

Portas abertas : do manicômio ao território. Entrevistas triestinas	Titulo
Sade, Rossana Maria Seabra - Autor/a;	Autor(es)
Marília; São Paulo	Lugar
Oficina Universitária Cultura Acadêmica	Editorial/Editor
2014	Fecha
	Colección
Institucionalización; Hospitales psiquiátricos; Historia; Psiquiatría; Reformas; Italia;	Temas
Libro	Tipo de documento
* http://biblioteca.clacso.edu.ar/Brasil/ffc-unesp/20170904061324/pdf_286.pdf	URL
Reconocimiento-No Comercial-Sin Derivadas CC BY-NC-ND http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/deed.es	Licencia

Segui buscando en la Red de Bibliotecas Virtuales de CLACSO
<http://biblioteca.clacso.edu.ar>

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)
Conselho Latino-americano de Ciências Sociais (CLACSO)
Latin American Council of Social Sciences (CLACSO)
www.clacso.edu.ar



PORTAS ABERTAS



“25 de fevereiro de 1973. Marco Cavallo ia ser ‘levado para a cidade’, mas não conseguiam fazê-lo passar pelo portão do ex-pavilhão onde tinha sido construído durante uma oficina artística, nem mesmo desmontando a sua cabeça. Após várias tentativas – uma delas retratada na foto, em que se vê também Franco Basaglia –, ele está finalmente livre para iniciar a sua jornada.” (Neva Gasparo, autora da foto, tradução nossa).

ROSSANA MARIA SEABRA SADE

**PORTAS ABERTAS:
DO MANICÔMIO AO TERRITÓRIO
ENTREVISTAS TRIESTINAS**

Marília

2014



**CULTURA
ACADÊMICA**
Editora

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS

Diretor:

Dr. José Carlos Miguel

Vice-Diretor:

Dr. Marcelo Tavella Navega

Conselho Editorial

Mariângela Spotti Lopes Fujita (Presidente)

Adrián Oscar Dongo Montoya

Ana Maria Portich

Célia Maria Giacheti

Cláudia Regina Mosca Giroto

Giovanni Antonio Pinto Alves

Marcelo Fernandes de Oliveira

Neusa Maria Dal Ri

Rosane Michelli de Castro

Tradução e Revisão

Iara Morata Martines

Foto da capa

Neva Gasparo

Ficha catalográfica

Serviço de Biblioteca e Documentação – Unesp - campus de Marília

Sade, Rossana Maria Seabra.

S125p

Portas abertas : do manicômio ao território : entrevistas triestinas / Rossana Maria Seabra Sade. – Marília : Oficina Universitária ; São Paulo : Cultura Acadêmica, 2014.

222 p.

Inclui bibliografia.

ISBN **978-85-7983-546-9**

1. Reforma psiquiátrica – Trieste (Itália) – História.
2. Psiquiatras - Entrevistas. 3. Hospitais psiquiátricos. 4.
Desinstitucionalização. I. Título.

CDD 362.2

Editora afiliada:



Associação Brasileira de
Editoras Universitárias

Cultura Acadêmica é selo editorial da Editora Unesp

Dedico este livro a meus queridos filhos Pablo e Mariana, que sempre estiveram presentes em minha caminhada, e à memória de meus pais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a cada um dos entrevistados pela simpatia e generosidade com que me receberam: Franco Rotelli, Giuseppe Dell'Acqua, Carla Prosdocimo, Renato Davì, Raffaele Dovenna, Roberto Colapietro, Giuseppina Ridente, Izabel Marin, Morena Furlan, Roberto Mezzina. A Aldo Di Bella, pelo empenho e pela ajuda com as gravações. A Iara Morata Martines, pela amizade e dedicação nas traduções e revisão. Ao amigo Paulo Amarante, pelo belo prefácio. A Neva Gasparo, pela expressiva foto. A Rosangela e Edevaldo, que gentilmente ofereceram assessoria técnica ao trabalho. Escrever este livro não teria sido possível sem o apoio destes personagens e sem aqueles protagonistas que, embora não tenham seus nomes aqui citados, também fizeram parte desse processo.

SUMÁRIO

Prefácio	
<i>Paulo Amarante</i>	11
Portas Abertas: do manicômio ao território. Entrevistas Triestinas	
<i>Rossana Maria Seabra Sade</i>	15
Desinstitucionalização Triestina: contextualização da “loucura” ao longo da história	
<i>Rossana Maria Seabra Sade</i>	19
Franco Rotelli.....	37
Giuseppe Dell’Acqua.....	55
Carla Prosdocimo	75
Renato Davì	87
Raffaele Dovenna	99
Roberto Colapietro	111
Giuseppina Ridente.....	129

Izabel Marin	149
Morena Furlan	163
Roberto Mezzina	179
Da desinstitucionalização à <i>recovery</i> e à cidadania: notas de Trieste <i>Roberto Mezzina</i>	181
Notas editoriais	217

PREFÁCIO

Tive a possibilidade de conhecer e conversar pessoalmente com Franco Basaglia. Foi um contato marcante para minha vida pessoal e profissional. Percebi que estava diante de uma pessoa diferenciada, especial, carismática. Era o mês de outubro de 1978 e Basaglia estava no Rio de Janeiro para participar de um seminário juntamente com outros intelectuais de peso na época, como Thomas Szasz, Robert Castel, Félix Guattari, Erving Goffman e muitos outros. Em cada sala ou corredor nós nos deparávamos com um famoso! Eram nossas referências políticas e bibliográficas em carne e osso!

Mas, em meio a tantos autores famosos e brilhantes, Franco Basaglia mereceu um destaque, seja por parte da imprensa que cobriu o evento, seja por parte do público que dele participou. No meu entendimento, isto ocorreu porque Basaglia não conseguia ser, digamos assim, “um teórico” tradicional, um intelectual acadêmico, e desta forma, optou por discutir as questões sociais, políticas e econômicas que assolavam a sociedade naquela época. Da mesa em que estava sentado, em um dos belos salões do Hotel Copacabana Palace, onde ocorria o seminário, avistou uma favela e passou a refletir sobre a situação das pessoas que ali viviam e como os saberes que nós discutíamos chegariam até elas e poderiam mudar suas vidas.

Desde abril daquele mesmo ano de 1978 estava sendo criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), primeiro coletivo de articulação política brasileira de questionamento das práticas e saberes manicomial. Por outro lado, os italianos viviam um período muito importante na medida em que em 13 de maio, também de 1978, havia sido aprovada a Lei 180, ou seja a Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana, que viria a ser conhecida como Lei Basaglia. Tratava-se da primeira (e ainda única) lei nacional que prescrevia a extinção do modelo manicomial e sua substituição por um conjunto de práticas, princípios e dispositivos substitutivos (daí advém o uso deste termo nas políticas de saúde mental atualmente no Brasil).

É preciso que se diga que, rigorosamente, Franco Basaglia não participou da elaboração do texto da lei, ao contrário do que se pensa. Mas por que então a lei adotou o seu nome? Porque, fundamentalmente em Trieste, Basaglia formulou as bases conceituais e políticas e liderou o mais importante processo de transformação no âmbito da psiquiatria em toda a história. Diferentemente das experiências anteriores de reformas psiquiátricas, Basaglia demonstrou ser fundamental questionar os conceitos fundantes da psiquiatria, questionar a psiquiatria enquanto ideologia (especialmente em *Che cos'è la psichiatria?* e *L'istituzione negata*¹²) e, como consequência prática deste processo, desmontar as estruturas asilares e manicomial e construir uma outra forma de lidar com as pessoas em sofrimento mental.

Uma das estratégias de Basaglia, ao mesmo tempo epistemológica e política, foi inverter a operação psiquiátrica de colocar o sujeito entre parênteses para se ocupar de um objeto abstrato, a “doença mental”. Era preciso, isto sim, colocar a doença entre parênteses para se ocupar dos sujeitos concretos das experiências. E, ao operar esta inversão, Basaglia demonstrou que os loucos, antes considerados raivosos, insensatos, perigosos, incapazes, improdutivos, irracionais, alienados eram, na verdade, sujeitos como nós, e que, como nós, necessitavam de casa, de trabalho, de amigos, de

¹ “O que é a psiquiatria?” (tradução nossa) e *A instituição negada* (publicado pela Editora Graal, Rio de Janeiro, em 2001, 3. ed.).

² BASAGLIA, F. (a cura di). *Che cos'è la psichiatria?* 2. ed. Torino: Einaudi, 1973. (Piccola biblioteca).
BASAGLIA, F. (a cura di). *L'istituzione negata: rapporto da un ospedale psichiatrico*. 6. ed. Torino: Einaudi, 1973.

música, de arte, da cidade, do território. Em um de seus últimos escritos, Basaglia dizia que se um dia alguém desejasse contar a história de Trieste, que não fosse por uma sequência de datas, números de leis e portarias, coisas deste tipo, mas sim por histórias de vidas que foram reinventadas, ressignificadas a partir do trabalho de desconstrução ali realizado.

A partir daí todo um processo inovador passou a ser construído em Trieste, que inspirou muitas outras experiências pela Itália afora, mas também em vários países e muito particularmente no Brasil. Nunca é demais lembrar que a revolucionária experiência iniciada em Santos, em 03 de maio de 1989, com a intervenção em um manicômio privado local e o início de um sistema substitutivo de saúde mental e atenção psicossocial teve como referência explícita a experiência triestina. Mas, muitas outras, como os Cersam's mineiros, explicitaram esta mesma vinculação teórica e política.

Fundamentalmente, pode-se dizer que em Trieste foi construído um novo modo de pensar e lidar com a loucura, onde esta não se reduz a uma experiência psicopatológica, com a qual é necessário responder única e exclusivamente com estratégias científicas, médicas e psicológicas. Uma vez fechado o manicômio era preciso ocupar o território, construir residências, projetos de trabalho, projetos culturais, projetos de lazer, novas formas de subjetivação, de sociabilidade, nos quais as pessoas pudessem ser efetivamente protagonistas. O que conhecemos como reforma psiquiátrica e como desinstitucionalização deixou de ser uma reforma administrativa de serviços, uma reforma de modelo assistencial e de introdução de novas tecnologias assistenciais, para ser um processo social complexo, nas palavras de Franco Rotelli, um processo dinâmico e permanente que envolve atores, invenção de dispositivos e múltiplas estratégias.

Um momento histórico demarcou esta trajetória de saída do manicômio e de ocupação do território da cidade, conforme descreve a autora neste livro: trata-se de Marco Cavallo, um belo e grande cavalo azul feito de papel machê, idealizado por um artista plástico, que simbolizava o desejo de liberdade dos até então exilados na instituição. Marco era um cavalo, verdadeiramente, que puxava uma carroça no Parque de San Giovanni, onde existia o hospital, e que ao ficar velho e impotente para o trabalho, deveria ser sacrificado! Qual foi a surpresa quando os internos se manifes-

taram contra esta execução e quando, mais tarde, convocados a participar da preparação da festa comemorativa do fechamento da primeira enfermaria, já sobre a direção de Basaglia, chamaram à memória o velho cavalo com o qual se identificavam por serem também considerados inúteis, imprestáveis, descartáveis!

A profundidade, a complexidade e a dinâmica de todo este processo podem ser identificadas e conhecidas em cada linha de *Portas Abertas: do manicômio ao território. Entrevistas Triestinas*. A escolha dos entrevistados e a forma com que a Rossana Maria Seabra Sade conduziu as entrevistas permitiu que a riqueza e a pluralidade da experiência triestina fosse totalmente explorada.

É um livro que vem em muito boa hora, pois apesar de termos tido as referências que aqui explicitamos, estamos sofrendo um perigoso momento de afastamento da tradição basagliana, tradição esta que nos abriu a perspectiva de que a questão do sofrimento psíquico e da loucura não pode ser considerada apenas no âmbito técnico-assistencial, apenas no âmbito das terapias.

Este livro é uma ferramenta que nos auxilia neste trabalho de descoberta e invenção do território, pois foi neste caminho que a experiência triestina se consolidou e se distanciou das outras tradições no campo da saúde mental.

Paulo Amarante

PORTAS ABERTAS: DO MANICÔMIO AO TERRITÓRIO ENTREVISTAS TRIESTINAS

INTRODUÇÃO

A proposta de reunir em um só livro os protagonistas que trabalham ou trabalharam no processo de desinstitucionalização em Trieste (Itália) amadureceu durante as entrevistas realizadas em meu estágio pós-doutoral, desenvolvido entre os anos de 2010 e 2011 e financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

Para entender o cenário de superação do manicômio em Trieste, além de análise de literatura e embates, entrevistei: Franco Rotelli, Giuseppe Dell'Acqua, Roberto Mezzina, Pina Ridente (psiquiatras); Renato Davì (psicólogo); Roberto Colapietro (operador de saúde mental); Raffaele Dovenna (enfermeiro); Carla Prosdocimo (operadora social); Morena Furlan (técnica de reabilitação psiquiátrica); Izabel Marin (assistente social). A escolha dos protagonistas obedeceu aos seguintes critérios: notoriedade na área, envolvimento com o movimento, diversidade profissional e tempo de trabalho no Departamento de Saúde Mental de Trieste. Procurei conhecer as ideias de profissionais com mais e com menos experiência, a fim de obter diversos pontos de vista sobre o processo de desinstitucionalização. Outros protagonistas participaram de entrevistas que, todavia, não

puderam ser publicadas por serem pouco audíveis ou porque a autorização para publicação não foi obtida no prazo.

A palavra entrevista deriva do francês *entrevoir* e significa vislumbrar, perceber. No que se refere à esta palavra, ao trazer as ideias dos entrevistados aqui reunidos, meu objetivo é possibilitar ao leitor reflexões do ontem e hoje da história da reforma psiquiátrica triestina, apresentando fatos e momentos que os livros não revelam ou não mostram de forma tão explícita.

Conforme Pallares e Garcia (2000)¹, entrevista é um gênero fluido e informal. Ao contrário do trabalho acadêmico lógico, a entrevista pode ser analisada como um gênero intermediário entre o pensamento e a escrita elaborada, capaz de apreender o fluxo da ideia e, nesse sentido, complementar os textos teóricos mais estruturados.

Com o intuito de revelar as pessoas por trás dos profissionais e dar-lhes oportunidade para exprimirem seus pensamentos, os entrevistados recebiam as mesmas perguntas, mas eram incentivados a falar sobre suas trajetórias, bem como sobre as implicações históricas com o movimento e com Franco Basaglia.

Em meu estágio pós-doutoral, realizei um estudo comparativo entre residências terapêuticas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos implementadas por um projeto-piloto em Lins, que acompanhei desde a sua elaboração, e projetos relacionados à residencialidade (habitar e território) iniciados com o processo que levou ao fechamento do hospital psiquiátrico e desenvolvidos, hoje, pelos serviços de saúde mental de Trieste, referência mundial para as políticas de saúde mental. Conseqüentemente, algumas questões visavam dar subsídios a essa problematização por meio de intercâmbio de informações e aprofundamento teórico e prático, ampliação da análise crítica do modelo atual de saúde mental italiano e contraponto com o modelo brasileiro de reforma psiquiátrica.

As entrevistas foram realizadas pessoalmente; os entrevistados recebiam um roteiro de perguntas, mas não eram obrigados a respondê-las. De fato, alguns não se ativeram às questões formuladas, como Franco Ro-

¹ PALLARES, B.; GARCIA, M. *As muitas faces da história*. Nove entrevistas. São Paulo: Ed. UNESP, 2000.

telli, que discorreu sobre várias questões relacionadas à saúde mental, mas sem seguir tal roteiro. Além disso, a extensão das respostas variava de acordo com a disponibilidade e o perfil dos entrevistados, embora todas as entrevistas tenham sido realizadas num clima descontraído e bem humorado.

Após os encontros, a leitura das entrevistas passou por dois momentos: transcrição e tradução do italiano para o português. Analisando as indagações de Pallares e Garcia (2000) sobre até que ponto a transcrição capte a expressão oral original e sobre a possibilidade de a ausência dos gestos, trejeitos, olhares e tom de voz distorcer a fala transcrita e comprometer a leitura, cabe ressaltar que as conversas foram transcritas de forma literal, fiel ao pensamento e às palavras dos entrevistados. Aboliram-se apenas pausas, repetições, adequando-se as frases para favorecer o entendimento do discurso.

O critério que me pareceu apropriado para a ordem de apresentação das entrevistas foi a linha do tempo, no que se refere ao envolvimento desses protagonistas com a trajetória histórica da desinstitucionalização triestina por quatro décadas. Assim, como Franco Rotelli foi o sucessor de Franco Basaglia na direção do Departamento de Saúde Mental de Trieste e Roberto Mezzina é o atual diretor, suas entrevistas são, respectivamente, a primeira e a última.

Conforme relataram Rotelli, Dell'Acqua, Mezzina e Prosdocimo nas entrevistas, uma das principais mudanças, em todos estes anos, ocorreu no setting: do manicômio ao ambulatório, ao centro de saúde mental, à comunidade. Agora, o espaço do cuidado é um espaço social, um espaço que está dentro da normalidade, em que a forma de atuação deve ser oposta à utilizada no manicômio: abrindo as portas, criando oportunidades de vida para as pessoas e reconstruindo vínculos com a malha social; reduzindo o poder dos técnicos, ou seja, dos profissionais; passando para uma relação de negociação em que o ator social deve ser protagonista, ter poder e palavra.

As entrevistas aqui apresentadas serão precedidas por um breve relato sobre os protagonistas, com o objetivo de nortear o leitor. As notas acrescentadas visam fornecer subsídios ao entendimento de nomes e fatos mencionados.

Antecedendo as entrevistas, apresento um ensaio teórico para facilitar a compreensão do processo da reforma psiquiátrica triestina, em que discuto aspectos filosóficos e conceituais e a atuação de Franco Basaglia, mentor do movimento.

Rossana Maria Seabra Sade

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO TRIESTINA: CONTEXTUALIZAÇÃO DA “LOUCURA” AO LONGO DA HISTÓRIA

Rossana Maria Seabra Sade

Para compreendermos o paradigma atual da desinstitucionalização, é importante contextualizar as diferentes práticas e mecanismos de exclusão e controle direcionados ao “louco” e à “loucura”. A sociedade explicou e tratou o comportamento anormal de diversas maneiras em diferentes momentos.

Segundo Pessotti (1994), os primeiros registros de transtornos psiquiátricos estão relatados nos livros do Antigo Testamento. Neles, revela-se que os antigos egípcios, árabes e hebreus acreditavam que o comportamento anormal fosse decorrente de possessão por forças sobrenaturais, como deuses irados, maus espíritos e demônios, assim como era comum também atribuir a forças sobrenaturais fenômenos como incêndios e inundações.

Séculos mais tarde, havia apenas algumas alusões à loucura, principalmente quando o assunto era comportamento estranho, personalidade

incomum e possessões, tanto demoníacas quanto divinas. O termo genérico empregado nesses casos era loucura, sempre com a conotação de fúria e raiva. A abordagem típica para expulsar os demônios era usar encantamentos, preces ou poções para persuadi-los a irem embora. Em alguns casos, diversas formas de punição física, como apedrejar ou açoitar, eram defendidas como um meio de forçar os demônios para fora de uma pessoa possuída.

Para Pessotti (1994), os filósofos gregos antigos desmistificaram as causas sobrenaturais da loucura, trazendo a ideia organicista. Hipócrates foi o primeiro a afirmar que a origem da loucura estava no cérebro. A partir desse novo conceito, muda o tratamento dispensado aos doentes mentais, que passa a ser de apoio e conforto.

Na Idade Média, retorna o modelo místico, que propicia sacrifícios e exorcismos como forma de tratamento da loucura; o corpo e a mente, centrais na visão dos filósofos gregos, cedem lugar ao corpo e à alma. A igreja gerencia o poder de libertação dos males do espírito e a doença mental passa a ser tratada como um problema da alma.

Com o desenvolvimento das cidades e o surgimento da industrialização, a exploração da mão de obra aumenta a pobreza e a mendicância. Um novo personagem aparece como desviante da ordem social, o mendigo, necessitando de tratamento psiquiátrico. A sociedade tenta justificar um problema de ordem social como sendo de saúde mental.

Nesse contexto, os indesejáveis da sociedade são banidos para longe, entregues nas mãos de mercadores e principalmente marinheiros, fazendo surgir o que se chamou de “Naus dos Loucos ou Insanos”. Em 1656, é fundado em Paris o Hospital Geral que, segundo Foucault (1978), não é um estabelecimento médico, é antes de tudo uma estrutura semijurídica que, paralela aos poderes já constituídos, como os tribunais, decide, julga e executa. É considerado o terceiro poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça. O hospital acolhia os pobres, doentes ou não. Esses locais são embriões dos futuros manicômios.

A exclusão social tem um fator estrutural jurídico-policial, portanto é uma medida administrativa, com o objetivo de reorganizar as relações da sociedade francesa com os mendigos. Tal medida pouco tem a

ver com políticas de saúde; é, ao contrário, voltada à ordem monárquica e burguesa que se organiza na França naquele momento. A figura da loucura é criada no século XVII pela norma social; a insanidade ocupa o domínio moral (FOUCAULT, 1978).

Remonta ao século XVII, portanto, a constituição do paradigma psiquiátrico, quando foram criadas as casas de internamento para acolher os doentes mentais, prostitutas, libertinos, criminosos e leprosos. O tratamento costumava ser desumano, sendo considerado pior do que o recebido nas prisões. As pessoas eram submetidas à vigilância e a maus tratos, permanecendo nuas ou vestidas de trapos e sendo muitas vezes privadas de alimentos e água.

Como relata Gondim (2001), após assumir a direção do hospital psiquiátrico de Bicêtre (França) em 1793, Philippe Pinel denuncia as condições desumanas em que vivem os internos e os liberta das correntes, apresentando uma nova lógica para tutela: tratamento moral e educativo. Nesse tratamento, porém, o paciente não pode exercer sua liberdade e deve agir segundo os valores estabelecidos pela instituição, o que levará à desapropriação de sua identidade.

No período da Revolução Francesa, no século XVIII, a reforma hospitalar propicia o nascimento da psiquiatria, nomeada anteriormente “Medicina Mental”, que é primeira especialidade da medicina (AMARANTE, 1996).

Para o espírito humanitário do século XVIII, os pobres serem aprisionados e forçados ao trabalho juntamente com pessoas de má índole, criminosos e doentes, era uma ignorância científica. No fim desse século, a internação do louco deve, por norma, seguir um procedimento apropriado para atestar sua incapacidade como pessoa jurídica. Com as novas concepções das formas de organização econômica e social, toda aquela população de indivíduos excluídos passa a ter importância num novo mercado de trabalho. Nas instituições fechadas ficam apenas os ditos “loucos”.

Segundo Saraceno (1999), a história da Psiquiatria é uma história de moradas fechadas, isoladas e mais ou menos vigiadas. Com essa finalidade consolida-se a instituição denominada manicômio.

Em 1838, é aprovada pelo Parlamento Francês a primeira lei europeia sobre os alienados, na qual dois tipos de internações são previstas: voluntária e compulsória. A internação voluntária poderia ocorrer quando solicitada por familiares, segundo parecer médico; a compulsória fica ao encargo das forças públicas, para indivíduos ditos perigosos.

A psiquiatria vai organizando-se e entra gradualmente no terreno da conduta humana. O cárcere pune o delito; a psiquiatria deve castigar comportamentos que se distanciam da nova ordem social. Trilhando o modelo da legislação francesa, formam-se as primeiras legislações sobre saúde mental em diversos países (BARROS,1994). Conforme La Haye (2007), no período pós-guerra desponta um cenário favorável para o surgimento dos movimentos reformistas da psiquiatria na contemporaneidade. Em vários países, questiona-se o modelo hospitalocêntrico que, em muitos casos, gera a cronificação do paciente psiquiátrico, o qual perde sua identidade e seu direito à liberdade.

As violências humanas nos manicômios são denunciadas constantemente, revelando, assim, a necessária reforma desse espaço institucional, comparado a campos de concentração. Entretanto, uma contradição é presente, pois ao mesmo tempo em que as políticas condenam os manicômios, estes continuam a existir (e até se expandem em todo o mundo ocidental), já que fazem parte da organização social; neles, são utilizados tratamentos de natureza física e química: remédios, eletrochoques, contenção, isolamento.

Na Inglaterra, em fins da década de 1950, começa um movimento que propõe práticas alternativas ao manicômio (AMARANTE, 1996). Tal movimento se efetiva a partir da reforma sanitária, quando o sistema de saúde nacionaliza-se e os ingleses incorporam a assistência psiquiátrica ao novo modelo, permitindo, dessa forma, um redimensionamento da prática asilar.

O movimento das comunidades terapêuticas, que tem início na Inglaterra em 1959 por iniciativa de Maxwell Jones, fez surgir uma nova relação entre o hospital psiquiátrico e a sociedade, demonstrando a possibilidade de os doentes mentais serem tratados fora do manicômio, ou seja, na comunidade. A ideia de comunidade terapêutica passa a significar

o envolvimento de todos os atores sociais no processo terapêutico, e os pacientes tornam-se sujeitos ativos nessa troca de experiências.

Ao mesmo tempo, a política francesa de setor, que tem como fundamento teórico a psicoterapia institucional, contesta o manicômio como espaço terapêutico e preconiza a reorganização da saúde mental, levando à criação de várias estruturas extra-hospitalares para dar suporte externo ao hospital psiquiátrico.

De acordo com Gondim (2001), além das reformas realizadas na Europa, os Estados Unidos também desenvolvem seu projeto de cuidados para os doentes mentais, denominado Psiquiatria Preventiva ou Comunitária. A experiência americana almeja uma reforma radical na psiquiatria, com objetivo de prevenção e erradicação das doenças mentais. Ainda no século XX, a psiquiatria continua a buscar caminhos para responder a todas as questões sobre a doença mental.

Na década de 1960, surge o movimento da antipsiquiatria, com expansão da crítica ao paradigma asilar em várias partes do mundo. Na Itália, um dos precursores do movimento foi o psiquiatra Franco Basaglia.

Basaglia et al. (1985) adotam o termo antipsiquiatria do livro “A gramática da vida”, de 1967, do autor sul-africano David Cooper. Em um de seus capítulos, Cooper trata da oposição aos métodos da psiquiatria ortodoxa da época; mediante uma reflexão crítica da ciência psiquiátrica como única detentora do saber sobre a doença mental aponta, ainda, para a necessidade de desconstrução dessas instituições.

Como descreve Amarante (1996), o processo de reforma, na Itália, começa no interior das instituições, seguindo os passos das comunidades terapêuticas na Inglaterra e do movimento denominado “psicoterapia institucional” na França. Além disso, recebe influências da sociologia de tradição marxista italiana, do existencialismo e da teoria crítica (Escola de Frankfurt). Tais bases teóricas induzem ao questionamento da forma de assistência e controle social das instituições totais, bem como dos mecanismos de poder dessas instituições.

A partir de então, os movimentos colocam em questão o próprio dispositivo médico psiquiátrico e as instituições a ele relacionadas. As experiências conduzidas por Franco Basaglia nas cidades italianas de Gorizia

e Trieste, de fato, têm como principal referência a defesa da desinstitucionalização.

MUDANÇA: A LIBERDADE É TERAPÊUTICA

Franco Basaglia nasceu na cidade de Veneza (Itália) em 1924. Iniciou o curso de Medicina, em 1943, na *Università di Padova*. Seu envolvimento com estudantes antifacistas termina em denúncias e na sua prisão.

Colucci e Di Vittorio (2001) relatam que Basaglia conclui o curso de medicina em 1949 e passa a trabalhar como professor assistente na *Clinica di malattie nervose e mentali dell'Università di Padova*, onde permanece até 1961. Tem pouco progresso na carreira, pois o ambiente universitário em Pádua não propicia o desenvolvimento do seu trabalho em psiquiatria baseado em autores da antropofenomenologia e da análise existencial.

Em 1961, Basaglia é convidado pelo diretor dessa clínica a assumir a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia. A direção de um manicômio, na época, era considerada “fim de carreira”, mas a falta de perspectiva na carreira universitária fortemente hierárquica e autoritária leva Basaglia a aceitar o cargo na longínqua e inexpressiva cidade. No mesmo ano, visita a Inglaterra e amplia o seu conhecimento sobre comunidades terapêuticas, dando novos rumos às mudanças institucionais em Gorizia inspiradas no modelo de Comunidade terapêutica de Maxwell Jones.

Em seu artigo *I luoghi della cura*¹, Dell'Acqua (2009) refere que Basaglia, quando entrou pela primeira vez no manicômio de Gorizia, ao confrontar-se com a violência, perguntou-se indignado: “O que é a psiquiatria?”, o que o levou à discussão do método científico e à reflexão sobre o paradigma psiquiátrico em sua essência: “o doente e não a doença”.

Ao colocar a doença entre parênteses, Basaglia (1997) traz à tona o fracasso do controle pelo poder absoluto do opressor (psiquiatra e enfermeiros) e constrói uma nova dinâmica nas relações entre a pessoa em sofrimento mental e a equipe que busca um eixo nesta tênue linha chamada de normalidade. O importante não é a doença, mas o doente e a lógica de desapropriação de seus direitos e de sua liberdade.

