

MUSEU DA PESSOA



Museu da Pessoa

Uma história pode mudar seu jeito de ver o mundo.

Abifarma 50 anos: Indústria Farmacêutica e Cidadania (ATD)

Do manicômio ao hospital

História de [Marcos Pacheco de Toledo Ferraz](#)

Autor: [Museu da Pessoa](#)

Publicado em 20/08/2018

Abifarma - 50 anos

Depoimento de Marcos Pacheco de Toledo Ferraz

Entrevistado por Luis André e Sara Mendonça

São Paulo, 04/06/1997

Realização Museu da Pessoa

Código: ATD_HV018

Transcrito por Lilian

Revisado por Lígia Furlan

R - Meu nome é Marcos Pacheco Toledo Ferraz, tenho 59 anos, nasci em 1939, em 2 de fevereiro, aqui em São Paulo.

P/1 - Marcos, falando um pouco do lado familiar, eu queria conhecer as origens do lado paterno e materno. O senhor conhece as origens, os nomes dos seus avós, de onde eles vieram, que tipo de atividade desenvolviam..

R - Meus avós eram fazendeiros - tanto por parte de pai quanto por parte de mãe -, que perderam suas respectivas terras nas épocas de crise. Então meu pai estudou medicina no Rio de Janeiro na década de 30, ele morreu já em 1973, foi psiquiatra do antigo hospital Pinel, que era naquela época um hospital privado lá em Pirituba. Hoje é um hospital público e até podemos falar futuramente dele. Naquele tempo o médico psiquiatra era médico internista, ele vivia dentro do hospital psiquiátrico. Na casa em que eu passei os cinco primeiros anos da minha vida era dentro do hospital psiquiátrico. A minha convivência com o hospital era uma coisa absolutamente tranquila. Posteriormente o hospital foi vendido para o Estado, e ele, depois, foi então diretor do hospital Pacheco e Silva, em Vila Pompéia, diretor até quase muito próximo da sua morte. Meu pai foi, portanto, uma pessoa que viveu... E eu tenho assim, nos relatos da vida dele, enquanto psiquiatra, numa época da pré-farmacologia, ele foi um dos primeiros a usar a convulso-terapia pelo eletrochoque no Brasil, então eu tenho relatos verbais de como se fazia uma psiquiatria dos anos 30, 40 até a década de 50, quando se processou a verdadeira revolução psicofarmacológica.

P/1 - É genial, eu vou querer explorar bastante isso. Eu só queria que o senhor falasse, pincelando, mais um pouco suas origens, seus antepassados. Sua família é uma família descendente de portugueses? Do lado de mãe também, como é que seria isso?

R - A minha família, tanto por parte de pai, quanto de mãe, são de origem português-espanhola. Toledo vem do espanhol, porém são origens muito antigas, aquilo que na década de 60 se convencionava chamar paulista de 400 anos, o que foi uma coisa muito complicada e problemática, inclusive para mim. Vencer isso, porque eu acho que é um preconceito muito ruim, ter um estigma de ser das origens da terra e tal. Isto gera como se fosse um pré direito a alguma coisa, e acho que a luta inteira da minha infância e adolescência foi quebrar esse tabu e tentar ser eu mesmo, ser um Toledo Ferraz, tanto quanto qualquer outro sobrenome.

P/1 - Toledo Ferraz, então é o sobrenome do seu pai. Como era o nome dele?

R - Nelson Toledo Ferraz.

P/1 - O nome da sua mãe.

R - Maria de Lourdes Pacheco Ferraz

P/1 - Os Pacheco também de origem tradicional?

R - Sim, portugueses. Encontro Pachecos ainda, vários em Portugal, inclusive há um grande psiquiatra lá, Pacheco Palia. Então temos assim, muitos Pacheco em Portugal.

P/1 - Eram cafeeiros aqui no estado de São Paulo?

R - Sim, os dois lados eram, moravam em Capivari, uma cidade perto de Tietê, perto de Piracicaba. Depois o meu avô foi para Botucatu e lá ficou até a morte dele, e de Botucatu foi que meu pai saiu, já com 17 para 18 anos. Saiu, foi estudar no Rio de Janeiro, naquela época devia ser uma coisa extraordinariamente difícil, porque as distâncias eram enormes. Saiu de Botucatu para estudar no Rio de Janeiro e voltou formado.

P/1 - E eram famílias grandes? Quantos irmãos?

R - Eram famílias grandes, naquela época, e todos eles saíram depois como profissionais não mais ligados à terra. Os meus tios paternos foram homens advogados, médicos... Dois médicos. Já as mulheres cumpriam aquilo que era característico de época, eram donas de casa e praticamente cuidavam da casa com zelo, que era o que se esperava da mulher dos anos 30, 40.

P/1 - Seu pai então nasceu em Capivari?

R - Sim.

P/1 - Se formou no Rio. E ele se casa no Rio?

R - Não, ele se casa aqui em São Paulo, com a minha mãe. Quando eles se conheceram, eram da mesma cidade, e vão morar, assim que casam, no hospital psiquiátrico.

P/1 - Então seu pai mora no Pinel logo que...

R - Logo que se casa.

P/1 - E o senhor sabe o porquê da opção dele por psiquiatria? Não, né? Eu acho que esta opção era extremamente incomum, né?

R - A psiquiatria de então é uma psiquiatria muito pouco científica, havia muito pouca ciência. Em contrapartida, havia uma expectativa de que um psiquiatra fosse uma pessoa dotada de excelente cultura geral e de grande capacidade conciliatória. Eu guardo do meu pai essa reminiscência porque ele era um homem de extraordinária capacidade de conciliação. Tanto que nós, mais tarde, adultos, jovens, militando à esquerda - inclusive o meu irmão, tendo que sair do país, tendo que se exilar no Chile e depois, posteriormente, no Peru, - não encontrava nele nenhuma oposição. Sempre, pelo contrário, apoiando, embora ele fosse um homem liberal, não tivesse nenhuma postura à esquerda, mas ele sempre dizia da necessidade de conciliação, de compreensão de posição do outro, e eu acho que esta vertente o encaminharia para um plano típico de profissão em que predominasse a escuta, e eu acho que nesse aspecto ele foi muito feliz.

P/1 - Ele deve ter sido um dos pioneiros da psiquiatria no Brasil. Naquele momento... O que o senhor conhece da formação de psiquiatras no Brasil?

R - Não, a psiquiatria brasileira... Se eu for falar da psiquiatria paulista, que seria mais adequada, na medida em que ele estava aqui, ela se forma basicamente com Franco da Rocha. Franco da Rocha, em 1898, cria o Juqueri e na verdade, Franco da Rocha vai estudar a psiquiatria. Ele já é um psiquiatra, se forma como psiquiatra no Rio de Janeiro, onde já estava instalada... A psiquiatria brasileira já tinha nomes importantes, mas Franco da Rocha foi o primeiro psiquiatra de São Paulo, a primeira geração. A segunda geração foi, se nós falarmos em termos acadêmicos, teria sido a geração de Pacheco e Silva, da qual corresponde então a geração do meu pai. Depois, vamos dizer, existe uma geração intermediária nisso tudo, que corresponde, aqui em São Paulo, a Fernando Bastos, Carvalho Ribas, Darci de Mendonça Uchoa, e depois a nossa geração, dentro do que eu estou falando em termos de universidade. Hoje eu sou titular da Escola Paulista Valente Gentil Filho e _____, na USP [Universidade de São Paulo]. Somos assim a geração que está, junto com _____ Jair Magri também na Escola Paulista. Somos a geração que... Portanto aí, umas quatro, cinco gerações em termos de psiquiatria. Isso falando a grosso modo, é claro.

P/1 - Bom, em termos de escola, essa primeira geração já é formada por um _____ Franco da Rocha, e quais escolas ofereciam a especialização?

R - Veja, no Rio de Janeiro, nós tínhamos, já no século passado, os chamados "grandes asilos", formados já dom Pedro II. Então esses asilos já formaram os primeiros psiquiatras porque, por exemplo, aqui em São Paulo é bem nítido isso. Você tem, em torno de 1850, casas que cuidam de pacientes portadores de doença mental, mas eles são cuidados não por psiquiatras, eles são cuidados por administradores e um médico clínico que eventualmente passava para fazer alguns cuidados. Portanto, não havia nenhuma preocupação que não fosse a de custódia. Em São Paulo, Franco da Rocha... Como Juqueri, que vai fazer 100 anos o ano que vem, Franco da Rocha faz aqui em São Paulo. Já tem contato com o mundo científico dos países europeus e traz a psiquiatria europeia para São Paulo, monta o hospital Juqueri. Existe nos nossos arquivos... Na secretaria

de saúde quando eu passei por lá, nós conseguimos recuperar um filme de 1927 com Franco da Rocha ainda fazendo certa forma, construindo ainda um pedaço do Juqueri, e o Juqueri em toda a sua plenitude, funcionamento, etc. Obviamente que hoje, como instituição, o Juqueri é uma instituição do passado, mas esse filme de 1927 contextualiza no momento em que ele tinha o vigor da atualidade, de ser um projeto novo, um projeto recém-criado em São Paulo e que é muito interessante. Nós pudemos resgatá-lo. Ele devia estar abandonado, tiramos algumas cópias para as diversas universidades e o original está no museu de imagem e de som, doado pela secretaria.

