



Revista Latinoamericana de Psicopatologia  
Fundamental

ISSN: 1415-4714

psicopatologiafundamental@uol.com.br

Associação Universitária de Pesquisa em  
Psicopatologia Fundamental  
Brasil

Berlinck, Manoel Tosta

Entrevista do Dr. Eduardo de Carvalho Rocha ao Prof. Manoel Tosta Berlinck, sobre o Hospital  
Psiquiátrico de Jurujuba

Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol. VI, núm. 4, diciembre, 2003, pp. 164-  
170

Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233018039013>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Entrevista do Dr. Eduardo de Carvalho Rocha ao Prof. Manoel Tosta Berlinck, sobre o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba



Dr. Eduardo de Carvalho Rocha  
Arquivo pessoal

**Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental (RLAPF):** Conte-nos, por favor, o que é o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba: sua história e sua atualidade.

**Dr. Eduardo:** O Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ) deve seu nome à região de Niterói onde está localizado (à beira da Baía de Guanabara), sendo que na época de sua inauguração, 1953, a cidade era a capital do antigo Estado do Rio de Janeiro, e o hospital foi construído pelo governo do Estado para ser uma referência no tratamento dos doentes mentais, seguindo as recomendações da medicina psiquiátrica de então. Contava em suas dependências com um centro

cirúrgico para intervenções neurológicas, inclusive lobotomia. Apesar dos planos iniciais o hospital não recebeu equipe técnica adequada, exceção feita para o que veio a ser a enfermagem de neurologia e o centro cirúrgico que serviam de lugar de ensino para alguns cirurgiões. Rapidamente as dependências do hospital foram totalmente ocupadas por doentes que vinham trazidos pela polícia ou

encaminhados por políticos do interior. Suas enfermarias chegaram a ser divididas em função das complicações clínicas que a precariedade institucional trazia, tais como: a dos tuberculosos, dos diarréicos, dos sórdidos, dos maláricos etc. Havia grandes pátios onde os pacientes passavam todo o tempo, inclusive com sanitários e banhos de mangueira. Há registros de pacientes que ficavam meses e até anos para serem vistos por algum médico. Nesse período chegou a existir cerca de 700 pacientes internados, muitos sem leitos. Nesse período mais crítico morriam cerca de 18 pacientes por mês.

Já no final dos anos 1960 e até o início dos 1980, isto é, por cerca de 15 anos, o hospital cedeu uma parte de suas enfermarias para a Universidade Federal Fluminense, em particular a Enfermagem e a disciplina de Psiquiatria, sob a cátedra do prof. Augusto Luis Nobre de Melo. Nesse período teve início o ensino de psiquiatria no HPJ e toda a assistência desses pacientes, inclusive de enfermagem e serviço social, era provida pela universidade e os pacientes eram transferidos das alas de admissão em função do interesse acadêmico. É mister lembrar que naquele tempo os hospitais governamentais eram destinados, principalmente, à população sem previdência social. Se por um lado o ensino trouxe contribuições importantes à assistência, por outro introduziu uma divisão na qualidade dos cuidados. No início dos anos 1980 houve mudança de direção e o acordo de cooperação com a Universidade não foi renovado. Logo a seguir um novo período de gestão governamental tem início, sob os ares da redemocratização, e a Secretaria de Saúde do Estado começou a implantar um Programa de Saúde Mental com ações descentralizadas por meio de equipes de Saúde Mental em ambulatórios de Centros de Saúde. Finalmente após a constituição de 1988, e com a criação do SUS, o hospital foi municipalizado em 1991. Nessa época, sua área física estava comprometida por obras inacabadas e tinha oitenta leitos em funcionamento, enquanto as clínicas privadas contratadas haviam ampliado os leitos para mais de quatrocentos.

A municipalização, realizada em conjunto com o maior parte da rede de serviços públicos de Niterói, tornou possível uma coordenação de ações mais efetiva e a definição do papel do HPJ no Programa de Saúde Mental municipal como unidade de referência para as internações e emergências, potencializando suas funções de apoio às situações agudas e emergenciais. Hoje o HPJ conta no total com 313 funcionários, entre eles psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, enfermeiros, médicos clínicos, neurologistas, acompanhantes terapêuticos, auxiliares e técnicos de enfermagem, além de pessoal de apoio administrativo, manutenção e segurança. Há programas de Residência Médica e de Saúde Mental, e estágios curriculares e extracurriculares multiprofissionais.

