que é uma grande oportunidade que vocês estão oferecendo para portadores de transtornos mentais terem um lugar na avenida." E eles ficaram muito assustados. Eu tive várias reuniões, eu descobri a seriedade de uma escola de samba, em termos da sua hierarquia, da sua - como se chama? - organização. Mas tem lá o diretor de carnaval, o diretor de harmonia, tem o carnavalesco. Até eu chegar ao carnavalesco, foram várias reuniões. Quando eu cheguei ao carnavalesco, já estava aprovado o projeto.

Aí com o carnavalesco foi a discussão de como a gente viria na escola. É, ele falou que a ideia dele era um carro alegórico, a princípio ele pensou numa cabeça de medusa, onde nós e os pacientes faríamos o movimento das cobras. Não gostei da ideia, falei para ele que transtorno mental e cabeça era óbvio demais para mim. Eu pensei na nau dos insensatos, que seria um retorno para a Sapucaí, com todos aqueles que foram lançados ao mar retornando. E ele falou que o Salgueiro tinha uma ideia semelhante e que ele ia pensar. Depois ele veio com a proposta de o quarto da D. Maria I, a Maria Louca. A gente viria como as alucinações visuais dela, porque ela tinha essa ideia de que no Brasil as plantas eram carnívoras. Então a gente veio a 4 metros de altura, nosso carro, era o segundo carro da escola. E a gente vinha com a D. Maria Louca, D. Maria I, e Napoleão no quarto deles. E a gente fazia as alucinações, as plantas carnívoras. E nós fomos meia página do Le Monde de Paris. Em 1997. Nise da Silveira estava viva e o Jornal do Brasil ainda estava vivo. E a Nise da Silveira foi entrevistada falando: "olha, a senhora está sabendo que os loucos... que a crítica está dizendo que os loucos estão sendo expostos à admiração pública como na época medieval?" Aí ela falou: "Olha só, não me interessa o que é que estão dizendo, o importante é que estão falando dos portadores de transtorno mentais, coisa que há muito tempo não se fala. Então, o que estão falando não interessa, interessa é que estão falando".

RL: Pois é, você falou da sua chegada na Ego em 74...

JJ: Como acadêmico.

RL: Como acadêmico?

JJ: Não era nem formado.

RL: Não era residente ainda?

JJ: Não meu internato foi em 1975, que eu comecei no Jurujuba. Que a gente tinha... A Universidade Fluminense tinha uma enfermagem, uma masculina e uma feminina. O hospital era estadual, né? E aí, a gente selecionava pacientes que a gente queria estudar, isso no internato. E a gente entrava no hospício onde as pessoas estavam na sua maioria nuas. E a gente selecionava alguém que chamasse atenção sei lá por que, pelos olhos, sei lá, pela postura, enfim. E a gente escolhia alguém para ser acompanhado pela gente e ser estudado.

RL: Não havia critério nenhum na sua escolha?

JJ - Nenhum. Era você vai lá e escolhe um paciente que você queira tratar.

RL: Como você fazia essa escolha?

JJ: Não sei, não sei. Eu sei que eu tive duas felizes escolhas. Uma foi - não vou me lembrar o nome da paciente hoje - mas ela se dizia filha de Francisco Alves. Eu acho que muito pelo discurso, do que falavam, né? Então, ela: "ah, eu sou filha de Francisco Alves". Eu achei muito interessante isso e fui me aprofundando em o que era ser filha de Francisco Alves. Ela ficou sabendo que era filha do Francisco Alves em função de um programa de rádio que existia na época, que se chamava projeto Minerva. E teve um programa que foi específico do Francisco Alves e quando ela ouviu Francisco Alves cantando: "Quem deu meu violão foi ela", aí ela entendeu que ela era a filha de Francisco Alves. Ou seja, percepção delirante. Ali ela estabelece todo um delírio de identidade, ou seja, negando a própria identidade, desconfiando que tudo foi montado para esconder a verdadeira identidade dela - que seria a filha de Francisco Alves - tudo mais era falso, os pais eram falsos. Muito, muito interessante. Aprendi muito com essa moça. E a outra foi Maria Gomes, que até hoje eu tenho algum vínculo com ela, porque ela falava muito neologismo. Era ininteligível o que ela falava. Ela estava internada há dez anos. Depois eu fui vendo que ela foi internada em função de uma psicose puerperal. Ela teve uma infecção no parto, porque ela fez esse parto, pariu, no meio da roça. Ela estava trabalhando e pariu. Houve uma infecção, depois uma... E ficou 10 anos internada. E aí ela perdeu toda conexão com a família. Eu descobri que no arquivo tinham cartas da família, de Rio Bonito para Niterói, dando notícias. E essa moça, eu coloquei numa moto 125 e levei pra Clínica Ego. Ela foi de carona comigo. A gente... Ela topou a aventura. E lá, na Ego, foi possível a gente descobrir a família dela. E hoje ela mora com a filha, esta que nasceu na roça, nesse parto, que é uma doméstica, cuida dela até hoje. Tá viva Maria Gomes.

RL: E você ainda tem contato com ela?

JJ: Tive, visitei algumas vezes porque eu estava na intervenção do Hospital Colônia Rio Bonito, por último. Então, fui visitá-la, quando ela tava na Ego, eu descobri onde era a casa dela. E aí eu fui várias vezes visitá-la. Ela está recebendo o BPC, está articulada com o CAPS, a Anelise conhece ela.

RL: Agora, então, vocês encontraram esses pacientes no hospital e pela escolha, era uma escolha feita pelos acadêmicos, né?

JJ: Era, era aleatória.

RL: E levavam esses pacientes à enfermaria da universidade.