P/1 - Quanto tempo tem esse filme?

R - Tem uns 20 minutos, mais ou menos. Então aparece a construção do Juqueri, as suas instalações, o seu funcionamento, etc.

P/1 - _____, era um conceito também

R - Era.

P/1 - Bom, voltando à sua vida, como é que o senhor descreveria a casa da sua infância e o ambiente? O senhor nasceu aqui em São Paulo?

R - Sim.

P/1 - Já no hospital, na casa?

R - Não, eu nasci na maternidade, no quinto, sexto dia, provavelmente eu já devia estar lá, já estava hospitalizado. (riso) E fiquei até os cinco primeiros anos de vida. Eu tive recordações até os cinco anos muito vagas, pouco precisas, assim, cenas extremamente agradáveis, curiosamente os meus cinco primeiros anos eu tenho cenas assim. Pescarias, eu me lembro, pescando com meu pai, andando de charrete - porque ia-se da estação ao hospital de charrete -, eu me lembro vagamente de pequenos coelhos... São cenas, flashes. Me lembro de um pomar que tinha, assim, no fundo da casa, algumas brincadeiras... Flashes pequenos.

P/1 - Esse era o ambiente de todos no Pínel?

R - Tinha uma chácara que pertenceu à Pínel que tinha um lago onde tinha lambaris, e eu comecei minha vida de pescador antes dos cinco anos de idade, e para mim são flashes muito agradáveis. Depois dos cinco anos eu mudei para Vila Pompéia, próximo já do outro lugar onde meu pai trabalhava, que era o Hospital Psiquiátrico Pacheco e Silva. Lá eu fiquei morando em uma casa por quatro, cinco anos, depois passei para uma outra.

P/1 - Qual a rua?

R - Tavares Bastos, dos cinco aos nove, mais ou menos, e Afonso Bovero, dos nove até me casar.

P/1 - E este hospital ficava onde? Na Vila Pompéia?

R - Na rua Cotoxó. Ele existe ainda, pertence à Universidade de São Paulo, ele (pertence?) ao Hospital das Clínicas, um hospital de retaguarda, não mais para doentes mentais, mas um hospital de retaguarda.

P/1 - _____. E como é que era a amizade do bairro, esse ambiente aí na Vila Pompéia?

R - Vila Pompéia era tipicamente um bairro de classe média-média, Afonso Bovero não era calçada, então havia um terreno na frente onde tinha um belo de um circo que, periodicamente, chegava por lá. Quer dizer, era uma típica organização de bairro de classe média. Um nível de tranquilidade, um nível que se caracterizava na época. Era uma época muito pouco violenta, podíamos andar na rua, brincávamos na rua, não tínhamos assim, riscos. Não se corria... Não havia esse sensação de riscos. Isso é uma coisa curiosa, porque quando eu me recordo, então aí já na minha infância e adolescência eu não tenho a sensação do risco corrido, isto é, do assalto, do roubo, do risco de eventualmente ter sofrido alguma ameaça de violência. E isto te a ver muito com uma São Paulo provinciana, uma São Paulo que devia ter em torno de três milhões de habitantes, dois milhões e meio, por aí. Acho que a questão passa por muitas outras... Era uma cidade extremamente provinciana. São Paulo tinha, inegavelmente, com relação ao Rio de Janeiro e outras cidades... Era uma cidade caipira, sem qualquer termo pejorativo, mas era uma cidade interiorana perto da capital Rio de Janeiro, perto do que eu tive em torno dos 17, 18 anos. Eu viajei para o Uruguai, passei pelo Uruguai, Argentina, Buenos Aires e Montevideú, e foi uma viagem que eu fiz sozinho e me encantou. Quer dizer, era um outro mundo, completamente diferente. Havia um nível de liberdade, de movimentação, de interesses, de cinematografia, de livros, não tinha... Que São Paulo estava muito longe de ter. Então foi uma coisa bastante interessante que São Paulo mudou, deu esse salto enorme.

P/1 - Me parece que tinha bastantes operários, tinha bastante fábrica na Vila Pompéia.

R - Mais lá embaixo, naquilo que é chamada hoje a Avenida Conde Francisco Matarazzo. No caminho que ia para a Lapa, ali sim havia um série grande de fábricas. Na subida, porque a Vila Pompéia é uma subida, e posteriormente em função do tipo de terreno, você não encontrava as fábricas que se aproveitavam muito mais ali do vale, do vale do rio Tietê, porque você tem a subida do lado de cá e a subida da Casa Verde, do lado de lá, que formam aquele vale onde se instalaram fábricas. Realmente era um parque fabril extremamente importante na época, as indústrias reunidas Francisco Matarazzo.

P/1 - Sobre a sua família, quantos irmãos e como é que o senhor descreveria o ambiente na casa?

R - Eu tenho um irmão três anos mais moço, fez Direito aqui em São Paulo, terminou a faculdade de Direito e foi obrigado a sair, viveu uns três anos no Chile, depois uns dois, três anos também no Peru, por razões políticas. Ele teve que sair, voltou, tornou-se vereador e depois segue a sua vida.

P/1 - O nome dele?

R - Lauro Ferraz. Pacheco Toledo Ferraz. E depois, a recordação que eu tenho é de uma família muito liberal, no sentido não da palavra que hoje corre por aí, com muita liberdade - liberdade de discussão, liberdade de opinião. Nós tínhamos uma posição política completamente diferente das origens paternas. Meu pai tinha uma origem mais udenista, mas as coisas caminhavam nesse aspecto numa tranquilidade extraordinária. Eu acho que, certa vez, o que caracteriza bem foi quando, num dado momento em que as coisas estavam muito tensas, riscos de prisão, coisas desse tipo, alguém da família, tio, aqueles tios mais longínquos, algum deles chegou e disse para o meu pai algo assim: "Mas se os seus filhos são presos... Que vergonha!" E a resposta dele foi muito clara - e ele não era um homem militante de esquerda, nada -: "Se forem presos por terem ideias, não há problema nenhum, duro é quando se é preso por ser ladrão". Mostra um pouco um modo de pensar, uma estrutura extremamente liberal, no sentido da criação, né? Eu acho que foi esse o clima.

P/1 - E a sua mãe?

R - A minha mãe cumpriu muito bem a tarefa da mulher dos anos 40: cuidou da casa. A casa andava bem. Ela era uma pessoa muito amorosa, muito cuidadosa. Cabia a ele expressar as preocupações. O meu pai nunca expressava preocupação, a posição dele era esta, mais ou menos assim, que dava essa postura liberal da casa, e cabia a ela o papel da preocupação, se chegou tarde, se não chegou tarde, perigo disso, perigo daquilo. Realmente eu tenho a visão de uma mãe muito afetuosa. Morreu recentemente, e sempre preocupada com o cuidar de filhos, depois ajudar a cuidar de netos, um pouco nesse sentido.

P/1 - O trabalho do seu pai invadia muito a vida doméstica e afetou de alguma maneira o senhor a se interessar, ou ter esta mística que geralmente os pais têm com os filhos?

R- Veja, é impossível. Quer dizer, alguém que nasce num hospital psiquiátrico, vive cinco anos, depois se torna vizinho de outro hospital psiquiátrico... Com uma frequência muito grande eu ia buscá-lo no hospital, entrava sem qualquer medo ou preocupação, vivia cercado de psiquiatras que eram amigos dele. Acreditar que eu tenha tido uma vocação espontânea, evidentemente que não. Seguindo, ainda, eu tenho a impressão que em um depoimento como este é impossível... Depois, quando eu ouvir a fita, imagino que vá transparecer com muita clareza certo afeto paterno. Eu acho que é impossível imaginar que isso não tenha sido dessa forma. O trabalho dele não era invasivo porque... Mantendo casa e um lugar de trabalho muito próximo, por isso que a gente fazia a pé, tanto que muito tardiamente foi ter carro, por absoluta não necessidade, ele fazia tudo a pé. Embora houvesse essa separação, essa separação não era uma separação de... Havia tranquilidade de voltar para a hora do almoço, coisa que hoje ninguém faz mais. Seis horas da tarde estava em casa, quer dizer, era um clima realmente classe média, sem expectativas de grandes coisas, grandes aventuras. Eu acho que crescendo nesse clima eu encontrei uma perspectiva, alguma... Uma visão retrospectiva me dá uma ideia de que naturalmente eu pensei em psiquiatria. Não quer dizer que quando eu entrei na faculdade eu não tenha tido as minhas infidelidades. Então eu pensei... Houve um momento em que eu me apaixonei pela pediatria, logo a seguir eu também cheguei a namorar um pouco a cadeira básica - farmacologia...

