














Reforma Psiquiátrica em Perspectiva: Um Encontro Com Silvio Yasui e Ileno Izídio Da Costa

Psychiatric Reform in Perspective: An Encounter With Silvio Yasui and Ileno Izídio Da Costa

Silvio Yasui , Ileno Izídio da Costa , Luciana Elisabete Savaris , Vitória Rohling Canuto , Danielle Helise dos Santos , Maria Eduarda Fand Muraro , Fabiane Cardozo de Oliveira , Karla Alessandra Ferracini , Letícia Joana Jardim , Nicolas Ferreira da Rosa , Valcir Moraes , Murillo Correa dos Santos Xavier  e Adriano Furtado Holanda 

Entrevista realizada no dia 9 de agosto de 2025, durante o “I Seminário Internacional de Psicopatologia Fenomenológica e saúde mental: Diálogos na clínica e pesquisa”, com o Dr. Silvio Yasui e o Dr. Ileno Izídio da Costa.

O Dr. Silvio Yasui possui graduação em Psicologia pela Universidade de Mogi das Cruzes (1979), mestrado em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1999), doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (2006) e é livre-docente em Psicologia e Atenção Psicossocial pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2017). Atualmente é professor associado da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Mental, atuando principalmente nos seguintes temas: atenção psicossocial, reforma psiquiátrica e saúde mental.

O Dr. Ileno Izídio da Costa é professor Associado IV do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília e ex-Pró-Reitor de Assuntos Comunitários da UnB (2019-2024). É coordenador dos Grupos de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises Psíquicas (GIPSI), ex-coordenador dos Grupos Persona (Estudos e Pesquisas sobre violência, criminalidade, perversão e “psicopatia”) e do Núcleo de Estudos, Pesquisas e Atendimentos em Saúde Mental e Drogas (NEPASD) do Instituto de Psicologia da UnB.

Luciana: Primeiramente, gostaria de agradecer o aceite dos professores Ileno Izídio Costa e Silvio Yasui em participar dessa entrevista, muito feliz de estar aqui com vocês, um verdadeiro privilégio. Gostaria de iniciar pedindo que vocês contassem sobre suas trajetórias acadêmicas e profissionais, considerando que a história de vocês atravessa a construção da história da Política de Saúde Mental no Brasil.

Silvio: Eu tenho uma aproximação com a questão da saúde mental antes mesmo de decidir ser psicólogo. Tem essas lendas de família, uma tia que acabou tendo um problema e faleceu em circunstâncias misteriosas que viraram segredo familiar. Eu nunca soube direito qual foi o destino dela. Se foi internada em hospital psiquiátrico ou não. Então eu sempre tive essa questão com a saúde mental.

Quando eu entrei no curso de psicologia, estava no segundo ano e pensei: “Eu quero conhecer, afinal o que é esse negócio chamado hospital psiquiátrico”. Fui bater na porta de um assim, cara limpa. Fui recebido pela psicóloga. Era um hospital privado que nem existe mais. A primeira sensação que eu tive foi de um grande estranhamento, porque essa coisa mística, mitológica

da loucura se converteu em pessoas, em situação degradante. Entrar no pátio com cheiro de xixi, cocô e desinfetante barato, pessoas abandonadas e que se aproximavam de mim pedindo cigarro e implorando: “Me tira daqui!”. Essa foi a primeira frase que eu ouvi e ficou para mim para sempre. Inclusive, tempos depois, escrevi um artigo sobre isso. Se fosse um lugar tão bom, as pessoas provavelmente desejariam continuar lá, né?

Eu lembro de uma das primeiras coisas que fiz. Eu cursava teatro na época e fui organizar uma pequena encenação. A psicóloga escolheu alguns pacientes para a atividade. Na história havia um narrador e conversando com eles, um falou: “Deixa que eu sou o narrador”. Havia na sala um equipamento de som. Ele pegou, fez um gesto e começou a narrar com uma voz tão bonita e potente. Eu falei: “Nossa, você tem voz de locutor de rádio”. Ele falou: “Eu sou locutor de rádio, estou internado aqui há oito meses por conta do álcool”. Uma pessoa absolutamente tranquila, com trabalho fixo e que ficou internada por quase um ano.

Logo que saí da faculdade, apareceu um concurso para o manicômio judiciário. Prestei, mas não passei na primeira leva. Fui chamado só em 1983, não mais para o manicômio, mas para o complexo do Juqueri. Quando cheguei, o diretor clínico me recebeu e eu perguntei: “E aí, quantos psicólogos mais tem?”. “Só tem você. O outro está deslocado para a área administrativa”. Falei: “Legal. Quantos pacientes?”. “4.000”. Então era eu e mais 4.000. Fui chamado porque o concurso ia vencer, então eles tinham que aproveitar.

Ele falou: “Você vai trabalhar em um projeto novo que a gente está implantando agora, que se chama Lar Abrigado”, que vem a ser o embrião das residências terapêuticas. A ideia era reorganizar aquele espaço e reconhecer que aquelas pessoas não eram mais pacientes, eram moradores do hospital. A gente inaugurou quatro unidades de lar abrigado dentro do hospital, porque era o que era possível. Depois isso evoluiu para fora dos muros e virou as residências terapêuticas, as RTs.

Em 1987, houve uma mudança do governo e, logo em seguida, uma crise no Juqueri. Aumenta o número de profissionais e chega um diretor novo que fala umas besteiras. Eu contraponho, ele fala: “Isso daqui

está uma bagunça!”. Eu respondo: “Bagunça é o que vocês faziam antes, o que a gente está tentando é transformar”. No dia seguinte ele fala: “Você vai embora para o ambulatório de saúde mental de São Bernardo do Campo”. Falei: “Não vou”. E não fui.