¹ “Os lugares dos cuidados” (tradução nossa).

Franco Basaglia, sua equipe e os ex-pacientes, agora no papel de agentes de transformação, passam a construir um pacto social que possibilita a mediação entre a prática e o discurso teórico, culminando em rupturas com o modelo vigente voltado para a reclusão.

Em assembleias com médicos e enfermeiros, os internos começam a protagonizar suas vidas por meio de pequenos movimentos, expressando seus desejos, até mesmo de coisas como uma escova de dentes ou um pente individual, visto que os que estavam disponíveis eram coletivos. Voltam a ter uma vida social: as portas são abertas (sistema open door) e as pessoas podem transitar livremente. É abolida qualquer forma de tratamento violenta e começam a ser utilizados os psicofármacos (COLUCCI; DI VITTORIO, 2001).

O movimento de Gorizia redefine conceitos e papéis que, além de resgatarem valores humanos fundamentais como liberdade e igualdade, mudam toda a lógica manicomial. A bandeira do movimento de luta antimanicomial é sintetizada na frase “A liberdade é terapêutica”. É aprovada, em 1968, a Lei Mariotti, que dá suporte à expansão de serviços no território.

Reunindo depoimentos da equipe médica, de pacientes e colaboradores do hospital psiquiátrico de Gorizia, Basaglia e colaboradores publicam, em 1968, *A instituição negada*, que revela a imagem da instituição e sua relação de poder com o paciente. Aborda não apenas a questão do hospital psiquiátrico, mas a da psiquiatria enquanto ideologia. A negação implica também superação e invenção de novas formas de atuação, tornando necessário um conjunto de transformações, não somente no saber psiquiátrico, mas nas políticas implementadas até então. Nesse livro, pela primeira vez, denuncia-se que o hospital psiquiátrico não pode ser reformado acatando regras e leis relacionadas à ordem e ao controle social, não pode alcançar o objetivo de oferecer assistência e cura, sendo antes de tudo produtor de doenças (AMARANTE, 1996).

O objetivo não é negar a doença mental e, conseqüentemente, deixar de tratá-la, mas negar o manicômio que, através da assistência e controle social, assume mecanismos de poder que o tornam detentor do saber

e do controle total da vida das pessoas, com base na noção de “loucura” como alienação, erro, periculosidade (ROTELLI, 1990).

DESCONSTRUÇÃO DO MANICÔMIO

Em 1969, Basaglia é convidado para exercer a função de professor visitante no Community Mental Health Center situado no bairro de Brooklyn, em Nova York, onde permanece seis meses e conhece de perto a psiquiatria comunitária norte-americana. Quando retorna à Itália, deixa o trabalho em Gorizia por não obter autorização da administração local de centro-esquerda para a abertura de centros de saúde externos ao hospital. Aceita, então, o convite do secretário de saúde de Parma, Mario Tommasini, para trabalhar nessa cidade.

Em 1971, presta concurso e assume a direção do hospital psiquiátrico de Trieste a convite de Michele Zanetti, professor universitário e presidente da Província, pela coligação de centro-esquerda, que administra o hospital. Zanetti compromete-se a dar apoio ao projeto de desconstrução do manicômio de Trieste e à implementação da rede de assistência no território.

No cargo de diretor, Basaglia organiza o grupo de trabalho com jovens médicos, sociólogos, psicólogos, assistentes sociais, voluntários e estudantes provenientes de diversas partes da Itália e da Europa, atraídos pela proposta de transformação. Trieste deve superar o trabalho de reforma realizado em Gorizia construindo uma rede de serviços no território, alternativa e substitutiva, com muitas funções: oferecer cuidados, hospitalidade, proteção e assistência (DELL'ACQUA, 1995).

Em dezembro de 1971, ainda estão internadas no hospital 1182 pessoas, com um *turnover* anual de aproximadamente 1300. O desafio que se apresenta para a nova equipe é a utilização da internação voluntária – mecanismo introduzido na legislação italiana pela lei 431/1968 – como instrumento fundamental que possibilita à pessoa com transtornos mentais exercer seu direito de liberdade e de interlocução no processo de cuidados que recebe. No ano seguinte, a unidade na qual eram aplicadas terapias de choque e contenções físicas é desativada, sendo abolida qualquer forma de violência como tratamento. Diversas iniciativas começam a surgir: festas,

o bar *Posto delle Fragole*, um jornal dos pacientes, entre outras (AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI – ASS, 2010).

Em 1973, surge a categoria “hóspede”, reservada aos pacientes que embora tenham recebido alta permanecem no hospital não por justificativas psicopatológicas, mas por não possuírem recursos próprios para viver fora da instituição.

Objetivando resgatar o habitar para os pacientes que até então tinham tido como moradia a instituição psiquiátrica, organiza-se o primeiro *gruppo-appartamento*² numa das unidades do hospital, tornando-se o primeiro grupo de convivência da cidade de Trieste. A administração lhes fornece um quarto ou apartamento no espaço hospitalar como forma de amenizar a dívida social do Estado para com essas pessoas. Os hóspedes podem entrar e sair, não estão mais sob tutela ou tratamento (AMARANTE, 1996).

A moradia e o trabalho representam a real transformação desse processo: o direito das pessoas que padecem de sofrimento mental de receber cuidados é respeitado mediante práticas de reabilitação, não de internação.

Ainda em 1973, o espaço da primeira unidade do hospital psiquiátrico desativada transforma-se numa oficina de pintura, escultura e teatro. Participam das atividades os pacientes de várias unidades do hospital, bem como atores, pintores e artistas locais. Nesse ambiente de transformações, nasce Marco Cavallo³, um grande cavalo azul feito de madeira e papel machê, que simboliza o desejo de liberdade de todos os pacientes. No último domingo de março de 1973, Marco Cavallo é levado pelas ruas de Trieste por pacientes, profissionais, artistas e outros cidadãos; símbolo de liberdade para aqueles que foram encarcerados no manicômio, representa seu retorno para a cidade (ASS, 2010).

² Residências terapêuticas, ou núcleos de convivência.

³ Essa e outras histórias são contadas em *Marco Cavallo. Da un ospedale psichiatrico la vera storia che ha cambiato il modo di essere del teatro e della cura*, de Giuliano Scabia, publicado pela editora Alfabeta Verlag em 2011. O livro faz parte da Coleção 180 – Archivio Critico della Salute Mentale e contém textos de Franco Basaglia, Umberto Eco e Giuseppe Dell’Acqua/Elisa Frisaldi. Foi lançado junto com o DVD *Marco Cavallo 1973-2004*.

No mesmo ano, os pacientes criticam o modelo da ergoterapia⁴, reivindicando um trabalho real; constitui-se, então, a primeira cooperativa de trabalho, a Cooperativa Lavoratori Uniti: sessenta pacientes começam a trabalhar com contratos regulares na limpeza das enfermarias, na cozinha e no parque do hospital. O reconhecimento do direito ao trabalho e o rompimento da lógica manicomial coloca em evidência que as pessoas com transtornos mentais podem realizar percursos reabilitativos.

A reforma psiquiátrica italiana desconstrói o saber psiquiátrico e opressor e enfatiza um novo olhar sobre o sofrimento psíquico. A inovação do paradigma italiano culmina no reconhecimento da cidade de Trieste como “área piloto”, em 1973, pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Como relata Dell’Acqua (1995), na cidade de Gorizia em 1974, tem lugar o primeiro congresso do movimento *Psichiatria Democratica* intitulado *La pratica della follia*⁵, em que se constrói uma aliança entre o movimento anti-institucional e as forças políticas e sindicais de esquerda. No ano seguinte, Basaglia e Franca Ongaro (1975) escrevem *Crimini di pace*⁶, que trata dos intelectuais e técnicos na custódia da instituição da violência. No mesmo ano, é aberto o primeiro centro de saúde mental no território. No fim de 1976, Basaglia decide anunciar publicamente o fechamento do hospital psiquiátrico como fato irreversível.

Em 1977, no *Compensorio di San Giovanni*⁷, é realizado o terceiro encontro do *Réseau internazionale di alternativa alla psichiatria*, intitulado *Il Circuito del controllo* (BASAGLIA, 1982)⁸, que contou com a participação de quatro mil pessoas.

Em 1978, delimitam-se as áreas de referência no território: 50.000 pessoas, em média, por centro de saúde mental, viabilizando-se, assim, o

⁴ Método de tratamento e de reeducação para pacientes que consiste em fazê-los executar um trabalho apropriado às suas capacidades funcionais diminuídas, levando-os ao equilíbrio psíquico. Historicamente, o termo foi associado, muitas vezes, a atividades realizadas somente para “passar o tempo” em instituições, ou ao trabalho não reconhecido como atividade produtiva e, portanto, não remunerado de forma apropriada.

⁵ “A prática da loucura” (tradução nossa). O movimento *Psichiatria Democratica* foi fundado por Basaglia e outros colaboradores para promover trocas entre as várias experiências de psiquiatria alternativa que estavam surgindo na época.

⁶ “Crimes de paz” (tradução nossa).

⁷ Como ficou conhecida a área do ex-hospital psiquiátrico de Trieste. Também chamada de *ex-OPP (Ospedale Psichiatrico Provinciale)*, hoje tornou-se o Parque de San Giovanni.

⁸ “O Circuito do controle” (tradução nossa).

trabalho da equipe dos Centros, que permanecem abertos 24 horas. Em 13 de maio desse ano, é aprovada a “Lei 180” – ou “Lei da Reforma psiquiátrica italiana”, também conhecida como “Lei Basaglia” por ter-se inspirado nele –, que reconhece necessidades e direitos da pessoa que padece de sofrimento mental. Os legisladores da Lei 180 atribuem à administração pública a responsabilidade de acolhimento e mediação dos serviços, que devem dotar-se de instrumentos para atender às necessidades das pessoas sem sobrepor-se a seus direitos. O Estado deve garantir o direito constitucional do cidadão designado como doente; essa é a grande inovação da Lei Basaglia (BASAGLIA et al., 1982).

Em novembro de 1979, Franco Basaglia deixa Trieste para assumir, em Roma, o cargo de coordenador dos serviços de saúde mental da Região Lazio. Em 1980, todavia, falece em Veneza. Franco Rotelli assume a direção dos serviços de Trieste. São anos de transição organizativa, pois a competência administrativa sanitária passa da Província, para a *Unità Sanitaria Locale*⁹.

Segundo Dell’Acqua (2009), para que essa rede funcionasse foi necessária a constituição de um ‘circuito’ de atendimento que, ao mesmo tempo, oferecesse e produzisse cuidados, propondo novas formas de sociabilidade e de subjetividade aos que necessitavam de assistência em saúde mental. Houve, também, o deslocamento das despesas do hospital psiquiátrico para a rede de serviços.

A desinstitucionalização é um circuito dinâmico em constante transformação, que ultrapassa a doença, o corpo e a psiquê; reescreve o corpo social, desconstruindo, outrossim, práticas e discursos que reduzem o indivíduo ao papel de doente mental.

Não basta promulgar leis; é preciso realizar mudanças concretas e efetivas para que se concretize a desinstitucionalização e se consiga integrar outros serviços em regime aberto, substitutivos ao manicômio, que promovam reabilitação psicossocial e qualidade de vida. A reforma psiquiátrica é um processo contínuo, da instituição negada à instituição inventada.

⁹ Na época, o órgão do sistema de saúde baseado na descentralização. Hoje, o Departamento de Saúde Mental de Trieste faz parte da *Azienda per i Servizi Sanitari Triestina*, órgão responsável pelos serviços territoriais de saúde.

De acordo com Rotelli (1990), o caminho da “instituição negada” para a “instituição inventada” possibilita o processo de desinstitucionalização do sistema psiquiátrico italiano, não ocorrendo mais a busca de cura, mas sim a “invenção de saúde”. Para que a instituição inventada exista, faz-se necessário negá-la constantemente, reconstruindo saberes, práticas e significados.

TERRITORIALIZAÇÃO

O ator social, nesse novo cenário, retorna à cidade, assumindo seu lugar no território, a partir do resgate de seus direitos. O termo “território” assume um significado novo: não de comunidade ou região geográfica, mas de espaço de contradições, produção de vida concreta e real (AMARANTE, 1995).

O contexto sócio-histórico mudou, o nível de sofrimento mental é diferente, o espaço dos cuidados é o espaço social que está dentro da normalidade, numa contínua relação com familiares, amigos e a comunidade em geral. Conseqüentemente, os profissionais da equipe de saúde mental têm um objetivo fundamental nesse percurso: precisam desconstruir seus conhecimentos para “aprender a aprender”, transformando seu papel tradicional de guardiões no de “operadores”, que atuarão no processo terapêutico de acolhimento.

O operador deve ser sensível à problemática da pessoa que padece de sofrimento mental e, através do diálogo e da escuta, dar possibilidade para juntos construírem um percurso de cuidados que será operacionalizado com a equipe.

Para Rotelli (1990), o papel da equipe não se expressa só nas reuniões, mas na forma de trabalhar juntos, na colaboração e confrontos cotidianos. O trabalho em equipe permite socializar as experiências, ajudando a enfrentar os problemas, avaliar, corrigir e compartilhar decisões. A equipe também funciona como “supervisor coletivo”, para que não ocorram práticas de violência no território através do poder de quem trabalha e de quem comanda.

O papel do operador se transforma quando ele atua dando novo significado à complexidade do problema, sem interpretar a loucura como erro, incapacidade, insanidade, doença mental, apenas trabalhando com a diversidade e respeitando o modo de viver do ator social, um modo diferente de relacionar-se com o mundo. O saber, portanto, não deve ser usado como técnica normativa, mas sim como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991).

PORTAS ABERTAS

Em sua entrevista neste livro, Dell'Acqua afirma que precisamos refletir sobre o que significou e o que significa abrir as portas do manicômio nesse processo de desconstrução. Num primeiro momento, esse ato teve uma dimensão política, fazendo emergir a prerrogativa do cidadão para a sociedade que estava atrás daquelas portas, símbolo da negação do encontro, da impossibilidade. Com a sua abertura, isto é, com a presença das pessoas no contexto, nas relações, abre-se o campo das possibilidades que é, simplesmente, a negação do destino, ou melhor, a negação da impossibilidade.

O sofrimento mental significava entrar no campo do não retorno, da impossibilidade, do destino, do que certamente aconteceria: doente mental hoje e sempre. Atualmente, a relação com os atores sociais baseia-se nessa outra dimensão, que aumenta, por assim dizer, a qualidade da demanda: a pessoa, inserida num campo de possibilidades (e não num campo de definições que limitam o seu ser), escolhe continuamente entre demandar, procurar, ou até negar a presença do terapeuta – na busca por algo diferente –, mas se move sempre no campo da negociação.

Na construção de uma nova ação terapêutica integrada, outras formas de cuidado são possíveis, mediante cooperativas de trabalho, projetos terapêuticos personalizados, centros diurnos com propostas variadas de atividades. Esses são alguns instrumentos que possibilitam ao indivíduo transformar seu modelo de vida num contexto em que o sujeito e outros atores se confrontem e alcancem a libertação de si mesmos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste ensaio teórico foram apresentados alguns aspectos da reforma psiquiátrica triestina, articulando os saberes teórico-metodológicos produzidos por esse movimento à sua contribuição mundial para a saúde mental.

Trieste vive hoje uma fase de ampliação das políticas de integração, bem-estar e assistência social, através do *budget di salute*¹⁰. Trata-se de uma estratégia inovadora de financiamento no que diz respeito às formas de contrato de serviços sociais que podem apoiar projetos personalizados, pois leva em conta todos os atores e os recursos¹¹ envolvidos no processo e transforma os custos de bem-estar social em investimentos produtivos. O custo final do projeto é composto por um conjunto de recursos que envolve vários serviços, públicos e privados.

Um aspecto fundamental se refere a como manter a singularidade do ator social na vida cotidiana, alargando seu campo de possibilidades, através da manifestação de seus desejos, direitos e de sua dignidade, isto é, dentro da normalidade, sem a categorização de crônico e agudo, apenas um ser em sofrimento (SADE, 2012).

Basaglia (1997) afirma que o sentido de normalidade depende do sentido de cura que, para ele, é estar na vida, encontrar um ponto de equilíbrio nas relações com o social que garanta um grau de autonomia, sendo o trabalho e o habitar algumas das formas de garantia nesse contexto dinâmico.

Como conclusão, é importante ressaltar que os desafios da desinstitucionalização estão calcados em salvaguardar a saúde, reconhecer e respeitar o outro e estar em constante revisão de valores: o que era ontem, hoje não é mais. Vale lembrar, por fim, que os pilares da desinstitucionalização – ética, direito e cidadania –, sustentam um terreno de ações em que o poder na relação se dilui, ou seja, o profissional ajuda a pessoa em

¹⁰ Instrumento para orçamento individual de projetos em saúde mental, que inclui todos os recursos necessários para o seu desenvolvimento.

¹¹ Recursos, na concepção triestina, é tudo aquilo de que se dispõe em termos de ajuda material, instrumentos, serviços, lugares, oportunidades de agregação e sociabilização. Esta riqueza é fruto do trabalho de desinstitucionalização, cujo objetivo é a promoção, no território, de formas de garantia, proteção e apoio à pessoa em sofrimento psíquico.

sofrimento mental a trilhar um caminho a partir de suas próprias escolhas, respeitando sua subjetividade e permitindo-lhe sonhar com um futuro.

Os saberes e práticas aqui mencionados são alguns caminhos e ações que poderão contribuir como análise e reflexão para a reforma psiquiátrica brasileira. Atualmente, no Brasil, apesar da existência de legislação específica que busca amparar pessoas com sofrimento mental, as ações ainda são insuficientes; são necessárias medidas efetivas para sua aplicação, a fim de que as internações não continuem ocorrendo nas instituições psiquiátricas e os serviços substitutivos sejam os instrumentos que permitam confrontar e redimensionar o atual processo da reforma da saúde mental.

Cabe ressaltar que esses mecanismos são construídos sobre um novo paradigma: cuidar, desmistificando a insanidade. Entretanto, a apropriação da liberdade não ocorre para os atores sociais que escrevem suas “histórias de vida” nas paredes das instituições, nas portas trancadas e nas camisas de força químicas.

Enquanto a reforma psiquiátrica brasileira atua no plano da reversão do paradigma ainda vigente, os pressupostos da reforma italiana norteiam e superam esta lacuna, introduzindo uma ética diversa fundamentada em novas bases conceituais de saúde pública e políticas de proteção social no que concerne, sobretudo, à liberdade e ao direito.

Trieste, hoje, continua buscando respostas para algumas questões. Como promover uma cultura que se renove constantemente a partir dos novos protagonistas – tanto usuários como técnicos – revendo e reconstruindo saberes, reciclando conhecimentos? Como não perder a historicidade do movimento basagliano nem prender-se à bandeira basagliana? A dinâmica da história é ardilosa e depende dos homens e mulheres concretos para ser vivida e desdobrada, mas é nesse tecido social que os atores da saúde mental triestina podem-se reconhecer, para reinventar novos ritmos e estilos e reconstruir a história.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 1995.

_____. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI (ASS) n°1 Triestina. Dipartimento di Salute Mentale di Trieste. *La Guida ai Servizi di Salute Mentale*. Trieste, 2010.

BARROS, D. D. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: EDUSP, 1994.

BASAGLIA, F. (a cura di). *Che cos'è la psichiatria?* Milano: Baldini Castoldi Dalai, 1997. (I Nani).

_____. (Org.). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Trad. He-loisa Jahn. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

BASAGLIA, F.; ONGARO BASAGLIA, F. (a cura di). *Crimini di pace*. Torino: Einaudi, 1975. (Nuovo Politecnico).

BASAGLIA, F. et al. Il circuito del controllo: dal manicômio al decentramento psiquiátrico. In: ONGARO BASAGLIA, F. (a cura di). *Basaglia Scritti vol. II*. Torino: Einaudi, 1982.

COLUCCI, M.; DI VITTORIO, P. *Franco Basaglia*. Milano: Bruno Mondadori, 2001.

DELL'ACQUA, G. Gli anni di Basaglia. In: LABORATORIO DI FILOSOFIA CONTEMPORANEA DI TRIESTE. *Follia e paradosso: seminari sul pensiero di Franco Basaglia*. Trieste: Edizioni "e", 1995. p. 151-155.

_____. *I luoghi della cura: buone e cattive pratiche*. Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, 2009. Disponível em: <<http://www.triestesalutementale.it/letteratura/testi/37iluoghiidellacura.mht>>. Acesso em: 24 jun. 2014.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. In: DELGADO, J. (Org.). *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Resenha, 1991. p. 53-79.

FOUCAULT, M. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GONDIM, D. S. M. A primeira reforma: descoberta e liberdade. In: _____. *Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. p. 5-10.

LA HAYE, J. L. *A morte no manicômio: história da antipsiquiatria*. Manaus: Ed. UFAM, 2007.

PESSOTTI, I. *A loucura e as épocas*. São Paulo: Ed. 34, 1994.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização, uma outra via. In: ROTELLI, F. et al., *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

SADE, R. M. S. *Caminhos da desinstitucionalização: buscas e conquistas*. Um estudo sobre a implantação de residências e lares terapêuticos infanto-juvenil. Buenos Aires: AASM, 2012.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1999.

FRANCO ROTELLI



Franco Rotelli nasceu na Região da Lombardia e vive em Trieste há quarenta anos. Psiquiatra, trabalhou dez anos com Franco Basaglia e foi seu sucessor na direção dos serviços de saúde mental de Trieste. Foi diretor geral: da *Azienda per i Servizi Sanitari di Trieste*, de 1998 a 2001; da *Azienda Sanitaria Locale di Caserta*, de 2001 a 2004; e novamente da *Azienda per i Servizi Sanitari di Trieste*, de 2004 a 2010. Desde 2013, é representante do órgão legislativo da Região Friuli-Venezia Giulia, eleito pelo *Partito Democratico*, e presidente da *Commissione Sanità e Politiche Sociali*¹ da Região. Por seu comprometimento com a inovação da instituição pública, recebeu um prêmio do Fórum de Administração Pública em 2008. Teve uma forte atuação no desenvolvimento dos serviços sanitários territoriais de Trieste e das cooperativas sociais. Protagonista na defesa da reforma psiquiátrica

¹“Comissão de Saúde e Políticas Sociais” (tradução nossa).

na Itália, é um dos grandes responsáveis pela recuperação arquitetônica do Parque de San Giovanni. Sua carreira profissional é marcada por inúmeras contribuições em atividades de consultoria e formação. Participa ativamente de Seminários e Conferências internacionais a convite de instituições de pesquisa, universidades, institutos culturais de países como Espanha, Argentina, Brasil, Cuba, Grécia, Suécia, Canadá, Colômbia, Holanda, França, México, Bélgica, República Dominicana, El Salvador, Irlanda, Japão. Com uma produção acadêmica brilhante, é autor de inúmeros artigos e livros.

O primeiro encontro de nossa entrevista acontece numa tarde ensolarada de inverno no Parque de San Giovanni. Franco, com seu jeito calmo e seu tom de voz baixo, transmite tranquilidade, criando um clima acolhedor. Explora de forma dinâmica o roteiro de perguntas: discorre longamente sobre sua trajetória e utiliza as perguntas somente como suporte para sua linha de pensamento. Introduzirei apenas algumas das questões por ele analisadas.

De que maneira o Departamento de Saúde Mental de Trieste promoveu, entre outros, o direito de habitar?

Posso dizer algumas coisas a respeito dessas perguntas, mas é preciso partir do pressuposto de que não trabalho nos serviços de saúde mental de Trieste há quinze anos. Trabalhei nesses serviços de 1970 a 1995, mas, nestes últimos quinze anos, realizei outros trabalhos, entre eles o de diretor geral da *Azienda Sanitaria* de Trieste e da de Caserta. Assim, algumas perguntas muito específicas sobre como funciona hoje o Departamento de Saúde Mental é melhor que sejam respondidas por outras pessoas.

No que se refere à promoção do direito de cidadania relacionado à questão da moradia, do habitar, de poder ter um próprio “habitat”, um próprio lugar onde morar, muito foi feito, em Trieste, para as pessoas que tinham ficado internadas no hospital psiquiátrico e que tinham estado longe de suas casas por um período longo. Como resultado desse processo, acredito que a maioria das pessoas com problemas de transtorno mental, atualmente, recebam cuidados morando na própria casa. Ao buscar reinserir as pessoas egressas de longas internações que não possuíam mais um lugar para morar, deparava-se, obviamente, com as questões de moradia, trabalho, sociabilidade que, junto com a questão das relações afetivas, precisam

sempre ser trabalhadas pelos serviços de saúde mental, quando se fala de reabilitação, reinserção, inclusão social.

Estas não podem ser questões deixadas para a assistência social e para as políticas sociais, devem ser questões que os serviços de saúde mental enfrentam, colaborando com outras estruturas também; de qualquer forma, os serviços de saúde mental não podem deixar de assumir uma responsabilidade direta em relação a essas questões, devem buscar soluções e respostas para elas. Lembro que no fim dos anos 70, quando foi aprovada a Lei 180 (em 1978), que estabelecia que ninguém mais podia ser internado em hospitais psiquiátricos na Itália, nós continuávamos a dar alta às pessoas internadas no hospital psiquiátrico de Trieste e buscávamos soluções para essas pessoas. Na época, encontramos uma série de apartamentos para alugar, dos quais três foram alugados por médicos – alugávamos apartamentos disponíveis no mercado imobiliário no nosso nome e os usávamos como moradia para pequenos grupos de pacientes. Entretanto, o problema da moradia tinha que se tornar público; por isso, em 1978, nós, profissionais, junto com pacientes, ocupamos um grande edifício de propriedade pública da cidade que estava abandonado, um belo e grande edifício que estava inutilizado, para mostrar à cidade a necessidade de moradias.

Durante duas semanas ocupamos esse prédio; isso causou um grande escândalo na cidade, pois médicos, enfermeiros e pacientes psiquiátricos que se unem para ocupar um edifício público obviamente constituía uma contradição muito forte. Achávamos que essa contradição tinha que ser mostrada à cidade clamorosamente, pois não podíamos continuar a dizer que era necessário fechar o hospital psiquiátrico sem enfrentar, ao mesmo tempo, exatamente as questões de moradia, trabalho, etc.

Acreditávamos que essa era uma tarefa dos técnicos, mas nos respondiam que era uma tarefa dos políticos, que os profissionais de saúde não deviam realizar ações como aquela, que tínhamos que esperar o tempo da política, pois a política devia dar respostas, atender a essas necessidades. Ao contrário, nós sempre afirmamos que os profissionais, através de suas ações, de sua presença, com seus corpos, devem mostrar as contradições das quais são portadores; não podem calar-se diante da política, esperar pela política, delegar à política, mas devem continuamente pleitear junto à política,

colocar os problemas com força para a política, provocar o poder político, a fim de que as questões sejam enfrentadas corretamente.

O direito à moradia é um direito fundamental do cidadão e essa nossa ação, na época, permitiu abrir um debate na cidade sobre o tema. Gradualmente, edifícios de propriedade pública começaram a ser disponibilizados e outros foram comprados no mercado imobiliário privado com dinheiro público, criando a possibilidade de alugar casas e apartamentos para expacientes. Muitos anos depois, foi aprovada uma lei que autorizava o órgão que administra moradias populares a reservar uma cota desses imóveis para pessoas com problemas de transtorno mental e a destinar aos serviços públicos um certo número de apartamentos para hospedar pessoas em situação de vulnerabilidade, com problemas psiquiátricos, de dependência, ou de outros tipos. Em termos gerais, não há mais um problema de moradia hoje em Trieste, pois através dessas várias ações é possível encontrar imóveis tanto para pequenos grupos de usuários quanto para pessoas que queiram morar sozinhas. Às vezes, leva um certo tempo, mas, fundamentalmente, não temos mais esse problema.

Por outro lado, há uma questão que se repropõe continuamente, ou seja, a questão dos mecanismos de reprodução contínua da marginalização nas cidades. É evidente que os mecanismos de exclusão e de marginalização nunca são eliminados definitivamente. De fato, existe uma tendência, que é possível observar em vários lugares da Itália, a acumular situações problemáticas em determinados bairros, em determinados conjuntos habitacionais; há áreas da cidade destinadas a pessoas que saem de instituições fechadas, pessoas com deficiência, com problemas de dependência química, etc. Isso quer dizer que os órgãos públicos conduzem muitas vezes uma política míope, colocando pessoas com problemas em áreas a isso destinadas, em vez de espalhar os problemas pela cidade, para evitar que se acumulem em bairros periféricos, em “bairros-gueto”, nos quais depois, obviamente, o convívio social torna-se difícil e os problemas do habitat social, da sociabilização, do viver tornam-se irreversíveis.