P/1 - O senhor começou fazendo biologia, pelo que eu entendi?

R - Sim.

P/1 - Seu vestibular foi para biologia?

R - Não, antes de entrar na Escola Paulista eu entrei na Universidade de São Paulo, no curso que naquele tempo se chamava "história natural", hoje virou biologia, e foi umas das primeiras turmas que estavam se mudando para o campus da universidade. Hoje lá, toda localizada na Cidade Universitária. Nós tínhamos, então... Naquele tempo era interessante, porque boa parte dos lugares ainda tinha muita terra, No dia de chuva tinha muita lama. Eu estudava à noite, então... O último ônibus fechava todas as aulas, as aulas acabavam não porque terminava o assunto, mas porque estava passando o último ônibus, então isto era... Então, depois eu entrei... Naquele tempo história natural não tinha expectativas de pesquisa como hoje eu imagino que possa ter alguma. O meu futuro era ser professor de história natural de um colégio de São Paulo, não tinha nenhuma expectativa de pesquisa, e eu acho que esse é o aspecto que não me atraía, porque me atraía muito história natural, enquanto matéria. Eu me sentia atraído pela vida marinha, pela biologia marinha, de modo que naquela época... Aí eu também fiz vestibular, passei então na Escola Paulista, naquele tempo não era unificada. Passei na Escola Paulista e aí resolvi mudar completamente, me identifiquei plenamente na medicina. Fiz um curso considerado... E me identifiquei plenamente com a medicina. Entrei pensando em psiquiatria, então me interessava muito pela parte ligada a cérebro, na anatomia. Descartei imediatamente a área cirúrgica. Depois eu fiz, durante o meu curso, esses pequenos namoros com outras especialidades, mas no quarto ano eu fiz um pouco... Dei alguns plantões em uma maternidade, isto fez parte da minha vida, mas logo a seguir eu fiz mesmo... Comecei a fazer plantões como universitário em vários hospitais: Clínica de Repouso Parque Julieta, Clínica de Repouso (Pólo do Campo?), lá em Santo André, participar de grupos de estudo de filosofia, grupos de estudo de psiquiatria, de modo que, ao terminar o curso médico, eu já estava absolutamente identificado com a especialidade, já conhecido na disciplina, tanto que logo a seguir, surgia uma vaga e eu fui convidado a fazer um concurso para ser auxiliar de ensino, que era o termo da época e que iniciou a minha carreira dentro da Escola Paulista, enquanto que naquela época mesmo eu fazia já a minha especialização na universidade de São Paulo por uns dois, três anos. Por os três anos que

fiz lá, 69, 70, 71, eu saí de lá em torno de 71, 72, e aí fiquei só, praticamente, dentro da Escola Paulista.

P/1 - Bom, talvez seja interessante... Eu não sei, é o momento que a gente continua falando de sua formação e depois introduz o lado da experiência do seu pai, em decorrer disso, uma comparação; ou se a gente faria um painel, porque me interessaria muito saber o que é que o senhor recebeu de informação da atuação do seu pai enquanto psiquiatra. Que universo era o da psiquiatria em que ele atuou?

R - O universo da psiquiatria... Eu pude conversar muito com ele, porque já desde o terceiro ano, razoavelmente decidido, no quarto ano já fazendo, participando de hospitais psiquiátricos, trabalhando neles, vendo médicos medicarem, afinal, ativamente da discussão e como tinham excelente contato... Bom contato com o meu pai... Conversávamos muito e, o que ele me colocava era o niilismo terapêutico do início da carreira dele. A carreira dele, no início, basicamente... Isso você vai encontrar nos livros históricos, e eu dou no curso de pós-graduação na escola, um curso sobre história da psiquiatria, em que eu pego um texto. E ele me dava na prática, contando que, por exemplo, no início a sífilis cerebral, a paralisia geral progressiva sendo tratado com a malarioterapia, usando... E ele, na época, conta então, com enorme entusiasmo, da época do advento do eletrochoque. Ele tem um trabalho publicado em 41, por aí, publicado, uma pequena publicação em que ele conta os oito ou dez primeiros casos de eletroconvulsoterapia aqui em São Paulo, que provavelmente foi um dos primeiros do Brasil. Então ele relata que verse o texto o entusiasmo. E conversando com ele, mostrava o entusiasmo na época. Eu me lembro de uma pergunta mais ou menos assim: "Em que medida foi o impacto do eletrochoque no hospital psiquiátrico na década 30, começo da década de 40?" Porque ele limpou o hospital psiquiátrico, aqueles deprimidos que levavam seis meses, que ficavam seis meses deprimidos, curaram-se em duas semanas, três semanas, quatro semanas. Aqueles esquizofrênicos catatônicos que viviam sendo alimentados forçados porque senão morriam por inanição, desaparecia a catatonia e passavam a se alimentar. Há uma melhoria fantástica dos pacientes deprimidos, que praticamente todos saíam. Eletroconvulsoterapia, mas ele tinha claramente a percepção da importância que tinha, do impacto imenso que teve, que foi praticamente aquilo que o anterior, que seria a convulsão pelo Cardiazol, mas que é extremamente traumático, muito angustiante, porque o Cardiazol era injetado na veia e dava uma convulsão, funcionava da mesma forma, só que...

P/1 - Que eletrochoque?

R - Só que com uma angústia brutal antes da convulsão. E o eletrochoque era indolor, era... A primeira coisa que a pessoa perde é a consciência, então não tem nenhum desses problemas e uma altíssima taxa de remissão dos quadros, para uma doença que, segundo os livros dos anos 20, era uma doença muito grave, muito limitante, que era a depressão e que é uma doença muito comum. Então efetivamente foi um momento extremamente importante da psiquiatria na década de 30, o aparecimento do eletrochoque.

P/1 - Certamente data do início da aplicação dessa terapia... Meados de 30?

R - Não. Em meados de 30 (Tielette Binne?) estavam fazendo na Europa, isto chega no Brasil, no meu entender... Estou respondendo, assim, provavelmente, no início da década de 40, possivelmente em torno disto.

P/1 - A gente falou de algumas terapias, não sei, a gente falou de alguns exemplos terapêuticos que os psiquiatras, _____. Eu queria que o senhor dissesse: qual era o _____, daquele período, remédios, e outras terapias?

R - Veja, basicamente, na década de 20, Júlio de Matos, que fez um tratado psiquiátrico Português, ele descrevia, por exemplo, um tratamento para pacientes deprimidos, que ele situava em fases. A primeira fase seria colocá-lo no leito; a segunda fase seria a das lavagens, purgativos; uma terceira fase, que ele chama de tonificação, seria de alimentação. Então você percebe que na verdade... E alguns (brometos?) para dormir, (Ópio?) usado inclusive (Ópio?) para dormir, então, como elemento, como será a ação? Isto, obviamente, estou falando em torno dos anos 20. Obviamente que isso fazia com que, por exemplo, uma depressão durasse de 6 a 12 meses, mais ou menos. Um alto índice de (cronificação?). Então, na década de 30, a eletroconvulsoterapia dá um salto de qualidade. Praticamente... A grande maioria desses pacientes saem, e muito rapidamente, via (eletroconvulsoterapia), isto foi um salto importantíssimo. Havia malarioterapia para a paralisia geral progressiva, como eu falei anteriormente, que é a sífilis cerebral.

P/1 - O que é que é a malarioterapia?

R - A introdução da doença da malária para produzir febre em pacientes com paralisia geral progressiva. Obviamente que nós temos hoje... Os trabalhos de então, são muito difíceis as avaliações, se havia algum grau de eficácia. É provável que pudesse haver algum pequeno grau de eficácia, mas com a penicilina acabou, quer dizer a penicilina tirou da psiquiatria, felizmente, a paralisia geral progressiva, tirou a malária, tirou tudo.

P/1 - O que é que é usada para _____?