Neste meio tempo, surge a figura da Ana Pitta, que já me conhecia porque a gente já circulava falando sobre o lar abrigado. Ela falou: “Você vai trabalhar comigo de novo numa experiência pioneira que eu estou fazendo na rua Itapeva, perto da Paulista”. “Qual é o nome?” “Centro de Atenção Psicossocial”. Então eu vou trabalhar no Centro de Atenção Psicossocial Luiz da Rocha Cerqueira. A gente estava tentando inventar uma sigla. “Qual sigla que é?” “CAP”. A primeira sigla era CAP e depois, numa assembleia, uma paciente falou: “CAP fica muito feio, bota CAPS”. Então ficou CAPS.

Minha entrada profissional foi concomitante ao início da reforma psiquiátrica. Confesso que era meio descrente e, como falo, “paguei minha língua por duas vezes”. A Ana Pitta falava: “Isso é o primeiro CAPS de uma grande rede que a gente vai implantar no Brasil!”. Eu retrucava, descrente: “Ana, menos”. Era uma unidade que não tinha organização formal, cronograma, nada. Uma experiência que podia acabar a qualquer hora. A gente não tinha estrutura; o organograma da Secretaria da Saúde não contemplava aquilo.

A segunda vez que paguei minha língua foi em dezembro daquele ano. Primeiro, em julho, a gente vai para o Rio de Janeiro na Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental. Nos bastidores corria a frase: “Isso é muito Ministério da Saúde, vamos fazer o encontro dos trabalhadores em Bauru”. Então surge o famoso Encontro dos Trabalhadores de Saúde Mental de Bauru. De lá sai o lema da luta antimanicomial e o dia 18 de maio. E a segunda língua que paguei: “Esse nome não vai pegar, é um trava-língua”. No primeiro dia nacional da luta antimanicomial, em 88, eram 200 pessoas no vão livre do Masp. Eu pensava: “Isso não vai rolar”. Ainda bem que errei redondamente.

Em 1995 eu já estava muito cansado da vida de São Paulo e vou para o interior. Primeiro ajudo a criar um CAPS na cidade de Penápolis. Depois, surgiu a

oportunidade de cursar a pós-graduação na Unesp de Assis, e pensei em retomar minha trajetória acadêmica que iniciei em 1980 e tive que abandonar. Naquele momento, havia uma professora da Unesp, Professora Cristina Amélia Luzio, que já conhecia meus textos e me falou da possibilidade de trabalhar como substituto. Assim, mudo para a cidade de Assis, trabalho na universidade como professor substituto e sou transferido para a regional da Secretaria da Saúde onde assumo a função de coordenador regional de saúde mental. Neste lugar institucional, vou fazendo supervisão de implantação nos CAPS, supervisão e avaliação dos hospitais psiquiátricos para fechamento. Então foi um período em que vivenciei a gestão da saúde mental e da saúde. Em 2000, presto concurso novamente na Unesp para dedicação exclusiva e começo com outros projetos. Logo em seguida, no governo Lula, participei como colaborador da PNH e da educação permanente. Então fico em três grandes frentes: saúde mental, PNH e educação permanente. Terminei meu mestrado, depois, em 2002, fui para o Rio com o Paulo fazer meu doutorado. E é isso.

Luciana: Muita emoção em resgatar sua história e um arrepio especial ao saber que houve a participação de uma usuária na construção da sigla CAPS.

Silvio: Tem outra história interessante também: nas primeiras semanas do CAPS, o CAPS estava com a porta fechada, porque a gente estava perto da avenida Paulista. Aí, numa assembleia, uma usuária fala: “Por que é que a porta está fechada?” Falamos: “Porque a gente está num lugar de risco, é uma rua supermovimentada”. Ela diz: “Mas vocês não falam que isso daqui não é igual ao hospital psiquiátrico? Para mim, não tem isso. A porta está fechada. Não posso sair a hora que eu quero”. Aí, isso vira um debate: “Olha, o problema é que a gente tem algumas pessoas que às vezes estão em crise...” ela responde: “Fiquem de olho nelas. Não é por causa de um ou outro que vocês vão punir todo mundo”. Aí fizemos uma votação, várias pessoas concordam com isso, desde então a porta fica aberta e nunca mais ela se fecha. Então, o CAPS de porta aberta, ele nasce também de um confronto que uma usuária traz para a gente.

E o nome “Centro de Atenção Psicossocial” é a Ana Pitta que traz de uma experiência na Nicarágua, pós-revolução sandinista. Que era um lugarzinho geralmente em salões paroquiais, eram grandes salões em que se atendia de tudo. Então, como eles não tinham estrutura, não tinha nada, tinha uma equipe que funcionava e atendia as pessoas lá, a partir dessa ideia ela trouxe o nome Centro de Atenção Psicossocial.

Ultimamente, eu acho, cada vez mais, que a gente precisa resgatar, porque o CAPS virou uma coisa meio aleatória, né? Assim, resgatar o sentido comunitário, porque o nome tradicional seria centro comunitário de saúde mental. E eu acho que é a hora da gente voltar a tirar essa sigla que fica meio tecnicista, às vezes, e botar centro comunitário de saúde mental, que é voltar a coisa da comunidade, enfim. Eu tô falando demais.

Luciana: Vou chamar o Professor Ileno aqui para entrar na conversa. Conta um pouquinho como Saúde Mental atravessa a sua história.

Ileno: Ouvindo o Prof. Silvio pensei “*ih, vai ser igual*”, rs. Porque eu comecei na saúde mental no terceiro semestre de psicologia, quando cursei a disciplina psicopatologia. E a professora de psicopatologia disse: “Vocês devem visitar uma instituição psiquiátrica só para terem uma experiência vivencial, procurem um hospital do DF ou perto, e fazer um relatório sobre isso”. Eu, e uma colega de medicina que também fazia a disciplina, fomos para um hospital psiquiátrico particular, em Anápolis, que é uma cidade próxima de Brasília. Pegamos um ônibus cedo e fomos - programa de aluno de psicologia passar o domingo em um hospital psiquiátrico! E aí, a cena era a mesma de sempre naquela época (e eventualmente ainda hoje). Ver chegar pacientes novos, pacientes internados e hiper medicados, uns gritando, outros brigando e “o pessoal do hospital tentando controlar” o que estava mais urgente. Daí, mais tarde, veio o psiquiatra disse assim: “Chama o pessoal da psicologia” (Os psiquiatras adoram fazer isso com o pessoal da psicologia, rs: “este é um esquizofrênico aqui, essa é uma histérica ali”, descrevendo-os como um objeto). A convocação era para fazer um eletrochoque! Primeira vez, 18 anos, entramos na sala, amarraram o paciente, braço, perna, botaram gaze na boca para não sufocar,