JJ: Eu não sei te dizer que assistência esse povo do estado teria. Eu penso que era um psiquiatra pra masculina, um psiquiatra pra feminina. Medicação era super difícil, rara. O haloperidol e a clorpromazina, que era a medicação da época, levomepromazina, etc. O haloperidol não existia de 5mg, era de 1mg, e aí era preconizado que a dosagem clínica era de 30mg. Então, por exemplo, Maria Gomes tomou 30 comprimidos haloperidol por dia. E também tinha um mito de que para que a medicação fizesse algum efeito teria que apresentar sinais de impregnação neuromédica, senão não teria efeito clínico. Então essa observação... graças a Deus... Quem tinha sensibilidade a esse sal, o haloperidol, ficava numa situação dramática. Pelo menos as minhas pacientes - tive a sorte - de não ter tanta sensibilidade assim e suportar a dosagem mais clínica.

RL: Mas esse tratamento, essa dosagem que você falou era feita na enfermaria da universidade?

JJ: Na universidade. E a gente tinha realmente um privilégio a nível de recursos humanos, enfermagem. Os pacientes que foram para a universidade de fato estavam tendo alguma assistência. O que eu duvido muito que acontecia nas enfermarias do estado, porque era vida animal.

RL: Tinha acesso a medicação também no estado?

JJ: Não tenho conhecimento porque assim, imagina, se a gente ia lá selecionava alguém e levava... não tinha muito trâmite. Era só informar: "olha só, eu vou levar para a enfermaria da universidade". Então... Tá certo... Então, é mercadoria, né?

RL: E esse trabalho que era feito na universidade, você falou da medicação, tinha algo mais?

JJ: É, por exemplo, eu saía com as pacientes, eu ia para a praia ali em frente. Normalmente, as minhas entrevistas eram nessa circunstância. Não só eu, tinham outros acadêmicos que faziam isso, né? Era caminhando na praia... Maria Gomes nem sabia onde ela estava situada, por exemplo. Nem a... - Realmente eu não lembro - a filha do Francisco Alves, não me lembro o nome dela. Mas a gente saía, né? Então isso, só isso, era uma transgressão, era uma outra coisa, um outra dimensão, uma relação humana, a princípio.

RL: Bem, qual era o ..., do ponto de vista da universidade?

JJ: Todo apoio.

RL: O interesse científico que a universidade tinha?

JJ: Eu não vou te dizer da universidade, eu vou dizer dos meus supervisores, monitores, os professores, né? Aliás, Nobre de Melo ainda estava atuante, em 1975/76.

RL: E, Jacinto, me diga os lugares por onde você passou, tanto em Jurujuba, quanto fora?

JJ: Minha formação toda foi em Niterói. Eu tive a honra de conhecer Franco Basaglia pessoalmente, então isso foi um marco para mim. Eu fui um dos membros da Associação Fluminense de Psiquiatria. Porque tinha a Associação Médica Fluminense, que até hoje está no mesmo local, e lá funcionava um núcleo que era a Associação Fluminense de Psiquiatria. Então, a gente compôs uma chapa, meus colegas, e a gente assumiu a direção da Associação Fluminense de Psiquiatria. Graças a isso, a gente fez um convite pro Franco Basaglia, que estava no Rio de Janeiro. Em anos duros, anos da repressão. E a gente não sabia pra que local levar o homem para uma conversa, seria uma palestra com ele. A gente descobriu que teria a possibilidade de levar para o Manicômio Judiciário de Niterói, é... Heitor... Henrique Roxo, que Heitor Carrilho é no Rio. E Franco Basaglia, de cara, falou pro diretor da época, porque o diretor teceu grandes elogios à trajetória de Franco Basaglia, à honra que era compartilhar da mesma ideologia. E quanto ele parou de falar, o Franco falou pro tradutor - que tinha um tradutor, que era da minha turma, que é filho de italianos e estava traduzindo tudo no pé do ouvido do Franco.

Aí, Franco virou pro intérprete e falou assim: "Eu não sei se o que você está traduzindo é uma tradução ou uma traição. Mas eu vou falar ao senhor, o diretor, que eu não conheço, que eu não posso dizer o mesmo, que eu compartilho do mesmo ideal porque eu não o conheço. Mas, sendo o senhor o diretor de uma instituição como essa, nós não compartilhamos a mesma ideologia. E eu não vim aqui para dizer que a reforma seria pintar esse local, fazer mais agradável. Não. Eu vim dizer que isso daqui não tem sentido de existir." Então, essa dureza, né, me ensinou muito. O discurso contundente em relação à reforma psiquiátrica. Ele falou da reforma psiquiátrica italiana, falou dos perrengues, dos entraves, das leis e o que foi complicado em levar adiante a reforma psiquiátrica italiana. Para mim, isso valeu muito, assim, em termos de formação em discurso. E o fato de eu ter trazido ele do Rio, de carro, até Niterói.

Na ponte ele falou: "vocês estão me sequestrando?" Ele era muito engraçado, espirituoso, enfim. Mas duro, contundente. Isso é uma das coisas que me possibilitou ter uma direção, em termos de... Porque, assim, nós não tínhamos nada de lei, legislação nenhuma que nos amparasse, o que não fazer, o que deve fazer. Então a gente... Ou era o ideal ou era a questão ética da clínica. A clínica é que nos apontava a direção. Também a sorte de conhecer um Raldo, um Eduardo Rocha, Raldo Bonifácio. A gente vivia fazendo grupos de estudo. E a gente trouxe a psicanálise para Niterói, a gente montou uma escola de psicanálise. Então, isso é uma trajetória que a gente foi cavando com as mãos.

RL: Como é que vocês se aproximaram da psicanálise, ou você pelo menos?