**RLAPPF:** *Qual é a população atendida pelo Hospital e quais os tratamentos que oferece?*

**Dr. Eduardo:** Atualmente o HPJ é o hospital psiquiátrico de referência em Niterói, com 110 leitos em operação, assim distribuídos: 25 leitos de agudos para homens e 25 para mulheres; 6 leitos de emergência; 12 para a clínica de álcool e drogas; 12 de longa permanência e 30 de albergue. Além disso, há um Serviço Ambulatorial com atividades de hospital-dia que realiza em média 1200 atendimentos/mês. A emergência faz em média 600 atendimentos por mês, e deste total indica 110 internações, a maioria delas no próprio HPJ. Com isso o número de internações na rede contratada vem diminuindo progressivamente, não só pela potencialização dos recursos do hospital, mas também pela maior vinculação de pacientes aos serviços ambulatoriais e Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Do total de pacientes que são internados, os dois principais grupos são os constituídos por psicóticos e alcoolistas. Os psicóticos, quando internados, são tratados por equipes multiprofissionais a partir da elaboração de um projeto terapêutico que considera a sintomatologia aguda, a relação do paciente com seus sintomas e fenômenos clínicos, a participação de familiares no tratamento, o envolvimento das equipes de saúde, e, eventualmente, algum outro recurso comunitário como visitador domiciliar, amigo, igreja, trabalho. O projeto visa, de uma forma geral, proteger e intensificar a relação do sujeito com seu tratamento, de preferência em um dispositivo extra-hospitalar. Os alcoolistas são internados em situações de intoxicação e de abstinência, por curtos períodos, e também são trabalhados para uma vinculação a serviços ambulatoriais ou Caps. Já os pacientes que se institucionalizam no hospital na falta de recursos sociais e mesmo subjetivos para a alta, são tratados em dois dispositivos: a enfermaria de longa permanência e o albergue. Na primeira estão aqueles com longa história de institucionalização e que precisam de muito investimento subjetivo para sustentar um mínimo de relação social. Ultimamente foram criadas oficinas de música, de artes e de passeios para eles. O outro grupo pressupõe uma maior autonomia no social e sua estada no albergue faz parte de um projeto de ressocialização para a vida numa residência terapêutica ou num lar substituto. Como foi dito, a Emergência funciona como porta de entrada para muitas situações de crise, e pelo fato de trabalhar em equipe, e permanentemente aberta, mantém um fluxo contínuo de demandas espontâneas e encaminhadas por outras instituições. Realiza de forma ativa um ambulatório de crise e o leito de observação, preliminar à internação, com grande resolutividade. O ambulatório é a referência específica para determinada região da cidade, e tem cerca de sessenta pacientes em atenção diária por meio de Oficinas Terapêuticas variadas. Uma particularidade do HPJ é a orientação para uma clínica que, se por um lado não deve abdicar dos estatutos próprios a cada categoria profissional, por outro

não deve fazer disso um refúgio ou um lugar de isolamento, frente à importância de ter todos comprometidos com uma determinada direção no tratamento. Para isso a função das coordenações de equipes é fundamental, pois delas depende justamente a maior ou menor possibilidade de circulação da palavra na equipe.

**RLAPPF:** *Como as recentes políticas de Saúde Mental afetam o Hospital?*

**Dr. Eduardo:** No caso particular do HPJ as ações de Reforma Psiquiátrica melhoraram a qualidade da assistência ali prestada através de significativos investimentos em recursos materiais e humanos que têm servido para a gestão pública do SUS assumir seu papel no sistema, mudando assim as formas mais estereotipadas de hospitalização, isto é, aquelas que são feitas com critérios vagos e sem o envolvimento dos serviços comunitários. Durante esses primeiros dez anos de reforma de Niterói, foi tomada a decisão de potencializar o hospital público e limitar o processo de hospitalização permanente e crescente que havia se instalado junto às clínicas privadas. Nesse sentido, não só o papel do HPJ foi decisivo como também as equipes dos ambulatórios e Caps que foram sendo implantadas concomitantemente. Nestes dois últimos anos o Programa de Saúde Mental de Niterói vem priorizando a ampliação de uma rede de Caps e implantação de experiências com Residências Terapêuticas, objetivando diversificar os dispositivos de tratamento e cuidado nessa área.

**RLAPPF:** *O hospital e a comunidade: a inclusão na pólis?*

**Dr. Eduardo:** Por ocasião de sua construção, o HPJ foi idealizado para ficar numa região de borda, na parte mais afastada do centro da cidade, de difícil acesso, e de clima ameno. Apesar dos ideais sanitaristas dos seus fundadores, logo se instalou o aspecto de exílio, de banimento, de descaso, não só para os pacientes que eram ali internados, como também para muitos funcionários que eram lotados por punição. A partir daí o HPJ era tido como lugar de horrores e de evitação, ponto último onde alguém poderia imaginar buscar cuidado ou tratamento. Paralelamente, por outros mecanismos de inclusão social, o hospital foi se tornando importante para a comunidade do bairro, pois passou a ser uma importante fonte de trabalho e, em alguns casos, de subsistência (há depoimentos que contam que parte dos gêneros alimentícios destinados aos pacientes era desviada para as casas dos funcionários que moravam nas adjacências).