não engolir, para não morder e “pá”! “Tá bom ou não?”, “pá”! Duas ou três aplicações subsequentes! Saí de lá absolutamente chocado e emocionado. Aí me disse: não é possível que precise fazer isso com uma pessoa humana nesse nível de agressividade, de desamparo, de abandono, porque para mim, até então, a questão da loucura era romantizada, para nós adolescentes, estudantes encantados com as teorias. Daí passei o dia pensando, incomodado, revolido: “alguma coisa falhou para essa pessoa estar aqui, essas pessoas estarem fazendo isso, e ninguém pensa diferente”. Algo falhou no cuidado dele, no como lidar, no acompanhamento, no cuidado. A partir daí eu começo a estudar psicopatologia e desde então é a psicopatologia o tempo inteiro, como “obsessão”, com o pensamento: precisamos entender melhor, proteger, brigar, sei lá. A partir daí fui monitor da professora Júlia Bucher (Pioneira da Terapia Familiar no Brasil, a quem homenageio pelo seu falecimento em maio deste ano), e começamos a fazer trabalhos com famílias. Desde o início, eu comecei a trabalhar família e psicose, família e esquizofrenia. Foi meu porto inicial tentando colocar sentidos.

Daí, a minha inserção na luta antimanicomial e na construção do movimento em Brasília, foi a partir da minha dissertação de mestrado sobre família e esquizofrenia em uma abordagem transgeracional dentro da Granja do Riacho Fundo, que era a residência inicial, lugar onde os governos militares, em especial o Figueiredo, passavam o final de semana para cuidar de seus cavalos, das suas coisas e tudo mais, que foi entregue para o governo do DF, daí o governo criou o hospital-dia, não era CAPS, foi criado como hospital-dia. E nessa questão de eu pesquisar família, era o único que falava sobre isso à época, uma das coisas que eles queriam que a gente fizesse, era grupo de familiares, orientações de familiares, essa coisa toda. Eu começo a ver a questão da reforma psiquiátrica, da luta antimanicomial a partir dessa questão no DF, começa, e é um dos primeiros a ter uma legislação específica, né? Então, assim, estava na ponta, no começo. Estudante ainda, a gente se engaja, e faz o que for possível.

Mas, me pegou essa questão de como lidar com uma pessoa em crise, que não precisasse fazer aquilo (o eletrochoque). E aí, como parte do doutorado

- doutorado sanduíche - fui para a Inglaterra onde eu conheci a intervenção precoce nas psicoses, que é um movimento internacional que trabalha com lidar com as pessoas desde o início, desde as primeiras manifestações de sinais ou sintomas no sentido de prevenir, se interromper o curso do seguimento dos sintomas, não necessariamente não vai ser uma psicose grave. Esse é o pressuposto da intervenção precoce, intervir o mais cedo possível para que, obviamente, diminua o curso da doença, ou, eventualmente, tira a pessoa, direciona para outro lado. Achei isso interessantíssimo e me disse: vou fazer isso em Brasília! Mesmo que não seja igual, rs. Agora, o que era a Inglaterra em Brasília não tinha nada. Aliás, não tem porque Brasília é a pior unidade da Federação em termos de saúde mental, né? Inclusive o que era hospital-dia virou CAPS. Então, já tomou outro estatuto, tornou-se outra questão.

Silvio: Posso fazer uma intervenção? A equipe que montou esse hospital-dia foi conhecer o CAPS Luiz Cerqueira e aí, a ideia era fazer um CAPS, mas, por alguns motivos, virou o hospital-dia, depois com a legislação, virou CAPS.

Ileno: Lá com o contato com a intervenção precoce, eu falei “vamos fazer isso em Brasília”, mas Brasília não é Inglaterra. Nem a Inglaterra é Brasília.

Aí o professor de psicologia (eu) chega e diz assim “vou abrir um estágio para trabalharmos com intervenção precoce, com as primeiras crises, com as crises psicóticas e tais.” Aparecem seis alunas, a gente monta protocolo, adapta anamneses, escolhi pessoal que sabia aplicar Rorschach, montamos todo um aparato da psicologia para fazer um primeiro acolhimento. De cara a gente não conseguiu ninguém de primeiras crises, os profissionais clínicos não faziam e ainda não fazem uma distinção precisa de primeiras crises e crises em geral; então não conseguimos ninguém das primeiras crises, nem em hospital, em clínicas ou colegas que trabalhavam com pesquisa. Aí pensamos “vamos ver quem aparece”. Nosso primeiro paciente foi um catatônico, o pai o trouxe, o deixou na porta e na porta ele ficou. O chamamos para entrar, ele ficou parado na porta, perguntávamos nome e ele não respondia, assim, todo o aparato da psicologia que nós havíamos montado