R - A paralisia geral, que é causada pelo treponema pálido, que é a sífilis, uma doença que é sexualmente transmissível. Então como tratamento você tinha isto, tinha também como tratamento grandes banheiras, grandes banhos, banhos de imersão. Preconizava-se isso muito na década de 20, banhos quentes, banhos frios. Preconizava-se nos estados de mania de excitação, é capacete de gelo, veio a minha idéia... Sempre quando discutíamos essa questão, que provavelmente vem daí a história de cabeça quente, né, porque no mínimo, para esfriar a cabeça... Mas está lá prescrito em um belo tratado e tudo, sobre o tratamento dos quadros de excitação. Tratava-se, naquela época - isso na época de 20 ainda - com sanguessugas, quer dizer sangrias, etc. Então você percebe que de fato a eletroconvulsoterapia foi assim, um marco às terapias biológicas de choque, mas particularmente a eletroconvulsoterapia, então é o tratamento que pode ser o marco. Aqui nós podemos dizer que os trabalhos mostram claramente que as depressões cediam, na sua imensa maioria, você muda rapidamente o prognóstico das depressões, então aparece isto. Na década de 50, aí há realmente um salto qualitativo muito interessante, que é o aparecimento dos (neuróticos?). Principalmente, começou

com a própria (cloquiomazina?), o nosso (pliquitil?), a (clopiomazina?) e a (cloquiomzina?) dá uma mudança extraordinária na maneabilidade dos pacientes esquizofrênicos. Isto é muito fundamental, por quê? Porque diminuía o fenômeno alucinatorio, diminuía o fenômeno do delírio, deixava os pacientes mais manejáveis para uma abordagem socioterápica, psicoterápica, ou de terapia ocupacional. Manejava, deixava o paciente em condições de um manejo melhor disto. Então nós temos os neurolépticos, que dão... O impacto dos neurolépticos já começa a diminuir, por exemplo, leitos psiquiátricos. Em alguns países, como o próprio Estados Unidos, isto já é um fato, porque começa a ter queda de leitos psiquiátricos, já a partir do fim da década de 50, por uma razão simples, isto é, os pacientes ficam menos tempo internados. Esse é um ponto essencial, né?

P/1 - No Brasil os neurolépticos são introduzidos no mesmo...

R - Mais ou menos da mesma época. Há uma diferença que depois eu vou tocar, porque o quadro se completa, no meu entender, com a introdução dos benzodiazepínicos, alguns tranquilizantes, etc. Mas, basicamente os antidepressivos, que dizer, os antidepressivos, houve um salto de qualidade extraordinário, já no início da década de 60.

P/1 - Quais os princípios ativos que seriam importantes _____?

R - Basicamente surgiram os (suicíclicos?) e alguns (inaus?), exemplo do (triclio?), a (imeplanina?) que a clomipramina, a _____, _____, que são fármacos extremamente importantes, são usados até hoje, eles têm... Ainda são... Como a penicilina é usada até hoje, né? Você, por ter, com relação aos triciclo, aos inaus, é que eles são drogas um pouco mais sujas, elas dão mais efeitos colaterais que as drogas modernas, mas quanto a grau de eficácias, são o mesmo. Se comparadas, as drogas modernas não são mais eficientes, elas estão menos produtoras de efeitos colaterais, então a introdução de tricíclicos, principalmente do inaus, particularmente dos tricíclicos, dá uma mudança radical para dois quadros... Então os neurolépticos de um lado e os tricíclicos do outro, para os quadros psicóticos, e para os quadros depressivos.

P/1 - Década de 60?

R - Isso.

P/1 Os antidepressivos?

R - É. Aí, por exemplo, não é por acaso que, por exemplo, no início da década de 60, vem a Lei Kennedy para favorecer psiquiatria comunitária. Há grandes expectativas, no mundo inteiro começa surgir expectativas de um tratamento que retire o hospital psiquiátrico daquilo que ele sempre fora - o único centro de atendimento. Então há uma série de modificações no mundo inteiro e começa a surgir duas situações muito interessantes e que, como eu disse para você, esses remédios, esses fármacos produzem uma melhor maneabilidade do paciente, uma série de coisas. Então surge de um lado a possibilidade do tratamento fora do hospital, segundo, então, o desenvolvimento de novas estruturas extra-hospitalares. Em terceiro lugar, a formação de profissionais não médicos, mas com habilidade no lidar com o paciente mental, como o terapeuta ocupacional, como a própria enfermeira psiquiátrica, algumas formas de psicoterapia e uma série de profissionais começam a se envolver agora na atenção do paciente, isto ocorre no mundo inteiro. Na década de 60 é o movimento nesse sentido. No Brasil isto não ocorre, no Brasil, com o golpe militar, você tem um momento em que... Nós estávamos com o modelo anterior plenamente esgotado, quer dizer, o Juqueri tinha -segundo informações, que nunca se sabe exatamente se os números batem bem -, falam em 15 mil, 16 mil, 17 mil pacientes. Eu me lembro de ter lido uma notícia publicada em um dos jornais, que na época o governador Carvalho Pinto esteve visitando o Juqueri e se sentiu mal porque viu pacientes dormindo em escadas, viu pacientes dormindo nos corredores... Enfim, o sistema estava absolutamente esfacelado. Você já tinha modelos sendo testados no mundo inteiro e no Brasil se fez o contrário. No Brasil se resolveu o Juqueri, criando novos hospitais que... Por exemplo, em São Paulo - estou falando de São Paulo, por uma questão de facilidade, mas isso aconteceu no Brasil inteiro -, no interior inteiro de São Paulo tem grandes hospitais psiquiátricos com pacientes que foram retirados do Juqueri e agora em hospitais privados e tudo mais. Isso gerou uma distorção muito grande. Por quê? Porque ao invés de investir pesadamente naquilo que é extra-hospitalar e criar uma verdadeira demanda, ver qual é a verdadeira demanda, criar realmente hospitais que são necessários, na verdade ancorou-se uma mudança nossa nos hospitais psiquiátricos. Os hospitais psiquiátricos, por sua vez, criaram uma dificuldade muito grande da implantação de uma política extra-hospitalar porque eles tinham os dados de literatura de que quando você instala um sistema extra-hospitalar, começa a cair no de leitos psiquiátricos. Leitos psiquiátricos caindo significa menos lucro, menos paciente, mais desemprego para a cidade. Às vezes uma cidade pequena, algumas cidades muito pequenas no estado de São Paulo, cujo hospital psiquiátrico é a grande pagadora... Então o prefeito treme nas bases quando ouve falar em diminuição de leitos.

P/1 - Que cidades? Você pode dar exemplos?

R - Várias delas. Quer ver? Bauru tem muitos leitos, um grande hospital psiquiátrico em Lins, um grande hospital público em Lins, público também em Santa Rita, ali perto de Marília, uma cidade perto de Marília, tem uma qualidade de leitos psiquiátricos em Lins também. Você cria... Esse sistema criou uns mecanismos muito perversos, porque o hospital psiquiátrico passou a ser o ponto de ancoragem, então você tem zonas onde tem muitos leitos psiquiátricos que passam a ser "zonas Importadoras de pacientes", e tem zonas que têm muito pouco leitos psiquiátricos, como Vale do Ribeira que, por exemplo, até recentemente, não tinha nenhum. Então é que passam a ser zonas importadoras de pacientes. Você tem na ambulância o método de transporte, é ambulância que vai para cá, que leva um paciente a 100 quilômetros, 200 quilômetros, 300... Enfim, você tem, na verdade, um sistema que deveria ser regionalizado, descentralizado, articulado com um setor extra-hospitalar. Você tem tudo isso ainda por fazer, então o impacto no Brasil... Mas voltando a esse que eu acho importante, o impacto dos neurolépticos, dos antidepressivos no Brasil, ele foi minimizado em função da desorganização do sistema de saúde. Obviamente que a classe média e a classe alta, que se apoderam perfeitamente bem de todos os _____, científicos, esta foi super bem aquinhoada, trata-se de uma depressão aqui tão bem quanto em qualquer outro lugar, para um homem de classe média, classe média alta, não se tem muita diferença estar se tratando com clozapina nos Estados Unidos e clozapina aqui. Está se tratando com clozapina lá e já temos clozapina aqui. Então, nesse aspecto, diria assim, a diferença são meses,

raramente chega a ano. Pode chegar ainda um pouco a ano, mas são meses, na grande maioria. O impacto na população pobre foi muito pequena, porque esse impacto não advém da administração do fármaco, advém de você criar todo um ambiente que seja passível, que ele tenha liberdade, que ele possa ser submetido a tratamentos, também, com outros profissionais, e isto é o que, francamente, não vem ocorrendo. Ainda não vem ocorrendo de uma forma clara, significativa. Eu acho que o hospital psiquiátrico é o lugar aonde mais se viola direitos humanos, fora das delegacias de polícia e fora a ditadura do sistema, como um todo. Eu acho que isso é uma coisa... Isso me levou, em torno de 1980, que eu tinha toda uma militância no tempo de estudante, no centro acadêmico, fui presidente do centro acadêmico. Eu tinha uma militância com dois movimentos muito interessantes na época, que era o multi e o move.