JJ: A gente trouxe gente da Argentina, né. Acabou que a gente começou a ter supervisão com psicanalistas. Antes, tinha uma argentina que dava supervisão para trabalhos em grupo no Rio de Janeiro. E ainda como acadêmico, eu tive supervisão com essa argentina. Não me lembro agora o nome dela. Mas ela trabalhava muito com grupo operativo e foi também uma grande preceptora. Foi uma grande ajuda. Depois eu fiz formação em grupo operativo com um rapaz que vinha de São Paulo que era formado, que tinha sei lá quanto tempo de experiência com grupo operativo do Pichon-Riviere, né. E isso me ajudou muito no campo da saúde mental dentro dos hospícios. O trabalho dentro dos hospícios.

RL: Você ficou em Jurujuba até?

JJ: Olha, Jurujuba eu saí em 1978 e aí não retornei mais para trabalhar em Jurujuba. É... Eu fiquei como médico do município fazendo assistência aos servidores municipais no Instituto de Benefícios e Aposentadorias dos Servidores Municipais - IBASM. A demanda nunca era de tratamento e sim benefícios e aposentadorias. Então, eles queriam atestado de insanidade ou de doença que... benefícios! E eu estava um pouco cansado disso quando, em 1995, o Eduardo me chama para retornar para Jurujuba porque ele assumiu a direção do hospital. Eu já tinha sido convidado pelo Hugo Fagundes.

RL: Mas não quis?

JJ: Não, porque assim minha ligação não era tão forte com o Hugo, como era com o Eduardo. Quer dizer, quando o Eduardo me chamou, balançou. Mas eu levei muito tempo para atender esse pedido dele, porque eu trabalhava nos dois hospitais psiquiátricos particulares de Niterói. E eu sabia que se eu fosse montar uma emergência no serviço público, eu ia detonar, o serviço ia detonar com as duas casas de saúde. Então, eu ia estar remando contra a maré.

RL: (cortado) Esse processo...

JJ: Bom, em 1996, eu assumi a coordenação da emergência. A emergência, a princípio, seria uma experiência. Não seria... eu fui convidado com esse cunho, seria uma experiência. Se desse certo, a gente retiraria a emergência psiquiátrica do CPN, atrás do Antônio Pedro.

RL: Que é o Hospital Geral?

JJ: Que é o Hospital Geral. Então, por que que o secretário de saúde na época pensou isso? Porque as internações eram um problema. Porque, assim, as clínicas particulares ficavam com 70% da demanda de internos e o Hospital da Jurujuba recebia 30% da demanda. E aí, a gente tinha que fazer, nessa experiência, porta de entrada. É, receber a mesma demanda que competia ao Jurujuba, esses 30%. Mas fazer um estudo do que era essa demanda, se essa demanda era verdadeira ou falsa, de internação. Então, a gente foi vendo que, em primeiro lugar, o alcoolismo era o carro-chefe, intoxicações, abstinências, brigas por causa da intoxicação, qualquer coisa era razão para internação. Então, a gente acolhia essas pessoas que eram demandas para internação e a gente dava um tempo de 72 horas na porta de entrada para ver se de fato seria necessária uma internação psiquiátrica ou não. Então, ficou mais ou menos no mesmo patamar desse percentual de que, mais, 80% não era demanda de internação. 80% dava, mesmo na psicose ou numa crise histérica, dava para gente acolher, acalmar, medicar e encaminhar para um tratamento ambulatorial. Então, depois de uns três ou quatro meses da porta de entrada montada, fechou-se a emergência psiquiátrica do Hospital Geral e a gente teve que absorver os médicos que trabalhavam lá na nossa equipe. E foi muito difícil porque... fazer com que cumprissem sua carga horária de plantão de 24h. Foi muito difícil, porque muitos médicos eram do município, outros eram do Ministério da Saúde, poucos cumpriam com sua carga horária e nesse serviço eles tinha que fazer. Foi bastante complicado. O pessoal do estado que recebia um salário muito abaixo, tanto do vínculo federal, quanto do vínculo municipal. Então, o secretário de saúde, a meu pedido, equiparou, fez a equiparação salarial para que os médicos do estado pudessem ficar na emergência. Porque não era justo que fizessem a mesma carga horária e ganhassem um salário abaixo dos outros.

RL: O secretário era o Gilson Cantarino?

JJ: Gilson Cantarino.

RL: Então, vocês passaram a receber toda a demanda de...

JJ: Toda a demanda de Niterói. E aí, as internações prioritariamente eram feitas nas enfermarias do Jurujuba. Isso não é uma coisa inventada, isso está escrito no SUS, que a gente só vai usar leitos terceirizados caso o serviço público não dê conta da sua demanda. E cada vez menos a gente foi precisando de leitos terceirizados. E aí, acabou, culminou com o fechamento das duas clínicas. E a outra... Porque assim, o que aconteceu de inusitado nesse trabalho, enquanto coordenador? Qual foi a minha função nessa orquestração dessa equipe, a princípio médica e de enfermagem? Os médicos tinham uma rivalidade com a psicologia, no Hospital Jurujuba, os que estavam lotados no Hospital Jurujuba. Era aquela coisa: "ah, é psicólogo quem está mandando", porque tinham algumas coordenações de enfermaria que eram da psicologia, e eles tinham um ressentimento com isso. Então, com a porta de entrada, como a equipe era, em sua maioria de médicos, eles chegaram a me dizer: "a gente recuperou o orgulho médico com esse serviço e tal". É. Também eu sofria pressão do outro lado, porque havia um interesse de se colocar outros discursos na emergência e isso teve que levar algum tempo até a entrada de assistentes sociais e de psicólogos na equipe, com muita resistência dos médicos. Isso que deu um texto que a Maria Tavares aproveitou, que é "Equipe multidisciplinar numa emergência psiquiátrica". Então, eu me senti compelido a escrever a respeito disso, documentar isso, porque eram absurdos de ambas as partes. Tanto faz, dos médicos que falavam: "ué, os psicólogos vão fazer plantão agora? Qual a função de um psicólogo em uma emergência? Não estou entendendo." Então, o meu trabalho foi muito de eles se conscientizarem que a gente tinha um trabalho muito grande, enquanto médicos, e que a gente ia somar esforços com outros profissionais, não-médicos... E atendimento à familiares... Às vezes, a gente... Como estava ficando complicado as internações em Niterói, porque a gente moralizou a autorização de internação hospitalar, a gente já estava recebendo vereadores, familiares, tentando um jeitinho de internar fulano, beltrano. Tudo isso era trabalho, era muito trabalho. Então, a equipe precisava de ter mais profissionais, que não fossem médicos. Por esse viés, foi possível a introdução de outros profissionais. A assistente social era, a princípio, bem-vinda. A psicologia foi mais difícil.