foi para o espaço, a única coisa que nos restou, aí já com a visão de interação familiar, foi chamar o pai para conversar. O pai veio, começamos a entender o contexto, a história do paciente - pela perspectiva do pai, obviamente - e começamos a perceber algumas reações do paciente, quando pensei “tem coisa aí, é por aí que temos que começar a trabalhar”! porque uma pessoa em crise não necessariamente vai falar com a gente. Começamos então a estudar mais sobre procedimentos, posturas e orientações na área e montei o GIPSI para poder atender. Comecei a fazer um pouco essa divulgação nos hospitais, na rede, para que encaminhassem para gente atender, acompanhar pessoas em primeiras crises ou primeiros episódios, o que operou uma mudança em nós: não mais “atendemos” pessoas em crise, nós acolhemos pessoas em crise. A palavra acolhimento toma um rumo fenomenológico. Eu comecei lendo Emmanuel Lévinas: A ética da alteridade e aí mantive o GIPSI progressivamente estudando a fenomenologia, que agora em maio fez 25 anos de acolhimento. Meu grupo começou com seis, depois passou para oito, para quinze, para trinta e para quarenta pessoas, dispostas a acolher de forma diferenciada: tem estagiários, mestrandos, doutorandos, profissionais voluntários e eventualmente servidores da Universidade. Começamos a atender, fizemos a loucura - sempre se tem que inventar uma loucura para lidar com a loucura -, instituímos um telefone de crise. Toda semana dois estagiários/profissionais/participantes ficam com o telefone de crise, 24 horas, porque crise não tem hora para acontecer; para dar atenção para a crise tem que estar disponível para ouvir. E eu fiz isso, “o surto dos alunos era este”, rs: quem ia ficar com o telefone de crise e, às vezes, meia noite eu ligava para saber se estavam ligados. Aí a gente começou a discutir realmente quais são as implicações para se trabalhar com uma crise, você não pode ser puro e simplesmente técnico e esperar que tenha uma hora certa para poder ver. Decidimos também que “teríamos que ir onde a crise estaria”; não é só esperar que venha, então a gente começou a atender crise no supermercado, na porta do banco, na universidade, na casa da pessoa e mudamos então completamente a forma de ver/de abordar. Aqui a gente começa - e aí já era fenomenologia -, a

não utilizar nossos referenciais *a priori* da psicologia, nossos instrumentos, mas sim estar disponível sem *aprioris*. O grande treinamento do GIPSI é a própria pessoa, meu estagiário me pergunta “professor, o que eu faço no primeiro acolhimento?”, daí eu respondo: “não sei, eu não sei, vai lá, ouve, vê o que você tá ouvindo, vê o que você sente e vê o que você dá conta de lidar, traz para a supervisão e a gente decide se de fato nós vamos acolher, porque a gente tá querendo focar nas primeiras crises”. A partir de então, apareceu bastante gente, pacientes psiquiátricos já com laudo um pouco mais crônico e a gente não pegou porque não é hospital psiquiátrico. Começa então minha teorização no sentido de definir que nas primeiras crises dá para se fazer muitas coisas ainda, tem muitas potencialidades. E aí, eu comecei a produzir essa questão de fazer essa abordagem circular, a ponto de hoje a RAPS nos encaminhar e nos considerar parte do apoio a ela. Mas, para fechar, nasce a necessidade, um problema: afinal, o que é primeira crise? É o primeiro episódio? Primeira crise de fato? Primeira internação? É o que? E tudo isso, é o que a gente discutia em oficinas metodológicas, que é quando o grupo, quando tem um problema e não sabe como lidar, estuda tudo que tem pra estudar na área “como fulano lida? Ok, lá é perfeito, mas o que nós damos conta de fazer?” Não é pura e simplesmente importar tecnologia, e assim ir construindo o que o grupo consegue realizar. E para linkar aqui com o Paraná, com a UFPR, a Mariana Puchivailo fez mestrado com o Adriano, doutorado comigo, passou seis meses no Gipsi em Brasília, se encantou com estas posturas e falas e chamou para si uma proposta dentro da área aqui no estado.

Então, aí, ela faz o doutorado e cria aqui o Pequi, que estão falando que é o primo do Gipsi, eu falei, “Não, primo não, gente”. É neto, no meu caso é neto, né? É filho da Mariana. A Mariana “é minha filha”, então é meu neto. E é interessante que o nome é Pequi - e o pessoal achava que era por conta que era no Centro-Oeste, pois no Centro-Oeste tem Pequi, Goiânia, etc. E é assim que a gente trabalha com relação às primeiras crises.

Silvio: Na PNH, falávamos que nós operávamos por contágio. A gente contagia as pessoas, né?

Luciana: Fantástico, professor Ileno! Vocês são referências bibliográficas, são minhas referências e para muitos dos nossos estudantes atuais. E aí eu vou engatar em duas questões. Gostaria de saber quais foram as referências de vocês, quem vocês leram, quem influenciou essa visão de mundo e de saúde mental. E a segunda questão, se refere a formação em psicologia, quais os desafios atuais que vocês identificam pensando em especial no contexto do SUS e da saúde coletiva?

Silvio: Então, das minhas primeiras referências é O Paciente Psiquiátrico de Jan Hendrik van den Berg, foi um dos primeiros livros que eu li nessa perspectiva. O interessante era o fato de que o professor dava esse texto junto com o do Karl Jaspers, o de psicopatologia geral mesmo, como uma espécie de contraponto. Então eu tinha uma pegada meio existencialista, fenomenológica, até porque na época eu gostava muito do Jean-Paul Sartre. Então minhas primeiras influências de estudante foram essas. Outro livro fundamental para mim foram os textos do Ronald David Laing, da antipsiquiatria, com uma crítica mais radical. E na sequência, já entrando no Juqueri, leio muito Franco Basaglia, “A instituição negada”. Então, acho que eu tive uma formação desses grandes textos seminais da reforma psiquiátrica no mundo. Estou lembrando aqui também de Thomas Szasz, em ‘A Fabricação da Loucura’, e o Alfredo Moffat, em “Psicoterapia do Oprimido”.

E era uma época também que a gente falava muito da psiquiatria preventiva comunitária do Caplan. Embora Caplan tenha esses problemas, de controle, vigilância, a partir de um padrão de normalidade, é meio complicado.

Nessa perspectiva, um texto que eu quero lembrar aqui é a “Gestão dos riscos” do Robert Castel, em que ele vai falar exatamente dessa perspectiva da atualização da psiquiatria. Vai falar exatamente dessa psiquiatria que faz gestão de riscos, nessa perspectiva mais de controle. Há um fio de navalha nessa questão de fazer intervenção preventiva, ela pode ser positiva, mas se você entrar numa linha mais moralista e etc., ela vira controle de corpos, então é gestão de riscos para quem?