Esta é uma questão eterna; nunca se vence a batalha contra a exclusão, que começa em níveis mais brutais, mais violentos, como acontece no manicomio, por exemplo, e entra depois, gradualmente, no tecido urbano, no qual esses mecanismos se repropõem continuamente nas políticas sociais

e na realidade. A verdadeira questão é se queremos mesmo desenvolver uma política de saúde mental séria e percorrer passo a passo esse caminho, incansavelmente, continuando a colocar-nos na trincheira da relação entre exclusão e inclusão, e fortalecendo os serviços públicos e os serviços de saúde mental, através da atuação dos psiquiatras e demais profissionais, pois os direitos são sempre fracos e para defender os direitos fracos dos “loucos” é preciso ter serviços fortes.

Além disso, é necessário propor constantemente uma normalidade enriquecida, pois a inércia das políticas sociais, ao contrário, normalmente propõe a guetização de uma normalidade empobrecida que corre o risco de transformar-se na confirmação da anormalidade das pessoas. Esse é o problema, no que se refere a todos os aspectos, também às terapias físicas, à defesa dos direitos sociais, políticos e dos direitos civis, ao próprio papel do psiquiatra e dos outros profissionais de saúde mental.

É fundamental continuar a considerar o tecido social como objeto do próprio trabalho. Um tecido social deve ser constantemente questionado, modificado, permeado por uma cultura, justamente, de inclusão contra a exclusão, de integração contra a marginalização, de relação contra a solidão, de complexificação contra a redução a práticas simplistas, farmacológicas, psicoterapêuticas ou de outro tipo. Este é o trabalho da saúde mental: propor continuamente um tecido de complexidade que se oponha a tendências hierárquicas, centralizadoras, simplificadoras, biológicas, reducionistas, que criam constantemente mecanismos de afastamento do outro.

A persistência do modelo médico que vê de um lado a crise e de outro a cronicidade condena ao fracasso o trabalho terapêutico-reabilitativo nas residências. É possível sair dessa contradição?

Nisso também se insere o problema da crise e da cronicidade, que são palavras falsas; quando se usam tais palavras é preciso saber que são tão perigosas quanto um bisturi. Usam-se muito, em psiquiatria, as palavras crise e cronicidade, mas, na verdade, elas são invenções, são palavras perigosas. A cronicidade não existe em psiquiatria, pois não existe uma pessoa crônica. A cronicidade é simplesmente um cenário em que os serviços de saúde mental se rendem, o psiquiatra se rende: é crônico o psiquiatra, não o paciente; é crônico o serviço que se repete e não é capaz de modificar

mais nada em si e na relação com o paciente. A crise em psiquiatria deveria ser considerada sempre uma situação que permite que um problema seja explicitado. A crise em psiquiatria é a manifestação de um problema que pode ser ocultado, escondido, silenciado, mas que continua existindo mesmo assim.

Não se trata de silenciar, nem através de uma definição de crise ou de cronicidade; trata-se de levar a sério o que é necessário fazer, o que se deve procurar fazer. Isso significa ter consciência, sempre, de que tudo o que foi feito até o dia anterior não basta e que é preciso inventar algo novo a cada dia, algo mais rico, diferente, pois esse é o trabalho terapêutico, não existe outro trabalho terapêutico que não seja esse. E isso implica, possivelmente, um trabalho em equipe e o envolvimento de vários atores. Por que dizemos que é preciso envolver a comunidade? Porque, na comunidade, existem muitos recursos humanos, diferentes, e somente através do envolvimento de tantos recursos humanos é possível imaginar que se criem cenários em que o paciente possa encontrar uma brecha para sair de seu fechamento, uma oportunidade. Foi isso que mudou em todos estes anos, mudou o setting: do manicômio ao ambulatório, ao centro de saúde mental, à comunidade. O espaço do cuidado, portanto, é um espaço social, um espaço inserido nas tramas da normalidade que inclui os serviços, mas serviços inseridos nesses tecidos de normalidade.

Do momento da crítica ao manicômio, “a pessoa e não a doença”. Quanto a compreensão da pessoa mudou?

Na nossa experiência, os centros de saúde mental são espaços abertos ao bairro, onde se entra e dos quais se sai continuamente; onde há uma relação constante com familiares, amigos, pessoas do bairro ou de outros lugares, e com outros tipos de serviço que ajudam a mobilizar os múltiplos recursos da comunidade. Não há nada a fazer além disso, pois se quisermos partir das necessidades das pessoas e não dos sintomas das doenças, o que é indispensável, teremos que nos confrontar com tais necessidades através do envolvimento de várias pessoas, tendo consciência de que tais necessidades são de diversos tipos, naturezas, níveis e que não existe uma resposta simplificada possível.

De qualquer forma, o trabalho no território e na comunidade, depois do manicômio, consiste exatamente em fazer o contrário de tudo o que se fazia no manicômio: o manicômio fechava, e você, ao contrário, deve abrir; o manicômio controlava, e você deve criar oportunidades de vida para as pessoas; o manicômio separava do contexto social, e você deve reconstruir vínculos com o tecido social. No manicômio, o poder dos médicos e dos enfermeiros era absoluto; no território, esse poder deve ser relativizado, reduzido, ser um dos vários poderes que entram em ação, de modo que a contratualidade do usuário torne-se elemento fundante da relação terapêutica.

No manicômio, ainda, as pessoas eram silenciadas; no território, a relação é exatamente oposta e as pessoas devem resgatar protagonismo, palavra, poder. No manicômio, qualquer comportamento anormal era de alguma maneira punido; no território, todo comportamento anormal deve ser visto como recurso, alavanca para uma evolução, uma emancipação, uma relação diferente com o mundo. É isso que representa, hoje, cuidar no território. Todavia, é claro que se nos fechamos num ambulatório, com o nosso jaleco branco, os medicamentos e os DSM III, IV, ou V nas mãos, com a catalogação de doenças infinitas, e amarramos as pessoas até mesmo nos hospitais gerais, além dos hospitais psiquiátricos, então estamos fora do caminho, estamos do lado oposto ao da perspectiva da reforma psiquiátrica, do trabalho que tem sido realizado onde a reforma foi aplicada.

Eu diria que o risco de um manicômio difuso² existe sempre, em todos os lugares, mas devemos ter cuidado para não usar palavras que não possuem ligação com a realidade: o manicômio é algo muito concreto, com regras muito concretas. Com certeza, podem ocorrer práticas violentas, de exclusão, de poder, de arrogância e de aniquilamento do outro fora do manicômio também, no território, ou em qualquer outro lugar, mas isso não equivale ao manicômio. O manicômio é uma realidade que deve ser eliminada, superada e basta. As práticas de poder, de opressão, de negação, de desvalorização do outro existirão sempre, em todos os lugares; ocorrem na psiquiatria, mas também nas escolas, nas relações interpessoais, na relação homem-mulher, são intrínsecas em diversos momentos da vida social. Há fábricas onde as condições de trabalho fazem com que o poder de quem trabalha equivalha a zero e o poder de quem comanda equivalha a cem.

² Reprodução do modelo manicomial na rede de serviços substitutivos em saúde mental.

A violência e a opressão, portanto, podem estar em qualquer lugar, são atitudes regulares nas prisões, em alguns asilos para idosos, em instituições que embora não sejam manicômios, possuem características semelhantes.

Todavia, cada um deve realizar um percurso; é um processo. No que se refere à saúde mental, é preciso levar em conta os vários níveis de contradição no contexto em que nos encontramos e enfrentar as contradições presentes naquele momento, senão corre-se o risco de considerar tudo a mesma coisa e depois não fazer nada. É necessário observar qual é o nível de contradição naquele determinado lugar e nesse nível de contradição criar o terreno, definir o objeto do próprio trabalho.

No Brasil, temos a lei de reforma psiquiátrica e temos, agora, mais força política. Como evitar o risco do manicômio difuso?

No Brasil, certamente vocês têm, hoje, uma grande oportunidade, pela grande compreensão que as forças políticas aparentemente têm do trabalho técnico e pelo fato de que um certo número de profissionais se conscientizou da importância de seu trabalho. Nessa conexão entre um certo número de profissionais conscientes e uma política que deseja levar adiante um processo de emancipação dos grupos sociais mais vulneráveis, de construção de um terreno de igualdade, de maior fraternidade entre as pessoas, as políticas de saúde mental podem assumir um papel muito importante.

Nos países europeus, perdeu-se completamente qualquer ideia de manter unidas as palavras da revolução francesa liberdade, igualdade e fraternidade. No Brasil, acho que se está tentando mantê-las unidas de alguma maneira. É claro que as contradições são enormes, mas parece que pelo menos há uma tentativa de imaginar que é preciso manter essas três palavras unidas.

Na relação com a pessoa em sofrimento mental, no trabalho em saúde mental, é muito importante tentar manter unidas estas três palavras: maior liberdade, maior igualdade e um sentido de fraternidade. No que se refere ao “louco”, isso significa fundamentalmente amor pela própria liberdade, pois acredito que podemos sentir os loucos como irmãos na medida em que percebemos neles, na relação com eles, a possibilidade de ampliar a nossa liberdade, uma ideia de liberdade. E acredito que este deva ser o principal objetivo de uma política de saúde mental: imaginar que estamos

trabalhando para mais liberdade para todos, apoiando os direitos dos loucos de estarem conosco e serem reconhecidos como cidadãos.

Você disse que o processo não deve ser inerte, que é um circuito dinâmico que não deve estancar-se, mas sim renovar-se a cada dia. Esse assunto é tratado no seu artigo “A instituição inventada”. Rever, mudar, num processo contínuo; é esse o processo de desinstitucionalização? Não se trata somente de fechar o manicômio, mas sim de um processo que não terminará nunca?

Claro. O fechamento do manicômio é uma etapa importantíssima, um objetivo importantíssimo. Entretanto, assim como dentro do manicômio você consegue começar a mudá-lo e projetá-lo para fora, pode acontecer, também, que o manicômio seja fechado [nós vimos isso] por vias administrativas, por uma decisão de cima para baixo, que não estabelece uma verdadeira mudança, mas simplesmente um fechamento administrativo: as pessoas são colocadas num lugar diferente e impede-se que outras pessoas sejam internadas. Esse não é um percurso de desinstitucionalização, de mudança; é um percurso de transinstitucionalização, um percurso simplesmente administrativo. Uma verdadeira mudança também pode começar dentro do hospital psiquiátrico. Podem-se inventar instituições dentro do hospital psiquiátrico: uma assembleia permanente, todas as portas abertas, uma cooperativa.

No que se refere ao trabalho, porém, você não inventa o trabalho em si, inventa o direito de ser trabalhador, logo de ser reconhecido como trabalhador, enquanto que nos hospitais psiquiátricos normalmente as pessoas trabalham, mas não têm seu direito de trabalhador reconhecido. Em todos os hospitais psiquiátricos do mundo as pessoas, os loucos, trabalham, mas não são reconhecidos como trabalhadores.

Quando você reconhece esse status de trabalhador, está inventando uma instituição, algo que antes não existia, ou seja, que um louco possa ser trabalhador. Institucionalmente, formalmente, isso não se dava, portanto é uma invenção institucional. Assim como também é uma invenção institucional uma cooperativa, uma residência autogerida, uma coabitação, coisas que também podem ser desenvolvidas dentro do hospital psiquiátrico.

Além disso, há tudo o que pode ser feito fora dos hospitais psiquiátricos, seja como organização dos serviços, portanto como verdadeiras institui-

ções, que possuem regulamento, normas, seja como comportamentos e ações de grupos, com a criação de grupos que exerçam determinadas funções. Em Trieste, temos um grupo que formou uma associação esportiva; temos um grupo que trabalha com a questão dos direitos, das políticas, a partir de um artigo da constituição, o artigo 32, artigo da constituição italiana que se tornou uma espécie de bandeira ao redor da qual as pessoas se reúnem para discutir sobre seus direitos sociais e políticos.

Outras invenções institucionais incluem um projeto terapêutico-reabilitativo personalizado, uma residência autogerida, um pequeno grupo de teatro, uma oficina de atividades. Em suma, trata-se de desenvolver projetos de qualidade, pois, principalmente no que se refere à qualidade dos gestos, é necessário imaginar a possibilidade de inventar instituições.

Na nossa trajetória, houve um momento, por exemplo, em que imaginamos a construção de um pequeno hotel no Caribe para levar nossos “loucos” e o fizemos, na República Dominicana, onde construímos um pequeno hotel vinte anos atrás. Durante alguns anos, também, usamos um barco a vela como barco-escola, para ensinar usuários a velejar; criamos, ainda, uma marcenaria, para fabricar móveis especiais. Muitas outras experiências funcionaram. Como o Marco Cavallo, que também é uma instituição inventada, pois é um símbolo que tem força, tem uma função. Marco Cavallo esteve em vários lugares da Europa e sempre foi um instrumento de comunicação, uma máquina, uma “instituição de comunicação”. Acho que precisamos, constantemente, inventar instituições de todos os tipos.

A instituição negada e a instituição inventada caminham juntas, não estão separadas. A mudança não acontece desta forma, ou seja, num momento temos a instituição negada e depois começa a instituição inventada; ambas se fundem, não é verdade?

É verdade. Há uma dialética, e uma crítica prática deve fornecer também soluções positivas; deve ser opositiva, mas também deve dar uma indicação positiva. Construir uma cooperativa é desinstitucionalizar um momento anterior de ergoterapia, da falsa terapia do trabalho, e transformá-la em algo diferente, numa cooperativa social. Assim como quando se cria uma oficina para atividades expressivas, artísticas com os loucos que, depois,

produz o Marco Cavallo, e ele se torna outro objeto, outra coisa, ocorre uma invenção que é Marco Cavallo.

Cada gesto, portanto, deveria levar à superação do que existia anteriormente. De alguma forma, é preciso dar a isso uma organização, é preciso estruturar algo, objetivar, para que não se perca o que acontece. Ao mesmo tempo, porém, é preciso imaginar que esse é um trabalho sem fim, que você deve recriar uma relação do seu corpo com os corpos dos outros diariamente; deve recriar mediações numa relação com sentido, em que você se arrisca, e o outro pode se arriscar porque você se arrisca, cria um novo terreno onde é possível comunicar as próprias energias, mobiliza a energia dos outros e estabelece uma relação de trocas. É um processo em que acontecem muitas coisas, que faz surgir uma relação afetiva, com sentido, e permite a identificação de um objetivo comum que, de alguma forma, é colocado em movimento.

E esse movimento deve ser contínuo, senão o processo torna-se crônico.

É preciso ter consciência de que muitos lutam contra esse processo, pois a inércia do poder e o poder da inércia são extremamente fortes. A sociedade em que vivemos não ama tudo isso, contrasta tudo isso. Portanto, você tem que ser mais rápido do que o mecanismo que os produz, que é rápido, mas você tem que ser mais rápido, se quiser criar espaços de liberdade. E isso é difícil, custa, e para que aconteça é preciso juntar uma série de recursos, de oportunidades; é preciso que exista um campo de forças que faça surgir tais espaços, pois nada o ajuda nesse processo, é um processo em que você se depara com as falsas mudanças da sociedade em que vivemos. Esta é uma sociedade que produz continuamente falsas mudanças; faz de conta que muda, constrói continuamente ideologias, falsificações. É uma sociedade que produz, continuamente, mecanismos de mistificação para que as pessoas permaneçam numa espécie de liberdade limitada, de liberdade vigiada. Estamos todos numa condição de liberdade vigiada; portanto, qualquer movimento que busque modificar essa nossa condição é visto imediatamente como algo preocupante, insidioso, algo que ameaça a ordem constituída. Tudo, então, é muito difícil.

Acho que, no Brasil, há uma energia direcionada para a mudança neste momento; logo, é possível manifestar muito mais a capacidade de não ser

sufocado pelas instituições. Todavia, é preciso evitar seguir uma ideologia muito mais à frente do que a realidade. Ainda existem realidades muito difíceis de serem modificadas e considero indispensável manter-se na linha de frente dessas realidades. Ainda existem fortes elementos de opressão e de violência, contradições sociais e desigualdades enormes; é necessário, portanto, eliminar boa parte dessas contradições. No Brasil, parece que existe essa capacidade de leitura e mobilização da sociedade de forma conjunta, em todos os planos, e não somente num plano, esquecendo-se dos demais.

No Brasil, do meu ponto de vista, é preciso criar uma rede mais forte, mais ampla, que inclua a saúde mental. Se uma pessoa não tem trabalho, nem moradia, ela poderá adoecer. A saúde mental no Brasil está muito próxima da pobreza, da falta de uma assistência mais desenvolvida, por isso é preciso criar uma rede maior que não cuide só da saúde mental, uma rede que seja social. Basaglia já dizia que as pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos eram, principalmente, pobres que não tinham família, ou que a família tinha abandonado; neles, as pessoas ficavam anos e anos, sem que ninguém se importasse com elas. O Brasil está mudando seu sistema social, mas ainda muito deve ser feito; é um país muito grande, com ampla desigualdade social.

Após dois meses, em outra tarde de inverno triestino, reencontrei Franco Rotelli para darmos continuidade a nossa entrevista, aprofundando alguns temas. Seu tom baixo de voz era entrecortado pelo vento que soprava de forma calma nesse dia. Rotelli começa fazendo uma reflexão ampla sobre política e condição psiquiátrica para, depois, refletir sobre a realidade brasileira e latino-americana.

É verdade que vivemos num mundo cada vez mais misturado pela globalização; um mundo, portanto, muito pequeno e muito grande. Por isso digo que o que está acontecendo na Itália, hoje, é bastante conhecido no mundo todo: uma situação política, social e cultural muito regredida, em que fazer com que as pessoas pensem é muito difícil. Ao mesmo tempo, acho que há em vários outros países, neste momento, movimentos, oportunidades, ou mudanças impensáveis anos atrás.

É fundamental termos consciência de que as questões existem; as questões levantadas pela reforma psiquiátrica são questões sérias e reais e a evolu-

ção dessas questões depende da situação política de cada país. De alguma forma, devemos continuar trabalhando com elas, pois continuam sendo questões muito importantes, levando-se em conta, também, o fato de que há momentos de extraordinário avanço e momentos de retrocesso. Não me surpreende tudo isso, parece-me bastante natural. Mas acho que devemos refletir sobre essas questões, que continuam sendo tão importantes hoje quanto o foram ontem, e isso pode e deve ser feito, hoje, como foi feito ontem. Temos perante nós questões imensas: no mundo, há ainda milhões de pessoas que estão nos manicômios, muitos milhões de pessoas; há milhares de pessoas que não recebem nenhum tipo de assistência sanitária; há milhares de pessoas que recebem assistência sanitária inadequada. Há países em que nunca se questionou o poder da psiquiatria; há países onde nem existe a psiquiatria. Portanto, estamos diante de contradições ainda muito amplas, enormes, de todos os tipos. Estamos diante de fenômenos de sofrimento, nas cidades, muito evidentes e ainda estamos diante da presença de velhas chagas como a miséria em diversos lugares do mundo. E as questões que levantamos nos anos 60, 70 e 80 ainda são todas válidas: a questão do manicômio e da saúde em geral; da relação com a medicina, com os poderes públicos, com o conjunto das políticas públicas que favorecem ou desfavorecem os grupos sociais mais vulneráveis e com o conjunto das políticas públicas que geram coesão social ou a destroem; da necessidade de políticas públicas que ampliem os espaços de democracia e não os restrinjam. Todos os nós das questões que foram enfrentados de alguma forma nesta experiência ainda são nós vitais, ainda são todas questões apaixonantes em todos os lugares do mundo.

E você vê hoje, no Brasil, um espaço em desenvolvimento, aberto, porque há esse pensamento social, esse desejo de mudar?

Eu acho que sim. Neste momento o Brasil é, sem dúvida, o país mais avançado em termos de capacidade de inserir na própria agenda política, na agenda das políticas públicas e na agenda cultural, na agenda dos profissionais, a questão da saúde mental e da reforma. Parece-me que os governantes brasileiros, tanto em âmbito federal quanto local, têm levado em conta essas questões e estão atuando com grande entusiasmo em muitas situações relacionadas a elas. Há novas gerações de profissionais mobilizadas, há também mais recursos econômicos investidos nessas questões. Há

uma visão de futuro, uma clara visão da grande necessidade de mudança e desenvolvimento. Há, também, capacidade de conceber uma assistência sanitária baseada nos princípios de um Sistema Único de Saúde, em que as pessoas são consideradas portadoras de necessidades complexas; um pensamento crítico em relação à medicina tradicional, às políticas públicas tradicionais, ao reducionismo médico.

No contexto da América Latina, dos países que você conheceu, você acha que, no Brasil, a reforma é mais profícua?

Com certeza, pois, repito, é levada adiante por movimentos de profissionais de saúde e de cidadãos em geral muito amplos, mas é, contemporaneamente, política oficial do governo. A presença desses movimentos, caracterizados por forte envolvimento e participação das pessoas, e de uma política oficial progressista, declaradamente progressista e reformadora, existe somente no Brasil neste momento. Na Argentina, acabou de ser aprovada uma boa lei, mas não existe um movimento tão vasto e articulado, nem uma presença tão claramente reformadora nas instituições. No Uruguai, só há muito pouco tempo começou-se a perceber que existe esse problema.

E no Chile?

No Chile, talvez um pouco mais, mas lá, também, a situação evolui muito cautelosamente. Em outros países foi realizado algum tipo de experiência num dado momento e há, atualmente, uma discreta disponibilidade. Todavia, reunindo competência, bagagem cultural, consciência cultural, linha política e uma situação econômica favorável também, o Brasil é, certamente, o lugar mais interessante do mundo neste momento.

Porque não basta que exista a lei. É isso que você quis dizer sobre a Argentina: há uma boa lei, mas é necessário esse circuito integrado?

É preciso que haja movimentos interessados em realizar, de fato, essa mudança; uma cultura.

No Brasil, essa cultura é fomentada há 20 anos...

Essa cultura foi alimentada, difundiu-se, e essa rede, essa energia foram muito bem incorporadas. Além disso, de certa forma, houve capacidade de

síntese e alguém capaz de fazer uma análise e guiar um processo, aspecto às vezes difícil mesmo em momentos favoráveis. E isso de alguma forma ocorreu. Esperamos, portanto, que o Brasil responda bem a essa oportunidade, essa possibilidade que tem de representar, para todos, um grande ponto de força.

Para mim, um aspecto que o Brasil deve enxergar e criticar é essa contradição: temos a lei, mas mantemos, até hoje, hospitais, com pavilhões, com pessoas que ficam fechadas numa enfermaria, amarradas; essa é uma das questões que não podemos negar. Não é um processo que se faz de um dia para o outro, mas é preciso prestar atenção nisso, perceber que essa é uma contradição.

A experiência nos mostra que você não deve deixar os problemas para trás, que você tem sempre novos problemas que devem ser enfrentados, mas os velhos problemas você não pode deixá-los para trás. Dessa forma, a necessidade de desfazer o nó representado pelo manicômio e extirpá-lo continua sendo o primeiro objetivo a ser colocado; extirpá-lo é uma das condições para poder imaginar uma verdadeira mudança, senão a mudança será mais de fachada do que real. É como não conseguir “queimar a ponte atrás de você”.

O Departamento de Saúde Mental de Trieste faz acordos com outros países para oferecer supervisão sobre como gerenciar o processo de desinstitucionalização?

Sim, temos colaborado muito com a Argentina ao longo dos anos; em vários momentos, estivemos muito presentes na Argentina, participamos, de certa forma, de um percurso. Atualmente, como Centro Colaborador da OMS, o Departamento de Saúde Mental tem estabelecido parcerias, especialmente com a Romênia, a Turquia e o Irã. Temos como objetivo promover mais trocas sobre várias questões, refletir juntos, realizar mais formação juntos, fazer também mais lobby juntos; de alguma forma, dar mais apoio recíproco.

Bom, era isso que eu queria ouvir de você, para mostrar, no Brasil, como você vê essas questões hoje, fazendo um paralelo com o Brasil e a América Latina. Porque, às vezes, as pessoas dizem: “Ah! na Europa, há um único lugar, Trieste”; então, é necessário ter uma visão mais ampla. O que você acha?

Claro. Em Lille, na França, estão fazendo coisas muito interessantes neste momento. Pela primeira vez, também, ouço falar de movimentos na Turquia, no Irã, ouço que a Romênia quer começar a enfrentar esses problemas, ou seja, começo a ver um mundo em se movem algumas coisas.

Muito obrigada por esta interessante entrevista.

BIBLIOGRAFIA SELECIONADA

ROTELLI, F. Una seduzione più forte della droga. *Democrazia e diritto*, n. 3, 1989.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D.; RISIO, C. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROTELLI, F. Dall'ergoterapia all'impresa sociale: depoimento. In: SIMON, H. TORESINI, L. (a cura di). *Il lavoro rende liberi?* Dall'ergoterapia all'istituzione inventata. Roma: Sapere 2000, 1992. (Essere). Entrevista concedida a Lorenzo Toresini.

ROTELLI, F. Modelli scientifici e complessità. *Il polso*, Locarno, n. 12, apr. 1990.

ROTELLI, F. L'institution en invention. *Perspectives*, Liege, n. 15, mai 1990.

ROTELLI, F. Di cosa parliamo quando parliamo di ospedale psichiatrico. In: DI COSA PARLIAMO QUANDO PARLIAMO DI OSPEDALE PSICHIATRICO, 1988, Como. *Atti...* Como: Associazione Culturale Dino Campana, 1990.

ROTELLI, F. Depoimento. In: GALLIO, G. (a cura di). *Nell'impresa sociale: cooperazione, lavoro, ri-abilitazione, culture di confine nelle politiche di salute mentale*. Trieste: Edizioni "e", 1991. (Per la Salute Mentale; materiali). Entrevista concedida a Giovanna Gallio.

ROTELLI, F. *Per la normalità: taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma*. Scritti 1967-1998. Trieste: Asterios editore, 1994.

ROTELLI, F. Salud mental comunitaria y desinstitucionalizacion. In: SEMINARIO INTERNACIONAL "DESARROLLO LOCAL Y SALUD MENTAL", 1996, Santafé de Bogotá, D.C. *Memorias...* 1996.

ROTELLI, F. Che cos'è una buona cooperativa. In: GALLIO, G. (a cura di). *Io, La CLU*. Conversazioni sull'essere e diventare cooperativa. Trieste: Edizioni "e", 1997.

ROTELLI, F. I soggetti: narrarli. In: CONVEGNO INTERNAZIONALE PER LA SALUTE MENTALE, 1., 1998, Trieste. *Franco Basaglia: La comunità possibile*. Pistoia: GF Press, 1999.

ROTELLI, F. *Vivir sin manicomios*. La experiencia de Trieste. Buenos Aires: Topía Editorial, 2014.

ROTELLI, F.; RAUBER, S.; TOMMASINI., M. Manicomio – dal primo ricovero alla cronicità, il percorso della deistituzionalizzazione. Una discussione con i protagonisti del movimento di riforma psichiatrica italiana. *Quaderni italiani di Psichiatria*, Atene, ott./nov./dic. 1988.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D.; DE RISIO, C. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JÚNIOR, B.; AMARANTE, P. *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumarà, 1992.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. *La empresa social*. Buenos Aires: Nueva Vision SAIC, 1995.

ROTELLI, F.; COLUCCI, M. Dialogo sulla Legge 180. *Aut aut*. Pensare la follia, Milano, n. 285-286, p. 63-67, mag./ago. 1998. (numero speciale).

GIUSEPPE DELL'ACQUA



Graduado em Medicina e Cirurgia pela Università di Napoli em julho de 1971, especializou-se em psiquiatria na Università di Parma, em junho de 1975, com a tese “O trabalho diário de transformação no hospital psiquiátrico de Trieste - sete histórias de casos”, obtendo as notas mais altas do seu grupo. De setembro a novembro de 1971 foi estagiário no Hospital Psiquiátrico de Colorno (Parma) durante a direção de Franco Basaglia; em 1973, assumiu o cargo de assistente, ainda sob a direção de Basaglia. Mais tarde, atuou em Trieste como companheiro de Basaglia na luta pelo fim do manicômio. Em 1980, assumiu o cargo de *Primario* – hoje denominado *Responsabile di Unità Operativa*¹ – do Centro de Saúde Mental de Barcola, em Trieste. Por alguns breves períodos, de 1980 a 1995, foi vice-diretor dos Serviços de Saúde Mental de Trieste. Em 1992, foi nomeado coordenador

¹ Cargo de coordenação, nos serviços de saúde mental de Trieste.

do Centro de Investigação em Saúde Mental da Região Friuli Venezia Giulia - Centro Colaborador da OMS. Em 1995, assumiu o cargo de Diretor do Departamento de Saúde Mental de Trieste. Embora tenha se aposentado em 2012, continua atuando na defesa dos direitos dos portadores de transtornos mentais. É também um renomado escritor; de fato, em 2014 recebeu o Prêmio Nonino por sua obra e atuação em defesa dos direitos humanos das pessoas com sofrimento psíquico. De 2009 a 2010, foi consultor científico e histórico para a realização da minissérie da emissora pública italiana RAI *C'era una volta la città dei matti*, dirigida por Marco Turco, sobre a vida e o trabalho de Franco Basaglia². Autor de numerosos artigos com grande repercussão científica, é um dos diretores da Coleção 180 – Archivio critico della salute mentale.