P/1 - Eu gostaria que o senhor detalhasse bem essa parte aí. O senhor foi estudante, sua formação _____. Quando o senhor começou a atuar com o movimento estudantil?

R - Eu tive vários momentos importantes, dando um salto para traz, né?

P/1 - Isso? _____, não vão entender?

R - Na volta, por exemplo, quando eu estava ainda na história natural, eu participei, por exemplo, de uma chamada "Greve do Terço", em que os estudantes queriam participar mais do movimento, da direção da academia, entrar nos conselhos universitários e tudo mais. Foi uma greve que durou muito tempo.

P/1 - O terço, o que é tinha a ver com o terço _____?

R - Não. Ela queria um terço de representação, mesmo. Hoje, como professor eu sei que nós estávamos absolutamente equivocados em querer tanta representação, mas fazia parte. Nós estamos falando do início da década de 60, _____, aquelas coisas todas. Então, nessa época, eu entrei em contato com o que havia de coisas atuantes que havia na filosofia.

P/1 - O senhor entrou quando na faculdade? Que ano era?

R - Acho que 61.

P/1 - O senhor pegou a revolução, também?

R - Não. Aí eu entrei na Escola Paulista em 63.

P/1 - Ah! Certo.

R - Então a questão passa por aí. Teve a Greve do Terço, eu estava ainda na história natural e já tinha muitos contatos em outras faculdades, particularmente a filosofia, particularmente a faculdade de direito. Então, rapidamente, comeci a entrar no movimento cultural. Depois entrei em coisas que me marcaram muito com as experiências de vida. Essas datas eu posso dar errado, por um a mais, um ano a menos. A memória não é um gravador, mas eu tenho em torno de 1964, tudo em torno de 1964, eu participei da operação Ubatuba. Era uma operação de alfabetização de adultos pelo método Paulo Freire. Então a palavra-chave era tresmalho.

P/1 - Tresmalho?

R - Tresmalho, porque obviamente nós... Foi pesquisada na _____, é um nó especial da rede de pescar deles. Então fiquei por 50 dias lá, acampado em uma praia, alfabetizando adultos, um bando de universitários das mais diversas fações. Isso foi uma experiência humana pessoal indescritível. Eu acho que foi no ano seguinte, eu participei ainda de um... No ano anterior eu participei do MUD, Movimento Universitário de Desfavorecimento. Então, nos domingos, a gente ia às favelas que havia no Tatuapé fazendo uma... Atendendo pacientes, vendo pacientes e tudo mais. Era presidente do MUD naquela época, João Yunes, que foi secretário de saúde - do qual eu fui coordenador de saúde mental da época, muitos anos depois -, trabalhava nisto, e foi uma experiência fantástica. Quer dizer, a convivência como a favela como ela é, as regras das favelas, a nossa inserção dentro dela. Por exemplo, a favela não era um ponto de tráfico, isso é uma coisa que é nova, vocação nova da favela. Ela não era isto, mas tinha certo grau de violência, tinha suas hierarquias, suas regras, e uma das regras era nos receber muito bem, então nós vivíamos... Eu andava pela favela com a maior tranquilidade, as mulheres que participaram também, sem sofrer. Jamais sofri o menor constrangimento, foi um momento muito duro, em que nós entramos em contato com meninas com 14 anos com doença venérea, gravidez precoce, problemas que estão aí no Brasil para serem resolvidos ainda. Foi uma experiência extremamente importante. O movimento que eu falei do plano seguinte, que foi a implantação do método Paulo Freire lá em Ubatuba, nós levamos, também, montamos um laboratório, nós, da medicina, montamos um laboratório para fazer exames de fezes, para detecção das diversas parasitoses e basicamente os resultados eram impressionantes. Eu tenho impressão de que os que davam negativos eram por erro da gente. Atingia cifras de 81%, coisa deste tipo, assim. Quer dizer, problemas que continuam existindo até hoje. Depois eu tive um contato com o movimento Educação Aqui, né? Então foi um grupo que foi para Itariri, eu não fui por motivos que já provavelmente ligados à própria universidade, eu já estava mais... Nesse momento eu já estava como presidente do centro acadêmico, o meu mandato... Começam as passeatas que culminam... O meu mandato, precisa fazer conta, "63, 64, 65, 66..." É assim, de agosto a agosto. Então em agosto de 66 eu saí e dez dias depois o meu sucessor estava preso.

P/1 - Qual era o seu ambiente político? _____?

R - Eu era considerado, chamado independente. Não era uma corrente política independente. Na verdade, eram pessoas que tinham muita

afinidade com o partido comunista, mas não tinham essa militância da democracia, da chamada democracia interna do partido. A minha perspectiva liberal, quer dizer, liberal de liberdade, eu não podia, por exemplo, imaginar... Eu cheguei a participar de umas pouquíssimas reuniões, eu não podia. Eu disse: "Não, eu fico como linha auxiliar, mas não dá para fazer isso". Você combina uma coisa, depois, dentro do partido, tudo é mudado e você descobre, porque há democracia interna, o que foi feito externamente não tinha... O combinado não tinha menor interesse, menor importância. Então eu tinha, assim, naquelas históricas brigas com a ação popular, eu participei de uma chapa, que eu promovesse presidente para a (OEA?). Naquela época eu já estava no finzinho do curso, e do lado de lá estava o grupo da ação popular, quer dizer, que ganhou. Inclusive foram todos _____, o acaso me colocou sempre fora. Por milímetros eu saí da presidência, pus o meu sucessor e uma semana depois, se não foi (Ibiuna?) foi qualquer coisa desse tipo, acho que não foi (Ibiuna?), foi um outro desse, ele ficou em um arrastão qualquer e ficou preso junto com o grupo de partido, do chamado partidão da época. Concorremos e perdemos, o grupo todo. Mais tarde eu fui visitá-los, inclusive no Chile, estavam lá. Se espalharam por aí depois voltaram, ótimas pessoas. A minha experiência, portanto, em termos de política universitária foi, assim, quer dizer, começamos uma época de passeatas, depois 67 a coisa foi apertando, 68 eu já não me lembro mais. Para mim é muito difícil lembrar essas coisas, mas, por exemplo, foram tomadas tanto a faculdade de filosofia, com a faculdade de direito foi tomada pelos alunos, para defendê-la, alguma coisa assim, e eu acabei sendo chamado. Era já fim de curso, eu já era médico, então eu fui chamado para ver o que era que estava acontecendo - casos de pessoas que bebiam demais, dormiam pouco, tinham problemas, então...

P/1 - Pessoas do movimento?

R - Do movimento. Depois, 68 fechou, e aí foi o que todo mundo conhece. Quer dizer, AI-5, aí foi um horror.

P/1 - Aí o senhor se afastou do movimento de ação política _____, do movimento _____. Foi preso também?

R - Não, eu não fui.

P/1 - O seu irmão que foi?

R - Quer dizer, eu me afastei, obviamente, da militância, e tive a honra de ser convidado para participar - eu já não me lembro exatamente datas - da Comissão de Justiça e Paz. Eu não sou religioso, mas naquele momento começavam a surgir problemas de tortura, problemas de pessoas que tinham problemas mentais em função de tortura e a igreja passou a ser o ponto fundamental em que articulasse toda... A importância da igreja naquele momento tem que ser reconhecida, e naquele momento eu atendi, então, um grupo de pessoas que tinha tido problemas, que estavam com problemas emocionais em função de torturas e tudo mais. Não me lembro de nenhum, não fiz ficha, não tenho a menor ideia das pessoas, acho que uma das boas coisas de não ter memória para isto. Mas aí eu fui convidado para participar da Comissão de Justiça e Paz e eu fiquei como participante ativo durante todo esse período, para alvo da ditadura. Invasão de Santo André ou São Bernardo, aquelas coisas graves que aconteciam por lá, que a comissão participava.

P/1 - Que era da Diocese de São Paulo?

R - Isso. Participava daquela época o José Gregori, participava, daquela época também, o José Carlos Dias e vários outros.

P/1 - Dom Paulo também? Ou não?