Eu acho que um dos grandes desafios que temos na formação talvez seja esse. A gente resgatar isso que

o Ileno falou, a questão ética. No primeiro momento, que é esse da acolhida, há menos uma questão técnica. É um momento de dois seres humanos que se encontram no qual um se oferece ao outro como alguém que vai ouvir e acolher. É após isso que a gente vai pensar qual é a demanda, e tal. Mas acho que ela é fundamentalmente uma marca ético-política em um certo sentido, e que eventuais proposições técnicas do projeto terapêutico singular e etc. vem depois dessa escuta acolhedora.

Eu penso que transmitir um pouco esta visão que não está numa técnica, mas está neste lugar de como eu olho o mundo, como eu encaro a sociedade, e de que sociedade que eu quero. Isso é importante para construir este ser profissional. Porque a proposição que a gente tem é que não se trata apenas de uma mudança de modelo da assistência, não é apenas uma mudança da política, mas ela é apostar que podemos construir um laço social diferente, que podemos construir laços sociais de outra ordem, de generosidade, de acolhimento etc. E que esses laços sociais passam necessariamente por projetos coletivos. E vivemos numa sociedade que vai absolutamente na contramão de tudo isso. Uma sociedade individualista que almeja o fazer-se a si mesmo. E isso vai também para o campo da formação, há um chamamento hoje para ser o empreendedor de si. Abandonamos muito a perspectiva de projetos coletivos. O CAPS Luiz Cerqueira só virou o que ele virou porque era um projeto coletivo.

Foi uma das poucas vezes, na vida, que eu pude vivenciar o que é o fazer coletivo e as consequências quando fazemos algo coletivamente. E o coletivo não era apenas o grupo de profissionais de nível superior, mas o pessoal de apoio, os familiares, os usuários. E isso confluía para o que chamávamos de reunião geral. Era um espaço da potência, da construção geral daquele projeto e que pressupõe encontros. Eu gosto muito da palavra encontros porque se a gente não se encontra a gente não consegue produzir. E os encontros eram presenciais. Hoje tem essa coisa do virtual que não tem essa afetação dos corpos. Acho que há aí, um desafio grande, que não é propriamente da formação, mas é um desafio contemporâneo: como desmontar, na nossa prática cotidiana pedagógica, esses arranjos

contemporâneos de produção de subjetividade que se modulam nessa virtualidade. Na sala de aula os alunos ficam mexendo no celular o tempo todo. Isso não dá um incômodo? Dá vontade de mandar guardar o celular. Acho que isso não é um desafio apenas para a formação, é um desafio contemporâneo? Porque tem muito a ver com produção de saúde mental e produção de laços sociais. É um processo civilizatório nesse sentido, como o Sérgio Arouca falava do SUS, o SUS é um processo civilizatório.

Ileno: Então, eu acho que a primeira referência impactante foi a vivencial, com o paciente tomando eletrochoque, a partir da qual eu fui ler tudo que podia sobre psicopatologia, na época eram o Henry Ey, Gerald Caplan, Hans Asperger e Nobre de Melo, mas também Jaspers e Isaías Paim. Então eu ia para a biblioteca e ficava lendo esses livros de Psiquiatria, o que tinha de novo na época, eu estudei muito independentemente, mas eu digo que o que mais pegou na minha formação original foi com psicanalista Lacaniano, formação mais tradicional, pois fiz estágio com o professor **Richard Bucher** que é nossa referência lá na UnB (*in memoriam*), que abriu a clínica da psicologia na UnB, e eu tentava no consultório tomar a postura que ele tomava: de não atendimento da demanda, de esperar para poder interpretar e aquilo me incomodava porque eu ficava cheio de dúvidas, cheio de questionamentos, cheio de angústias, não sabendo o que fazer com o que o paciente estava falando, querendo intervir mas não sabia a técnica, levava para supervisão, acabava que entendia e tentava entender esse outro mundo. Mas o que me marcou mais - e aí vem a questão de família - foi a professora Julia Bucher, com o estudo do Livro Pragmática da Comunicação Humana que tinha sido recém lançado, de Watzlawick, Beavin e Jackson, e ela dava uma disciplina tendo ele como base. Eu “devorei o livro”, resumi, fiz resenha e por conta disso ela me convidou para ser monitor. Então, primeiro veio a coisa do mundo interno pela psicanálise, depois veio a questão da família, que muito claramente me cooptou, me contagiou para a questão familiar, a teoria sistêmica, a partir do a gente montou o Centro de Estudos da Família em Brasília (CEFAM), primeiro no país. A partir de então, construímos, com o passar dos anos,

todo o movimento de criação das associações de terapia familiar, fomos fundadores da Associação Brasileira de Terapia Familiar, eu fiz dissertação na área sobre família e transgeracionalidade que é uma abordagem que tinha muito pouco na época, mas que depois não teve muito desenvolvimento no Brasil. Lembro também as referências que você falou Silvio, Laing, Cooper, Basaglia, todas essas referências que nos levam a transformar a forma de ver o mundo. E depois que eu fiz o mestrado e o doutorado, com essa experiência que eu tive lá na Inglaterra, fazendo as minhas leituras, eu fiquei dois anos na Inglaterra fazendo filosofia e inglês, e aí encontrei o professor Bill Fulford que trabalhava com a questão de fenomenologia e filosofia analítica. Então, após conhecer a intervenção precoce em Birmingham e tudo mais, intensifiquei as leituras mais fenomenológicas. Mas voltando ainda nos grandes, um que me impactou bastante – e não posso esquecer - foi o Thomas Szasz “O mito da doença mental”.

Silvio: Estou relembando aqui também, inclua para mim também o Thomas Szasz e o Alfredo Moffat “Psicoterapia do oprimido”.