Peppe, forma carinhosa como é chamado, marcou nossa entrevista para um final de tarde. Era inverno, já estava escuro e a maioria dos funcionários já tinha ido embora. Ao entrarmos em sua sala, fechou a porta à chave e brincou: “vamos trancar a porta por uma boa causa”, porque, em geral, as portas de todas as salas ficam sempre abertas; qualquer pessoa pode entrar. Sentou-se em sua confortável cadeira, pegou seu gravador e brincou mais uma vez: “preciso ter certeza de que vai gravar”. Deitada ao seu lado estava Matta, sua cachorra, que permaneceu conosco durante toda a entrevista (na foto acima, Peppe e Matta).

Analizando as perguntas que, como orientador, me ajudou a formular, dá início, então, à nossa conversa.

Eu diria que o fato de os doentes mentais se tornarem cidadãos poderia ser um bom ponto de partida, pois é exatamente essa mudança, o “tornar-se cidadão”, que coloca em evidência a existência de direitos e a possibilidade ou falta de acesso a eles. Fica claro que a primeira etapa, a mais rica em consequências, do trabalho re-habilitativo-terapêutico em psiquiatria ou, ainda, com as pessoas com transtorno mental, refere-se à restituição de direitos.

Isso vale até para os países em cuja legislação os direitos aparentemente estão garantidos, pois as pessoas com sofrimento mental deparam-se, cons-

² “Era uma vez uma cidade de loucos” (tradução nossa). Em 2011, o livro sobre a minissérie televisiva, de Elena Bucaccio, Katia Colja, Alessandro Sermoneta e Marco Turco, foi lançado pela editora Alpha Beta Verlag, junto com o DVD.

tantemente, com o risco imanente de ver desabar os seus direitos. Este é, portanto, um aspecto importante e é também, na minha opinião, um aspecto que pode constituir uma espécie de indicador para a compreensão de como funcionam realmente os sistemas e serviços de saúde mental. Ao observar o que acontece, por exemplo, em Bolonha, Florença, ou Palermo – falando, por exemplo, da Itália –, devo procurar saber como os direitos são garantidos de forma autêntica; não como esses direitos são satisfeitos, mas simplesmente como são garantidos, isto é, como as questões são colocadas, ou como é possível levantar questões relacionadas ao acesso aos direitos.

Este aspecto, portanto, torna-se uma prioridade, um ponto de partida para tudo o diz respeito ao âmbito terapêutico, às relações, à habilitação, ao trabalho, ao habitar, ao ter uma família. Considero-o também um aspecto fundamental para compreender quanto os sistemas de saúde, ou os sistemas legislativos – na Itália, ou no Brasil, por exemplo – apresentam dissociações profundas entre a ampliação dos direitos afirmados e uma prática em que, de fato, esses direitos são negados; entre uma mudança institucional radical como o fechamento do manicômio e a falta de caminhos de acesso à cidadania, aos cuidados de saúde, etc.

Ao responder especificamente à pergunta sobre como foi promovido, entre os vários direitos, o direito de habitar, espontaneamente me vem à lembrança o trabalho – realizado anteriormente à criação do Departamento de Saúde Mental – de desarticulação do hospital psiquiátrico, de desmantelamento do hospital psiquiátrico. À medida que se abriam as portas, que se questionavam as hierarquias institucionais, que se devolvia às pessoas o direito à palavra e significado e valor à existência que elas traziam dentro de si, o problema do habitar se manifestava como um dos mais difíceis, mais dramáticos, pois colocava à prova a nossa real capacidade de mudança.

Era como se tivéssemos dito: “Poderemos avaliar positivamente o nosso trabalho quando finalmente vermos as pessoas habitarem espaços não institucionais”, sendo que habitar não significava somente ou necessariamente a volta para casa, a volta para a casa onde antes moravam. Aprendemos, naqueles anos, que o “antes” é uma quimera, esse “antes” não existe. Quando uma pessoa entrou no hospital psiquiátrico e passaram-se anos, é necessário que exista um “depois”; perseguir o “antes” é perseguir a nostalgia e a impossibilidade e é encontrar um alibi para dizer que não é possível

realizar uma mudança. Perseguir o “antes” não é possível nem para a minha vida. Não posso dizer: “Agora que me submeti a uma cirurgia nas coronárias estou tão bem quanto antes”. Estou bem, mas não sei o que é o “antes”, estou em outra dimensão temporal, espacial.

Dito isso, naquela época, atender à necessidade de habitar queria dizer criar, dentro do hospital psiquiátrico, modalidades de gestão do habitar que não só desarticulassem a rigidez hierárquica e repetitiva das enfermarias, mas também permitissem experimentar formas de relacionamento entre as pessoas significativamente diferentes. Tratando-se de um tema vasto, sugiro que você leia o meu livro *C'era una volta la città dei matti*, pois nele há um capítulo, acho que sobre o ano de 1974, no qual eu digo que “mudávamos os móveis de lugar, mudávamos os móveis de lugar...”, e outro, acho que sobre o ano de 1978, em que falo sobre a *Casa del Marinaio*. Foram dois momentos em que se buscavam, trabalhando ainda dentro do hospital psiquiátrico, diversos espaços habitativos.

Naquela época, surgiram os primeiros núcleos de convivência, como a *Casa Rosa Luxemburg* – que você conheceu – que foi criada em 1972 e que constituiu o primeiro núcleo de convivência de mulheres que saíam da “enfermaria de observação feminina”. Ao mesmo tempo e de forma totalmente pioneira, sem regras, de maneira realmente arriscada, experimentamos o habitar a cidade. Numa determinada ocasião, por exemplo, Rotelli e eu assumimos a tarefa e a responsabilidade de alugar um apartamento na cidade, ou seja, demos o nosso nome e a garantia dos nossos salários para alugar um imóvel onde, depois, foram morar pessoas que egressavam do hospital psiquiátrico. Tudo isso quando ainda existia o hospital psiquiátrico.

Em seguida, estabeleceu-se um duro embate, pois as estratégias de desarticulação da instituição relacionadas ao habitar eram limitadas pela falta de recursos, todos investidos no hospital, e pela falta de regras que garantissem esse direito às pessoas com sofrimento mental. Ainda não existia a famosa Lei 180, e essa situação levou a outra ação exemplar, uma ação política, que foi a ocupação da *Casa del Marinaio*, sobre a qual talvez Franco Rotelli tenha falado e que você também encontra no livro, se quiser aprofundar o tema.

Com essa ação, afirmava-se que aquelas pessoas, através de um processo de mudança radical em suas vidas e no nosso olhar em relação a elas, eram pessoas que podiam viver, morar, habitar. Talvez precisassem receber apoio para isso, assim como outras pessoas que, na nossa organização social, precisam de ajuda, de suporte. A falta de recursos, regras, novas culturas relacionados a esse habitar levou o nosso grupo, num momento de muitos conflitos, até com Basaglia, a ocupar essa estrutura, da qual depois a polícia nos expulsaria, mas que de qualquer maneira permitiu interromper a inércia e afirmar que havia chegado o momento de levar em conta essas questões.

Foi um momento heróico, com certeza, mas também um momento em que estava extremamente claro o que se queria reivindicar. Cabe ressaltar que aquela ação, ao mesmo tempo dura e clara, tornou evidente, a partir de então, o percurso que devia ser realizado, que é político e burocrático-administrativo, mas que também diz respeito a novas formas de relação com as pessoas e novas culturas re-habilitativas que tínhamos que colocar em ação. A partir daquele momento, reconhecia-se às pessoas que estavam no hospital psiquiátrico o direito de participar da seleção e classificação para a atribuição de moradias populares, as moradias públicas, e esse foi um aspecto crucial.

Acredito que se resume nisso o trabalho por nós realizado. Posteriormente, a prioridade do Departamento de Saúde Mental – que como estrutura organizativa substituirá o hospital psiquiátrico – será a questão do habitar. Como enfrentamos e resolvemos essa questão? Não sei se a resolvemos, mas certamente a enfrentamos e continuamos a enfrentá-la, considerando possibilidades que vão do habitar coletivo a um habitar individual, de um habitar coletivo a um suporte, a um habitar também em grupo, mas que não seja coletivizante, homologante, e em relação a isso também encontramos diferentes propostas e soluções. Incluem-se também nessa reflexão sobre o habitar as modalidades de inserção no trabalho e de uso dos recursos como suporte para as pessoas em sofrimento mental.

O trabalho realizado nos anos 70 e em boa parte dos anos 80 foi um trabalho de verdadeira desinstitucionalização, pois estava relacionado à organização das instituições manicomiais: foram fechadas as enfermarias e criadas formas coletivas de habitar, também em grandes grupos de vinte-vinte e

cinco pessoas, mas com regras, modalidades, reconhecimentos que impulsionavam a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

No fim dos anos 80 e nos anos 90, havia a necessidade de criar formas habitativas que permitissem deixar para trás a fase manicomial, buscando a máxima qualidade possível para o habitar com outras pessoas e modalidades de gestão caracterizadas por menor participação pública direta e pela inserção do privado social, ou seja, de outros olhares que podiam ser utilizados. Tal processo levou ao que atualmente denominamos de terceira desinstitucionalização, que procura levar em conta as pessoas, criando formas habitativas que sejam o mais centradas possível em suas necessidades e que empreguem variados recursos, principalmente no que se refere às pessoas envolvidas. Isto vale para o habitar, o trabalho, etc.

Porque o habitar a que você se refere não diz respeito somente ao morar em uma casa. Habitar é estar no território, e estar no território representa todo esse circuito que deve existir ao redor da pessoa. Podemos dizer, então, que isso que você chama de terceira desinstitucionalização é o que vem depois da instituição negada e da instituição inventada? Agora, muda para outro processo, mais individualizado, em que o habitar tem um sentido mais amplo, pois esse circuito está em constante movimento?

Exatamente. Como se estivéssemos falando, agora, das instituições singulares da vida cotidiana, de como construir, tornar possível a vida cotidiana das pessoas dentro de uma comunidade e das relações. É como se se realizasse o que podemos chamar de processo de desinstitucionalização, pois essa lei não significa somente a passagem de uma instituição ao território, mas é também a passagem de uma situação de não cuidado a uma situação de cuidado dentro de uma relação, e o habitar é um momento que permite a relacionalidade e estar num contexto relacional dinâmico.

A pessoa, antes, estava fechada num espaço concreto. Após a abertura das portas do manicômio, deve-se refletir sobre o que significa abri-las hoje. Essas portas, trinta e cinco, quarenta anos atrás, representavam um espaço concreto, ou seja, o espaço do manicômio; hoje, essa terceira desinstitucionalização, se podemos chamá-la assim, significa abrir as portas da individualidade, como você disse, as portas da pessoa, pois antes ela estava num espaço concreto e, agora, nesse espaço simbólico, pode confrontar-se.

Quando falamos da abertura das portas, referimo-nos ao primeiro momento da abertura dessas portas, pois no momento em que as portas são abertas, em Gorizia, esses significados começam a ser levados em consideração.

A abertura das portas tem a ver imediatamente com uma dimensão especificamente política. Quando as portas do manicômio de Gorizia foram abertas, surgiu a pergunta: “Mas estas pessoas são ou não são cidadãos? E se são cidadãos ou devem ser cidadãos, o que falta para que se tornem realmente cidadãos?” Mas enquanto você não abre as portas, não pode se interrogar sobre a cidadania dessas pessoas, pois elas não existem e a sua cidadania lhes foi roubada.

Consequentemente, a abertura das portas compreende uma dimensão política, é evidente. Ao mesmo tempo, compreende outra dimensão que acredito que esteja dentro do processo de mudança e que é a dimensão ética. Quando você abre as portas, a visão da violência infligida no corpo e na história das pessoas torna-se iniludível. A abertura das portas compreende uma dimensão ética, pois faz emergir as pessoas, e no momento em que as pessoas emergem, surge o problema da dignidade, da individualidade, da diferença.

Portanto, quando as portas foram abertas, há cinquenta anos, já se colocava a questão da pessoa. O problema é como as etapas seguintes tornam as mudanças possíveis. A terceira dimensão extremamente rica da abertura das portas e que muitos, hoje, não entendem, principalmente psicólogos, médicos, terapeutas, psicanalistas – franceses, argentinos, ou de outros lugares –, é que a abertura das portas constrói uma dimensão terapêutica, isto é, compreende uma dimensão disciplinar, tem a ver com a psiquiatria propriamente dita e abre para a dimensão terapêutica. As portas fechadas, que significam estar dentro de uma dimensão hierárquica, também são a negação do terapêutico, negação do cuidado, mais do que do terapêutico, ao passo que, com a abertura das portas, o psiquiatra deve imediatamente interrogar-se sobre o que está fazendo.

E é também negação do poder, não é?

É também negação do poder, ou melhor, das duas formas de poder na relação médico-paciente, terapeuta-paciente: uma extremamente hierárquica e prepotente, nas instituições, que se nega, portanto, abrindo as portas; outra, também questionada, a do poder paternalista, ou que poderíamos

chamar de relação aristocrática, que pode ocorrer entre o terapeuta e o paciente numa dimensão escolhida pelo terapeuta na qual, embora este diga que conversa com o paciente, que está com ele, que está no mesmo nível dele, nunca estão realmente no mesmo nível, pois a conversa é uma sua concessão como terapeuta.

A abertura das portas coloca em evidência tudo isso. Ou estamos no mesmo nível ou não há possibilidade de encontro. As portas são a negação do encontro. No momento em que são abertas, surge a possibilidade de encontro. Todavia, é evidente que essa possibilidade pode ser também negada ou descaracterizada.

No que se refere à relação com as pessoas, os cuidados em saúde mental mudaram. De que opções de cuidados as pessoas em sofrimento mental dispõem hoje?

Acredito que a palavra-chave da mudança seja possibilidade, pois a abertura das portas – da forma como acabamos de analisar, isto é, a presença das pessoas no contexto, nas relações –, conduz ao campo das possibilidades, que é simplesmente a negação do destino, ou melhor, a negação da impossibilidade.

A doença mental significa, ou significava, entrar no campo do não retorno, da impossibilidade, do destino, do que certamente acontecerá: doente mental hoje, doente mental para sempre. Atualmente, a relação com as pessoas baseia-se numa outra dimensão que aumenta, por assim dizer, a qualidade da demanda, pois a pessoa, inserida num campo de possibilidades e não num campo de definições que limitam o seu ser, escolhe continuamente entre demandar, procurar e até negar a presença do terapeuta, na busca por algo diferente, mas se move sempre num campo que hoje pode ser um campo de negociação.

Os aspectos essenciais são, portanto, possibilidade e negociação. Mesmo sem definir quais são as oportunidades – objetos, recursos, percursos, instrumentos para o cuidado – eu diria que estão todos nessa dimensão, em que a possibilidade deve ser compreendida como expressão das necessidades e manifestação consciente dos desejos, como possibilidade de imaginar o futuro, ou um futuro, como multiplicidade de identidades. Quando falo de “destino”, quero dizer redução a uma única identidade, a de doente mental; ao contrário, falar de possibilidades significa ampliar novamente o

campo para outras coisas, para o que você é, por exemplo, estudante, operário, filho, mãe, apaixonada, indiferente, ou seja, usar infinitas definições que deem suporte à multiplicidade de identidades das pessoas.

Hoje, portanto, somos orientados pelas possibilidades de negociação, possibilidades de identidades, possibilidades projetadas no futuro. Por outro lado, isso também pode ser realizado através do emprego de particulares técnicas psicoterapêuticas ou reabilitativas, contanto que estas técnicas não neguem a multiplicidade das identidades, não neguem a negociação, não neguem as possibilidades.

O que imaginamos, aqui, é um percurso que chamamos de normalidade, que é um percurso duro, difícil, para os profissionais e para as pessoas que tais percursos realizam. Não teria sentido falar da porta aberta do meu escritório, pois embora seja uma porta aberta, nós a fechamos à chave agora para conversarmos um pouco; é portanto um fechamento com uma boa finalidade, serve para nós, nós nos fechamos, “nos prendemos aqui”, mas aquelas portas abertas significam exatamente criar continuamente uma dimensão de trocas, de possibilidades.

Com o fim do hospital psiquiátrico, como mudaram as práticas realizadas nos serviços territoriais, no que se refere aos medicamentos?

Poderia dar uma resposta breve ou longa para essa pergunta. Como a prática territorial muda radicalmente em relação à do manicômio – e os profissionais devem ser capazes de perceber e aproveitar essa mudança –, mudam também duas dimensões importantes no campo terapêutico, no campo da medicina: muda a dimensão do tempo e a dimensão do espaço.

O hospital psiquiátrico cria uma dimensão de ausência de tempo. Portanto, poderíamos dizer que tudo o que acontece no hospital psiquiátrico, na verdade, não acontece, pois acontece num tempo diferido, um tempo sem tempo. Dessa forma, a condição da pessoa nunca é colocada com urgência, com a urgência da necessidade, do desejo, do sentimento, das emoções; a urgência possui uma dimensão temporal que não é compreensível na dimensão temporal do hospital psiquiátrico, que não a inclui. É um tempo ausente, que depois torna-se tempo crônico, um tempo iterativo.

O espaço é um espaço que não existe mais, é um espaço que simula um espaço do habitar, mas que não é mais um espaço. Além disso, não é um espaço que comunica, porque é como se o hospital psiquiátrico negasse, ou negue, a presença de um limiar, um limiar de passagem entre o dentro e o fora. Consequentemente, o espaço delimitado pelo hospital psiquiátrico termina sendo um espaço falso, que não devolve nenhuma imagem identificatória para a pessoa que não seja a imagem da instituição, do institucionalismo. Nessa dimensão, os medicamentos não podem ter outra função a não ser tornar aceitável a subtração de tempo e de espaço a que as pessoas são submetidas.

Podemos pensar no medicamento como uma forma de controle?

Sim, controle, mas também uma possibilidade de facilitar a incorporação da ausência; em outras palavras, encerra-se o tempo. Ao contrário, o centro de saúde mental se apresenta imediatamente, obriga imediatamente a sair de duas dimensões conhecidas da medicina, o tempo da agudização e o tempo da cronicidade, que constituem o espaço do seu poder.

O hospital é o espaço do poder do médico e o espaço do tempo da instituição. Fora dele, o tempo começa a transformar-se no tempo da vida real das pessoas e torna-se, portanto, um tempo reconquistado. Obriga a instituição a se confrontar com esse tempo; obriga o médico e o enfermeiro a refutarem uma organização que tente subtrair o tempo da pessoa e a entrarem na dimensão do tempo vivido por essa pessoa. Assim, a cronicidade acaba não sendo mais visível; existe a presença da pessoa com seu sofrimento ao longo do tempo. Da mesma forma, também torna-se difícil definir a agudeza em termos médicos, pois aos poucos e em seu devir é possível compreender o problema que essa pessoa está manifestando.

E a crise não é do usuário, é dos serviços de saúde mental.

A crise começa a se transformar em crise dos serviços de saúde mental, que devem modificar suas referências justamente para compreender a crise da pessoa. Evidentemente, o espaço não é mais o espaço do poder do médico e do enfermeiro; torna-se um espaço projetado para fora, que incorpora o que está fora que, por sua vez, pressiona para dentro, tornando-se um

espaço limiar. Ou seja, enquanto o hospital nega esse limiar, o centro de saúde mental é um limiar.

Nesse contexto, o medicamento talvez, repito, talvez possa assumir a função, ou a dimensão, de atenuar a dor real que a pessoa vive. Não é usado em função da instituição que deve, digamos, subtrair o tempo e negar o espaço, mas talvez possa transformar-se em algo que aquela pessoa use para abrandar, cortar as pontas agudas da sua dor. O medicamento, portanto, pode ser usado de maneira totalmente diferente. Por exemplo, é muito diferente usar um medicamento com um jovem de vinte anos que está internado num hospital psiquiátrico, ou numa clínica, e usar o medicamento num centro de saúde mental, isto é, na vida dessa pessoa. No hospital, esse jovem de vinte anos perde as suas forças, assume o aspecto do medicamento, mas se essa pessoa está em sua casa, está no seu território, vai à igreja, ou ao campo esportivo, você imediatamente é obrigado a pensar o que está produzindo esse medicamento e a interrogar-se, portanto, sobre o uso racional dos medicamentos. Entretanto, não é mais somente uma questão das boas práticas que o médico deve buscar; é uma forte evidência mostrada pela própria pessoa que está diante de você. Por conseguinte, acredito que seja totalmente diferente. Como para as portas, todavia, estar num centro de saúde mental não impede que os remédios sejam utilizados de forma coercitiva e para fins de contenção. Quantos centros de saúde mental no mundo, quantos ambulatórios fazem isso?

É o que você diz em seu artigo sobre as boas e a más práticas, não é? Você pode realizar boas práticas usando os medicamentos e pode realizar más práticas, por exemplo, não considerando a pessoa num processo biológico, psicológico e social, mas tendo em conta só suas ações, causadas pela doença mental. Basaglia começou a falar disso, quando afirmou que era necessário “colocar a doença entre parênteses”; esses parênteses, hoje, acredito que se refiram também ao que estamos dizendo agora, ou seja, à capacidade de compreender a pessoa para que o medicamento seja uma ajuda e não uma forma de controle.

É sempre uma fronteira sutil e muito arriscada, mas digo que isso pode acontecer. De qualquer maneira, a dimensão de poder no território, na comunidade, no centro de saúde mental, ou na casa da pessoa, a dimensão do poder institucional desmorona imediatamente. Quando uma pessoa vem

ao meu, ao *meu* ambulatório, ou ao hospital, bate à porta, pede para entrar, tira seu chapéu e diz: “Doutor, posso entrar?”, assumindo imediatamente uma atitude de submissão, pois está entrando num espaço que é considerado o meu espaço e eu concedo ao outro permissão para entrar nele. Quando atuo no território, não possuo um espaço meu; quando vou à casa dessa pessoa, sou eu que preciso bater à sua porta, tirar o chapéu e dizer: “Com licença, posso entrar?”. Isso cria imediatamente uma dimensão totalmente diferente, de respeito, de reconhecimento, uma dimensão de certa forma paritária, em que a negociação pode, de fato, acontecer, e não assumo uma posição de cunho manipulativo, ou aristocrático, como disse antes. É isso que muda realmente, também em relação ao uso dos remédios.

Quando uma pessoa não quer tomar os medicamentos, como a equipe do centro de saúde mental lida com essa situação?

Quando uma pessoa não quer tomar um medicamento, preciso encará-lo como um dos momentos críticos que revelam a proximidade ou o conflito entre a pessoa e a instituição que deve ou deseja cuidar dela. E é um ponto de grande contradição, ou de risco de negação de tudo o que você produziu, ou que se produziu em termos de renovação. De certa forma, é a questão fundante da psiquiatria, ou seja, de que maneira e em que termos posso sobrepor-me ao outro, de que maneira e por que posso decidir pelo outro, ou agir sobre o outro sem o seu consentimento; esta é a questão.

A lei italiana consiste nisso, colhe este aspecto; de fato, é denominada “Normas para a execução do tratamento sanitário voluntário e obrigatório em casos de transtorno mental” e não “Lei para abolir o manicômio”. O objetivo dessa lei é encontrar um ponto de equilíbrio no que se refere ao direito de existir, de afirmar o modo de estar no mundo das pessoas, mas, também, no que se refere ao direito de que a sua saúde seja preservada e, portanto, ao direito de receber cuidados de forma que seja respeitada a sua dignidade. Esta é a questão levantada pela lei italiana; naturalmente, esta lei procura enfrentá-la colocando limites, estabelecendo bases, afirmando que as instituições sanitárias não devem intervir para conter ou controlar uma pessoa a fim de preservar a organização social, como um instrumento de controle social e de contenção do perigo e do risco, mas sim para garantir o direito aos cuidados de saúde daquela pessoa.

É uma mudança epocal, uma mudança radicalíssima que, obviamente, faz emergir a questão do direito da pessoa. Por outro lado, faz emergir o problema – que vale, com certeza, para a cultura italiana, mas talvez para a brasileira também – de como os governos enfrentam a questão dos cuidados, não só em termos de direito burguês: “Não toco em você enquanto o juiz não me autorizar”, mas também em termos de impulso emancipador: “Devo cuidar de você, quero cuidar de você, então devo negociar com você, pois acho que devo ajudá-lo a se emancipar, crescer, progredir, garantir a sua dignidade”. Nesse contexto, o medicamento recusado ou o tratamento recusado constituem um ponto crítico de equilíbrio em que assume um papel relevante a presença do serviço, a capacidade relacional dos profissionais, a capacidade de negociação.

Entretanto, negociar não significa manipular até que o outro aceite o medicamento. Significa que as negociações são realizadas. Se uma pessoa diz: “Eu não quero esse medicamento”; e eu respondo: “Mas você deve tomá-lo”; e ela: “Então eu vou embora”; e eu digo: “Não, você precisa ficar”, a esta altura, cria-se um impasse e eu não sei como prosseguir, pois a pessoa quer ir embora e não quer o remédio, e eu digo que deve tomá-lo e que deve ficar. Ou uso o meu poder institucional e físico, a força, ou uso a negociação, mas a negociação consiste em dizer, por exemplo: “Mas talvez eu possa conversar com você, você poderia ficar aqui e eu não lhe daria o medicamento”; “Poderia lhe dar o remédio e você poderia ir para casa”; “Poderíamos, se você não quiser tomar o medicamento, chamar seus pais para entender o que está acontecendo”; “Poderia não lhe dar todo o medicamento que havia decidido lhe dar, mas sim, por exemplo, metade, um quarto, pois talvez você, com esse remédio, durma demais e deve ir trabalhar...”.

Dessa forma, mostro as propostas que o serviço pode fazer à pessoa, que é obrigada a reavaliar e reconsiderar nessa negociação. É como se israelenses e palestinos dissessem: “Eu quero este território”; e o outro: “Não, esse território é meu”; “Mas eu quero...” – isso leva à guerra. Devo poder dizer: “Bem, fique com esse território, mas as pessoas que moram aqui devem poder circular nele, ou receber uma indenização; devem poder ter uma plantação de limoeiros do outro lado; ou eu poderia retirar os soldados dali...”. A negociação, então, começa, e acho que quando falamos, aqui em Trieste, de negociação, estamos falando exatamente do centro de saúde

mental, isto é, das oportunidades terapêuticas e de cuidados que ele pode oferecer e que mencionamos anteriormente.

Conversando com os usuários, nos centros de saúde mental, percebi que eles entendem bem seus medicamentos, falam de seus medicamentos, sabem porque os tomam. Dizem, por exemplo: “Porque se eu não tomar, não durmo”; ou “Ouço vozes, por isso tomo esse remédio”; ou, ainda, “Esse remédio faz isso”. Eles sabem o que estão tomando. Aqui, não se diz somente: “Tome este remédio”. As pessoas sabem o que estão tomando e porquê, e isso também faz parte da negociação.

Quando uma pessoa toma um medicamento, a primeira coisa que pensa é que aquela substância mudará seu modo de ser, seu modo de pensar, de amar, porque essa é a imagem que se tem do remédio. Entretanto, se houver alguém, que talvez até o tome, que explique que não é assim, que talvez seja até pior, pois há efeitos que são ainda piores, mas que normalmente não é assim, então aquela pessoa começará a ter uma outra visão.

De fato, eu estava falando justamente disso, dessa negociação.

Naturalmente, existem limites extremos em que essa negociação se rompe; por isso digo, novamente, que acredito na importância dos princípios de uma legislação, de uma norma cujo objetivo é garantir tudo aquilo que eu disse antes. Porque a lei diz que, naquele momento, você deve tratar obrigatoriamente.

Porque, nesse caso, existe também uma responsabilidade.

Além da responsabilidade, existe o problema que se eu não tratar aquela pessoa estarei negando seu direito de receber cuidados.

E o direito à saúde.

O direito à saúde, principalmente; essa é a questão. Nesse caso, devo utilizar outro instrumento. Mas se eu negociei, se realizei todas aquelas ações será diferente, mesmo se for necessário recorrer a um tratamento compulsório – às vezes justificado pelo fato de uma pessoa recusar obstinadamente o tratamento farmacológico, quando se observou e ela mesma pôde cons-

tatar que essa é exatamente uma das poucas coisas que lhe permitem o acesso a outras formas de cuidado.

As pessoas correm o risco de ficar presas entre os muros do modelo médico, de uma psiquiatria que enxerga somente a doença. Como imaginar lugares diferentes?

Como você vai voltar para o Brasil agora, acho importante dizer que o que mais temo é um retrocesso no trabalho que realizamos até hoje e no que vocês fizeram no Brasil, pois ele está ameaçado pela prepotência da medicalização e pela força da psiquiatrização.

Por outro lado, se o valor da mudança que Franco Basaglia produziu com seu trabalho, com suas ideias, está exatamente em ter questionado a doença e a medicina que quer cuidar da loucura, gerando uma crise em todo o aparato dos saberes, é bastante compreensível que o retorno da psiquiatria, com a força dos medicamentos, com a força dos dólares, com a força da Ordem, com a força da periculosidade, com os falsos profetas das certezas e dos tratamentos do corpo, constitui o maior risco, o risco da medicalização. Dessa forma, a luta que eu preciso travar cotidianamente é para conter esse impulso em direção a uma imagem medicalizada da doença que as pessoas têm, que lhes é sugerida amplamente pelos meios de comunicação, pelos remédios, pelo uso exagerado dos ansiolíticos e dos antidepressivos, pelos jalecos brancos, pelas clínicas que se apresentam como respostas resolutivas. A medicalização é, portanto, a falsa profecia das certezas.