RL: Loucura, o que é loucura?

JJ: Tem a loucura do real, do nosso dia-a-dia. A loucura, para nós profissionais, que é realmente enlouquecedor, é estar num serviço onde há carência às vezes de alimentação num CAPS, há falta de medicação e a gente está numa loucura de manter muitos dos que passaram por essa história manicomial dentro da sociedade com muito pouco recurso. Isso para mim é uma loucura diária. E aí, a gente vê as pessoas se desestabilizando, nós profissionais também nos desestabilizamos, porque não há estrutura que encare isso de uma forma indiferente, que não se afete com esse dia-a-dia. Então, eu acho que, para a psicopatologia, a loucura social e econômica que a gente está vivendo é trágica. É muito difícil.

RL: Muito boa essa sua resposta. Esse anos, seus anos de experiência no Jurujuba, você marcou uma diferença da sua entrada na clínica de Tanguá para a clínica de Jurujuba pela presença da Universidade, pela presença do ensino, da formação. Aí, então, você tem uma trajetória no Jurujuba que passa por esse momento, que passa pela porta de entrada em 1995, que passa pelo momento atual na supervisão do albergue [não entendi muito bem] com ateliê. Em Jurujuba, especificamente, teve algo que você aprendeu, que você encontrou, que fez mudar o que você entendia como loucura?

JJ: Então, eu me espantei com a minha reação com o retorno a Jurujuba, no início de 2015 ou meados de 2015, com essa função de supervisor de uma equipe do albergue. É... Quando eu entrei na parte que pertencia ao estado... é... depois da experiência da porta de entrada. Porque na porta de entrada eu fiquei muito mais naquela parte do prédio em que funcionava a UFF, eu não entrava muito para a retaguarda do hospital, para as enfermarias. Então, quando eu fui chamado para ser supervisor do albergue, eu entrei no albergue, que estava ainda como enfermaria de longa permanência, ainda não tinha o nome de albergue, atual, né? E eu me deparei, primeiro, com um cheiro. Esse cheiro me remeteu à minha época de acadêmico e eu não pude segurar a emoção.

Foi muito forte. Eu tive uma crise de choro. Eu compartilhei isso com a equipe do albergue. Foi uma coisa muito, muito forte mesmo, porque me remeteu àquelas pessoas nuas. O cheiro me trouxe toda a lembrança de quando eu ia lá procurar, na sucata humana, alguém para estudar. Então, me remeteu de uma forma muito ruim ao passado. Então, eu penso que esse foi um retorno bem complicado, de me deparar com esse cheiro ainda no hospício. Mas legal encontrar pessoas aguerridas, com disposição, como você, a sua colega assistente social, a Michele atualmente, mas anteriormente a Patrícia, que tinha todo um jeito tranquilo de se desesperar [risos]. Eu vi pessoas jovens imbuídas desse ideal de transformação e tal e eu me senti também convocado a somar ao jovens, compartilhar minha vivência dessa passado cruel, mas assim, para que essa vivência seja transformadora, que se some aos jovens nesse sentido de 'vamos, vamos mudar essa realidade, vamos trazer isso para um ambiente o mais familiar possível, fora do odor manicomial'. E a luta é dentro dessa loucura diária de transformação de uma realidade cruel. Mas o alento...

RL: Mas você estava falando do alento...

JJ: Ah, o alento. O alento, pois é, o alento é que de 2015 para fim de 2016, a gente caminhou bastante. E o alento é saber que alguns deles já estão em residências terapêuticas, que começou, que eu conheci ali na longa permanência, hoje são moradores de residência terapêuticas. E, principalmente, porque eu vivi três experiência de internações manicomiais. Paracambi, em primeiro lugar, Carmo, em segundo lugar, e Rio Bonito. Participei dessa ação, tive essa honra. E de ver que é possível essa transformação. E de receber no albergue alguns pacientes que estavam na Colônia de Rio Bonito e que hoje passaram pelo albergue e estão numa residência terapêutica. Então, saber que o albergue é um lugar que hoje é um lugar pulsante, tanto a nível de demanda, de desejo dos que ali trabalham, como essa realidade desses que precisam dessa passagem pelo albergue para chegar a uma residência terapêutica, já que o município não nos oferece um quantitativo de residências terapêuticas na mesma proporção daqueles que precisam. Então, o albergue hoje eu vejo como esse lugar, que é de passagem, mas com um trabalho de muito peso, que é: está saindo, indo ao CAPS, indo ao ambulatório, indo ao INSS, arranjando documentação. Não é mais aquela prática manicomial. É um trabalho de muito peso, de muito desejo dos que estão ali implicados.