Ileno: Sim, o livro “Terapia de crises”! Agora, indo direto para a questão, eu acho que tem este movimento de estarmos perdendo grandes textos que abrem as possibilidades; que é uma crítica sobre o que a gente faz da psicologia, a excessiva pulverização, pois a depender de quem ministra o conteúdo a gente não sabe a consistência, as vezes só citação, principalmente a coisa da psicopatologia que me pega muito na psicologia, pois eu acho que é muito mal administrada por ter pouco tempo de ensino e estudo. É muito mal preparada, porque ainda importa muito o modelo do DSM para dentro da psicologia e isso parece que não é nosso e a gente não tem muita responsabilidade de estudar psicopatologia, porque tem o psiquiatra para encaminhar e eu não preciso entender todas as doenças se eu perceber que tem alguma coisa eu encaminho para o psiquiatra. Opa! Como é que é? Aí eu começo a me incomodar. Não, não é assim, não. O que a gente tem que fazer é a coisa do acolhimento na crise. Qualquer um de nós tem que fazer, qualquer profissional tem que fazer. Não é da soberania de um profissional. Claro que aí,

quando lidando com um paciente crônico, você tem limitações psicológicas de fazer algumas coisas, é da área médica, da área da assistência. Mas eu acho que a coisa da formação em psicopatologia anda muito fraca, falando claramente. Eu sou professor de psicopatologia, então eu não estou criticando os outros, eu estou nos criticando no sentido de fazer uma formação melhor estruturada e fundamentada. E aí, eu acho que do ponto de vista de experiências para os alunos, eles têm que ir para a prática, tem que se colocar no campo, vai lá, não sabe o que fazer, vai lá vivenciar. Brinco com o pessoal da psicologia da minha universidade dizendo que primeiro deveriam entrar no GIPSI, depois fazer psicologia. Deviam lidar com um monte de gente em crise (pois é assim o mundo), ir lá ver o que quer estudar de fato sobre o assunto. Começar a pensar, começar a procurar, procurar professor/as, procurar orientação, procurar a área, procurar abordagem. Então acho que essa mexida ainda no nosso currículo precisa ser feita: diminuir a sobrecarga teórica abrangente para vivenciar situações humanas.

Silvio: Eu estava pensando nisso, em que você está falando. Na universidade, sempre me classificavam como alguém que era mais extensionista do que pesquisador. Porque eu acho a experiência da extensão muito importante. O aluno que vai para a extensão tem de passar necessariamente pelas pactuações, tem de estar com a equipe, ir a campo, sofrer as agruras que é você lidar com outras instituições. Porque, na maior parte das vezes, o estágio tem uma cara mais protegida; geralmente são nos CPPAs da vida, nas clínicas-escola.

Ileno: O GIPSI, sempre foi extensão-pesquisa-estágio. Eu o registrei como projeto de extensão desde o começo, por 12 anos, com a cara toda de extensão, voltado totalmente para a comunidade, em especial a de baixa renda e da periferia de Brasília e do Distrito Federal.

Silvio: Hoje talvez esteja começando um processo de valorização da extensão, mas ela sempre foi do tripé, a mais desvalorizada. “Você não sabe fazer pesquisa, então por isso você vai pra extensão” essa frase eu ouvi muitas vezes. E aí, a coisa mais importante é a potência da universidade na relação com seu entorno

e o quanto ela consegue modificar ou transformar esse entorno. Há pesquisas que mostram essa mudança, e é por conta da convivência com os alunos, da extensão, da prestação de serviços. E no nosso campo da psicologia, necessariamente é uma coisa muito importante.

Luciana: Reflexões e indicações muito valorosas, professores! Já estou me encaminhando para a última questão, dado o tempo e as outras atividades do evento, embora pudesse ouvi-los durante horas. Vocês contaram nas narrativas um pouco da construção do modelo de atenção psicossocial ao longo do tempo, o primeiro CAPS, a atenção à crise. Gostaria de pedir que vocês trouxessem agora suas percepções sobre a atenção à saúde mental nos dias atuais, sobre a sustentabilidade do modelo de atenção psicossocial e como vocês visualizam os próximos anos. E, por fim, se puderem, o que vocês diriam aos estudantes de hoje que estão nesse percurso?

Silvio: Da minha parte, eu penso o seguinte: a gente criou um arranjo técnico-assistencial que se chamava CAPS, há 38 anos atrás num país que estava começando a se reconstruir democraticamente. 38 anos depois, eu acho que a gente tem demandas diferentes, demandas mais urgentes, sem abrir mão, eu acho, de um certo lugar ético-político que a gente tem, mas que a gente precisa reconstruir, talvez novos arranjos técnico-assistenciais. Eu acho que temos uma complexidade de demandas e uma complexidade de temáticas que não estavam tão claras há 38 anos, como por exemplo, a questão das interseccionalidades. É um sofrimento que vem por conta do racismo estrutural, enfim, de todos esses fatores que estão cada vez mais emergentes. E isso não estava tão claro para nós, embora a luta contra o racismo, a LGBTfobia etc. estivesse na origem daqueles anos 80, na formulação da política, mas, talvez, na construção das nossas práticas e das práticas clínicas, isso tenha ficado um pouco à margem. Por exemplo, a gente conhece o Frantz Fanon de cinco anos pra cá e ele estava lá em Saint Alban trabalhando com Tosquelles. E as nossas referências desse movimento da psicoterapia institucional são Oury, Guattari etc., todos brancos. Quer dizer, demorou muitos anos para a obra do Fanon ser traduzida e, enfim, e todas

as outras autoras importantes que a gente tem. Então, temos demandas bastante contemporâneas para as quais precisamos repensar quais arranjos técnicos assistenciais vamos inventar, porque o CAPS é, fundamentalmente, uma invenção. E isso era a nossa marca. Há um texto do Rotelli que se chama “A Instituição Inventada” que nos mostra essa possibilidade de, a partir das necessidades do território, a partir do que emerge de problemática etc., construir um arranjo técnico assistencial possível. Penso que temos um problema quando vira política pública normatizada por portarias e essa criatividade tem de se enquadrar. E normatizar uma coisa para o Brasil inteiro, um país continental. Acho que portaria nenhuma dá conta da complexidade desse país. Então penso que o caminho é um pouco nessa perspectiva, sem perder esses princípios que a gente tem da construção de uma sociedade mais justa, mais igualitária, etc.