Há, também, o poder da indústria farmacêutica.

De fato. A medicalização é a profecia das certezas. O trabalho comunitário, o trabalho de mudança é um trabalho que se baseia na incerteza, na cultura do incerto, onde incerto corresponde a singularização, relação.

A persistência do modelo médico que vê de um lado a crise e de outro a cronicidade condena ao fracasso o trabalho terapêutico-reabilitativo nas residências. É possível sair dessa contradição?

É necessário fazer uma especificação. O modelo desenvolvido em nível comunitário, fora do manicômio, a partir dessa crise não resolvida da psiquiatria e, portanto, da medicalização, visa à construção de um modelo

territorial baseado exatamente naquelas duas palavras, naquelas duas dimensões temporais que eu mencionei antes: agudeza e cronicidade.

E essa cronicidade é do sistema?

Sim, mas a construção dos sistemas baseia-se nisso. Se você for a Milão, ou a Londres, etc., verá que existem os serviços para os agudos no hospital e os serviços para os crônicos, ou seja, os institutos ou as comunidades terapêuticas.

Usam-se muito as palavras crônicos e agudos.

E tudo isso sem nenhum tipo de evolução, ou de progresso, no campo comunitário e territorial; ao contrário, são exatamente duas formas de medicalização que se apoderam da vida das pessoas. E a vida das pessoas, que é o que deveria ser levado em conta, perde-se entre esses dois polos.

Se você observar o que impropriamente chamam de modelo triestino, perceberá que é exatamente a parte central, não aguda e não crônica, que requer o máximo investimento para nós. E se você pensar que o serviço de emergência psiquiátrica, no hospital geral, dispõe de somente seis leitos, que os espaços da cronicidade foram reduzidos a pouco mais que quarentacinquenta vagas e que estes nem são realmente espaços de cronicidade, mas sim espaços do habitar, perceberá quanto tudo isso é necessário para a vida real das pessoas. No modelo agudo-crônico, ao contrário, todas as intervenções residenciais se inserem no campo da cronicidade e não têm êxito, pois não fazem nada além de atender a uma demanda que não é uma demanda de emancipação e crescimento da pessoa, mas sim de funcionamento desse sistema que, por sua vez, torna-se crônico.

Do momento da crítica ao manicômio, “a pessoa e não a doença”. Quanto a compreensão da pessoa mudou?

Já não é mais possível pensar como era antes, embora nós também corramos o risco de não compreender a pessoa e avaliar a doença, hipervalorizar a doença, ver demais a doença. Por outro lado, quando observo, por exemplo, projetos como o que denominamos de “Guerra nas estrelas”, ou projetos muito complicados para pessoas com problemas muito graves, muito fortes, que conseguimos levar adiante, quando penso na quantidade

e qualidade das relações com elas e, portanto, das trocas com os profissionais e com outras pessoas, não consigo nem comparar com o que acontecia quarenta anos atrás. Se me imagino pensando numa realidade como essa há quarenta anos, me imagino louco.

Portanto, aconteceu algo que gerou uma possibilidade de proximidade absolutamente inimaginável no momento em que estávamos naquela outra dimensão. Quando Basaglia diz que demonstramos que é possível cuidar de outra forma da loucura e, ainda, que tudo pode acontecer, até retrocessos, está dizendo que essa forma diferente de cuidar da loucura consiste exatamente nisso, em ter colocado a doença entre parênteses, ter feito emergir a individualidade, a identidade, as necessidades, os desejos, a vida e ter conseguido atravessar tudo isso junto com outras pessoas, dentro de uma rede de relações, de uma rede de normalidade.

Vou dar o exemplo de uma pessoa que hoje trabalha e tem um filho. Ele tem hoje trinta e nove anos. Quando tinha dezessete anos matou seu pai, no primeiro surto de loucura, de delírio; dez, doze anos depois, quando talvez pudesse começar a ficar melhor, numa noite agrediu seu companheiro de quarto em uma residência e quase o matou.

Essa é uma situação de grande complexidade psicopatológica, relacional, institucional, pois ele ficou preso, ficou internado num manicômio criminal, e agora está aqui e tem um filho, uma esposa, uma casa e um trabalho. Então, eu pergunto: “Como é possível tudo isso?” Para compreendê-lo, devo voltar a tudo o que dissemos antes. É possível porque coloco a doença entre parênteses; é possível porque levo em conta a sua existência e não a doença; é possível porque vejo suas necessidades reais; é possível porque busco perceber, escutar seus desejos de vida, afeto, amor, de dor, e tudo isso me faz apostar também no plano institucional.

E isso significa cuidar.

Significa cuidar. E isso significa poder ver, hoje, um jovem de trinta e nove anos levando seu filho à praia, como você vê nesta foto.

No Brasil, temos uma lei de reforma psiquiátrica e temos, agora, mais força política. Como evitar o risco do manicômio difuso?

É fundamental compreender o que significa cuidar, pois cuidar significa tudo o que dissemos antes, mas também se insere em uma dimensão que transcende totalmente a própria psiquiatria. Muitas vezes, os jovens pensam que terapia significa cuidar, quer se trate de terapia farmacológica, quer de terapia psicológica.

A terapia é uma parte, é um ato, é um momento do cuidado. Se realmente compreendermos isso, compreenderemos que progressivamente iremos ao encontro de uma transformação cultural, histórica, institucional que nos permitirá, também, enfrentar o risco de retrocessos. No que se refere ao manicômio difuso, é realmente difícil dizer como se faz para não correr esse risco, pois o manicômio difuso, como o chamamos, é uma condição em que as pessoas, embora não institucionalizadas, têm dificuldade de vivenciar sua dimensão de cidadania, permanecendo numa dimensão de perda, na periferia do viver.

Esse manicômio é determinado exatamente pela persistência acrítica de saberes médicos, psiquiátricos, psicológicos, sociológicos, de assistência social, jurídicos, penitenciários, educacionais, que levam as pessoas a passar de um ponto a outro desse sistema – do médico ao penitenciário, do penitenciário ao jurídico, do jurídico ao assistencial, do abandono total, ou do banco da estação ao orfanato e do orfanato novamente para o psiquiátrico. Nessas várias passagens, todos atuam respeitando a dimensão disciplinar, todos fazem bem o seu trabalho, mas ninguém tem uma visão global, cada um atende a uma necessidade. As pessoas, assim, correm o risco de ficar dando voltas, ir de um lado para o outro, numa espécie de espiral que progressivamente se alarga e que afasta para a periferia, onde a passagem não será mais tão necessária, pois de passagem em passagem elas perdem direitos, identidades, oportunidades, força, poder e terminam numa área de controle que não é mais o manicômio, não é mais a prisão, é a área de controle da perda, a área de controle da periferia. O problema, portanto, é interrogar-se continuamente, entre as disciplinas, os saberes, para buscar compreender o todo.

E recriar constantemente.

Muito obrigada pela grande contribuição.

Foi um privilégio ter partilhado do seu conhecimento. Além de orientador, foi sempre um grande amigo; agradeço por tê-lo tido nesta caminhada.

BIBLIOGRAFIA SELECIONADA

DELL'ACQUA, G. *Il folle gesto*. Roma: Sapere 2000.

DELL'ACQUA, G. *Non ho l'arma che uccide il leone*. Viterbo: Nuovi Equilibri, 2007.

DELL'ACQUA, G. *Fuori come va?* Famiglie e persone con schizofrenia. Roma: Editori Riuniti, 2005.

DELL'ACQUA, G. Incerti luoghi di ospitalità. Abitare la soglia. In: ORDINE DEGLI ARCHITETTI, PIANIFICATORI, PAESAGGISTI E CONSERVATORI DELLA PROVINCIA DI TRIESTE (a cura di). *Abitare La soglia*. Architettura e psichiatria. Trieste: APPC, 2009.

DELL'ACQUA, G. *Fuori come va?* Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi. Milano: Feltrinelli, 2010.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Il centro di salute mentale 24 ore come comunità terapeutica allargata: la riabilitazione e lo sviluppo di una rete partecipativa. In: CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE (SIRP), 2, 1990, L'Aquila. *Riabilitazione Psicosociale in Psichiatria*. Napoli: Idelson, 1991. p. 381-398.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. In: DELGADO, J. (Org.). *A loucura na sala de jantar*. Santos: Resenha, 1991.

CARLA PROSDOCIMO



Seu interesse pelo movimento de desinstitucionalização surgiu num seminário sobre saúde mental, organizado por seu professor de filosofia e pedagogia do ensino médio, em sua cidade natal. Naquela ocasião, leu *A instituição negada*¹, de Franco Basaglia, que tinha dado início ao processo de fechamento do hospital psiquiátrico de Trieste em 1971. No fim de 1973, e com apenas dezoito anos, decidiu participar como voluntária desse processo, inicialmente pensando em estudar medicina, mas principalmente pelo desejo de envolver-se num projeto de transformação, em que, aliás, continua envolvida até hoje. Para ela, essa experiência mostrou que é pos-

¹ BASAGLIA, F. (Org.). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Trad. Heloisa Jahn. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

sível eliminar a distância entre a teoria e a prática e que o caminho é infinito². Contribuiu em muitas atividades relacionadas à saída das pessoas do hospital psiquiátrico, participando, inclusive, da primeira experiência de convivência realizada fora do hospital, no Centro de Saúde Mental de Aurisina. De 1975 a 1983, trabalhou no Centro de Barcola; a partir de 1983, empenhou-se em vários projetos de oficinas para usuários dos serviços de saúde mental e atividades reabilitativas. Atualmente, é membro da equipe do *Servizio Abilitazione e Residenze (SAR)*³ com cargo de operador social. Realiza, principalmente, atividades de planejamento, coordenação e monitoramento de projetos de re-habilitação voltados a usuários dos serviços de saúde mental, junto com as equipes dos serviços; atividades de formação para profissionais envolvidos nesses projetos; promoção de iniciativas para ampliação da rede *Centro Diurno Diffuso*, que compreende atividades culturais e recreativas, bem como atividades relacionadas ao protagonismo dos usuários, à sociabilização e à integração. Desde 1996, é responsável pelo acolhimento, coordenação e formação de voluntários.

No livro *Donne Attraverso soglie, spazi, confini, libertà. Storie e riflessioni di donne dopo Franco Basaglia*⁴, publicado pelo Centro Isontino di Ricerca e Documentazione Storica e Sociale “Leopoldo Gasparini” em 2012, Silva Bon relata “histórias pessoais e diversas que se transformam em uma única história coletiva”. Esse livro, fruto de uma pesquisa histórica e social sobre problemas relacionados à saúde mental, antes e depois de Basaglia, narra histórias e vivências de mulheres que participaram e/ou participam da contínua transformação da saúde mental, entre elas Carla Prosdocimo, no capítulo intitulado *Teoria e prassi*⁵ (p. 94-106).

Antes de começarmos a entrevista em sua sala de trabalho, relata um pouco da história do habitar e do início das cooperativas.

Objetivando resgatar o habitar para pacientes que até então tinham vivido na instituição psiquiátrica, organizou-se o primeiro *gruppo-appartamento*,

² Fonte: entrevista realizada por Pierpaolo Welponer em 2009. Conteúdo disponível em: <<http://www.deistituzionalizzazione-trieste.it/>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

³ “Serviço de re-habilitação e residencialidade”.

⁴ “Mulheres atravessando limiares, espaços, fronteiras, liberdades. Histórias e reflexões de mulheres após Franco Basaglia” (tradução nossa).

⁵ “Teoria e práxis” (tradução nossa).

numa das unidades do hospital, que constituiu o primeiro grupo de convivência da cidade de Trieste. No que se refere ao trabalho, numa assembleia realizada em fevereiro de 1972, os pacientes criticaram o modelo da ergoterapia, reivindicando um trabalho real. Assim, surgiu a primeira cooperativa, a Cooperativa Lavoratori Uniti Franco Basaglia (CLU): sessenta pacientes começaram a trabalhar com contratos regulares na limpeza dos pavilhões, na cozinha e no parque do hospital.

A moradia e o trabalho representam a real transformação alcançada através deste processo de reabilitação e “negação” da doença; o direito aos cuidados das pessoas que padecem de sofrimento mental ocorre pela reabilitação e não pelo internamento. Em 1973, o espaço da primeira unidade desativada do hospital psiquiátrico transformou-se numa oficina de pintura, escultura, teatro. Participaram das atividades pacientes de várias unidades do hospital, bem como um grupo de atores, pintores e artistas. Nesse contexto nasceu Marco Cavallo, um grande cavalo azul feito de madeira, simbolizando a liberdade.

De que maneira o Departamento de Saúde Mental de Trieste promoveu, entre outros, o direito de habitar?

A questão do habitar surgiu há muito tempo, assim que Basaglia e sua equipe chegaram ao manicômio, e esse problema foi levantado de maneira radical. Imediatamente, começaram a trabalhar para criar, dentro do hospital, formas verdadeiras de habitar e não formas de viver internados.

Essa questão, que surgiu como a afirmação de uma necessidade primária, posteriormente evoluiu para o conceito de territorialidade; sair do hospital, portanto, passou a representar uma maneira de fazer com que as pessoas voltassem a pertencer a um território, reforçando ainda mais a centralidade dessa questão.

Na segunda metade dos anos 70, entre 1976 e 1978, emergiu “a ponta de um iceberg” através de uma ação realizada aqui em Trieste, a ocupação da *Casa del Marinaio*. A questão da moradia, do habitar, tinha-se tornado tão importante nas práticas cotidianas desenvolvidas nos centros de saúde mental, já existentes na época, que os usuários e os profissionais decidiram organizar uma ação forte, a ocupação de um espaço muito grande da cidade que estava abandonado. Tal ocupação forçada, realizada de maneira

demonstrativa, provocou também desacordo no próprio grupo de profissionais de saúde mental, pois alguns diziam que era preciso passar para um campo mais político, mais de luta, e outros diziam que não, que era melhor continuar a exercer um papel de mediação institucional, permanecendo dentro dos limites da atuação profissional. Foi um momento bastante difícil, duro, de discussões e discórdias.

As pessoas correm o risco de ficar presas entre os muros do modelo médico, de uma psiquiatria que enxerga somente a doença. Como imaginar lugares diferentes?

Para imaginar lugares diferentes, creio que seja necessário imaginar-se diferentes como profissionais. Acho que os serviços de saúde e os profissionais podem imaginar lugares diferentes na medida em que se colocam a serviço de um processo no qual as contradições são reveladas. Se o profissional, em vez de se ver como quem deve deter as contradições da sociedade, com um mandato social de controle ou de gestão, realiza um trabalho que revela contradições e busca identificar maneiras, tempos e lugares que possam dar resposta a elas, é óbvio que muda completamente a sua ótica.

Como disse anteriormente, você inclui a realidade no contexto terapêutico; saindo de uma dimensão de puro controle, abre-se um debate e começa a busca para entrar numa comunidade, reconhecer as necessidades e só então definir os espaços e modelos para confrontar-se com tais necessidades.

Acho que não existe uma resposta absoluta, definitiva, exaustiva; existe uma tendência dialética que leva a definir gradualmente uma espécie de recipiente para conter essas contradições, que certamente não pode ser um recipiente que as reduz, mas sim que as revela, identifica, compartilha, representa. Dessa forma, você pode sair do modelo médico da doença e entrar numa dimensão que é a do sofrimento humano; a partir disso, você pode definir a quantidade e a qualidade dos diferentes modelos.

A persistência do modelo médico que vê de um lado a crise e de outro a cronicidade condena ao fracasso o trabalho terapêutico-reabilitativo nas residências. É possível sair dessa contradição?

É possível, mas não é sempre óbvio. Retomo aqui o que disse anteriormente: na minha opinião, para sair da cronicidade, em primeiro lugar, é preciso

fazer uma crítica ao modelo da cronicidade e assumir completamente o princípio segundo o qual quase sempre, senão sempre, eu ousaria dizer, definir a cronicidade do outro, no fundo, é definir a própria cronicidade...

Que é a cronicidade do sistema.

Sim, é esconder, atrás da palavra crônico, a sua incapacidade, ou impossibilidade, de confrontar-se com um problema, de estar dentro de uma contradição. Você representa o seu nível máximo possível de resposta e tudo o que não está em seu poder torna-se algo que não se refere mais a você, pois tem a ver com a doença, é um fato crônico que se refere à outra pessoa e nisso você acaba prendendo-a.

Para sair disso, você deve levar em conta aspectos como rede, habilidades, identidades múltiplas, contextos que se multiplicam, ou seja, atuar numa realidade que possua essas características, embora, muitas vezes, esteja fora do seu domínio e seja uma realidade em que você não tem mais um papel nítido, claro, definido, intocável, preciso e absoluto; você entra no mundo das contradições, muitas vezes é questionado, ou é questionada a sua função, o seu papel, o sentido da sua atuação.

Quando o foco é desenvolver habilidades, pode tornar-se muito mais importante o trabalho de um professor de canto, de costura, ou de marcenaria, do que a sua atuação; o seu saber psiquiátrico passa em segundo plano, então é preciso ter, por assim dizer, uma certa modéstia profissional.

Do momento da crítica ao manicômio, “a pessoa e não a doença”. Quanto a compreensão da pessoa mudou?

Em primeiro lugar, é preciso estabelecer quem são essas pessoas: se usuários, profissionais, cidadãos que estão fora de tudo isso. Sinceramente, acho que a compreensão de uma mudança teórica, cultural não seja uniforme. Há pessoas, contextos, realidades que estão mais próximas e outros mais distantes desse tipo de compreensão. Com certeza, mudou o nível e a forma de codificação científica e institucional aqui em Trieste, no que se refere à doença mental. E esse tipo de codificação aumentou o poder de negociação dos usuários, das pessoas mais próximas a eles e acho que dos profissionais também.

Creio que o desenvolvimento de uma modalidade operacional com diferentes papéis, níveis de poder, com conhecimento e reconhecimento relacionados a esta modalidade tenha levado a conquistas, de certa forma, definitivas. Representa uma mudança forte, pois é uma demonstração do que é possível fazer; uma demonstração teórico-prática em termos de papéis hierárquicos, de consciência, de conhecimento crítico, de aquisição do significado dos direitos, de práticas consolidadas, de formas de atuação e de espaços. Trata-se, portanto, de algo que mudou, progrediu.

Claro que as idas e vindas da história sempre ocorrem, mas me dá satisfação pensar que, hoje, um jovem que tem uma crise psicótica, por exemplo, e que entra pela primeira vez em contato com o sistema de saúde mental de Trieste, certamente tem muitas oportunidades e mais possibilidades de não se tornar crônico do que quando existia o manicômio, tem mais oportunidades para conseguir evitar essa situação.

De fato, um jovem usuário de um centro de saúde mental vai morar num apartamento, com suporte de profissionais, mas sozinho.

Além disso, o que nos ajuda muito é que quem afirma possuir soluções absolutas para deter essas contradições está demasiado fora da realidade. Assim como é impossível colocar o mar dentro de um recipiente, pois não existe um recipiente que possa contê-lo, não há economia, ou organização que possam eliminar totalmente as contradições. Quando hoje se fala, por exemplo, em anular os princípios da Lei 180 de reforma, no que se refere a liberdade, direitos, etc., através da construção de novas realidades muito mais parecidas com pequenos manicômios espalhados pelo território, felizmente não há dinheiro para isso.

Ao mesmo tempo, acho que houve um avanço, uma mudança na maneira de se confrontar com essa questão. Quando está demonstrado que sem aquela forma de tratamento é possível realizar algo, acho que é difícil voltar atrás; pode, talvez, haver reações, pode-se até encontrar dinheiro para alguma transformação num sentido mais repressivo, mas aquela demonstração existe e é uma referência. Não é casual que você tenha vindo conhecer o trabalho realizado aqui e não em outro lugar; é exatamente por ter sido demonstrado que é possível; com defeitos, dificuldades, com todos os problemas que existem, mas é possível, e isso é importantíssimo.

O que significa, hoje, cuidar?

Esta é uma pergunta que vale um milhão, pois corre-se o risco de responder de forma banal. Com certeza, cuidar não significa separar, ou seja, não significa adaptar-se a uma regra segundo a qual quem não é produtivo deve ficar fora da sociedade; negar a separação é um princípio básico.

Consequentemente, devem-se mobilizar riquezas, inteligências, todos os recursos possíveis e que não estão somente no mundo da psiquiatria, mas também no mundo em geral, para atuar dentro dos contextos de vida das pessoas, dentro dos contextos que produziram o sofrimento; para estudar, compreender um fenômeno, é preciso contextualizá-lo, não se pode atuar em uma situação de cativeiro.

É necessário, portanto, preparar-se para atuar na vida cotidiana das pessoas, em suas moradias, contextos, circuitos, sem criar circuitos separados. Isso significa assumir grandes responsabilidades, pois você corre o risco de ver questionada a certeza das funções que você desempenha. Neste caso, também é preciso ter uma grande capacidade de questionar a si mesmo: seu poder, seu saber, as riquezas que administra pois, de alguma forma, você administra uma riqueza pública. Você tem poder; é encarregado, pago e reconhecido para fazer uma determinada coisa, mas quando sai dos clássicos contextos e das regras que os definem e se coloca em discussão, se coloca, também, à disposição. Dessa forma, você deve assumir enormes responsabilidades. Deve assumir a responsabilidade da negação-afirmação do seu papel, pois são duas coisas que vão juntas; contemporaneamente, você nega umas competências para afirmar outras. Obviamente, é importante não se tornar megalomaniaco, o que é típico de quem trabalha em psiquiatria, pensar que você é Deus, a meta final para as pessoas; ao contrário, é importante manter um senso de limite e de curiosidade que deve estimular você num percurso como este.

Além disso, você deve ter a capacidade de lidar com a responsabilidade no que se refere tanto à “condução” do projeto terapêutico para o usuário – a pessoa que está diante de você e que o procura porque está desesperada, sem nenhum poder, quase sempre – quanto às instituições que lhe pedem para atender a essas necessidades e querem que você responda de uma determinada maneira, controle, cure, etc., e isso não é fácil.

A “responsabilidade de delegar”, que parece um jogo sutil de palavras, é exatamente a sua capacidade de conseguir mobilizar outros recursos além dos seus e dos que você representa. Às vezes se diz: “amarram-se os idosos, porque faltam recursos”. Mas você não pode adaptar-se e racionalizar, afirmando que para executar a sua tarefa de cuidar dos idosos você precisa amarrá-los; essa não é uma resposta. Você precisa criar, “destampar o caldeirão”, fazer emergir essas questões e ver como encontrar uma solução; não pode limitar-se a responder a elas sozinho, pois pode acabar optando por uma solução repressiva.

Você deve, então, assumir a responsabilidade de representar as questões, decodificar o que há atrás dos sintomas, o que se esconde; quais são as necessidades, os temas em questão, as contradições, os limites, as impossibilidades, mas também as possibilidades. Não entendo porque as casas de repouso não podem ser lugares abertos onde as pessoas vão visitar os idosos para ajudá-los, fazer-lhes companhia, porque não se realiza uma campanha civil e cultural para promover isso, porque não se abrem esses lugares, porque devem ser lugares que separam. Uma pessoa viveu e trabalhou a vida inteira e depois é colocada ali, daquela maneira. É preciso restituir dignidade a esses lugares, visibilidade; fazer com que a sociedade se reaproprie dessas questões, não finja resolvê-las, massacrando as pessoas. Para isso, é preciso que se desenvolvam políticas ativas, em que você deixa de ser só médico, enfermeiro, psicólogo e faz muitas outras coisas, atua como político, administrador, faz tudo o que é necessário para melhorar a situação e revelar a contradição com que se depara.

No Brasil, temos a lei de reforma psiquiátrica e temos, agora, mais força política. Como evitar o risco do manicômio difuso?

É a pergunta mais difícil de todas (vale mais de um milhão!), pois eu não conheço bem a realidade brasileira. Acho que não existe um modelo absoluto que seja apropriado para todos os lugares, não existe uma receita, uma resposta mágica. Claro, existem várias coisas, algumas eu lhe disse, que com certeza devem ser levadas em consideração.

Eu acho que uma contradição, no Brasil, é que temos uma bela lei de reforma, mas ainda há hospitais psiquiátricos. É verdade que o Brasil é um país grande demais e que, portanto, não se pode “abrir as portas e deixar que todos saiam”,

porque, depois, não se saberia o que fazer. O que está ocorrendo, então, é um processo de redução gradual dos leitos. Além disso, estão abrindo mais centros de saúde mental; todavia, ainda há essa contradição.

Sim, mas na Itália ainda existe isso também. Apesar de ter sido aprovada a reforma, a Lei 180, e apesar de tudo o que foi feito, quando você sai de Trieste não encontra a mesma situação que aqui. Ainda são poucos lugares... Você encontra serviços de emergência psiquiátrica onde as pessoas ficam amarradas de tal forma que às vezes até morrem. O manicômio não acabou porque está escrito em algum lugar que não deva mais existir; como é previsto por lei, foi eliminado. Na prática, há ainda estruturas que, no fim das contas, são manicômios, pois se você coloca uma pessoa num lugar e a deixa amarrada por uma semana, onde ela não se relaciona com ninguém, não conversa, o que você acha que é? Aquilo ali é um manicômio e dos piores, que aniquila, que mata, e isso ainda existe na Itália.

Como acontece em Trieste, talvez um caminho seja ampliar o circuito através da constituição de redes: sair do seu campo específico e estabelecer o maior número possível de relações, envolvendo, por exemplo, associações, cooperativas. Isso permitirá criar redes de serviços comunitários que adquiram competências, poderes e assumam cada vez mais responsabilidades para atender às necessidades. Esses novos atores sociais podem, de alguma forma, ajudar no percurso de reconhecimento de necessidades e de reivindicação de direitos, bem como na construção de uma cultura, de uma consciência que se reforce cada vez mais e que consiga criticar a instituição e fazer com que ela esteja voltada cada vez mais para a identificação, diferenciação, leitura, acompanhamento, apoio às necessidades e cada vez menos para a separação e repressão das pessoas. Além do que eu disse, que pode parecer banal, acredito que seja necessário entrar no mérito de cada questão e cada contexto especificamente: observar, atuar, inventar algo.

E é isso que o Rotelli chama de instituição inventada, não é?

A instituição inventada, a comunidade possível. Há várias fases, várias representações diferentes, mas o conceito principal é que não se deve absolutamente aceitar a tarefa de controle e separação, nem esconder e fingir colocar em ordem as coisas, dentro da ordem psiquiátrica, pois isso é mortal,

não dá respostas, é uma invenção, uma mistificação e se torna uma operação de poder, de repressão, de controle, de aniquilamento das pessoas.

Ao contrário, devem-se criar todas as alianças possíveis, realizar aquela engenharia institucional como a instituição inventada e tudo o que permita desenvolver, dar dignidade e visibilidade às pessoas para que possam compreender, organizar-se e estar legitimadas a se manifestar.

Quando foi criado o Servizio di Abilitazione e Residenze (SAR)?

Em 1992-1993, aproximadamente. Antes não se chamava SAR, mas sim, me parece, *Riabilitazione* – não me lembro muito bem. De qualquer maneira, o conceito era o mesmo: reunia um grupo de pessoas que, no fim dos anos 80 e começo dos anos 90, começou a atuar aqui dentro desta área do Parque de San Giovanni (a área do antigo hospital psiquiátrico), buscando respostas principalmente para as questões de moradia, inserção laboral, formação e protagonismo.

Essas questões sempre estiveram diretamente relacionadas à prática cotidiana de todos os centros de saúde mental, mas sendo eixos fundamentais da vida das pessoas – moradia, trabalho, formação, sociabilização, trocas, afetos, cultura são realmente eixos –, era necessário intensificar esse tipo de investimento, de atuação.

Esta área, hoje Parque de San Giovanni, livre da sua função manicomial, tinha-se tornado uma grande riqueza abandonada. Esperávamos que quando deixasse de ser um manicômio a cidade se reapropriaria deste espaço e o transformaria num lugar de vida; ao contrário, tornou-se um espaço abandonado, embora continuassem a existir várias residências terapêuticas aqui dentro.

Conseqüentemente, na segunda metade dos anos 70, surgiu uma onda de reapropriação desses espaços, especialmente a partir da criação e expansão de cooperativas sociais e das necessidades que emergiam no trabalho realizado nos centros de saúde mental sobretudo com os jovens. Isso levou à criação de oficinas para que pudessem pintar, tocar, de um grupo de teatro e, posteriormente, à criação do que é definido institucionalmente como Centro Diurno, mas não num sentido restrito, pois uma das características importantes dessas realidades em Trieste era o contínuo movimento

de pessoas que participavam e que não tinham relação com a psiquiatria. Tratava-se, portanto, de uma abertura desses espaços a artistas, jovens, pessoas da cidade, de lugares reservados não à doença, aos doentes, mas sim abertos a todos.