RL: Você já teve encontro com algo que te remeteu à sucata ainda, algo que fazia parte desse período que estava presente ali, mas que em meio a isso você localiza, então, mudanças muito expressivas? INSS, CAPS, nada disso era presente na sucata humana, né?

JJ: Na sucata humana, o humano não aparecia. Não tinha lugar para o humano. Em qualquer hospício é isso. Hospício manicomial, como o Eiras de Paracambi, como o em Carmo, como em Rio Bonito. É uma vida de gado. Horário para dormir, horário para medicação, horário para banho, horário... E vão como manada, obedientes. Não existe o individual, não existe a relação humana, não existe o sujeito. Existe o doente mental, a doença mental, uma ação... ou

seja, é um paradigma que foi institucionalizado por muitos anos. Então, a reforma muda esse paradigma de cuidado. Cuidar não é só alimentar, cuidar não é só manter vivo, sarar feridas ou dar remédio para doença mental. Cuidar é cuidar do cidadão hoje, da cidadania, da sua reinserção, seja familiar, ou no social com a ajuda de profissional. Então, é uma mudança de paradigma. Eu tive a sorte de viver esses... acompanhar, na minha formação, essa mudança. E estar ativo nessa mudança, essa é minha sorte.

RL: Você considera que o Hospital Jurujuba passou por essa mudança, ou não, ou em parte?

JJ: O Hospital Jurujuba fez uma desinstitucionalização, nos anos 1980, sem esse cuidado. Porque nos anos 1980, não vou dizer número, mas tinha muita gente ainda do estado que foram transinstitucionalizados para Paracambi, para Carmo, para Rio Bonito. Então, houve uma desocupação de leitos, ficando 20 leitos para o município, quando o hospital foi municipalizado. Então, nós temos essa mácula, da forma como foi feita essa desinstitucionalização. Mesmo porque, nos anos 1980, não tínhamos nenhuma legislação que protegesse os direitos desses portadores de transtornos mentais. Então, de 2001 para cá, nós temos lei, então isso ajuda muito na mudança de paradigma. Porque, no meu entender, quando o hospital foi municipalizado, as pessoas foram distribuídas de acordo com, sei lá, suas regiões, né? Sem nenhum respeito à clínica, à pessoa, ao cidadão.

RL: Você pode ficar tranquilo que isso não vai aparecer nos registros, nem na dissertação, mas é uma curiosidade que eu não posso deixar de matar: tem a ver com isso a sua questão com o Fagundes na época?

JJ: Olha, foi nessa época mesmo. Então, eu não aceitei, acho que isso não me caiu bem. Eu não quis muito fazer parte disso, não.

RL: Entendi. A gente tava essa semana comemorando o fechamento dos últimos convênios no Rio, os moradores... perguntas que já foram respondidas... Bem, em todo caso, Jacinto, tem essa mácula dos anos 1980, mas você antes havia falado dos anos 1990, onde houve um trabalho efetivo que você comandou e que foi decisivo para o fechamento de leitos do pacto manicomial privado. Então, além dessa mácula, também há outros acontecimentos, por exemplo esse dos anos 1990, que foi a porta de entrada, você falou do albergue também, teriam outros que talvez não te venham à memória agora. Mas vindo à memória ou não, essa mudanças, por exemplo, essa dos anos 1980 você não concordava...

JJ: Concordei com uma coisa, derrubar o muro. Porque o Hospital Jurujuba foi inaugurado nos anos 1940. Porque antes o que nós tínhamos era uma Casa de Custódia, no centro de Niterói, que abrigava prisioneiros e doentes mentais, que foi onde a Nise da Silveira foi internada, internada não, presa, presa política. Graciliano Ramos, preso político. Então, quando se há a necessidade de se criar um hospício, então Jurujuba foi colocada fora do centro, naquela época ali era distante. Era um lugar distante, só que era na beira da praia, né. Então, a arquitetura foi a reprodução da cadeia, com todos os seus... suas grades, seus muros. Então, quem entrava no Jurujuba nos anos 1970 não tinha visão de fora, não tinha visão da praia. Nos anos 1980, esse muro caiu - o que acho ótimo - e foram colocadas as grades, que dava visibilidade para o mar. Isso para mim foi bastante simbólico: um muro caiu. E já se tinha uma visão do externo para o interno e do interno para o externo. Então, Jurujuba apareceu ali, e não o muro. E foi nessa gestão dos anos 1980.

RL: E nos anos 1990, essa equipe que se fez lá para receber a emergência psiquiátrica, houveram divergências?

JJ: Não, assim, porque havia uma necessidade do município tomar para si o pulso das autorizações das internações hospitalares, porque já estava havendo uma descentralização. Porque antes a verba do SUS, não era SUS era INPS, o dinheiro vinha direto de Brasília para as clínicas conveniadas, direto.

JJ: Eles recebiam direto do governo federal. E quando isso passa pelo município ocorre uma necessidade de um controle maior das autorizações de internações hospitalares. Então o município toma para si essa demanda. Vamos ver se essa demanda é toda essa ou se essa demanda é falsa, de internação. Então, a resistência inicial foi dos próprios médicos que trabalhavam no Jurujuba, porque eles estavam ali mas eles não tinham o trabalho de questionar uma internação, recebiam a autorização de internação hospitalar e passava, fazia uma burocracia, e passava para dentro da enfermaria. Não tinham o que questionar, já vinha pronta a autorização, era para internar. Então, quando eu faço entrevistas com os médicos que trabalhavam no Jurujuba, do estado, e que recebiam um salário muito aquém do salário do município, esse foi um primeiro problema que eu detectei. Não tenho como convidar essas pessoas para trabalhar numa emergência com esse salário diferente dos outros salários, federal e municipal, né. Isso vai ser um ponto. E tinha gente que odiava, médico que odiava a gestão do hospital, apontando a psicologia como seu grande algoz, Que falava assim: "olha, nem que você me pague 5 mil reais, eu não quero trabalhar aqui, eu quero sair daqui e parece que me punem, me deixam aqui". Então, esse eu pedi o imediato desligamento dali, porque não era possível manter uma pessoa cativa, sem querer trabalhar, né? Então era só para manter o vínculo. Então, essas entrevistas com médicos que lotavam os plantões do Jurujuba, foi muito interessante. Muito antes de eu implantar o serviço, eu fiz entrevistas com esses médicos.