O bairro cresceu, a cidade ampliou-se e hoje essa região está em via de se transformar num novo núcleo de irradiação de urbanização no município, pela inauguração de uma nova estação de aerobarco entre Niterói e o Rio, e, posteriormente, de novo túnel ou estrada de ligação com a região oceânica.

Nos últimos dez anos o HPJ passou a ter uma nova relação com a cidade, deixando de ser o asilo último para se tornar o local de referência para tratamento psiquiátrico. A população demanda espontaneamente à unidade, recorre aos

serviços em várias situações críticas e a comunidade acadêmica nas áreas de psicologia e psiquiatria tem ali um dos seus principais pontos de formação profissional. O terreno onde foi erguido o hospital foi redimensionado e parte usada para a construção de uma escola de ensino fundamental e uma creche, assim como outra foi cedida para a construção de uma praça para os moradores do Morro do Preventório que hoje já é a maior favela de Niterói. O HPJ ainda continua sendo um importante pólo empregador de mão de obra da comunidade, e vem realizando alguns projetos de integração entre usuários e a população local, tais como festas, grupos de teatro, bloco carnavalesco e atividades com o Programa de Médico de Família.

**RLAPFF:** *Como a vivência (o vivido no hospital) vem se transformando em experiência (num discurso socialmente compartilhado)? A construção da psicopatologia, como é feita? Pesquisas, estudos, bibliotecas, etc.?*

**Dr. Eduardo:** Creio que você se refere aqui à forma como os que trabalham no hospital elaboram suas vivências frente à loucura. Eu não tenho mais que uma idéia parcial do que acontece, até porque não temos pesquisas que identifiquem e acompanhem essas elaborações em todos os serviços e com todos os diversos grupos de servidores, pacientes e familiares. Acompanho mais de perto o trabalho dos técnicos, e em particular os residentes e estagiários. A primeira elaboração que destacaria é a que permitiu estabelecer uma convivência, uma aproximação cotidiana entre pacientes e funcionários. Há uma circulação significativa tanto de pacientes quanto de servidores pelos diversos espaços do hospital, assim como presença freqüente em certas atividades, como sessões clínicas, oficinas terapêuticas, cantina, jardim, passeios, etc. Não existem muros e seções onde ninguém entra, e onde se manteriam fortemente isolados os casos mais difíceis. Há portas a serem transpostas, algumas permanentemente abertas, outras que se abrem para dar passagem e depois se fecham.

O primeiro efeito dessa transformação é a circulação. No entanto, não se trata de uma circulação anônima e nem “puramente” livre. Ela é marcada pelos encontros com os técnicos, entre os técnicos, entre os pacientes, com os familiares, com os porteiros, com os motoristas, com os funcionários administrativos. Os lugares de endereçamento dessa circulação são as reuniões de equipe, os relatos dos plantões, os bilhetes deixados nas caixas de “Opiniões”, as sessões clínicas, as oficinas de psicanálise, as supervisões. O que fica dessa circulação é a mensagem de que “se pode conviver com a loucura” sob certas condições institucionais.

Um outro ponto a ser vencido na instituição é a idéia de que o louco não tem tratamento, não tem meio de abordagem, e nem responsabilidade. Isto é, que o que diz é “louco”, então não tem valor. A função precípua do trabalho em equi-

pe e submetido à fala, isto é, à discussão com os outros sobre o que se faz, permite lançar no espaço público (institucional) o que pode acabar sendo tomado como privado, pessoal e individual. Dessa forma, a maneira, por exemplo, como cada um maneja a agitação de um paciente, não deve ser apenas de sua responsabilidade. Isso permite manter na superfície uma constante reflexão sobre nossas responsabilidades sociais no campo da psiquiatria, não renunciando ou negando o estatuto de nossa própria práxis, que é o de tratar e cuidar dos doentes mentais.