Dessa forma, por um lado havia um importante patrimônio que estava nascendo e que, portanto, precisava evoluir; por outro, havia estruturas que não deviam ser abandonadas, justamente porque era necessário continuar o trabalho reabilitativo e o desenvolvimento dos projetos e dos novos investimentos em agregação, trocas, atividades de formação, de sociabilização e de lazer. Este prédio (um ex-pavilhão do hospital psiquiátrico), por exemplo, que também chamamos de *Cantiere Sociale* (Espaço de construção social), ou ainda *Politecnico*, é um espaço criado com esses objetivos.

Havia, portanto, um patrimônio que não podia ficar abandonado e que precisava de grandes investimentos para mantê-los, mas também para atrair as pessoas, mostrar à cidade a sua potencialidade. Além disso, tinham sido realizadas verdadeiras campanhas contra os “basaglianos” em jornais. Os edifícios desta área pertencem à Prefeitura, à Universidade de Trieste, ao Órgão de saúde e à Província; quatro proprietários, portanto, que continuavam a discutir sobre quem devia pagar as despesas de manutenção e não saíam desse impasse. Enquanto isso, os jornais escreviam, todos os dias aparecia no jornal *Il Piccolo* de Trieste: “É isso que os basaglianos fazem. Destruíram um parque lindíssimo, os prédios estão caindo aos pedaços, os mendigos, os nazi-skins e os comunistas entram e quebram tudo e fazem confusão”. Era necessário assumir este problema, pois nos culpavam pela degradação do parque. Decidiu-se, então, utilizá-lo, organizar espaços para atender a necessidades.

Mas ainda há vários prédios degradados...

Sim. Aqui em frente, por exemplo, há muitos anos, três prédios da Província de Trieste foram destinados à Faculdade de Psicologia. Os recursos para a reforma já foram disponibilizados pela Região Friuli-Venezia Giulia – parece até que a verba já está disponível há três anos –, mas a Província não consegue dar início a essa reforma, acho que por um problema de licitação.

E a faculdade já existe?

A faculdade já existe. Atualmente, o curso é realizado num prédio em péssimas condições na parte antiga da cidade e aqui só falta reformá-los.

Todavia, no imaginário coletivo, é por culpa dos comunistas basaglianos que os prédios estão assim, embora isso tenha mudado um pouco. Rotelli, no cargo de diretor geral da *Azienda per i Servizi Sanitari di Trieste*, foi muito competente, inteligente, deu uma mensagem muito forte, investindo muito neste parque, onde há lugares maravilhosos, lindos... Aliás, fazer com que o parque seja utilizado por jovens, famílias, idosos, crianças, escoteiros, atletas, por quem anda de bicicleta, planta plantas, ama as rosas é transformá-lo cada vez mais num patrimônio a serviço da cidade, outro grande laboratório de comunidade possível, de instituição inventada, podemos dar vários nomes a isso. Infelizmente, porém, há um problema de inércia.

Você trabalha na área de reabilitação, mas qual é seu trabalho especificamente?

Às vezes, nem eu sei qual é o meu trabalho. Em primeiro lugar, posso falar do que eu faço na Residência I, que você visitou: dou apoio às atividades, verifico que os projetos para as pessoas sejam atuados da melhor forma possível, sou o profissional de referência para as oito pessoas que nela moram.

Sou também profissional de referência para a Cooperativa Lister, em que treze-catorze pessoas trabalham com o que chamamos de “bolsas de formação para o trabalho”, no que se refere à relação entre a cooperativa e os centros de saúde mental. Além disso, sou responsável pelo salão para oficinas que fica no subsolo, que se incendiou e precisa ser reformado; pelo acolhimento dos voluntários que vêm conhecer o trabalho realizado em Trieste; e por atividades recreativas. Também me encarrego de parte da contabilidade, de aspectos organizativos e do cuidado com o espaço físico, o “habitat”, deste edifício. São várias coisas, estas são as principais. Cada um de nós se encarrega de uma parte do projeto, eu me encarrego desta parte, do que se chama *Politecnico diffuso*, ou seja, atividades recreativas, culturais, iniciativas, o parque.

Muito obrigada pela grande contribuição.

RENATO DAVÌ



Psicólogo, psicoterapeuta, graduado em psicologia clínica, em 1977, com uma tese sobre o processo de fechamento do hospital psiquiátrico de Trieste em que relata sua experiência de estágio na criação do primeiro *gruppo-appartamento* para jovens, onde começaria a trabalhar logo depois. Desde 1978, está fortemente engajado em atividades relacionadas à participação e ao protagonismo dos usuários dos serviços de saúde mental e à inclusão social. Foi um dos fundadores da associação de auto e mútua ajuda e de voluntariado em saúde mental Club Zyp em 1993^{1, 2}. Trabalhou em vários

¹ O percurso que levou à criação do espaço posteriormente denominado, pelo próprio grupo, Club Zyp é relatado brevemente no capítulo *Progetto del gruppo di Città Vecchia per uno spazio creativo in via delle Beccherie*, do livro *La foresta di pietra* (“Projeto do grupo [do bairro] de Città Vecchia para um espaço criativo [no apartamento situado] em Via delle Beccherie – A floresta de pedra”, tradução nossa).

² In: LA FORESTA DI PIETRA. Conferenza del Servizi di Salute Mentale. Trieste: Edizioni “e”, 1993. p. 190-192.

serviços do Departamento de Saúde Mental de Trieste, entre os quais o Centro Diurno de Aurisina; atualmente, faz parte da equipe do Centro de Saúde Mental de Barcola. Ao longo dos anos de atuação profissional, deu continuidade à sua formação mediante as discussões em equipe realizadas diariamente, diversas psicoterapias individuais e uma de grupo, bem como diversos cursos de atualização profissional. Além de psicoterapia individual e grupal e da elaboração e implementação de projetos de reabilitação psicossocial norteados pelos princípios de suporte e autonomia, continua empenhado na promoção de iniciativas que visam favorecer o protagonismo dos usuários dos serviços públicos, dentre as quais vale destacar o congresso anual *Impazzire si può*³, organizado pelo grupo *Articolo 32*⁴. Seu trabalho é centrado na complexidade do processo de recuperação do sofrimento psíquico especialmente no que se refere à pessoa que, em seu contexto, busca a sua própria forma de superar ou lidar com o transtorno mental, considerado um aspecto de vulnerabilidade aos fatores de estresse internos e externos. Para isso, utiliza conhecimentos oriundos da experiência prática e de diversas disciplinas humanas, não só do campo da psicologia, que podem oferecer contribuições específicas aos projetos e às práticas em saúde mental comunitária iniciados com o processo de desinstitucionalização do hospital psiquiátrico e em contínua evolução.

Em meu pequeno apartamento, no Parque de San Giovanni, numa noite de inverno, ao som do vento chamado Bora e saboreando um café, realizamos esta entrevista.

De que maneira o Departamento de Saúde Mental de Trieste promoveu, entre outros, o direito de habitar?

No que se refere ao direito de habitar, a primeira necessidade foi construir uma renda para as pessoas internadas, através de benefícios assistenciais ou aposentadorias, para os que tinham direito, ou do trabalho em cooperativas. No manicômio, as pessoas não recebiam um verdadeiro reconhecimento econômico pelo trabalho que realizavam, só uma quantia mínima

³ “Enlouquecer é possível”; nome dado ao encontro anual organizado por e para pessoas com experiência de sofrimento mental e outros atores sociais envolvidos na luta pela inclusão social.

⁴ Grupo formado por atores sociais engajados em atividades relacionadas à participação e ao protagonismo dos usuários de serviços de saúde mental. Seu nome se refere ao artigo da constituição italiana em que se afirma que a saúde é um bem a ser tutelado pelo Estado como direito fundamental do indivíduo e interesse coletivo.

a ser gasta dentro do hospital. O passo seguinte foi encontrar moradias: algumas pessoas voltavam a morar com a família ou eram ajudados por elas; outras constituíam núcleos autônomos ou grupos que moravam em apartamentos e recebiam diversas formas de cuidados – de algumas horas por semana a 24 horas por dia. Com uma renda baixa, não era possível alugar um apartamento pelo preço de mercado, ao passo que, juntando a renda de quatro a seis pessoas, sim. Algumas vezes, no começo do processo de desinstitucionalização, um profissional assumia a responsabilidade de alugar um imóvel em seu nome para criar residências...

Porque as pessoas não tinham direito de alugar imóveis?

Porque a renda de uma só pessoa era insuficiente. Além disso, os proprietários ou as agências podiam considerar o uso dos imóveis inadequado e recusar-se a alugá-los. Teria sido impossível criar residências para grupos. Era preciso oferecer alguma garantia e, de certa forma, manipular, pois trabalhava-se numa situação limítrofe entre a legalidade e a ilegalidade: os profissionais que alugavam os apartamentos nem sempre diziam qual era a sua finalidade, embora seu salário e sua profissão já constituíssem, de fato, uma garantia. Isso foi feito, no início, para seis, sete apartamentos.

É nesse período que se ocupa a Casa del Marinaio?

A ocupação foi depois, mas fazia parte desse problema: a falta de estruturas para criar serviços territoriais e moradias. Foi uma tentativa de induzir a Província de Trieste a adquirir aquele imóvel para a implementação de residências ou centros de saúde mental. Tratava-se de um prédio público inutilizado, que podia ser transformado num serviço útil para a coletividade.

O passo seguinte, relacionado ao direito de habitar, foi o acordo estabelecido com o *Istituto Autonomo per le Case Popolari (IACP)*, que agora se chama *Azienda Territoriale per l'Edilizia Residenziale (ATER)*, órgão público da Região Friuli-Venezia Giulia que busca soluções habitacionais para pessoas com baixa renda ou com dificuldades sociais que, portanto, não conseguem ter acesso ao mercado imobiliário. Com esse acordo, conferiam-se pontos específicos para a lista de acesso a moradias disponibilizadas pelo órgão a egressos de hospitais psiquiátricos que cumprissem os pré-requisitos. Hoje, são conferidos pontos às pessoas que realizaram um percurso

terapêutico numa residência pertencente ao órgão de saúde local ou com ele conveniada, ou ainda que moraram em casas populares administradas pela Prefeitura de Trieste.

No que se refere à relação com as pessoas, os cuidados em saúde mental mudaram. De que opções de cuidados as pessoas com sofrimento mental dispõem hoje?

As opções são muito amplas. Um aspecto importante que levou ao processo de desinstitucionalização e à reforma psiquiátrica – e que está presente até hoje – foi uma visão que não atenta só para a doença, mas também para a pessoa, em seu contexto de vida, e que considera várias questões inerentes à saúde mental, como trabalho, moradia, lazer, renda, mas também aspectos como sociabilidade e oportunidades de crescimento pessoal, como a participação e o protagonismo. Quando uma pessoa procura um centro de saúde mental, avaliam-se todos esses aspectos, ou seja, qual é o seu problema de saúde mental, mas também qual é a sua situação familiar, condição social e de trabalho, bem como todos os demais aspectos.

Com base nessa avaliação, a equipe do centro de saúde mental atua sozinha ou busca parcerias com outros serviços, conforme as necessidades evidenciadas. As várias oportunidades de cuidado são, portanto, determinadas por uma visão da pessoa em sua totalidade, não somente do seu problema de saúde e da sua doença. Assim, a equipe do centro de saúde mental se organiza tanto para atender a necessidades farmacológicas, psicoterapêuticas, quanto para promover cuidados ou ações relacionadas a sociabilização, trabalho, moradia, etc.

Nos centros de saúde mental, a psicologia segue uma linha teórica, por exemplo psicanalítica, ou comportamental?

Não, a atuação dos psicólogos e dos psiquiatras não se baseia numa linha teórica. Cada profissional, não somente os psicólogos, psicoterapeutas e psiquiatras, escolhe a própria formação, que deve ser confrontada com o projeto do serviço territorial.

Não há, portanto, uma linha teórica; todas as linhas teóricas devem ser confrontadas com a projetualidade e as práticas terapêuticas do serviço territorial. Pela forma específica de atender às necessidades das pessoas com

transtornos mentais no território, a teoria estudada pelos profissionais deve ser confrontada com as situações práticas e não o contrário, ou seja, a situação prática deve ser adaptada às exigências teóricas de uma determinada escola de formação em saúde mental. O profissional escolhe percursos de formação na esperança de que sejam cada vez mais condizentes com as necessidades manifestadas no enfrentamento dos problemas inerentes às práticas cotidianas de um bom serviço territorial.

E é esse o projeto individualizado.

Para cada pessoa, é elaborado um projeto com base nessa visão global da sua condição que inclui ações terapêuticas relacionadas ao seu transtorno mental, mas que leva em consideração todos os demais aspectos também; o projeto é elaborado conforme as necessidades da pessoa e em seu contexto de vida.

Quando uma pessoa procura um centro de saúde mental é escutada e, no momento apropriado, faz-se uma avaliação de sua história e seu contexto de vida. A equipe se reúne todos os dias para discutir e avaliar os projetos terapêuticos. Um projeto pode ser muito complexo e necessitar da participação de vários atores sociais, recursos e instituições, ou pode ser mais simples. Quando a abordagem farmacológica e a intervenção psicossocial são definidas, tem início o apoio psicoterapêutico, que pode ser realizado por vários profissionais da equipe e cuja modalidade e duração são estabelecidas e verificadas pela própria equipe. Da mesma forma, a psicoterapia individual pode ser realizada pelos psicólogos com diversas modalidades e duração variável, mas é constantemente discutida em equipe.

Podemos dizer que, nesse contexto, se trabalha com uma psicologia social, se podemos chamá-la dessa forma, e que se estabelece uma relação com a pessoa mais de tipo social do que psicológico?

Não se trata somente de psicologia social. Os conhecimentos aplicados referem-se ao saber psiquiátrico e psicológico, mas também sociológico, antropológico, etc.; todavia, como já disse, eles devem ser adaptados à necessidade de atender, como serviço público territorial, às demandas das pessoas com transtorno mental.

A contribuição da abordagem cognitivo-comportamental talvez seja maior por ser um tipo de intervenção frequentemente indicada, embora todas as abordagens sejam levadas em conta; como nenhuma é exaustiva, é preciso síntese e um ecletismo que ainda está por ser “escrito”. O psicólogo possui uma formação que deve ser adaptada à sua prática quotidiana num serviço territorial público; além disso, esse profissional deve, continuamente, buscar capacitação e atualização quanto às intervenções terapêuticas mais indicadas para situações específicas e aos diversos aspectos relacionados à psicoterapia e às intervenções psicossociais. A nossa atuação modificou-se e vai continuar a modificar-se ao longo do tempo junto com o contexto, a cultura, a pesquisa, a organização do serviços, os recursos à disposição.

Com o fim do hospital psiquiátrico, como mudaram as práticas realizadas nos serviços territoriais, no que se refere aos medicamentos?

Do meu ponto de vista, parcial por ser de um psicólogo, observo que muita atenção é dedicada ao uso e à prescrição farmacológica. Um grupo de profissionais da *Azienda per i Servizi Sanitari di Trieste* estuda os remédios mais eficazes para avaliar seus custos e benefícios; destes, é proposta uma gama de medicamentos.

Há também atenção constante para que os remédios sejam prescritos nas doses mínimas necessárias e evitados quando possível. Comparando com o que acontecia nos hospitais psiquiátricos, a prescrição tornou-se adequada e atenta às especificidades e à subjetividade de cada pessoa; além disso, o uso dos medicamentos diminuiu, quando foi possível encontrar respostas às necessidades existenciais e sociais das pessoas.

Os remédios estão inseridos numa dinâmica entre os problemas e os recursos disponíveis para enfrentá-los. Às vezes, podem substituir um recurso: como não há outros recursos para enfrentar um problema, a resposta é somente farmacológica. Em Trieste, a atenção a isso é constante; faz parte da cultura dos profissionais, incluindo os psiquiatras, prescrever medicamentos quando forem indispensáveis. Vale lembrar, porém, que é preciso estar sempre atento a esta questão.

Quando uma pessoa não quer a tomar os medicamentos, como a equipe do centro de saúde mental lida com essa situação?

No momento em que se propõe um medicamento, a pessoa já recebe algumas informações para convencê-la a levar em consideração e aceitar essa proposta. Quando surgem dificuldades, é preciso usar a persuasão, buscando pontos de mediação: experimentar por um período, analisar a possibilidade de conciliar as exigências da pessoa com as que observa o psiquiatra, conversar com o *medico di famiglia* (na Itália, o médico de referência para a saúde em geral de cada cidadão), etc.; ou seja, é preciso encontrar uma maneira de ajudar a pessoa a aceitar, aos poucos, os medicamentos, se não existirem outros caminhos para enfrentar o seu problema.

As pessoas correm o risco de ficar presas entre os muros do modelo médico, de uma psiquiatria que enxerga somente a doença. Como imaginar lugares diferentes?

As pessoas com transtorno mental são, acima de tudo, pessoas com uma complexidade individual, contextual e histórica que têm direito de exercer sua cidadania e, portanto, de viver em seu próprio contexto sócio-cultural sem ser marginalizadas ou “deportadas”.

Creio que a ideia de uma estrutura hospitalar ou similar seja somente um programa cultural e político, não uma verdadeira necessidade científica ou social: uma parte da psiquiatria resiste, pois, sendo mais cômodo, continua a enxergar a necessidade de estruturas hospitalares ou com gestão centralizadora para lidar com problemas de transtorno mental.

Em Trieste, demonstrou-se que, para os transtornos mentais, não devem existir espaços de delimitação, contenção, redução da participação das pessoas e da possibilidade de estarem inseridas na realidade social; ao contrário, as formas de cuidado devem ser atuadas no próprio contexto territorial. A questão é exatamente esta, enxergar a pessoa em sua totalidade. Dessa forma, os lugares diferentes mencionados na pergunta são todos aqueles que podem ajudar as pessoas a superar a crise, dar-lhes apoio para que possam se recuperar e reencontrar a própria específica autonomia. O único momento em que uma pessoa precisa de atenção diurna e noturna nos centros de saúde mental é durante uma crise aguda...

Em que a pessoa fica num centro de saúde mental.

Sim. E as crises, em geral, são bastante breves, logo não são necessárias estruturas hospitalares onde as pessoas permanecem por muito tempo, anos. Essa é uma concepção do transtorno mental superada e defendida pelos psiquiatras que pensam em dinheiro e numa profissão sem contradições.

A persistência do modelo médico que vê de um lado a crise e de outro a cronicidade condena ao fracasso o trabalho terapêutico-reabilitativo nas residências. É possível sair dessa contradição?

É possível sair dessa contradição com um modelo global, médico também, segundo o qual a cronicidade não existe, pois, em geral, ela é a falta de soluções ou respostas por parte de uma estrutura ou um serviço...

A cronicidade é do sistema e não da pessoa.

Exatamente. A cronicidade existencial é do sistema. A pessoa tem a sua história, seu ciclo de vida, seus problemas, e é preciso lembrar que é mais fácil os problemas aumentarem que diminuírem ao longo do tempo. Todavia, se estiver inserida num contexto em que se leve em conta suas exigências e necessidades, bem como formas para enfrentar os limites que forem surgindo, ela vivenciará uma contínua evolução do seu ciclo de vida, mesmo que, às vezes, seja uma involução, pois isso também faz parte da vida.

Dessa forma, pode-se falar impropriamente de “cronicidade” de uma doença, mas não das respostas que a ela são dadas. Uma doença “crônica” sempre muda a sua forma de se manifestar conforme a resposta que recebe. Isso também vale para a crise: se a considerarmos somente como doença, sem enxergar a pessoa em seu contexto, a crise será somente expressão da doença e o contexto não terá nenhuma relação com ela.

O trabalho terapêutico-reabilitativo nas residências deve atentar para o contexto e para as respostas diante das novas demandas que as pessoas expressam através de seu comportamento, de suas crises também. É preciso considerar os diversos momentos, ciclos, contextos de vida e as várias oportunidades de expressão e de trabalho das pessoas, além de tudo o que se refere às mudanças nas estruturas residenciais e nas relações e histórias que nelas acontecem, pois as residências podem ser boas por um período, mas, depois, deixar de sê-lo. Pessoas que moram juntas não devem obrigatoriamente fazê-lo para sempre, pois podem sentir necessidade de mudar.

Algumas experiências se concluem e isso implica mudanças; se a estrutura não muda, os problemas que continuam a se apresentar podem ser causados por essa dificuldade de transformação.

Do momento da crítica ao manicômio, “a pessoa e não a doença”. Quanto a compreensão da pessoa mudou?

Eu diria “a pessoa e não só a doença”, senão parece que não se leve em consideração a doença também, e não se trata disso; por outro lado, existe uma psiquiatria que enxerga só a doença.

Acho que mudou muito a compreensão da pessoa. É uma mudança cultural importante considerar a pessoa em sua totalidade, complexidade, e não só a doença e como intervir exclusivamente no que diz respeito a ela. Sabe-se que, para aos transtornos mentais, não é assim, não é como para outras doenças: o transtorno mental envolve, em diferentes níveis, toda a dimensão existencial da pessoa. Através dessa mudança cultural, portanto, foi possível começar a conscientizar-se dessa totalidade.

Ainda há muito o que fazer pois, por ser mais cômodo, os profissionais tendem, frequentemente, a manter uma visão limitada do outro e das suas necessidades, a esquematizar, a reduzir a própria compreensão e, às vezes, seu envolvimento e colaboração num contexto abrangente, no qual a forma de ver o outro é determinante.

Por isso é importante observar, continuamente, o trabalho, as técnicas e o que se pode mudar, além de inventar novos instrumentos também.

No que diz respeito a esse trabalho, há uma vasta cultura, envolvendo várias escolas de psiquiatria, psicologia, enfermagem, que aporta uma grande contribuição, mas que ainda se confronta muito pouco com a cultura das boas práticas dos serviços de saúde mental.

A discussão diária em equipe é fundamental para construir e modificar as práticas, mas também para superar eventuais aspectos críticos que os profissionais manifestam, em geral compreensíveis, não relacionados a “indiferença” ou “malvadez”, mas a falta de recursos. O trabalho excessivo, o peso do envolvimento e da responsabilidade, bem como a complexidade da atuação podem levar o profissional a analisar de maneira limitada e a

esquematizar uma situação, tornando seu entendimento e sua intervenção terapêutica mais superficiais.

O que significa, hoje, cuidar?

Na minha opinião, cuidar significa considerar a pessoa em todos os seus aspectos, no seu contexto relacional e existencial, e refletir junto com toda a equipe sobre o que pode ser feito, buscando também parcerias com outros serviços territoriais que representam aquilo que a sociedade criou para cuidados à saúde, assistência, seguridade social...

Criando um circuito.

Um circuito, uma rede de cuidados e assistência.

No Brasil, temos a lei de reforma psiquiátrica e temos, agora, mais força política. Como evitar o risco do manicômio difuso?

Na minha opinião, o risco do manicômio difuso é uma escolha política e cultural. É muito difícil evitar o manicômio difuso se não é feita uma escolha política para isso, pois nem tudo pode ser técnico. Quando não há políticas que buscam evitar o manicômio difuso, creio que ele se reconstrói, pois se a instituição não tem condições de exercer às suas funções efetuando, ao mesmo tempo, uma crítica constante de si mesma, entra num processo de institucionalização.

No fundo, temos recursos limitados em todas as situações. Talvez sejam mais limitados no Brasil e, por isso, seja necessário organizar ações conforme as prioridades a fim de evitar o manicômio difuso. De qualquer forma, trata-se de uma escolha política, que pode estar relacionada a políticas de saúde, mas é sempre política; sem essa escolha, é difícil evitar a institucionalização. A inércia e a redução das respostas oferecidas são inerentes a qualquer realidade. A instituição, mesmo que nova, quando se sobrepõe às respostas a serem dadas, às necessidades das pessoas, torna-se institucionalização.

Por isso só negar a instituição não basta. É preciso inventar, todos os dias, uma nova instituição.

Negar a instituição significa somente negar a parte inútil da instituição, a que se transforma em burocracia, inércia que freia os processos, respostas inapropriadas, autoalimentação dos mecanismos institucionais contra as necessidades das pessoas, não a parte da instituição que é um recurso, um serviço, uma resposta. À medida que se torna necessário, portanto, é preciso desinstitucionalizar partes da instituição...

É preciso reconstruir constantemente o conceito de instituição.

Sim, porque sempre surgem mecanismos que tendem a reconstruir uma parte inercial, que serve só à própria instituição e não às pessoas que deveriam ser atendidas em suas necessidades por essa instituição.

O grupo Articulo 32, por exemplo, também é um espaço criado para refletir sobre essas questões?

Sim. As pessoas que utilizam mais frequentemente os serviços de saúde mental são muito importantes e devem ter grande visibilidade para quem oferece cuidados. A participação e o protagonismo das pessoas com experiência de sofrimento mental faz parte da história da reforma psiquiátrica de Trieste: das assembleias realizadas no hospital psiquiátrico de Gorizia, nos anos 60, ao grupo *Arcobaleno* de Trieste, nos anos 70; das cooperativas sociais, associações culturais e de voluntariado voltadas para a saúde mental às várias atividades e eventos que têm contado com a participação e o protagonismo dos usuários dos serviços de saúde mental.

Hoje, uma das formas de participação se manifesta através do grupo *Articulo 32*, formado por pessoas com experiência de sofrimento mental, profissionais, familiares, voluntários e outros cidadãos. Nele, procura-se discutir temas atuais relacionados às questões de saúde, com o intuito de levar essas discussões para cada centro de saúde mental e promover iniciativas para sensibilizar todo o Departamento de Saúde Mental e os moradores da cidade de Trieste a respeito desses temas.

Desde o começo do processo de desinstitucionalização, a atenção às pessoas e à sua participação na organização e programação dos centros de saúde mental teve grande espaço. Todavia, isso não é suficiente; é preciso ter mais voz, mais poder, para melhorar os serviços. Um dos próximos objetivos é que pessoas com experiência de sofrimento mental sejam contratadas

como profissionais “naturais” e que façam parte da equipe dos centros de saúde mental.

Para avaliar também?

Sim, para desenvolver projetos de pesquisa relacionados à avaliação da qualidade dos serviços fornecidos pelo Departamento de Saúde Mental.

Muito obrigada pela entrevista e pela contribuição.

RAFFAELE DOVENNA



Quando ainda era estudante do curso de graduação em história, nos anos 70, envolveu-se no movimento de luta pelos direitos relacionados à saúde, entre outros, e decidiu tornar-se enfermeiro, impulsionado pelo desejo de dedicar-se, ser útil a outras pessoas. Em 1976-1977, começou a trabalhar num hospital, mas essa experiência foi extremamente difícil para ele, pela forte hierarquia da instituição, numa época, inclusive, em que um pequeno grupo de enfermeiros se reunia quase secretamente, pois ainda nem existiam os sindicatos. Antes de prestar concurso para começar a trabalhar para o Departamento de Saúde Mental de Trieste, em 1980, já conhecia o movimento iniciado por Basaglia e tinha participado de atividades organizadas pelos centros de saúde mental como voluntário, por

exemplo uma oficina de teatro organizada pelo Centro de Saúde Mental de Via della Guardia. Após vinte e três anos de atuação como enfermeiro em centros de saúde mental, fundou, junto com outro enfermeiro do Centro onde trabalhava, a associação esportiva *Polisportiva Fuoric'entro*, em 1999, da qual foi presidente. As atividades esportivas já eram realizadas, mas de forma espontânea; decidiram, então, criar essa associação para promover tais atividades dentro de um projeto de integração e emancipação social através do esporte que, gradualmente, foi-se ampliando em termos de atividades e de participação. Hoje, a associação conta com mais de 300 sócios. Pessoa de fortes convicções políticas quanto aos valores de esquerda a serem defendidos para o bem-estar coletivo, atuou intensamente em e para além de atividades partidárias, organizando e participando de inúmeras iniciativas e projetos. No que se refere à saúde mental, mais especificamente, participou de vários projetos de intercâmbio, especialmente com a Argentina, muitos desenvolvidos e coordenados por ele próprio. Para ele, um dos aspectos muito importantes relacionados às atividades da *Polisportiva Fuoric'entro* e aos projetos com a Argentina, também grandes desafios, foi justamente o fato de terem sido projetos elaborados e realizados sobretudo por enfermeiros¹. Por alguns anos, foi a pessoa de referência para os voluntários e estagiários que desejavam conhecer a experiência de trabalho de Trieste. Colaborou para a edição do volume *Condenna de ser loco y pobre – Alternativas al manicomio*², publicado em 2008 (Buenos Aires: Topía Editorial), tradução em espanhol do livro de Franco Basaglia “Conferenze brasiliane”, edição de 2000 (Ed. Raffaello Cortina), organizada por Franca Ongaro Basaglia e Maria Grazia Giannichedda, que inclui um postfácio de Denise Dias Barros, Paulo Amarante e Fernanda Nicácio³.

Raffa era o anjo da guarda dos voluntários. Quando cheguei a Trieste, no dia 03/09/2010, não sabia onde iria ficar. Liguei para Raffa que, imediatamente, veio me buscar e me acomodou com um grupo de argentinas no apartamento de Via San Vito, onde permaneci até ir para o Parque de San Giovanni. Muito

¹ Fonte: entrevista realizada por Pierpaolo Welponer em 2009. Conteúdo disponível em: <<http://www.deistituzionalizzazione-trieste.it/>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

² “A condenação de ser louco e pobre: alternativas ao manicômio” (tradução nossa).