E aí, depois, com a enfermagem. Depois fui vendo com a enfermagem quem se habilitava a estar nesse lugar na emergência. Teve candidatos. Os enfermeiros tinham medo de pacientes de emergência, achavam que iam quebrar, que iam fazer e acontecer, queriam grades no posto de enfermagem, queriam que eu colocasse grade nas lâmpadas do teto, não podia ter utensílio, cadeira, porque eles poderiam quebrar a cadeira na cabeça de um. Enfim, era um terror. Assim, eu tive que trabalhar isso tudo muito antes da implantação do serviço, Quando o serviço foi implantado, eu já estava com um equipe mais ou menos trabalhada para começar o serviço.

RL: Indo pro trecho final, você considera que os loucos de hoje são como os de antigamente, quando você começou ou há novas maluquices, novas loucuras?

JJ: Acho que foi, eu não estou lembrado do nome da autora, mas ela está na ativa no Rio de Janeiro, e ela escreveu "Os riscos da autonomia"... Agora está me fugindo o nome dela, Teodoro o sobrenome, não, não me lembro. Mas "Os riscos da autonomia". Hoje os loucos estão muito mais autônomos, né? Os que frequentam CAPS, os que moram em residência terapêutica, então a loucura está mais democraticamente convivendo no social. Então, há uma mudança de discurso, deles mesmos, porque tem que incluir isso no seu discurso, a vivência no social. É muito interessante uma Maria da Conceição da Casa do Largo que ela me ensinou também muito disso como que uma psicótica nos seus 68, chegando aos seus 70 anos, sozinha, com uma aposentadoria... ela comprou um apartamento, ela fez uma poupança, comprou um apartamento, ok, numa comunidade meio barra pesada, e isso também entra no discurso. Ela comprou por 18 mil reais um apezinho. E aí, ela tem muitos delírios com pessoas da comunidade e tal, do cotidiano dela, mas isso está devidamente... ela vive com isso, convive

com isso. E fala disso. Então, o que muda é o discurso que é diferente daqueles que estão aprisionados, são mais ricos os loucos que estão fora do que os loucos que estão dentro. Os loucos que estão dentro ficam com um discurso mais limitado.

RL: E a clínica, digamos assim, o que que você vive hoje, no tratamento, clínica, do ponto de vista da técnica, dos profissionais, da ética talvez, isso mudou? O que você acha?

JJ: Pois é, porque é uma clínica muito ampliada. É uma clínica do social. É... de poder estar acompanhando, não só de seus direitos, tipo vale social, passe livre. Acompanhar, por exemplo, ainda bem que a gente tem uma modalidade de assistência no município de Niterói que é o acompanhante, no hospital é o acompanhante terapêutico, no CAPS é o acompanhante domiciliar. São pessoas de nível médio, mas que prestam um excelente trabalho em termos de realmente ir àqueles que não conseguem chegar ao serviço, muitas vezes acompanhá-los até o serviço. Então, enriqueceu a clínica em termos de possibilidades. Apesar de que sempre nós vamos estar aquém dos recursos humanos necessário para esse trabalho, aquém em relação ao investimento da gestão municipal. Mas a gente ampliou muito o que é a clínica da psicose, em vários sentidos. Por exemplo, a gente tem um grupo que frequenta, na comunidade, um curso de informática e que aí... quer dizer, essa clínica para fora do CAPS, que o CAPS não se torne um mini-hospício, com as mesmas práticas manicomial, o que é um risco muito grande, como eu vejo aqui e ali. Então, mas são... Isso aí que eu estava falando. É Gina o nome da autora. A Gina escreveu sobre os riscos da autonomia.

RL: Gina Ferreira?

JJ: Gina Ferreira. Alguém que está numa residência terapêutica abre o gás e pode fazer o que à noite? Não sabemos. Quer dizer, são riscos que a gente não tem como poupá-los. Em relação a poupar dos riscos, nós tivemos aquele paradigma de guardá-los, resguardá-los, para eles não correrem riscos. Estar na sociedade para todos nós implica em correr riscos, pegar o ônibus, atravessar a rua, são os movimento mais tranquilos do cotidiano, a gente corre risco.

RL: E por último, Jacinto, o que você viveu lá atrás, no início, nos anos 1980 e agora, a relação do Estado, dos governos, das gestões, é diferente em relação às instituições, à psiquiatria? Mudou alguma coisa nesse âmbito, do Estado?

JJ: Eu acho que é uma mudança muito particular, ou seja, de cada estado, de cada município, de cada gestão. Por exemplo, Carmo. Em Carmo, foram implantadas, em 4 anos de trabalho, 18 residências terapêuticas, num município com 17 mil habitantes. Nós tivemos que romper a resistência da população em relação ao fechamento do hospício. A sociedade não queria esse fechamento. Muitos funcionários desse hospício lucravam também com isso, tinha terceirização de serviço de mercado, de padaria, de açougue, tinha gente que ficava com a bolsa trabalho dos pacientes. Quer dizer, a gente quando se depara com esse vespeiro, a gente não acredito que vai chegar a um bom termo. Gente sendo ameaçada pelo telefone... Quer dizer, e a resistência da sociedade. Paula Cerqueira. Paula Cerqueira foi muito macho, no melhor sentido da palavra, de chegar na câmara e apresentar para a sociedade o projeto de desinstitucionalização dos pacientes e ao lado do diretor do hospital. E não interessa o que passou, está documentado, se precisar ... [corte].