Neste caminho eu diria que temos a oportunidade de decidir por algumas “psicopatologias”, quero dizer, certos encaminhamentos doutrinários sobre o que compreendemos como psicopatologia. De minha parte, e isto é o que procuro passar na minha direção institucional, a psicopatologia não é efeito de um déficit de funcionamento, não é uma falha de estrutura, é a própria estrutura em seu funcionamento. Os delírios, as alucinações, os neologismos, os mutismos, as fugas de idéias, o humor deprimido, a fixação ao álcool e a drogas, por exemplo, demonstram em si mesmos que os fenômenos patológicos são estruturados, têm uma ciência, uma lógica que pode ser desvelada e abordada. Eu diria que eles têm uma linguagem própria, ou melhor, eles se realizam na própria linguagem, a mesma que nos constitui a todos como seres humanos. O grande desafio que temos de enfrentar a cada vez, é isolar as suas particularidades de sujeito. A isto chamo de tratamento. Tratamento de sujeitos que só são sujeitos porque sofrem em si mesmos os efeitos daquilo que os faz sujeitos. É nosso dever acolher sua psicopatologia, não só porque somos psiquiatras, mas também porque ali se revela os modos por onde o laço social organiza suas estruturas. A psiquiatria é um dos efeitos da revolução burguesa, dos ideais de liberdade, de cidadania. Hoje em dia ela está se tornando instrumento de novos ideais, os de felicidade, de gozo pleno, de corpo e mente saudáveis (o que será isso, meu Deus?!), de comportamentos medidos e autocontrolados. Isso tudo comparece na psicopatologia.

**RLAPPF:** *Fale-nos sobre as relações entre as diversas posições dos que tratam: saberes dominantes e saberes subalternos.*

**Dr. Eduardo:** Eu percebi que deixei sem resposta uma parte de sua questão anterior sobre os nossos estudos, pesquisas, biblioteca, etc. Como você sabe, a psiquiatria e o campo da saúde mental é muito ocupado por textos que versam sobre terapêuticas farmacológicas e os transtornos da CID-10, buscando cada vez mais drogas que sejam fáceis de se administrar e sob a menor resistência do paciente. O fato é que cada droga, quando revela sua eficácia, traz junto de si a ilusão de que se sabe um pouco mais sobre do que se sofre. Isso é o que acaba ficando do lado dos pacientes e familiares, porque do lado dos médicos o que fica é o

fato de algo ter funcionado com aquele paciente, naquele momento, e isso é suficiente. Mas estamos instalados num tempo em que a sociedade exige que “saibamos” cada vez mais sobre o cérebro, sobre os comportamentos, sobre os remédios novos. Daí que grande parte da literatura psiquiátrica atual é sobre isso. Há ainda uma outra coisa: os “sofrimentos” em relação à potência sexual e à imagem corporal também têm surgido como campo de prática psiquiátrica, o que faz ampliar a ação da indústria farmacêutica sobre os psiquiatras. Com tudo isso está praticamente varrida das revistas científicas, trabalhos sobre psicopatologia. Entre nós, em Jurujuba, temos procurado resgatar o interesse de nossos colegas, através das discussões clínicas, e em particular pela Oficina de Psicanálise (lugar de reunião entre psicanalistas e técnicos do hospital sobre situações clínicas), em temas cruciais da psicopatologia, entre eles a questão dos delírios, a especificidade dos tipos de delírios, a diferenciação entre os momentos agudos e de estabilização nas psicoses, as diferenças clínicas entre as diversas apresentações psicóticas, a cristalização psicótica no delírio e nas estereotipias, a emergência de pontos de repetição, a problemática da “demência” precoce nos esquizofrênicos, a transferência dos psicóticos, a função da instituição. Dentro desse projeto temos procurado realçar a importância de se frequentar não só os *textbooks* modernos – que são coletâneas de *experts* –, mas sobretudo os clássicos da psiquiatria, percorrendo aí seus embaraços, ousadia, coragem e rigor com que abriam as vias de nossa disciplina.

Bom, isso me leva a essa questão que você fez sobre as relações dos saberes na instituição. Eu distinguiria dois campos, o dos saberes e o da transferência. Essa mesma divisão poderia ser enunciada entre o campo do significado e o do significante, ou entre o campo do sentido e o do objeto, mas isso pode vir a ser assunto de outra conversa, ou de um outro trabalho. O que quero marcar é que quando trabalhamos levando em conta o campo da transferência, o que importa é o que cada um diz, como cada um constrói e sustenta sua fala e sua posição, como cada um se relaciona com sua própria palavra, quer isso se dê com os pacientes, quer seja com os funcionários. Tão importante, ou talvez até mais, que indicar um procedimento médico útil no manejo de um paciente agitado ou insone, é como a palavra é tomada para se dirigir ao próprio paciente e aos colegas de equipe para sustentar essa decisão. O que conta de forma crucial é a palavra, é sua enunciação, é a mensagem que transmite e os efeitos que gera, à despeito das intenções dos interlocutores. É isso que chamo de campo da transferência, e aí não há hierarquia de saberes, mas um certo trabalho do saber.

Bem, estas foram as respostas que suas questões me suscitaram. Obrigado.