R - Sim, Dom Paulo era a figura central, o articulador central. Ele não participava das reuniões habituais, fazia algumas reuniões que eram extremamente produtivas. Nessa época que eu conheci bem Dom Paulo e aprendi a admirá-lo de uma maneira extraordinária, não tendo comunhão religiosa com ele, porém um homem de uma integridade, de uma postura... São desses homens que crescem adversidade na linha política. Eu me lembro de um que é o Ulisses Guimarães, que toda a vez que normalizava o país, ele caía em um mais puro ostracismo. Nos momentos das grandes confusões e grandes conflitos, ele crescia. Dom Paulo inegavelmente foi uma figura extraordinária naquela época.

P/1 - Voltando para o lado profissional, quer dizer, também existia toda uma discussão que envolvia os _____ da psiquiatria. Naquela década houve muito questionamento sobre método, sobre essa questão _____, até passando pela discussão que o senhor já colocou, só que era a socialização do doente. Mas houve também muita crítica dos métodos anteriores, quer dizer, eu lembro que eletrochoque passou a ser visto até como uma tortura ao doente mental. Pelo menos essa imagem ficou _____ psiquiatria. Os argumentos, como é que isso refletiu na sua formação profissional?

R - Veja, eu li com muito carinho tudo que se publicou na época, [Ronald] Laing, [David] Cooper, enfim, todos os grandes da antipsiquiatria. Acho que a antipsiquiatria teve um aspecto generoso no sentido da luta pela liberdade do paciente. Como eu disse para você, acho que hospital psiquiátrico é um dos lugares que mais se comete violação de direitos humanos. Agora, quanto à formulação da alternativa, foi uma formulação, assim, sem qualquer pé de realidade. Foi um movimento voluntarista, quer dizer, inegavelmente de pessoas inteligentes, porém, sem nenhum pé na realidade. "A doente mental é um mito, a doença mental é a sociedade que o produz." Eu fui... Veja em Cuba, o momento áureo da revolução, eles tinham tantos esquizofrênicos como nós tínhamos no Brasil. No momento áureo da ditadura, não é nada disso... Quer dizer, dentro dessa linha, ficou, por exemplo, essa questão do eletrochoque, que também... É claro que foi mal utilizado, mas foi mal utilizado como a penicilina também pode ter sido mal utilizada para tratar a gripe, resfriado. Quer dizer, foi mal utilizado, agora, inegavelmente ainda hoje eletroconvulsoterapia para pacientes resistentes é fundamental. Se você colocar 100 psiquiatras de bom nível, os 100 diriam isto. Quer dizer, a literatura mundial está cansada de publicar isso, não cabe nem publicação mais, porque é uma evidência. No entanto, como não se lê como se torce, aí que foi a questão perigosa, porque eu acho que eu tive muito cuidado com isso, não misturar ideologia com conhecimento. Então você torce, quer dizer "eu sou contra o eletrochoque porque é uma violência para o paciente". Não é uma violência tão maior como tirar um tumor do

estômago, arrancando o estômago fora. Por que é coisa mais violenta? Ou ressuscitar com eletrochoque, com choque elétrico uma parada cardíaca. Você quer coisa mais violenta? Paciente dá um pulo, no entanto salva vidas, né? Quer dizer, na verdade... Então eu sempre fui muito crítico da questão da antipsiquiatria, eu acho que os psiquiatras confundiram coisas. Acertaram na crítica do hospital enquanto um bom gerador de problemas ligados a direitos humanos; erraram, chamaram o psiquiatra de um elemento do (establishment?). Na verdade, como qualquer bom dialético, diria o seguinte: “Terá, dentro do processo, psiquiatras voltados para liberdade, psiquiatras voltados para status”. Não há como tirar, unificar... Quer dizer, tirar tese _____, não pode. Uma simplificação do problema e depois realmente criar mitos que depois logo a seguir, depois da onda da antipsiquiatria, ainda surgiram outros mitos, a mãe esquizofrenogênica, grupos de Palo Alto, na época, (Beitos?) e outros grupos ligados... Quer dizer, hoje também isso já caiu por terra, não existe mais ninguém... Pensar assim, que (cubalzar?) a mãe, essa história do doente mental ser o elemento patológico, emergente da patologia familiar... Não tem nenhum estudo sério hoje que demonstre isso, seja minimamente verdadeiro, isso pode ocorrer em alguns casos e não isso ser generalizado para todos os casos. Então na década de 70 eu acho que nós perdemos, no Brasil, muito tempo em uma discussão que já estava perdendo força nos Estados Unidos, estava perdendo força na própria Inglaterra, tanto que na década de 80, com a redemocratização... E eu acho que esse foi o processo extremamente importante para a saúde mental, foi a eleição dos governadores. Em São Paulo ganhou o Montoro e o Montoro chamou o Yunes, João Yunes, que era... Difícil dizer que ele era um democrata cristão, porque hoje existe uma democracia cristã horrorosa. Ele era um católico, _____ da ação católica, terá sido de uma ação popular, mas extremamente inteligente, extremamente lúcido. Nessa época eu já tinha sido eleito presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria, em 1980. Então eu estava no fim do meu mandato - era de três anos -, eu estava no fim do mandato e participei daquilo. Depois chamou de Sorbonne, que era aquela casa na [rua Madre] Teodora que na verdade foi uma extraordinária... Foi um achado extraordinário do Montoro. Se ele quisesse fazer outro, não saberia fazer, porque é o seguinte, você imagine que naquele momento a população... A quantidade de gente excluída desde 68 querendo participar. Tinha aos montes, então você tinha a dificuldade de encontrar espaços para congregar tanta gente que queria dar, ainda que minimamente, alguma contribuição, participar de uma reunião, duas, ir embora. Mas todo mundo queria participar. E ele criou, não sei se era... Em uma quarta-feira, acredito até que era quarta-feira, que era o dia da saúde. Então aquilo era um movimento extraordinário, era uma coisa fantástica. E eu fiquei articulando o grupo de saúde mental que cresceu muito, e surgiram vários grupos. Isso deu uma coisa muito interessante que foi que, quando o Montoro ganhou, nós tínhamos um projeto de governo, mas um projeto de governo tido com... Não é a chamada discussão com a população, quer dizer, essa coisa, assim, é discussão com pessoas que se interessam pelo tema, tem alguma contribuição no tema, gostam, têm visões diferentes e que se entrecrocaram e criam unidade. Dizem: “Isso aqui é aceitável, por duas partes”, que era a visão muito conciliadora do próprio Montoro. Tinha petista lá dentro, tinha tudo. Quer dizer, aquele instante era um momento super rico. Pois bem, naquele instante se criou então um projeto de ampliação, que nós chamávamos de ampliação de ambulatórios. Criação de equipes de saúde mental em 90 centros de saúde no estado de São Paulo e a humanização dos hospitais psiquiátricos. O resultado daquilo foi muito curioso, pela primeira vez começa a cair leitos psiquiátricos, então quando eu já deixo lá, a curva histórica começa a descer.

P/1 - De que ano até que ano?

R - De 84, 83 foi a eleição...

P/1 - Que cargo?

R - Eu era coordenador de saúde mental do estado. Em termos de verba isso significava 18% da verba da secretaria de saúde, e naquele tempo nós éramos gestores de verba. Houve depois uma formulação, então uma vez eu conversava com o secretário de saúde de Minas, quando eu falei... A verba que eu tinha hoje é impossível lembrar por causa das moedas. Eu tinha mais dinheiro do que no momento o secretário de saúde de Minas tinha, até ele brincou que queria trocar comigo. Pois bem, na verdade tudo aquilo era voltado para pagamento do hospital. Então o que nós fizemos? Aproveitar as ações entregues de saúde, que foi o primeiro aumento de descentralização de verbas de saúde federal que chagavam em São Paulo e chegou na secretaria de saúde. Isto foi um momento importante porque geralmente, quando o governo federal dá dez, o governo estadual recua em dez e continuou o bolo mesmo. Naquele momento o Serra bancou a coisa, então nós tivemos um a mais. Nós pudemos fazer esse avanço de ampliação da rede com todos os problemas que surgiam no _____, e aí foram fantásticos problemas. Primeiro a contratação de recursos humanos, e nós descobrimos que precisavam treiná-los, porque toda a universidade podia estar preparada para fazer os profissionais liberais, e não profissionais ligados à área de saúde. Segundo; a questão da intolerância. Começou a surgir a questão da intolerância, que hoje seria o PT [Partido dos Trabalhadores] e o PMDB [Movimento Democrático Brasileiro] naquele momento, porque se avizinhavam disputas eleitorais, e a dificuldade de um grupo entender que saúde tem que ser suprapartidária... Quer dizer, nenhum partido, seja qual for, tem condições de lançar o processo. Então o movimento teve um problema, nós tivemos problemas imensos ligados à questão salarial - que continua igual -, enfim, mas o fato é que os números começaram a cair. Nós tínhamos cerca de 40 mil leitos e hoje temos cerca de 24 mil leitos. Não lembro, mais ou menos. Então foi uma coisa bastante interessante.