JJ: Mas interessa o daqui para frente. O que que a gente vai fazer? E hoje os pacientes que saíram do Teixeira Brandão, eles são cidadãos carmenses respeitados. Já têm uma presença importante na economia do município, emprega, emprega cuidador, emprega cozinheira,

consomem no município. Quantos no município estão desempregados e eles têm uma renda fixa. Então, graças ao benefício de prestação continuada, alguns aposentados, mais o De volta para casa, mas eles têm dinheiro. Eles se tornaram muito respeitados na cidade. Esse é um êxito visível porque é uma cidade pequena. Nas cidades maiores, como Niterói, Rio de Janeiro, fica mais complicado da gente ter essa dimensão dessa importância de uma revolução dessa. Para mim, Carmo é um exemplo exitoso, vale a pena conhecer. Vale a pena conhecer esse projeto.

RL: É isso, você ficou com alguma coisa por dizer?

JJ: Não, eu acho que foi legal saber que a gente está registrando a passagem por essa estrada da saúde mental em Niterói, que é o meu berço de formação. Eu sou muito grato ao Hospital Jurujuba, que foi meu berço de formação, à Universidade Fluminense, e aos meus colegas que estão aí na militância comigo, parece que não envelheceram, continuam com seus ideais, no campo, na batalha. Eu acho isso ótimo.

Percília Ana Pereira Pinto

*Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói
Outono de 2017*

[RL: Rafael Lazari]

[PA: Percília Ana]

RL: A senhora pode começar se apresentando. Bom dia. Seu nome, como é mesmo?

PA: Percília Ana Pereira Pinto

RL: Percília, a minha primeira pergunta é a seguinte: como foi que a senhora chegou na psiquiatria? Por que a senhora veio para a psiquiatria?

PA: Porque eu coloquei soda cáustica na comida do meu tio, e ele mandou me internar aqui. Ele passou mal...

RL: A senhora colocou soda cáustica na comida do seu tio...

PA: É... pensei que era sal.

RL: Pensou que era sal?

PA: É.

RL: Então aqui foi o único hospital em que a senhora foi internada?

PA: Foi, foi. O único hospital que eu fui internada.

RL: E faz muitos anos, né, Percília?

PA: Faz...

RL: Se eu não me engano foi em 1977...

PA: Foi em 1977 que eu vim pra cá. É.

RL: E como é que era antigamente quando a senhora chegou aqui, o tratamento, como era?

PA: O tratamento tinha muito remédio e os portões eram tudo de ferro.

RL: De ferro, né? E muito remédio...

PA: É... o SIAC, porque eu tive na Longa né?

RL: Você teve na longa né?

PA: É...

RL: Aham... Mais o que, que tinha nessa época?

PA: Dava dois pães, depois passou a dar um...

RL: Dava o que?

PA: Dava dois pães de manhã, depois passou a dar um.

RL: Agora só tem um pão?

PA: Só um pão, é...

RL: E o que é melhor? Dois pães ou um pão só?

PA: Dois pães [sorrisos].

RL: Tá certo. E os portões de ferro? A senhora achava melhor, ou é melhor sem eles?

PA: É melhor, melhorou muito aqui.

RL: Melhorou muito aqui?

PA: Melhorou.

RL: O que a senhora acha que melhorou?

PA: O modo de tratar a gente, ficar com a chave...

RL: Ah é, a senhora tem a sua chave, agora, né?

PA: Tenho. Eu não tinha não.

RL: Quem foi que te deu essa chave?

PA: Foi o senhor. Foi... [risos].

RL: A senhora lembra disso, Percilia?

PA: Lembro.

RL: Mas você não foi direto pra Longa, né?

PA: Eu fui pra Feminina.

RL: Como é que era na Feminina na época?

PA: Apanhava muito.

RL: Apanhava de quem?

PA: Das pacientes, e o enfermeiro que se chamava Genalvo batia na gente de cabo de vassoura.

RL: Com cabo de vassoura?

PA: É...

RL: É mesmo, Percília? Então as pacientes e esse enfermeiro...

PA: É...

RL: Isso acontece ainda?

PA: Não!

RL: E me diga uma coisa. A senhora melhorou sendo tratada aqui?

PA: Melhorei.

RL: É? E o que a senhora acha que te fez melhorar aqui?

PA: Eu melhorei porque eu bati nos meus dois irmãos, porque eu não queria que me internasse aqui.

RL: Você bateu de nervosa no seu irmão, porque não queria que te internasse aqui...

PA: É... foi de nervoso, é.

PA: [inaudível] e bati neles, um soco na cara de Zé, e um soco na cara de Manel. É... [risos]

RL: Zé é aquele que trabalha lá no Centro de Niterói, né?

PA: É...

RL: Percília, o que a senhora acha que é Loucura?

PA: Acho que é... Discurso do Diabo.

RL: Discurso do Diabo?

PA: É... [silêncio] Trabalhei na [rua] Belisário Augusto, sete anos de casa.

RL: Sete anos de casa na Belisário Augusto...

PA: É... [risos].

RL: E lá você tinha experiência com o Discurso do Diabo?

PA: Não! Tive isso depois que vim pra cá.

RL: Depois que a senhora veio pra cá... E a senhora ainda tem essa experiência?

PA: Do Diabo?

RL: É.

PA: Tenho.