³ O livro *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. Conferências no Brasil (São Paulo: Brasil Debates, 1979), de Franco Basaglia, já havia sido traduzido e divulgado anteriormente na Itália, mas o volume publicado em 2000 contém novas traduções.

deste trabalho devo à sua ajuda e colaboração. Um grande amigo que, infelizmente, faleceu em 2012.

A entrevista de Raffaele foi realizada em sua sala, no edifício da direção do Departamento de Saúde Mental. Raffa, sempre gentil, me ofereceu um café e se sentou numa poltrona.

De que maneira o Departamento de Saúde Mental de Trieste promoveu, entre outros, o direito de habitar?

O direito de habitar foi uma das questões fundamentais na experiência de transformação institucional e de desinstitucionalização, inclusive pelo fato, que pode até parecer banal, de que as pessoas que saíam do manicômio precisavam de uma moradia. Esse foi, portanto, um dos aspectos mais trabalhados e que teve momentos de luta também, como a ocupação da *Casa del Marinaio*, em 1975-1976, organizada por profissionais de saúde mental, que gerou também fortes discussões, mas que tinha como objetivo reivindicar o direito à moradia através de uma ação emblemática. A *Casa del Marinaio* tinha sido uma espécie de alojamento utilizado por marinheiros em Trieste, mas estava abandonada, vazia. Assim, profissionais, usuários e outros cidadãos a ocuparam, justamente, para reivindicar o direito à moradia.

Esse aspecto faz parte de uma mudança cultural, legislativa e institucional que ocorreu na Itália, principalmente em Trieste. No que se refere a esse direito, as equipes dos centros de saúde mental trabalharam muito, criando residências ou elaborando programas individuais para que as pessoas pudessem morar no território. Hoje, o direito de habitar é muito mais amplo, é visto como um direito universal, não somente para as pessoas que têm problemas de saúde mental. Entretanto, a crise relacionada à moradia, os aluguéis muito altos, na Itália, têm limitado demasiadamente esse direito.

No que se refere à relação com as pessoas, os cuidados em saúde mental mudaram. De que opções de cuidados as pessoas com sofrimento mental dispõem hoje?

A mudança no modelo e nas práticas em saúde mental, do manicômio ao território, foi um dos aspectos centrais da reforma psiquiátrica.

Lembro-me sempre de uma frase de Giuseppe Dell’Acqua sobre como essa relação mudou, até mesmo em coisas simples, do dia-a-dia: antes, no manicômio, era a pessoa em sofrimento mental que tinha que bater à porta do médico e perguntar se podia entrar; hoje, com a reforma, é o contrário, é o médico, em suas visitas domiciliares, que tem que bater à porta da casa dessa pessoa. Esse pequeno, grande aspecto revela a mudança ocorrida na relação com as pessoas e nos cuidados terapêuticos.

Uma das coisas que as pessoas que vêm para Trieste percebem é a tentativa permanente de manter uma certa horizontalidade na relação entre profissionais e usuários – embora, na verdade, não goste mais de chamá-los usuários, prefiro dizer pessoas com problemas de saúde mental. Talvez a afetividade presente nas relações seja o que mais impressiona, pois não são só relações institucionais; há uma instituição, mas nas ações do dia-a-dia, ela se dilui muito.

Na nossa metodologia de trabalho, a pessoa é vista de forma global, não se enxerga somente a sua doença; conseqüentemente, ampliam-se as possibilidades de cuidado. Como dizia Basaglia, é fundamental trabalhar com a parte sadia das pessoas. Nas atividades realizadas pela nossa associação esportiva, a *Polisportiva Fuoric’entro*, isso fica bem evidente: alguns rapazes, por exemplo, jogavam bem futebol antes de apresentarem problemas de saúde mental, e nós tentamos ajudá-los a recuperar essas habilidades, ou seja, trabalhamos com a parte sadia das pessoas. E isso acontece em várias outras propostas.

Além disso, as ações de cuidado são complexas, não se reduzem a uma única resposta; são tantas as respostas oferecidas. Uma pessoa pode ter problemas existenciais, por exemplo, por um relacionamento afetivo ruim, ou ainda porque foi demitida – e várias pessoas entraram em depressão após serem demitidas com cinquenta anos, por exemplo, idade em que é muito difícil conseguir outro trabalho. Trabalho, moradia, ócio – não no sentido italiano do termo, de não fazer nada, mas sim no seu sentido latino, ou seja, de atividades de lazer, como esporte, arte, teatro: busca-se oferecer uma série de possibilidades para as pessoas, pois isso é cuidar.

Com o fim do hospital psiquiátrico, como mudaram as práticas realizadas nos serviços territoriais, no que se refere aos medicamentos?

Acho que a principal mudança é que sempre nos interrogamos em relação ao uso dos medicamentos. Foram realizados diversos projetos para reduzir o consumo de remédios; de qualquer forma, em Trieste, acho que sejam utilizados menos do que em outros lugares da Itália e de maneira diferente.

Já vi situações inacreditáveis, pessoas que tomavam dois ou três neurolépticos diferentes, por exemplo. É preciso interrogar-se permanentemente sobre o uso dos medicamentos, sobretudo numa sociedade como a nossa, em que as grandes indústrias farmacêuticas têm muito poder e, portanto, muito interesse em que os remédios sejam amplamente utilizados. Por exemplo os ansiolíticos que, se não são os remédios mais vendidos na Itália, acho que estão entre os mais vendidos; basta observar, numa farmácia, quantas pessoas entram para comprá-los.

Em outras palavras, é uma cultura que impõe responder ao sofrimento com um comprimido... mágico... que tem poder. Assim, é preciso negociar com a pessoa que quer tomar um remédio e o exige. Isso, claro, depende de como se trabalha num centro de saúde mental, pois, muitas vezes, é “cômodo” para os profissionais dar um remédio e pensar que resolveram um problema, ou que resolveram momentaneamente um problema. É algo que deve ser sempre questionado, principalmente quando se trabalha no território.

Quando uma pessoa não quer a tomar os medicamentos, como a equipe do centro de saúde mental lida com essa situação?

Nós sempre tentamos convencer a pessoa da necessidade de um medicamento, mas se ela se recusa a tomá-lo, não podemos forçá-la, a não ser que seja realmente indispensável. Procuramos convencer a pessoa, ajudá-la a compreender que aquele medicamento pode lhe ser útil, pelo menos no meu trabalho sempre foi assim.

As pessoas correm o risco de ficar presas entre os muros do modelo médico, de uma psiquiatria que enxerga somente a doença. Como imaginar lugares diferentes?

Creio que, no que se refere a esse aspecto, estamos numa situação muito difícil. Na Itália, nos últimos anos, houve uma revanche das diversas correntes da psiquiatria contra as novas formas de cuidado trazidas pela

reforma psiquiátrica; uma revanche das técnicas, da “resposta técnica” ao sofrimento das pessoas.

Essa é, portanto, uma batalha cultural e política que precisa ser travada continuamente. Acho que uma das coisas que não conseguimos alcançar, como movimento de reforma psiquiátrica, foi um maior envolvimento da universidade numa formação de médicos e psicólogos mais condizente com a reforma. O ambiente acadêmico, de fato, é muito difícil, muito fechado, mas acredito que algo mais poderia ter sido feito.

Acho que existe uma tendência a manter as situações num modelo médico, embora esteja demonstrado, como disse antes, que é muito melhor atender às várias necessidades das pessoas e realizar um projeto coletivo de transformação. Em Trieste, é assim: busca-se realizar um projeto coletivo de transformação mas que seja, também, personalizado. Há sempre uma dialética entre um momento mais social, mais aberto e a necessidade de levar em conta a individualidade também. Tal modelo é o contrário do clássico modelo médico que reduz tudo à doença, ao sintoma, e que fracassa na tentativa de responder ao sofrimento, pois cuida do sintoma de forma pretensiosa, fora do contexto. Isso vale também para a psicoterapia, de alguma forma; vale tanto para as técnicas psiquiátricas quanto para as psicológicas. Muitos psicólogos de outros lugares ficam descontentes ao ver o papel desses profissionais em Trieste.

Aprendemos, com Basaglia, que tanto a relação médica, psiquiátrica, quanto a relação psicanalítica reduzem muito a possibilidade de confronto com a pessoa que sofre, pois encerram essa relação num setting médico ou psicanalítico, ao passo que a relação entre profissionais de saúde e a pessoa que sofre é muito mais rica e apresenta muitas possibilidades a serem trabalhadas.

Dessa forma, acredito que essa revanche do biologismo – nos Estados Unidos, por exemplo, com um modelo aparentemente avançado, mas na verdade, atrasado –, bem como do modelo psicológico e psicanalítico reduz muito a potencialidade de mudança trazida pela reforma no que se refere às formas de cuidado e de reabilitação, que podem realmente produzir mudanças.

A persistência do modelo médico que vê de um lado a crise e de outro a cronicidade condena ao fracasso o trabalho terapêutico-reabilitativo nas residências. É possível sair dessa contradição?

Esta é uma excelente pergunta. Acho que isso depende da cultura e do modo de trabalhar da equipe no território, pois as residências podem tornar-se, de fato, crônicas; é um risco constante.

Pude observá-lo em outros lugares da Itália, onde há interesses sórdidos. Há residências, por exemplo, onde se colocam dez-quinze pessoas para morar juntas sem nenhuma proposta de reabilitação. Isso ocorre, muitas vezes, por tratar-se de contratos de licitação com cooperativas, ou melhor, falsas cooperativas, que não têm nenhum interesse em fazer reabilitação, pois reabilitar uma pessoa pode levá-la a adquirir capacidade para morar sozinha.

Outra questão importante é a forma de lidar com a crise. Uma das peculiaridades do trabalho realizado em Trieste é que, durante a crise, a pessoa é acompanhada pela mesma equipe que a assiste no momento em que ela está melhor, está mais compensada. O fato de que os centros de saúde mental tenham leitos o permite e isso é fundamental, pois a crise não é algo separado da vida da pessoa e das respostas oferecidas pela equipe; a pessoa é vista de forma global, portanto, os mesmos profissionais que oferecem cuidados quando ela está melhor cuidam dela durante uma crise.

Em muitos outros lugares na Itália, todavia, é diferente: os centros de saúde mental não têm leitos, ficam abertos algumas horas por dia, no máximo oito horas, e quando a pessoa está em crise vai para um hospital. Acho que essa característica do trabalho feito em Trieste seja fundamental, pois permite valorizar a crise. De fato, a crise pode ter um valor para a pessoa, pode ser trabalhada, se você souber interpretá-la e se estiver ao lado da pessoa; além disso, permite manter a continuidade do cuidado oferecido, evitar um afastamento durante esse momento. A crise, em síntese, é vista como parte da trajetória realizada por quem a vivencia, que pode até ajudar, também, no trabalho com essa pessoa, pois permite compreendê-la mais profundamente.

Do momento da crítica ao manicômio, “a pessoa e não a doença”. Quanto a compreensão da pessoa mudou?

É um pouco difícil responder a essa pergunta, pois viemos de uma história que já tem quase quarenta anos; assim, como a maioria das pessoas não conheceu o manicômio, felizmente, ele não é levado em consideração.

Um exemplo: quando estive na Argentina com um grupo grande de pessoas da *Associazione Nazionale Polisportiva per l'Integrazione Sociale (ANPIS)*, os profissionais, bem como os usuários, pediram para visitar um manicômio, fazer uma espécie de “psicotour”, ou “manicômio-tour” [*risada*], porque nunca tinham visto um...

Assisti a um filme, aqui na Itália, em que a mãe dizia à filha: “Se você continuar fazendo isso, vou colocar você num hospício!” E um senhor que estava próximo disse: “Você não pode, porque os hospícios não existem mais!”

De fato, o entendimento das pessoas mudou profundamente. O manicômio ainda permanece no imaginário tanto das pessoas “normais” quanto das que precisam de ajuda, mas todos compreendem que há uma diferença, mesmo não tendo conhecido um manicômio.

O que significa, hoje, cuidar?

Cuidar significa tudo o que eu disse antes, ou seja, considerar os vários aspectos da vida das pessoas, todas as suas necessidades. Isso vale também para a questão da cura, pois temos que destruir o mito de que de algumas doenças mentais não é possível curar-se.

Conheci pessoas que se curaram, que estão bem: um pouco graças aos medicamentos, um pouco graças a todas as outras ações terapêuticas. Assim, cuidar, hoje, significa atender às necessidades das pessoas de forma articulada, não considerar somente uma parte, a doença, a cabeça, ou o corpo; isso pode valer para o esporte, por exemplo, embora nem no esporte conte somente o corpo.

Uma associação esportiva permite realizar ações de cuidado complexas; não proporciona só o momento do jogo, mas também momentos de trocas; faz surgir amizades, cumplicidades, principalmente para as pessoas sós. Ao mesmo tempo, o esporte obriga a respeitar regras, pois quando você está jogando futebol, por exemplo, precisa respeitar as regras determinadas pelo juiz naquele específico contexto. Permite, também, realizar ações de

auto e mútua ajuda sem usar técnicas, de forma quase espontânea: os rapazes se encontram e trocam experiências.

Vi momentos muito lindos, fantásticos, principalmente quando jogamos em outras cidades e ficamos em hotéis, pois criam-se grupos que trocam experiências, falam sobre os efeitos dos medicamentos, ajudam-se reciprocamente. Certa vez, um dos rapazes, que quando não se sente bem se tranca em casa e não sai, foi tirado dessa situação pelos companheiros de time que lhe telefonavam sempre, batiam à sua porta, dizendo: “Vamos lá, Davide, desça, venha jogar com a gente!” E eles conseguiram, mesmo não sendo profissionais de saúde. Essa é uma forma de cuidado não profissional, uma forma não clássica, mas criada numa situação que só aparentemente não tem nada a ver com cuidado.

No Brasil, temos a lei de reforma psiquiátrica e temos, agora, mais força política. Como evitar o risco do manicômio difuso?

O que sempre digo é que é fundamental criar um serviço público e refletir sobre a maneira de trabalhar nesse serviço público, pois, de fato, um centro de saúde mental pode vir a ser um manicômio difuso.

Assim como uma residência.

Assim como uma residência. Como dissemos anteriormente, muitas residências são assim. Consequentemente, depende muito de como se trabalha nos serviços de saúde mental, como se realizam as ações comunitárias de saúde. Acho que, no Brasil, bem como em toda a América Latina, há experiências muito importantes da chamada “atención comunitaria”, com as quais devíamos aprender muito.

Entretanto, participei de vários projetos de cooperação na Argentina e tive a impressão de que, lá, falta consciência política, não no sentido de política partidária, mas sim de consciência do próprio trabalho político, de políticas de saúde. Na minha opinião, para realizar a reforma psiquiátrica, a consciência política dos profissionais é essencial, pois só assim eles compreendem como lutar pela reforma e evitar, justamente, que se passe do manicômio concentrado ao manicômio difuso. A situação, no Brasil, eu não conheço, talvez seja diferente da que vi na Argentina, talvez os profissionais sejam mais conscientes, não sei...

Em alguns lugares sim, em outros não. Em geral, porém, os profissionais não têm consciência disso, sendo que alguns nem conhecem o processo de reforma psiquiátrica italiana.

Às vezes, os profissionais se escondem atrás das técnicas, pois elas protegem muito; ao contrário, é preciso que os profissionais sejam atuantes, enfrentem as contradições.

É verdade que a reforma, na Itália, foi realizada em outro momento histórico, mas o que permitiu realizá-la foi justamente o comprometimento político dos profissionais nesse processo de mudança. É como o papel profissional nesta experiência, que também não é facilmente compreendido: trabalhar nas instituições assumindo um papel profissional, mas modificando-o ao mesmo tempo. Por exemplo, se sou psiquiatra e tenho um papel profissional de controle social, assumo esse papel, mas o modifico na prática.

Para mim, essa é a chave da reforma, da mudança que ocorreu na Itália nos anos 70-80, e essa cultura não existe em outros países. Estive na Alemanha, por exemplo, onde os profissionais realizam coisas lindas, às vezes até de forma voluntária, pois criam residências e dormem nelas, mas o manicômio continua existindo.

Assim, na questão da luta anti-institucional, é importante assumir um papel profissional para depois criar alternativas e mudá-lo. Posso dar como exemplo eu mesmo: sou enfermeiro, mas o que faço agora, ou o que fazia das minhas atribuições profissionais quando trabalhava num centro de saúde mental? Fazia tudo o que era necessário para que as pessoas se sentissem bem; não me fechava no meu papel profissional, sem dar um passo além do que tinha sido estabelecido burocraticamente. Questionar o próprio papel profissional permite realizar essa reforma e mudar a sua maneira de atuar.

Só que, no Brasil, o sindicato dos enfermeiros, por exemplo, é forte e a questão do papel profissional é vista por ele de forma muito rígida...

Mas aqui também era assim ...

Se você fizer qualquer coisa fora do seu papel, por exemplo, se você estiver com os usuários cozinhando ou lavando a louça e o sindicato souber disso, ou

se alguém o denunciar, terá muitos problemas, pois ações como essas não são consideradas tarefas de enfermeiros, mas sim de outros profissionais. O papel considerado dos enfermeiros é administrar medicamentos, ajudar as pessoas, etc. É como você disse: se isso não mudar, como poderemos realizar a reforma? Até mesmo porque a maioria das pessoas que trabalham em saúde mental são enfermeiros.

É verdade. De fato, o trabalho dos enfermeiros é fundamental. A reforma psiquiátrica em Trieste foi realizada pelos enfermeiros que trabalhavam no hospital psiquiátrico e esse é um aspecto sensacional desta experiência.

E se você fizer uma análise estatística, ainda hoje a maioria dos profissionais que trabalham em Trieste são enfermeiros.

Sim, claro. De qualquer forma, a questão fundamental é produzir saúde. Como você produz saúde? Só com um desempenho rígido do seu papel profissional, ou ampliando-o, por exemplo, criando uma associação esportiva? A nossa associação foi criada por dois enfermeiros, por mim e um colega, e é coordenada por enfermeiros. Não há médicos ou psicólogos; foi criada e desenvolvida por nós. Dessa forma, se eu tivesse tido que desempenhar meu papel profissional de forma rígida, como você disse, não teria realizado nada.

Um grande amigo que partiu. Muito obrigada, Raffaele, aprendi muito com você.

ROBERTO COLAPIETRO



Envolvido com o movimento de desinstitucionalização de Trieste desde 1977, trabalha como operador de saúde mental desde 1980. De 1992 a 2010, foi presidente da Cooperativa Lavoratori Uniti (CLU), fundada por Franco Basaglia durante o processo de fechamento do hospital psiquiátrico de Trieste e que, em 2009, contava com 250 trabalhadores, entre sócios e outros funcionários, dos quais 40% eram pessoas em situação de sofrimento psíquico. Colaborou em projetos da OMS para a criação e o desenvolvimento de empresas sociais na Bósnia-Herzegovina, Inglaterra e, recentemente, na Palestina. Atualmente, é profissional de referência em projetos de inserção laboral destinados a pessoas com transtornos mentais para a direção do Departamento de Saúde Mental de Trieste.

A entrevista com Roberto foi dividida em dois encontros. O primeiro foi realizado em sua sala, no SAR. Num clima bastante descontraído, ele respondeu às perguntas, acrescentando momentos de reflexão sobre vários aspectos.

De que maneira o Departamento de Saúde Mental de Trieste promoveu, entre outros, o direito de habitar?

Quando teve início o processo de desinstitucionalização em Trieste não se ignorava o fato de que a maioria das pessoas não tinha uma casa, pois estava no manicômio. Estava claro, portanto, que não era possível separar o direito de habitar da construção dos demais direitos, ou seja, tínhamos que levar as pessoas para a cidade e torná-las cidadãs.

Entretanto, para ser cidadão, você precisa ter uma casa. Em relação a essa questão, o Departamento de Saúde Mental de Trieste sempre foi muito ativo, muito presente. Já se passaram muitos anos, mas lembro que, no fim dos anos 70, era difícil encontrar casas para muitas pessoas, pois eram ex-internos, não tinham dinheiro e, obviamente, não tinham acesso ao mercado imobiliário. Lembro também que, nessa época, quando eu ainda não trabalhava aqui, o Departamento de Saúde Mental de Trieste participou ativamente de verdadeiras batalhas para defender o direito à moradia, como a famosa ocupação da *Casa del Marinaio*, realizada por um movimento formado por cidadãos, jovens – um movimento político e cultural, do qual eu também participava –, junto com os profissionais que a haviam ocupado. Depois dessa luta, mudaram também alguns regulamentos relativos ao acesso às moradias populares, e as pessoas com transtorno mental passaram a ter mais facilidade para conseguir uma moradia, obtendo uma pontuação mais alta.

A questão do habitar, portanto, não pode ser separada da questão da saúde. Além disso, acho que um profissional de saúde mental não pode, se é um profissional sério, considerar somente os sintomas ou os medicamentos; deve compreender os problemas num sentido mais amplo, pois o problema da moradia não é um problema separado do sofrimento de uma pessoa. Ao mesmo tempo, é evidente que o direito à moradia não é uma prerrogativa das pessoas com transtorno mental, é uma necessidade dos cidadãos em geral; logo, é evidente que um bom profissional deve ter a capacidade de inserir-se nos movimentos culturais e políticos que defendem os direitos das pessoas de forma abrangente.

No que se refere à relação com as pessoas, os cuidados em saúde mental mudaram. De que opções de cuidados as pessoas em sofrimento mental dispõem hoje?

Como você sabe, voltei a trabalhar exclusivamente na área de saúde mental há poucos meses, pois durante muito tempo trabalhei na área de cooperação social. Por isso, talvez tenha uma visão incompleta de todas as complexas oportunidades oferecidas nos centros de saúde mental, mesmo porque estou trabalhando, há aproximadamente seis meses, no *Servizio de Abilitazione e Residenze (SAR)*, que é o setor de habilitação e reabilitação.

De qualquer maneira, creio que no Departamento de Saúde Mental realiza-se um esforço constante para construir diferentes instrumentos que possam oferecer respostas aos problemas do sofrimento e da saúde mental. Acredito que, provavelmente sempre, procurou-se levar fortemente em consideração a doença e o sofrimento, mas ao mesmo tempo buscou-se sempre contextualizá-los. É evidente que deve existir continuidade entre o que representava levar o sofrimento e a doença para o contexto de vida das pessoas – na medida em que as pessoas passavam do manicômio para a cidade – e, quando já vivem na cidade, a necessidade de favorecer um confronto com tudo o que está ao redor delas.

Deve-se desenvolver a capacidade de permitir que mesmo as pessoas com sérios problemas de saúde mental vivam a multiplicidade da vida. Dou um exemplo banal, mas concreto: se sou um indivíduo que está deprimido, um bom profissional não pode confrontar-se somente com o fato de eu estar deprimido, mas deve ter a capacidade de fazer com que eu viva o contexto da cidade onde moro, portanto, deve estimular-me, fazer com que eu me relacione não somente com a minha família e com os profissionais do centro de saúde mental, mas que vivencie todas as formas de sociabilidade possíveis, presentes na cidade, ou que os profissionais de saúde propõem aos usuários ou à população em geral. Quando o Club Zyp organiza um ciclo de conferências sobre filosofia, cria uma oportunidade concreta e prática para que usuários ou outros cidadãos tenham a possibilidade de confrontar-se com as dificuldades da vida. Promover saúde, portanto, corresponde à capacidade dos profissionais de construir contextos e multiplicarem as oportunidades por meio das quais a vida se expressa.

Coordenei um pequeno projeto de três dias para pintar o Centro Diurno de Aurisina, junto com um colega, alguns rapazes voluntários, bem como

oito bolsistas¹ que se revezavam e que, naqueles dias, em vez de irem ao local onde normalmente trabalham foram pintar aquele Centro conosco. Como essa estrutura precisa de reformas, que continuam sendo adiadas pelo órgão responsável, resolvemos pintá-lo. Foi interessante para mim, pois apesar de ter trabalhado vinte anos em cooperativas onde havia vários bolsistas, pessoas que podiam ter algum tipo de sofrimento, atuei muitos anos na área de gestão e não acompanhava o cotidiano dos bolsistas. Hoje, percebo que muitas coisas mudaram.

Nos meus primeiros anos de atuação profissional em Trieste, trabalhava em estreito contato com os bolsistas. Talvez você se lembre daquela época, estivemos juntos no Centro de Saúde Mental de Via della Guardia, isso há mais de vinte anos. Ainda, num período mais recente, não tinha mais muito contato com os bolsistas. Hoje, percebo que o nível de sofrimento é diferente, que as pessoas que procuram os centros de saúde mental são jovens que, às vezes, estudaram e que, em alguns casos, querem, mas não conseguem, encontrar trabalho. São também jovens que têm uma relação com a família diferente da que eu tinha quando eu era jovem: quando eu tinha 20 anos, era lógico sair de casa; hoje, um jovem não consegue sair de casa, mesmo quando é “normal”, pois não tem mais essa oportunidade. O cenário que temos diante de nós, portanto, é diferente, e não podemos mais remeter-nos somente ao fato de que, há trinta e cinco-quarenta anos, fechamos o manicômio.

Temos que nos lembrar disso, para sermos coerentes com aquilo que fizemos. Ainda, se quisermos dar continuidade à proposta de Basaglia, devemos interrogar-nos sobre o que significa, hoje, abrir as portas do manicômio, pois é algo diferente, o sofrimento é diferente, o mundo é diferente, e não podemos referir-nos somente ao fato de que derrubamos os muros, levamos Marco Cavallo para fora do hospital, inventamos a Cooperativa Lavoratori Uniti (CLU). Precisamos lembrar-nos de tudo isso, da nossa história, mas o problema agora é como essa história vai continuar.

Porque, senão, permanecemos num sistema crônico.

Exatamente, um sistema incapaz de dar respostas a não ser para os profissionais que, fortalecidos por uma ideologia, afirmam seus poderes e ex-

¹ Refere-se às pessoas inseridas em programas de formação para o trabalho, que recebem uma bolsa-formação.

põem suas medalhas de “basaglianos”. As questões fundamentais são outras, e é indispensável realizar mudanças.

As portas do manicômio foram abertas, mas você pode, ao mesmo tempo, fechar outras portas, as portas da pessoa.

Concordo.

E isso nos leva à próxima pergunta. As pessoas correm o risco de ficar presas entre os muros do modelo médico, de uma psiquiatria que enxerga somente a doença. Como imaginar lugares diferentes?

De certa forma, já respondi a essa pergunta, pois os lugares diferentes são os lugares da vida. Para mim, quando me relaciono com uma pessoa em sofrimento mental, penso no que eu gosto ou não gosto, penso em que tipo de ajuda gostaria de receber se eu estivesse mal e tento me colocar no lugar dela.

É claro que, tendo cinquenta e quatro anos, ao confrontar-me com um jovem de vinte anos, devo esforçar-me para entender não o que eu gostaria, mas sim o que ele quer para ficar bem. Escutar e compreender requer um grande esforço, mas somente um profissional “cretino” pode pensar que exista um modelo, o modelo da cabeça dele, para estar bem. Infelizmente, vários lugares do mundo estão repletos de profissionais cretinos. A saúde é um fato subjetivo, e você tem que ter a capacidade de escutar o outro para saber quais são seus desejos, medos, sonhos, até mesmo os mais escondidos e, depois, acompanhá-lo em seu percurso de saúde, tendo cuidado para não abraçá-lo forte demais, castrando a sua possibilidade de saúde. Entretanto, como disse antes, em vários lugares do mundo há muitos profissionais cretinos, que não são realmente profissionais, mas sim pessoas incapazes de confrontar-se com a complexidade do mundo e que, através da mistificação do seu suposto conhecimento, afirmam seu poder em função de uma renda, tornando necessária, portanto, a existência do louco.

É preciso esforçar-se para construir uma profissionalidade eticamente correta, que respeite o outro e, dessa forma, a si mesmo, embora muitas vezes não exista nem uma coisa nem outra, pois isso requer que as pessoas se questionem com frequência. Para alguns profissionais da área de saúde mental, em vários lugares do mundo, é mais cômodo não se questionar

nunca e ser totalmente funcional a um mundo que não funciona. É evidente, portanto, que cada vez mais jovens sofrerão nestas sociedades – me refiro agora à Itália, cujo índice de desemprego alcança 30%, e onde os jovens estão sem renda e sem valores. Numa sociedade como essa, um bom psiquiatra que encontra um jovem, o que pode fazer por ele? A terapia do espelho, a terapia da relação, ou esforçar-se para entender como aquele jovem vivencia o contexto que está ao seu redor?

Um psiquiatra, se não se vendeu, deve ter inteligência para fazer propostas com muita profissionalidade, muita calma, e não com ideologia, pois as bobagens de alguns governantes não podem ser superadas com palavras, mas sim com as práticas, longas e difíceis, construídas dia após dia, momento após momento, que permitam à pessoa, jovem ou idosa, reconquistar um espaço e uma percepção de si diferentes, através de coisas práticas que ela mesma realiza.