Penso que, nessa perspectiva, a dica que posso dar aos estudantes é: vão para a prática e inventem, criem, ouçam. Mas é necessário ouvir. Ouvir nessa postura ética de uma escuta de acolhimento, que a gente chama de escuta qualificada, que não é um ouvir qualquer, mas é um ouvir atento, que tem empatia, solidariedade. E a partir do que a gente ouve e a partir do que o que a gente tem no território: o que se pode construir e inventar? Foi assim que fizemos o CAPS. Tínhamos um projeto e fomos mudando a partir do que foi surgindo. Tínhamos pessoas andando pela casa que não queriam participar das atividades. Então inventamos algo chamado ambiência, que era um profissional que ficava disponível para escutar ou criar algo com eles. A gente não queria fazer triagem, então inventamos um arranjo que se chamava acolhimento. Não queríamos fazer uma clínica fechada, ensimesmada, então o Jairo falou: “O que a gente faz aqui é uma clínica ampliada, a gente amplia a clínica”. São todas palavras circulavam no CAPS, nomeando o que fazíamos, a partir da própria experiência cotidiana e concreta. Então, ambiência, acolhimento, clínica ampliada, o CAPS de porta aberta, foram coisas que a gente foi inventando e dando nomes. E toda a construção teórico-conceitual da atenção psicossocial, nasce a partir exatamente dos desafios que fomos encontrando na prática.

Só que, 38 anos depois, penso que as demandas são outras. As pessoas não pararam de produzir, mas elas refletem sobre estruturas que estão aí há 38 anos. Então é hora de dar uma guinada. Eu digo aos meus alunos que vocês são os construtores do século XXI. Nós já estamos em 1/4 do século XXI. O que vai acontecer daqui até 2030, 2035, 2040? Vocês vão estar vivos até 2050, 2060; a gente não vai estar mais. Da mesma maneira como há 38 anos atrás, provavelmente, vocês nem tinham nascido. Foi a gente que construiu o final do século XX e o começo do século XXI. Não temos mais pique nem paciência. São vocês que vão construir, é isso.

Ileno: Agora a gente só conta história. Eu costumo dizer: a metodologia de cuidado que a gente construiu no GIPSI não cabe no sistema de saúde mental tal como ele é. Porque, por exemplo, a família tem que vir, no sistema de saúde você não vai poder fazer isso. Agora criar um certo espaço que é só para as primeiras crises, isso dá pra fazer. Mas aí pensando no SUS como um todo, eu acho que eu me sentiria muito melhor na atenção primária. Onde tem os agentes comunitários, onde tem a saúde da família, é lá que aparece a primeira crise, ninguém presta atenção, e depois a coisa complica e vai pra secundária, e depois chega na terciária. Então eu me sentiria tranquilo levando os GIPSI, por exemplo, como uma ação extensionista na comunidade, na atenção primária, eu acho que a gente poderia apostar, vocês podem apostar. O cuidado em saúde mental começa na atenção primária.

Silvio: Assino embaixo, eu acho que é para lá que a gente tem que ir.

Ileno: É, é pra lá que a gente tem que ir. Se vocês gostam do que estão fazendo - e muitos amam - como a gente amou, se impliquem. Vão para o hospital psiquiátrico domingo de manhã para ver paciente tomando eletrochoque, e aí eu acho que vocês podem pegar a força pra construir reações contra essa possibilidade.

Então, entrem em eventos, em pesquisa, em extensão, vá atrás de CAPS, se prontifiquem “Ah tem um caso aqui que ninguém quer”; “deixa eu tentar ver o que que eu consigo fazer” sabe? Se disponibilizem. Se de fato querem isso, é se disponibilizar, portanto,

é ter disponibilidade para o outro.

Silvio: E jamais acreditem nos casos irrecuperáveis, casos intratáveis, não existe caso intratável. Não existe. Existe manejo de equipe inadequado. Porque se você falar que existe caso intratável é como se o humano não tivesse jeito. E apostem no saber da experiência de quem a gente está cuidando. Ninguém sabe mais sobre o sofrimento do que aquele que o está sentindo. E entender que ele tem um saber sobre seu sofrimento é ajudar a pessoa. Acho que esse é um caminho que talvez a gente precise resgatar. Que é suporte de pares, ouvidores de vozes, enfim, hoje, a gente já tem já várias experiências, mas acho que o sentido de todas elas é o lema “nada sobre nós sem nós”. É isso, não existe um conhecimento que possa se sobrepor a esta experiência de quem vivenciou uma crise, de quem passou por isso. E é essa pessoa que pode ajudar a gente a construir o saber, né.

Então, do ponto de vista da pesquisa, eu tenho incentivado cada vez mais os meus alunos: se vai fazer pesquisa com usuários, não faça sobre, mas com.

Ileno: Você foi falando, eu fui pensando que se não der pra fazer nada, respeita. É assim que a pessoa é. A loucura faz parte da humanidade, continuará sendo parte da humanidade como um modo de ser. Nós é que temos que arranjar meios de saber como lidar com quem tá junto conosco. É bem levinasiano isso, respeite o outro independentemente do que ele seja ou quem ele seja, pra poder, de fato, estar disponível pra ele.

Luciana: Perfeito, eu quero agradecer imensamente a generosidade de toda essa partilha, essas reflexões. Que privilégio estar com vocês aqui no Paraná, que a gente tenha essas parcerias fortalecidas também a partir do encontro, né? A entrevista faz parte de um processo de um seminário com vários atores envolvidos. Acho que um pouco dessa inspiração que a gente traz nestes momentos é aquilo de respirar um pouquinho, porque a prática, às vezes, ela também nos coloca num lugar de inquietações e de desgaste, e esses momentos privilegiados, eles retomam o sentido do que a gente tá fazendo. Então, que a gente possa estreitar essas parcerias e ter outros momentos como de agora. Então muito

obrigada Sílvia, muito obrigada Ileno, vocês, de fato, trouxeram muita contribuição para esse momento.