RL: Isso não mudou, de lá pra cá... ou mudou?

PA: Não mudou não. Que eu morava em Tribobó com a minha família. Ela me deixava em casa, a minha patroa. Dona Sônia e Sr. Flávio.

RL: Mas o discurso do Diabo a senhora só foi ouvir depois que veio pra cá...

PA: Só depois que vim pra cá. E em Tribobó também ele tentava.

RL: Ah, em Tribobó também ele tentava...

PA: Tentava... Disse que ia me mandar pra cá.

RL: Ele dizia isso? Que ia te mandar pra cá?

PA: Dizia. [silêncio]. 1967, Tribobó...

RL: 1967, você estava lá?

PA: É...

RL: Então vamos voltar aqui ao assunto sobre o hospital?

PA: Vamos.

RL: Você falou que eram portões de grades...

PA: É!

RL: Que tinha agressões na época...

PA: As grades tirou depois...

RL: Teve mais coisa que mudou?

PA: Tem, tem. Porque eu comprei um guarda-roupas, eu tenho um guarda-roupas, não tinha não.

RL: A senhora tem um guarda-roupas, agora...

PA: É...

RL: O que foi mais importante pra senhora, dessas coisas que mudaram?

PA: Não sei... Não sei não [risos].

RL: Tá bem... E dessas coisas que mudaram, Percília, todo mundo concordava com essas mudanças, tem gente que era contra?

PA: Todo mundo concordava. É...

RL: E esse enfermeiro que batia? Ele concordava também?

PA: Concordou... Batia e dizia que era pra melhorar o hospital...

RL: Ah, ele batia dizendo que era pra melhorar?

PA: O hospital, é...

RL: Como?

PA: Pra melhorar o hospital...

RL: Ele dizia isso?

PA: Dizia... Tinha um paciente chamado [inaudível] que ele me batia também.

RL: Me diz uma coisa: os pacientes de hoje em dia são iguais aos de antigamente, ou eles mudaram?

PA: Mudaram, porque tinha muita paciente grande, agora não tem não. Tinha a dona advogada também, que queria me bater... [risos]. Eu levantei e disse: “vem”! Aí ela... depois ela morreu. Foi embora...

RL: Me diz uma coisa: a loucura dos pacientes de antigamente, era diferente, ou é que nem hoje em dia? As loucuras...

PA: É diferente! Porque elas eram muito nervosas.

RL: Antes as pessoas eram muito nervosas...

PA: É!

PA: Michele [psicóloga] vem hoje?

RL: Michele... posso ver pra senhora depois.

PA: Thayná [estagiária] tá aí?

RL: Thayná eu acho que tá, eu vejo ela sempre às quartas.

RL: E tem algum tipo de loucura, de maluquice hoje em dia que a senhora não via e hoje tem?

PA: Tem! {sorriso} Porque elas xingam muito.

RL: Elas xingam muito hoje em dia?

PA: É... [risos]. Antigamente não xingavam.

RL: Aham...

PA: Porque elas xingam... a gente...

RL: Então, antigamente batiam muito, e hoje em dia xingam muito...

PA: Xinga.

RL: E me diz uma coisa, Percília: a maneira como os profissionais tratavam os pacientes, mudou também? Ou não mudou?

PA: AH, porque dá veneno à gente...

RL: Dava veneno? [no momento da entrevista, entendi equivocadamente no passado].

PA: É... remédio [inaudível], agora não dá não... [silêncio]

RL: Os médicos, psicólogos, enfermeiros...

PA: Antigamente não tinha psicóloga não. Não tinha não. Entrou psicólogo pra cá depois dos anos 2000.

RL: Foi mesmo?

PA: Foi, foi.

RL: E o que a senhora acha disso?

PA: Acho que faz bem. [sorri]. De tratar da gente.

RL: As enfermeiras? [havia novamente entendido o mal o que Percília havia dito].

PA: Que cuida da gente.

RL: Cuida de vocês?

PA: Cuida, cuida... A comida aqui é boa, mas eu não gosto muito quando é frango. Não gosto do frango, é... Mas as enfermeiras dizem que tem que comer o frango.

RL: E porque a senhora não gosta de frango? Não gosta do sabor do frango?

PA: É, não gosto de carne branca cozida.

RL: Carne branca cozida a senhora não gosta...

PA: Não gosto não... [risos].

RL: Vem cá, e o que a senhora achou de ter vindo psicólogos pra cá? Isso foi bom ou foi ruim?

PA: Foi ruim!

RL: Foi ruim?

PA: É... [risos].

RL: E porque, Percília?

PA: Porque elas ficam vigiando a gente, as psicólogas.

RL: Ficam o que?

PA: Eu tenho medo dela, fica vendo o que a gente faz.

RL: Quem é sua psicóloga aqui?

PA: É a Thayná!

RL: Antes de ter psicólogo, tinha alguém que ficava vigiando?

PA: Não!

PA: Eu fumava muito fumo de rolo. Comprava lá na Barcashopping o fumo.

RL: Lá no Barcashopping é?

PA: É.

RL: É... Percília... os psicólogos vigiam você fumando, né?

PA: É... [risos].

RL: Entendi o recado...

PA: É... [risos].

RL: Você acha que os políticos, os governos, mudaram o jeito de tratar o hospital? Isso mudou?

PA: Mudou, porque antes as enfermeiras davam mais cigarros a cada um. O governo dava.

RL: O governo que dava cigarro?

PA: É... pra gente.

RL: E você tem mais alguma coisa a dizer pra gente sobre isso?

PA: Não. Não tenho mais nada não.

RL: Então tá bem.

PA: Tá.

RL: Obrigado, tá, Percília? Tchau.

PA: Tchau.