P/1 - Inversão de caminhos foi _____?

R - Precisava, obviamente, modificar coisas, melhorar a qualidade. Existe hoje outros desvios, não há dúvida nenhuma, mas se criou... E hoje se discute com maior naturalidade a criação de rede ambulatorial, com ampliação da rede de centro de saúde, com _____ mental, pronto-socorro psiquiátrico dentro do hospital geral, emergência psiquiátrica no hospital geral. São coisa que estão hoje... E nisto entra o apoio que eu acho que nesse momento, por exemplo, a antipsiquiatria... Foi quando nós modernizamos o nosso discurso, porque para você ter uma unidade psiquiátrica dentro de um hospital geral você precisa manejar muito bem fármacos. Para ter em um pronto-socorro, em uma emergência psiquiátrica, em um pronto-socorro geral, como nós temos na Escola Paulista de Medicina... Existe em vários outros lugares esse tipo de atenção, onde você tem infarto, onde você tem um baleado entrando e onde você tem doente mental entrando, você precisa lidar muito bem com farmacoterapia, e você precisa aprender depois a manejar, também, situações, e aí sim que vem o que eu dizia: “É importante, psiquiatria não é feita só por médicos.” _____, mas a antipsiquiatria, o discurso da antipsiquiatria caiu praticamente no esquecimento. Já na década de 90 tem _____, então ficou a questão do eletrochoque, mas são coisas... Já não tem mais apelos para isso, senão você faz um discurso contraditório. Se eu quero atender alguém psicótico, como é que eu vou atendê-lo? Ou eu manejo bem fármacos, eu manejo bem citação, manejo bem família,

manejo isso, ou eu faço um discurso e deixo a prática. E na verdade... Então todo esse apelo, eu acho que o movimento foi caindo. Houve um avanço muito grande no mundo e hoje está chegando ao Brasil com um pouco mais rapidez. O Brasil está um pouco mais ágil, eu diria, com as mudanças que estão acontecendo. Como eu falei, na década de 60 estava se discutido psiquiatria comunitária nos Estados Unidos e nós estávamos montando hospitais psiquiátricos para desmontar um hospital psiquiátrico, montando um monte de hospitais psiquiátricos. Hoje, rapidez, as coisas estão mudando um pouco, então começa já a discutir. Por exemplo, nos campos das psicoterapias, as diversas psicoterapias que podem aparecer, começa a surgir comportamental, além da psicanálise comportamental, as cognitivas, enfim, uma série de outras práticas muito interessantes e no campo da farmacologia você encontra hoje as universidades mais aptas a testar determinados fármacos, a dar respostas rápidas. A eficácia de fármacos, a diagnosticar melhor... Então nós temos hoje, por exemplo, projetos que estão começando, que têm um, dois anos de duração. Um projeto superinteressante da própria _____, que é de ensinar o clínico geral a diagnosticar depressão, porque é uma coisa que ocorre com muita frequência para o clínico. Ele não sabe, então trata aquilo como queixas de natureza vaga, dá um (Sólido?) e não cura, não trata com bons resultados. Quer dizer, então já vejo pacientes sendo tratados por clínico geral, por clínicos gerais, eu vejo recentemente... Por exemplo, no Congresso de Cardiologia eu fui falar com 200 cardiologistas sobre pânico, um quadro que aparece, que vai em primeiro lugar no cardiologista, quando o cardiologista pode tratar. Então a psiquiatria hoje... Primeiro lugar, ela se firma na década de 80, com a especialidade médica de uma maneira um pouco envergonhada. Na década de 90, ela se firma de uma maneira absolutamente clara, que ela é uma especialidade médica, passa a dialogar com os médicos com extrema facilidade, porque os (endofármacos?) você tem que ter noções claras, por exemplo, do que é... Dos efeitos colaterais, de doses úteis de interações medicamentosas. Então efeitos ligados... A necessidade de pedir exames para o laboratório, como o de carbonato lítio, que nos obriga a fazer um monitoramento muito tenso no paciente, outras substâncias que exigem também verificação de concentração plasmática no sangue, enfim, de certa forma, a especialidade vai se tornando uma especialidade médica e com grandes linhas de apoio, porque eu acho que a saúde mental não é só o médico que trabalha: com psicóloga, com assistente pessoal, com terapia ocupacional, com, às vezes, o fonoaudiólogo. Enfim, uma série muito grande de pessoas, né?

P/1 - Bom, eu queria entrar em uma linha de conclusão, que a gente falasse um pouco de terapias, mas de uma maneira prática, quer dizer, a gente falou em neurolépticos, antidepressivos, _____, então está lá ainda na década de 60. Quer dizer, que vivência o senhor poderia trazer, quanto terapia aplicada - claro que respeitando a ética médica -, como experiências interessantes, curiosas que o senhor vivenciou na prática médica? _____, seu pai, se for o caso.

R - O seguinte, a prática médica muda de tempos em tempos, então eu posso dizer, assim, que eu fui mudando. Quando me formei, me chamava muito a atenção, por exemplo, o número de pacientes que eu atendia em casa e que não saíam de quadros severos de fobia, jamais saíam de casa, não sabiam o que era... Não tinha ideia do que se tratava, tinha uma visão que talvez a psicoterapia pudesse ajudá-los. Seria a psicoterapia verbal, na época. Hoje eu sei que a grande maioria daqueles meus pacientes eram pacientes não tratados na área de pânico, e que tinham uma situação muito especial de ter uma fobia associada, e que hoje eu trataria com uma psicoterapia de tipo comportamental. Então há uma mudança muito grande dentro desse enfoque, né? As depressões, por exemplo, eram tratadas com frequência. Havia um grande índice de recorrência com a utilização do carbonato lítio e depois também a carbamazepina.

P/1 - Antidepressivo?

R - Que são drogas que dificilmente você pode classificá-las hoje como... Aquela classificação dele já não serve mais, entre depressivos neurológicos, o carbonato de lítio é um estabilizador de humor, o carbamazepina funciona como anticonvulsivante, e funciona também como estabilizador de humor, então diminuiu muito a recorrência, o uso de psicoterapia, quer dizer, quando você pega um paciente que está deprimido, trata, ele sai da depressão, mas ainda está cheio de hábitos depressivos. Mudou muito sua qualidade de vida, a utilização de psicoterapia para modificar, melhorar a sua qualidade de vida, acabando com aquela famosa briga "remédio versus psicoterapia", uma bobagem muito grande. Por exemplo, uma coisa que vai se implantando com uma rapidez muito grande, a utilização de profissionais não médicos, na utilização, principalmente, no tratamento de algumas psicoses, como esquizofrenia. A terapia ocupacional, o chamado amigo qualificado, aquele acompanhante terapêutico que ajuda o paciente a sair, a tomar algumas atitudes sociais de ressocialização, são coisa hoje que são perfeitamente factíveis. Eu acho que um... Então, no salto de qualidade, muito grande na psiquiatria, nesses últimos anos. Vai surgindo neurológicos extremamente interessantes. A clozapina foi um deles, a olanzapina, que está lançada agora, promete ser um antipsicótico importante, com baixos efeitos colaterais.

P/1 - O que são esses neurolépticos? Como é que... O óbvio é dizer que...

R - Basicamente eu poderia dizer - simplificando seria assim - seria um antipsicótico, são drogas que têm uma ação que diminuem os fenômenos psicóticos. Basicamente o delírio e o fenômeno alucinatório são vozes, então os delírios, que são ideias errôneas, patológicas, estão me perseguindo, sensações de perseguição, então eles diminuem muito isso. Faz, às vezes, imitar esses sintomas, então ajuda, como eu disse para você. Depois, com isso, o manejo desses pacientes para uma recuperação não cura os esquizofrênicos, mas ressocialização, recuperação, eu acho que há um salto de qualidade muito grande. O salto que eu gostaria de ver e que não vi seria que esses aportes fossem consumidos pela população. Esses aportes são consumidos por aqueles que financeiramente têm condições privilegiadas. Isto eu ainda não vi, seria ainda muito, né? Acho que isto não é um problema psiquiátrico, é um problema da cidadania. Psiquiatra, como cidadão, tem que reclamar isto, né? Tem que reclamar que a sua especialidade pode oferecer mais e melhor à população do que está oferecendo. Isto talvez seja a minha expectativa hoje, de um homem de 58 anos, depois de uma larga vivência, dos mais distintos lugares e situações.