Silvio: Eu acho que toda a construção coletiva precisa de espaços de diálogos como esses e, às vezes, contar para alguém de fora vai produzindo um sentido outro de reflexão, e isso é uma coisa muito potente. E foi uma grande oportunidade ter visitado as equipes aqui de Curitiba. Ontem, eu fiquei pensando que se pudéssemos retomar esse diálogo, fazer rodas de conversa com as equipes. Até para repensar essas coisas que eu estava falando. O que a gente pode mudar? A gente só consegue pensar isso, a partir do momento que paramos um momento e refletimos sobre aquilo que a gente está fazendo. E abrir espaço, inclusive, para colocar as angústias, será que é isso mesmo? E produzir evidência, eu acho que é isso que a gente estava falando, a gente vai entrar numa guerra, já estamos numa guerra, né? Bem importante, e que a gente precisa produzir evidências, né? Evidências, porque conseguimos fazer muitas coisas, que produzem efeitos e temos que mostrar isso. Se não ficamos muito na nossa narrativa e aí, aí, ficam falando “ah, vocês são muito ideológicos, vocês só têm discurso, tem que ter os dados...” Como se a gente não tivesse prática e evidências. E, às vezes, você tem uma boa prática que acaba ficando só na narrativa mesmo.

Luciana: E eu acredito que as equipes tenham interesse e disponibilidade para espaços de reflexão, de produção de diálogos e de criação.

Silvio: Tempo histórico. A gente tem que aproveitar o tempo histórico, a gente já comeu muita bola no passado. Eu acho que é isso, tem possibilidade? Temos que aproveitar o tempo histórico.

Ileno: E aí, eu queria falar pra fechar, enquanto tiverem professores, como o professor Adriano Holanda cutucando todo mundo pra pensar fora da caixinha, Lucianas e alunas dedicadas como as que estão nesse encontro, novos espaços serão abertos, sempre. Vamos adiante.

Contribuição

ENTREVISTADOS:

Dr. Ileno Izídio da Costa

Pós-Doutor (USP, UFRN e UCP/Lisboa). Doutorado em Psicologia Clínica (UnB). Mestrado em Psicologia Social e da Personalidade (UnB) e Master of Science in *Philosophy and Ethics of Mental Health* (University of Warwick, Inglaterra). Coordenador dos Grupos de Intervenção Precoce nas primeiras crises psíquicas do tipo psicótica (GIPSI, desde 2001). Ex-Coordenador dos Grupos *Personna* (Estudos e Pesquisas sobre violência, criminalidade, perversão e “psicopatia”) e do Núcleo de Estudos, Pesquisas e Atendimentos em Saúde Mental e Drogas (NEPASD, 2016-2018) do Instituto de Psicologia da UnB. Professor Assistente IV e Orientador de Pós-Graduação *Stricto Sensu* (Mestrado e Doutorado) e Lato Sensu do Programa de Psicologia Clínica e Cultura (PPG-PsiCC/PCL/IP/UnB).

Dr. Silvio Yasui

Doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz Mestre em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Graduado em psicologia. Livre-docente em Psicologia e Atenção Psicossocial pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2017). Atualmente é professor associado da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

ENTREVISTADORA:

Dra. Luciana Elisabete Savaris

Doutorado em Psicologia (UFPR). Mestre em Saúde Coletiva (UFPR). Docente, Supervisora de Estágios e Orientadora das Faculdades Pequeno Príncipe e da PUCPR. Membro do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdades Pequeno Príncipe e do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Atua na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba como Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Integra o Grupo de Pesquisa Laboratório de Fenomenologia e Subjetividade (UFPR/CNPq).

TRANSCRIÇÃO:

Vitória Rohling Canuto

Graduanda em psicologia pela Faculdades Pequeno Príncipe.

ORGANIZAÇÃO E REVISÃO:

Danielle Helise dos Santos

Psicóloga formada pela Faculdades Pequeno Príncipe. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e Fundação Estatal de Atenção à Saúde.

Maria Eduarda Fand Muraro

Psicóloga formada pela Faculdades Pequeno Príncipe. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e Fundação Estatal de Atenção à Saúde.

Fabiane Cardozo de Oliveira

Graduanda em Psicologia pela Faculdades Pequeno Príncipe (FPP). Membro do Grupo de Extensão em Saúde Ambiental da mesma instituição.

Karla Alessandra Ferracini

Graduada em Administração pela FAE Centro Universitário. Graduanda em psicologia pela Faculdades Pequeno Príncipe.

Letícia Joana Jardim

Mestre em Psicologia Clínica (UFPR). Especialista em Fenomenologia, Clínica e Saúde Mental (APFeno). Graduada em psicologia. Membro do Laboratório de Fenomenologia e Subjetividade (UFPR) e do grupo de extensão PEQUI-Primeiras Crises. Atua como docente em Psicologia e Saúde no Centro Universitário Curitiba (PR).

Nicolas Ferreira da Rosa

Graduando em psicologia pela Faculdades Pequeno Príncipe (FPP). Estagiário na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (SMS).

Valcir Moraes

Mestre em Filosofia (PUCPR). Possui licenciatura em Educação Física (UEM), licenciatura em Filosofia (PUCPR) e graduação em psicologia (Unicesumar). Membro do laboratório de fenomenologia e subjetividade (Labfeno - UFPR). Atua como docente do curso de psicologia da PUCPR. Atualmente doutorando em Filosofia (PUCPR).

Murillo Correa dos Santos Xavier

Graduando em psicologia pela Faculdades Pequeno Príncipe.

Dr. Adriano Furtado Holanda

Doutor em Psicologia pela PUC-Campinas. Mestre em Psicologia Clínica (UnB). Graduação em psicologia. Professor Associado do Departamento de Psicologia, Orientador de Mestrado e Doutorado nos Programas de Pós-Graduação de Psicologia e de Educação da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Editor Chefe das revistas Phenomenology e Humanities and Sciences; Editor da Revista da Abordagem Gestáltica; e Editor Associado da revista Interação em Psicologia (UFPR). Coordenador do Laboratório de Fenomenologia e Subjetividade (LabFeno-UFPR). Coordenador (2016-2020) e Vice-Coordenador (2020-2024) do Grupo de Trabalho Fenomenologia, Saúde e Processos Psicológicos (Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia, ANPEPP) e Membro do Grupo de Trabalho de Fenomenologia (ANPOF).