P/1 - Eu ouvi uma frase de um especialista sobre a questão dos neurológicos, o que eles representavam. Foi um aspecto óbvio que ele citou, que ele representou: o fim da camisa de força na psiquiatria, no tratamento de doente mental. Seria esse equivalente mesmo?

R - Seria. Quer dizer, a antipsiquiatra diria o contrário, né? Dizia que saíam da camisa de força dos panos e passou para uma camisa de força química, o que é uma grandiosíssima bobagem. Não foi o haloperidol, os neurológicos, o ampicilil, a própria (Mazina?) fez isto. O haloperidol fez isto e os neurológicos mais recentes também fazem. A única diferença é que eles têm menos efeitos colaterais, então eles melhoram a qualidade de

vida do usuário do neurológico, na medida em que, por exemplo, o haloperidol produz muito... Ainda reações, assim, piramidais, acatisias, sensações de tremores importantes. Mas inegavelmente há um salto imenso de qualidade, né? Um psicótico tratado hoje vive melhor do que um psicótico do passado, que com muita frequência vivia completamente isolado e que restam, ainda remanescentes. Geralmente você vai encontrar isto em alguns lugares. Dentro do Juqueri ainda, pacientes extremamente qualificados, pela má utilização do aparato de tratamento associado à possibilidade de cronificação que a doença tem. Então realmente os neurológicos deram esta possibilidade de manejo.

P/1 - Bom, o senhor citou neurológicos, antidepressivos de lá para cá, né? Que da década de 60 para cá houve uma grande...

R - Não. Da década de 50, os neurológicos.

P/1 - Final de 50?

R - Não, começo de 50.

P/1 - Começo. Ah, sim! Os antidepressivos nos anos 50. Quer dizer, de lá para cá não houve nenhuma, (agravação?) de terapia _____, ou grande inovação _____?

R - Veja, o que houve... Bom, por exemplo, o que é que houve de importante? O (lítio?), que foi descrito em 49, foi mais tarde reaproveitado, então deu um salto de qualidade muito importante. A utilização destes estabilizadores de humor também foi uma coisa importante. O que eu acho que houve de grande importância, foi diagnóstico. O que melhorou muito na psiquiatria foi o diagnóstico. Nós tínhamos, assim, as neuroses no passado e as psicoses, as neuroses se tratava com psicoterapia, as psicoses se tratavam com remédios, alguns achavam até que as psicoses podiam se tratar com terapia. Com o passar dos anos esta psiquiatria bem comportada obviamente foi se esborrachando que nem queijo suíço e de repente você tem hoje uma reorganização da psiquiatria, completamente diferente. Em termos diagnósticos, por exemplo, um distúrbio, um transtorno de ansiedade paroxística, importante e que hoje se chama transtorno de pânico, se trata muito bem farmacologicamente, com tricíclicos e com alguns (benzodiazepínicos?) se trata muito bem.

P/1 - Não são casos de psicoses?

R - Pertenciam às antigas classificações das neuroses. Então, também, com os desinibidores seletivos de reputação, de recaptção de serotonina, são outros antidepressivos. Se trata muito bem, por exemplo, o transtorno obsessivo compulsivo, que o paciente lava demasiadamente as mãos, olhos, a fio. Fica limpando a sua cozinha durante oito, dez horas, leva uma hora para se vestir. São atos repetitivos em que a pessoa tem que levantar dez, vinte, trinta vezes para ver se a porta está fechada. Este transtorno, por exemplo, que quando me formei era apontado unanimemente como psicoterapia para tratados, hoje respondem muito bem, melhoram muito com antidepressivos. Então esta que foi a grande mudança na psiquiatria. Naquele tempo nós tínhamos visão que eu acho muito amarrada em pressupostos teóricos que estavam antigos e que já eram crenças, não eram fatos científicos. Então a melhoria diagnóstica criou a possibilidade de uma melhoria terapêutica muito importante. Na medida em que você refina diagnóstico, na medida em que, por exemplo, um americano faz o mesmo diagnóstico que um europeu, que um brasileiro, na medida em que você começa a trabalhar melhor a questão diagnóstica... Antes você fazia diagnósticos extremamente... Chamados diagnósticos de autor "Eu diagnostico esquizofrenia, segundo autor X, o outro diagnostica esquizofrenia segundo o autor Y". Obviamente que nós não nos entenderíamos nunca. Hoje essa melhoria de classificação dada pelas _____, quatro, vão dando condições de você falar uma língua mais universal, portanto tratar melhor. Eu acho que são pontos importantes. Também acho que o salto de qualidade que está se dando não é só no tratamento farmacológico, não é só na melhoria diagnóstica, mas na melhoria de pesquisa. Nós não tínhamos tradição nenhuma de pesquisa há uns 20 anos atrás. Nós tínhamos uma psiquiatria de autor, isto é, eu penso que segundo autor tal, eu penso segundo autor beltrano, sicrano, ou segundo a sua própria experiência. Isto é: "Eu trato isto porque na minha experiência, isto é melhor". Quer dizer, a minha experiência tem um viés imenso que é dado pelas minhas convicções, etc. Hoje, com a introdução da pós-graduação dentro das universidades, o fortalecimento gradativo delas vai dando a possibilidade de você passar para o aluno outra perspectiva, que não é mais do "eu penso segundo os trabalhos que estão aqui colocados, tal situação se resolve melhor, com tal, ou prática, com outra prática", né? Isto vai me tirando a arrogância do velho professor, do arrogante que sabe na minha experiência. Não, a minha experiência é tão falha, eu posso ter alguma experiência, mas a melhor experiência será se eu puder coletar oito, dez autores de boa qualidade e ver o que é que eles fazem e a partir daí eu posso ter muito mais condição de lidar com a situação do que eu vomitar a minha onisciência e tudo mais. Isto está mudando.

P/1 - Você tem conta da origem _____, do fundador da psiquiatria e dos outros grandes nomes? Sempre teve algum grande nome que marcou uma corrente _____?

R - A medicina sempre foi assim. Quer dizer, a medicina abandonou uma... A medicina, em geral, abandonou mais cedo que a psiquiatria, comecinho dos anos 40, era mais ou menos assim. A psiquiatria está saindo disto nos anos 80 aos anos 90.

P/1 - Começa a maioria?

R - É, começa a ter uma visão... Você colocou bem, mais madura da questão, menos dogmática. Ainda persistem, ilhas dogmáticas, como sempre persistiram. O dogmatismo faz parte, também, de uma das qualificações humanas, então vai sempre existir, mas na maioria das vezes... Nós temos hoje uma questão que é essa aqui, é a melhoria da questão científica, e isso não me reporta a uma questão de lembrança. É que alguns anos atrás, por exemplo, os professores titulares das faculdades de medicina aqui de São Paulo, principalmente a USP e a Escola Paulista, não se falavam. Havia um buraco nisso aí. Más querências, discussões, acusações e tudo. Hoje isto mudou, e tudo... Hoje isto mudou, quer dizer, esta postura, a perda do dogmatismo, a perda da postura do "eu sei" faz com que se converse horizontalmente muito melhor com a USP, Escola

Paulista, Santa Casa, nos diversos seguimentos. A UFRJ [Universidade Federal do Rio de Janeiro], no Rio de Janeiro, FURG [Universidade Federal do Rio Grande do Sul], no Rio Grande do Sul, com o pessoal do Rio grande do Sul, se conversam muito mais facilmente. Isto se faz à custa exatamente da diminuição do seu poder pessoal, “eu tenho experiência, etc. e tal”, para uma participação de um conhecimento científico que está à disposição de todos, e que nós todos podemos chegar a eles, bastando vontade de trabalhar pesado, trabalhar duro, mas quebra muito esta visão autoritária, autocrática, que caracterizou demasiadamente os nossos serviços de formação de recursos humanos, e obviamente nós passávamos isto para os alunos. Os alunos iam sendo formados por este tipo de postura.

P/1 - Está bom, doutor Marcos, para mim está... Acho que a gente conseguiu fechar, né? A não ser que o senhor tenha alguma coisa para completar.

R - Não, não tenho nada mais.

P/1 - Eu tenho que agradecer o tempo que o senhor gastou_____.

R - Fico feliz. De alguma forma, falar, conversar um pouco sobre coisas que me são caras, que são lembranças, obrigado.

P/1 - Está registrado, muito obrigado.