Durante esse processo você talvez possa ficar ao lado dessa pessoa, mas não pode dar-se ao luxo cretino de dizer o que há ou o que não há de errado na cabeça dela, pois isso é simplesmente uma mistificação da sua profissão. Seria a mesma coisa que dizer, muito banalmente, que um cozinheiro pode preparar uma refeição sem ter a matéria-prima. Se eu for ao seu restaurante e você for o cozinheiro, para mim não serve que você me conte quanto é gostoso o macarrão, eu preciso comer aquele macarrão e você deve saber preparar aquele macarrão. Alguns psiquiatras, ao contrário, fazem algo totalmente diferente. Em vários lugares do mundo, pede-se que os psiquiatras contem quanto é gostoso o macarrão. Acho que, como frequentemente dizia uma pessoa muito mais preparada do que eu, a primeira coisa que um psiquiatra precisa fazer é pedir desculpas pela mistificação, pelos “crimes de paz”² que muitas vezes comete em seu trabalho, tanto na velha quanto na nova psiquiatria.

O que significa, hoje, cuidar?

Na minha opinião, cuidar, hoje, significa levar seriamente em consideração o significado de sofrimento.

² Refere-se ao livro: BASAGLIA, F.; ONGARO BASAGLIA, F. (a cura di). *Crimini di pace*. Torino: Einaudi, 1975. (Nuovo Politecnico).

E não de normalidade.

E não de normalidade. É preciso ter coragem e força para escutar as pessoas que procuram os serviços de saúde mental, entender por que sofrem, o que as faz sofrer, o que representa aquele “monstro terrível” dentro do corpo delas que as faz sofrer.

Para isso, você deve ter força, muita modéstia, mas também muito rigor, esforçando-se para ser fantasioso e inteligente, para construir percursos práticos e concretos que diminuam em parte o sofrimento de quem está diante de você.

Como disse anteriormente, acho que os processos coletivos sejam processos importantes para isso, o que não significa que não possam ser realizados percursos individuais. De qualquer maneira, tenho presenciado coisas surpreendentes. Ontem, por exemplo, depois que terminamos de pintar o Centro Diurno de Aurisina, criaram-se situações simpáticas, com uma alegre confusão. No fim, disse ao meu colega: “Você que conhece melhor estes rapazes, peça-lhes que digam, em algumas palavras, o que representou para eles esta experiência”. E, se me lembro bem, eles disseram: “amizade, empenho, solidariedade”. Eram jovens, em alguns casos com problemas sérios, com grande angústia e sofrimento, mas aquele foi um momento de saúde para eles, para mim, para o grupo que ali estava.

Cuidar significa isso também, principalmente isso. É claro que, às vezes, alguém me chamava no canto para conversar, contar seus problemas, suas ideias fixas, seus delírios, mas era só um dos momentos. É terrível quando um profissional tem a megalomania, a ideia fixa, o delírio de que pode curar outra pessoa. Somente um mal profissional pode pensar que é ele quem cura as pessoas. Um bom profissional deve ter a humildade de compreender que ele faz parte de um processo, de um contexto para tentar trilhar um percurso de saúde. Acho que uma pessoa é um bom profissional quando tem humildade. Conheci, ao longo dos anos, pessoas que tinham uma enorme empatia e não eram necessariamente psiquiatras. Talvez você se lembre de alguns ex-enfermeiros do Centro de Saúde Mental de Via della Guardia, como o Oliviero Bruschina, que pesava 130 Kg, era enorme, e que, com certeza, não tinha lido nem Freud, nem Foucault, mas tinha uma grande capacidade de entrar em empatia, principalmente com as pessoas

idosas; possuía um dom excepcional, mas ele tinha inteligência, pois – ao contrário de muitos profissionais que estudaram muito mais do que ele –, sabia que seu trabalho não fazia sentido a não ser em equipe, dentro de um processo coletivo. Não conheci ninguém tão excepcional quanto ele, principalmente pela capacidade de conversar com pessoas idosas quando estavam delirando. Ele era incrível, possuía um dom maravilhoso, mas era inteligente, não acreditava que era capaz de curar uma pessoa idosa, colocava a sua capacidade à disposição de um processo coletivo.

De vez em quando, alguns psiquiatras se confundem em relação a isso; acham que como estudaram tanto, podem resolver o problema. Estudar às vezes, ou melhor, sempre serve, mas não é sempre suficiente. Tente pensar, por exemplo, nas relações entre homem e mulher, indiferentemente se se trata de namoro ou casamento. Uma relação saudável, que gera saúde para mim e para a minha companheira, não se baseia no fato de que ela traça o perímetro dentro do qual me sinto bem; é a relação que eu construo com ela que determina o meu bem-estar. E nesse outro caso não pode ser diferente, partindo do pressuposto de que eu sou uma pessoa e ele é outra. Não é uma relação de amor ou de parentela, mas é uma relação que precisa ser saudável. Acho que, em alguns casos, a psiquiatria não constrói relações saudáveis, constrói relações falsas.

É claro que se possui um instrumento, está certo colocá-lo à disposição, mas é um instrumento, pode ajudar a analisar uma situação, mas é algo totalmente diferente. Até mesmo porque – você sabe disso mais do que eu –, se você olhar sempre para a vida do outro, o outro não olhará mais para a própria vida, e chegará um momento em que ele se anulará, e isso não é bom. A sua saúde é a sua capacidade de atuar na sua vida. Imagino que, no Brasil, não seja diferente daqui, na Itália, onde muitos psiquiatras são “loucos como cavalos de corrida” e o problema é que o sofrimento deles se manifesta desempenhando o papel de dizer teoricamente aos outros como estar bem. Acho que um bom profissional de saúde mental é o que aceita ser sadio e louco e se confronta com os outros considerando esses dois aspectos que marcam a vida de todas as pessoas. Quando um profissional é tão cretino que constrói, se ilude de construir a saúde do outro, ele não aceita a sua loucura e é, portanto, perigoso para o outro e para si mesmo.

No Brasil, temos uma lei de reforma psiquiátrica e temos, agora, mais força política. Como evitar o risco do manicômio difuso?

Não conheço o Brasil, portanto responderei genericamente: na minha opinião, é necessário fazer uma aliança com algum poder político e econômico de certa forma progressista que compreenda que o manicômio é mais caro e que manter a manicomialidade não é somente uma questão de incivilidade, mas também significa atraso, falta de desenvolvimento.

Todo o trabalho excepcional realizado em Trieste foi possível porque, no órgão executivo da Província de Trieste, havia uma pessoa como Zanetti que se dispôs a colaborar com esse projeto, caso contrário Basaglia não teria conseguido fazer aquilo tudo. Basaglia tinha ido para outra região da Itália também, uma das chamadas regiões “vermelhas” (de esquerda), a Região Emilia-Romagna, onde, todavia, não conseguiu receber apoio, pois não existia vontade política para realizar um percurso como esse. De fato, nesse percurso, questionam-se muitos tipos de poderes. Por isso, ou possuo uma “artilharia na retaguarda” que me dá apoio, ou posso dizer tudo isso a você, que é uma pesquisadora, mas se disser para outras pessoas da cidade podem “atirar em mim”. É preciso estabelecer fortes alianças.

O segundo encontro com Roberto, marcado para que falasse principalmente sobre sua experiência na gestão de cooperativas sociais, foi realizado no apartamento onde estava hospedada em Trieste.

É evidente que construir percursos de saúde significa observar as necessidades globais das pessoas. De fato, para definir uma situação de saúde para uma pessoa, a própria OMS considera indispensável que estejam satisfeitas necessidades primárias como moradia, trabalho, relações... Além de se preocupar com moradia, um profissional de saúde mental deve empenhar-se, portanto, para que uma pessoa possa desempenhar um papel social e econômico; assim, o acesso ao direito de trabalhar torna-se um percurso com o qual os profissionais de saúde mental devem confrontar-se.

No que se refere a esse aspecto, a experiência prática em Trieste tem quase quarenta anos, o que demonstra que as pessoas em sofrimento psíquico podem, naturalmente, alcançar a inclusão social e laboral. Por que falo de uma experiência de quarenta anos? Porque Basaglia, quando chegou em Trieste, no início da década de 70, deparou-se com um manicômio com

mais de 1300 internos e, como em todos os manicômios do mundo, as pessoas que tinham sido menos destruídas pelo manicômio e pelos medicamentos colaboravam ativamente na gestão daquele espaço.

Basaglia dizia uma coisa muito simples, mas ao mesmo tempo muito inovadora, isto é, que era justo que as pessoas que trabalhavam ali se tornassem oficialmente trabalhadores, era justo que recebessem um salário. Esta escolha determinou a criação da primeira cooperativa, a Cooperativa Lavoratori Uniti (CLU). Não foi, todavia, um percurso simples. Para fundar essa cooperativa foi travada uma grande batalha, pois, obviamente, o estigma, mas também as leis, impediam que internos exercessem o papel de trabalhadores, de sócios em cooperativas. Após muitas batalhas, finalmente a cooperativa foi criada e começou a obter os primeiros trabalhos de órgãos públicos. De fato, o órgão de saúde que administrava o hospital psiquiátrico percebeu que era importante conferir trabalhos a essa cooperativa pois, dessa forma, era possível criar e dar apoio a percursos de emancipação para os ex-internos.

É claro que não podemos ser ideológicos, temos que ser muito pragmáticos e manter os pés no chão; não basta dizer que é preciso criar uma cooperativa e pensar que as pessoas com transtornos mentais possam começar a trabalhar imediatamente. Na CLU havia, desde o começo, pessoas que davam apoio aos técnicos e profissionais encarregados da inserção dos usuários – em muitos casos pessoas internadas por muitos anos – num percurso de emancipação, um percurso para que se tornassem oficialmente trabalhadores.

Nestes quarenta anos de experiência da equipe basagliana, foram criadas muitas cooperativas que, atualmente, permitem a inserção laboral de pessoas em sofrimento psíquico. É evidente que o manicômio foi fechado há muitos anos e as pessoas que chegam, hoje, para trabalhar nas cooperativas são encaminhadas pelos centros de saúde mental, em muitos casos são pessoas jovens, que ainda não têm experiência de trabalho. É importante, portanto, que os profissionais se confrontem com todos esses problemas. Há também instrumentos intermediários: antes que uma pessoa se torne sócia de uma cooperativa ou seja contratada, pode realizar um percurso de formação, ou seja, um período em que usufrui de uma “bolsa-formação”

para adquirir ou readquirir capacidades que lhe permitam competir e permanecer no mercado de trabalho.

Várias pesquisas e análises demonstram que esse tipo de investimento é vantajoso, ou seja, faz economizar dinheiro à coletividade. Se estivermos diante de um jovem que começa a manifestar seus primeiros problemas psiquiátricos – indiferentemente se trata de psicose, ou depressão – e conseguirmos que esse jovem inicie um percurso de inserção ou reinserção laboral, os órgãos públicos poderão economizar muito; caso contrário, corre-se o risco de que essa pessoa se torne prisioneira do assistencialismo.

Em relação a isso, porém, não podemos ser abstratos, nem ideológicos demais. Embora disponha de instrumentos legislativos mais apropriados do que outras empresas, para conseguir desempenhar esse papel, esse serviço, uma cooperativa social precisa, obviamente, receber apoio concreto dos órgãos públicos em vários níveis.

Quando uma pessoa é encaminhada por um centro de saúde mental, os profissionais de saúde não podem simplesmente inserir essa pessoa numa cooperativa, imaginando que tudo dê certo automaticamente. É evidente que os profissionais devem dar apoio durante esse percurso de inserção social e laboral, assim como é evidente que os órgãos públicos devem destinar recursos à cooperação social através de financiamentos, ou de apoio direto ou indireto, por exemplo autorizando alguns servidores a atuarem nessas cooperativas. Um terceiro elemento fundamental é o fato de que essas cooperativas devem receber apoio também no que se refere ao mercado, precisam ser beneficiadas na escolha dos prestadores de serviço, por exemplo, como aconteceu quarenta anos atrás, quando a limpeza do hospital psiquiátrico passou a ser realizada por uma cooperativa social. Considero indispensável uma estreita colaboração entre os órgãos públicos e as cooperativas sociais.

A cooperativa social torna-se também um laboratório importante, pois permite que duas culturas diferentes, a cultura da assistência e a cultura da empresa, se confrontem. Uma cooperativa social é uma empresa que deve estar presente no mercado, portanto tem um orçamento, um *business plan*, uma programação, e seus movimentos de caixa precisam mostrar uma saída inferior à entrada, caso contrário ela não permanece no mercado. Em

Trieste, essas duas culturas, a do serviço público e a das cooperativas sociais, encontraram-se e, em alguns casos, conseguiram construir uma dialética e um confronto extremamente interessantes.

Mas por que, outro dia, Rotelli disse que as cooperativas atualmente existentes não podem ser consideradas cooperativas sociais?

O problema é que não basta denominar-se cooperativa social. Muitas cooperativas perderam aquela tensão ideal, social, que leva a construir, de fato, contextos de saúde. Muitas cooperativas se acomodaram por causa da lógica de mercado, por terem que competir no mercado, permanecer no mercado e não fechar por falência, perdendo de vista, cada vez mais, todos os aspectos sociais, todo o impulso inovador que caracterizava muitas cooperativas nos anos seguintes ao fechamento do hospital psiquiátrico.

Acho que Rotelli se referia a isso.

Acredito que sim, mas é preciso perguntar de quem é a responsabilidade. Dos gestores de cooperativas, talvez, mas acredito que seja muito mais dos órgãos públicos, que não souberam utilizar totalmente esse instrumento. Na Itália, dizemos que “você não deve açoitá-lo demais um cavalo durante uma corrida, senão ele morre enquanto você está correndo”. Em relação à cooperação social, acho que foi feito isso: “açotaram demais os cavalos durante a corrida”, pois, de um lado, não houve investimento e, de outro, não houve controle. É preciso que haja uma dialética constante. Se você, médico, psicólogo, assistente social ou enfermeiro, cuida de uma pessoa com sofrimento mental, é sua a tarefa de buscar instrumentos para verificar se uma cooperativa social está desempenhando realmente bem o seu papel. Não pode simplesmente pretender que a cooperativa social desempenhe bem o seu papel sem receber os instrumentos necessários para levar adiante um projeto, porque é ideológico e, muitas vezes, um ato de má fé. Assim como não se pode pretender que uma pessoa com transtorno mental consiga competir no mercado e pensar que basta inseri-la para que tudo esteja resolvido. E o profissional de saúde, qual é o seu papel: depositar essa pessoa como um pacote numa cooperativa? Com certeza, muitos gestores de cooperativas têm responsabilidade nas dificuldades encontradas pelo cooperativismo social, mas também é preciso refletir sobre a responsabilidade que os gestores públicos e os profissionais do serviço público tiveram nessa

perigosa deriva em que está navegando a cooperação social na Itália e, infelizmente, em Trieste também. Há gestores públicos, por exemplo, que preferem dar um subsídio ou vale-refeição a construir políticas de desenvolvimento que visem à inclusão social e laboral. É claro que é necessário um grande esforço e, para alguns políticos, é mais fácil investir dinheiro na construção de uma estrada, pois lhe dá mais visibilidade para uma futura eleição do que se mostrar um político inteligente, com capacidade de enxergar a longo prazo. Os políticos que se contentam somente em resolver problemas imediatos são políticos que dedicam atenção demais ao próprio papel e à própria poltrona, e não aos interesses da coletividade.

Na minha opinião, estamos vivendo, infelizmente, um período bastante triste na Itália, em que há infiltrações mafiosas no governo, interesses particulares dentro do setor público, falta e redução dos direitos constitucionais mais elementares. Para mim, tudo isso está produzindo um cenário muito perigoso para as novas gerações, pois não há suficiente lógica de desenvolvimento, no sentido mais sério do termo. Desenvolvimento significa investimento. Nenhum investidor sério pensa que você investe hoje para ganhar amanhã; esses são especuladores e, infelizmente, a economia está cheia deles, não só na Itália. Basta pensar nas bolhas financeiras que aconteceram no mundo, causadas não por empresários sérios, que utilizavam sua capacidade e seus capitais, sua visão de mundo, mas por perigosas associações que em termos especulativos destruíam os interesses da coletividade. Na Itália, há situações terríveis de interesses particulares, que em vez de atenderem às necessidades de pessoas que vivem em suas casas, oferecem respostas em clínicas particulares que custam muitíssimo e não curam ninguém.

Para mim, a questão é ser profissionais sérios. Indiferentemente se psiquiatras, se no setor público, se ministros para o desenvolvimento, se na Itália, no Brasil, ou nos Estados Unidos, é necessário ter uma visão de empresa, de coletividade. Em outras palavras, é preciso que as instituições de pesquisa, nas universidades, ou econômicas, governativas de saúde estejam a serviço do cidadão e não a serviço de grupos de poderes.

Há psiquiatras interessados na própria carreira e não na ampliação dos direitos das pessoas. Há professores universitários interessados em publicar muitos trabalhos, mas que nunca verificam se essas publicações têm alguma relação com o cotidiano, com as pessoas. Há empresários que não o são

realmente, pois se preocupam somente em fazer manobras especulativas. Enfim, há pessoas que sofrem e que, em sua maioria, são excluídas do acesso aos direitos, da possibilidade de viver com dignidade.

Quero dizer que não se trata de ser políticos, ou extremistas, mas sim profissionais que observam seriamente qual é o seu papel. Um psiquiatra deve ter coragem de analisar seu trabalho e indagar se o que realizou era útil ao seu poder e à função de controle que às vezes lhe é atribuída. O mesmo deve fazer o gestor público ao indagar se suas decisões e seus planos de desenvolvimento são úteis para a sua reeleição após cinco anos ou para as pessoas que vivem em condições de extremo sofrimento.

Acho que estamos diante de uma encruzilhada muito perigosa: ou vamos em direção a uma terrível barbária, por exemplo com usinas nucleares que explodem, desemprego cada vez maior, imigrações bíblicas, ou, ao contrário, vamos em direção a uma cultura diferente, de renascimento, de possibilidade de construir percursos coletivos de civilidade para as pessoas, pois fechar os manicômios, ou gerar empregos, é uma questão de civilidade, e um sério profissional deve ter coragem de se confrontar com isso.

Muitas vezes, ao contrário, prefere-se permanecer em situações cômodas, pois o que estou dizendo, em palavras muito simples, requer um esforço grande, um enorme trabalho, e ninguém pode ser tão desavisado a ponto de acreditar que um indivíduo que ouve vozes pode imediatamente conseguir um emprego. De qualquer maneira, sei que apesar de ser um percurso difícil, é esse o percurso que deve ser realizado; não serve colocar a pessoa numa clínica particular, onde quem ganha é só o seu dono. É evidente, por exemplo, que é muito mais difícil para mim, psiquiatra, confrontar-me com os problemas que comporta relacionar-me com um grupo de trabalho do que estar numa situação em que o paciente vem ao meu consultório uma vez por semana, deita no divã e me conta seus problemas.

Uma coisa é refletir sobre os problemas das pessoas para depois atuar em relação a eles, outra coisa é ouvir seus problemas para afirmar o meu papel de profissional de escutar os seus problemas. E eu o rotulo, dizendo: “Você é psicótico, você é maníaco-depressivo, você é uma pessoa deprimida, você é bipolar”; é fácil para mim dar um diagnóstico. É muito mais difícil confrontar-me para que você também participe da construção da sua saúde.

Sinceramente, não tenho a ilusão de que se possa curar, pois não se trata de curar, mas sim de confrontar-se com a saúde e o sofrimento das pessoas, dos profissionais e dos pacientes e, nesse percurso, conseguir traçar novos objetivos, produzir inovações, mudanças.

Tive a sorte de poder confrontar-me com a experiência de Basaglia nestes trinta anos de trabalho aqui em Trieste. Na minha opinião, Basaglia talvez tenha descoberto somente o “Ovo de Colombo”, mas teve coragem de desenvolver um método que previa um questionamento sistemático das práticas e acho que um bom profissional deve ter coragem de se confrontar com as boas práticas e verificar como as suas teorias são depois colocadas em prática, não bastam as declarações de boas intenções. Nenhum psiquiatra dirá: “Sou favorável à violência”; “Sou favorável a que a pessoa viva de assistencialismo”; “Sou favorável a que a pessoa dependa dos órgãos públicos até morrer”. Todavia, nem sempre os profissionais estão dispostos a colocar em discussão a sua atuação. Para mim, esta é a diferença fundamental.

Refletindo sobre tudo o que você disse, me parece que o papel social mais importante seja atribuído pelo trabalho, pois permite ocupar um lugar produtivo na sociedade; ao contrário, benefícios sociais mantidos como única fonte de renda por longo tempo podem dar lugar a mecanismos de assistencialismo e aprisionar em processos de institucionalização.

A questão da renda é certamente fundamental. Considero uma estupidez não valorizar as potencialidades das pessoas numa sociedade. Não acho que uma pessoa que tenha problemas de transtorno mental consiga ser imediatamente e sempre produtiva. Ao mesmo tempo, acho que a sociedade é realmente estranha. Quando uma pessoa tem problemas cardíacos, nem por isso deixa de trabalhar; às vezes, se os problemas forem graves, ela ficará internada um ou dois meses por ano e não trabalhará nesse período; o mesmo acontece com uma pessoa diabética. Entretanto, o estigma e, muitas vezes, a incapacidade da sociedade de confrontar-se com os problemas de saúde mental determinaram um nexos muito estreito, uma consequência inevitável, entre problemas de saúde mental e impossibilidade de trabalhar, ou necessidade de trabalhar pouco.

Evidentemente, precisamos encontrar instrumentos corretos, metodologias apropriadas. Quando uma pessoa ouve vozes, pode ter dificuldades de se relacionar no seu local de trabalho, pode achar que alguém esteja falando mal dela, pode se sentir perseguida, pode ver o diabo; entretanto, se eu for um profissional competente, devo ter a força de lidar com isso, fazer com que o sofrimento dessa pessoa se dilua num contexto de vida real.

Durante quase vinte anos, fui presidente da Cooperativa Lavoratori Uniti (CLU) e posso dizer que, na prática, não em teoria, dezenas de pessoas conquistaram total autonomia. Além disso, não é verdade que pessoas com problemas de saúde mental não podem ser produtivas. Apesar de ouvirem vozes, muitas pessoas eram mais produtivas do que as que não as ouviam, ou os chamados normais, pois não há um binômio perfeito: ouço vozes, não posso ser produtivo. Havia um senhor com “manias”, e nunca tivemos as ruas tão limpas!; era incrível, era elogiado pelos lojistas da região por limpar tão bem as ruas! Dessa forma, fizemos da necessidade, virtude, e essa pessoa trabalha até hoje, acho que já faz quatorze anos que ele trabalha.

Porque encontrou o lugar certo...

Isso acontece com todos nós. É necessário encontrar motivação, um percurso apropriado.

O problema é que os dois mundos estão muito separados... Na Itália, e acho que no Brasil também, o mundo das empresas anda por conta própria, tem sua linguagem, suas regras, seu modo de trabalhar; o mundo da saúde e da universidade também, com suas regras, seus poderes, sua linguagem. Acho que ser bons profissionais, no século XXI, significa promover trocas entre esses vários mundos. Se você colocar, no centro da sua atenção, a pessoa, o Sr. Mário, italiano, ou o Sr. Fernando, brasileiro, vai perceber que ele tem necessidades e que pouco lhe interessa a lógica, a linguagem do universitário, ou a linguagem, a lógica e os poderes da saúde. Como disse antes, acredito que o importante seja avançar, que os profissionais desenvolvam a capacidade de fazer surgir um novo renascimento, como no período dos Medici, na Itália, que foi uma época de renascimento cultural e das ciências, isso há muitos séculos. Acho que o mundo precisa de um novo renascimento, ou seja, uma nova capacidade de construir idealidade, uma maneira diferente de estar juntos, manifestar cultura, civilidade. Na

minha opinião, enquanto existirem os manicômios, enquanto existirem empresas ou indústrias que não consideram o problema dos últimos da sociedade, enquanto existirem universidades que estudam a si mesmas, não haverá renascimento na Itália, no Brasil, ou em qualquer outro lugar do mundo.

Muito obrigada pela entrevista.

GIUSEPPINA RIDENTE



Psiquiatra, trabalha no Departamento de Saúde Mental Trieste desde 1981. Em 2001, assumiu a direção do *Servizio di Abilitazione e Residenze (SAR)*, que atua principalmente nas seguintes áreas: estruturas residenciais; elaboração de programas personalizados mediante o instrumento inovador *budget di salute*; promoção de programas de formação e inserção laboral para pessoas que frequentam os centros de saúde mental; atividades de suporte às cooperativas sociais para melhorar as ofertas de trabalho. Desde 1990, é docente no Curso de especialização em saúde mental da Escola de Enfermagem Profissional de Trieste. Desde 1987, colabora nas atividades do Centro de Investigação em Saúde Mental da Região Friuli-Venezia Giulia, com especial atenção para a questão de gênero e saúde mental.

Participou, como especialista, de um programa realizado no Hospital Psiquiátrico de Thessaloniki (Grécia) promovido pela Comissão Europeia e de um programa promovido pela OMS pan-americana no Hospital Psiquiátrico de Santo Domingo (República Dominicana). Em 2009, colaborou com o Hospital Psiquiátrico de Belém, na Palestina, como consultora da OMS. Desde 2011, é consultora da OMS no Hospital Psiquiátrico de Bolu, na Turquia (um dos lugares onde é desenvolvido um projeto-piloto sobre saúde mental e incapacidades). Desde 2007, colabora com o Centro de Investigação de Trieste na pesquisa *Developing a Model of Best Practice in Institutional Care Service User Interview (DEMOBinc)*, financiado pela União Europeia.

Realizamos a entrevista em sua sala, no SAR, com Pina sentada à sua mesa, e eu em sua frente. Olhou as perguntas e começamos a conversar num clima bastante formal que, ao longo da entrevista, foi tornando-se descontraído. A partir desse dia, estabelecemos um relacionamento de grande amizade. Quando a encerramos, Pina disse: “como nunca tínhamos nos aproximado neste tempo em que você esteve aqui, conhecia somente a sua forma de chegar às reuniões: devagar e na ponta dos pés, para não fazer barulho; poucas vezes conversamos. Que bom que tivemos esta oportunidade de nos conhecer”.

Como são concebidos, nos serviços de saúde mental de Trieste, os diferentes percursos de habilitação e de reabilitação?

A reabilitação está relacionada principalmente com a reconstrução de direitos de cidadania, com a criação de oportunidades concretas e em contextos reais que permitam que as pessoas com transtornos mentais sejam cidadãos como todos os demais e, mesmo necessitando de cuidados e apoio, às vezes de forma consistente, desenvolvam e mantenham um grau de autonomia possível. O trabalho de reabilitação, portanto, pressupõe que pessoas capacitadas ofereçam ações de suporte para que os usuários dos serviços recuperem habilidades perdidas ou adquiram outras novas, mas, sobretudo, que existam situações onde as pessoas possam utilizar essas habilidades, ou seja, o que chamamos de sistema de oportunidades. É justamente a coexistência entre suporte e oportunidades que permite a inclusão social. Além disso, é preciso não se esquecer de que todas as pessoas têm objetivos, talentos,

recursos e que a subjetividade dos indivíduos não pode ser ignorada como recurso potencial.

No início do trabalho de transformação radical das instituições psiquiátricas em Trieste, as pessoas que se encontravam no manicômio tinham sido privadas, por causa da internação, de todos os seus direitos civis, propriedades, relações sociais, não tinham praticamente mais nada. Naquela circunstância, transformar radicalmente o significado de cuidado, não mais voltado para o tratamento dos sintomas, da doença, mas sim, principalmente, para a criação de oportunidades – como ter uma casa, um trabalho, lugares onde encontrar outras pessoas e construir relações sadias e livres – foi a resposta fundamental sem a qual qualquer outro tipo de intervenção teria sido inútil. A partir de então, a trajetória foi longa, entusiasmante, mas também difícil, por exemplo para enfrentar os obstáculos que impediam a concretização de processos de inclusão real das pessoas que sofrem de transtornos mentais, ou para estabelecer as alianças necessárias à construção de oportunidades de vida real como moradia, trabalho, lugares onde encontrar amigos. Alcançar esses objetivos em escala cada vez mais ampla, visto que o número de usuários que têm acesso aos serviços aumenta progressivamente, requer um trabalho constante e muita perseverança, criar e recriar continuamente, tentando evitar, ainda, fáceis prevaricações. Hoje, as pessoas que chegam aos centros de saúde mental, após uma ruptura na própria vida causada por um sofrimento mental, encontram muitas oportunidades e respostas às próprias necessidades, embora os profissionais frequentemente tenham a sensação de que os recursos disponíveis não sejam suficientes. Nesse sentido, a colaboração com outros serviços é indispensável para multiplicar os recursos. As propostas são, de fato, muitas: respostas habitativas, relacionadas ao trabalho e, principalmente, respostas que permitem às pessoas vivenciar novas identidades e novas situações em que não se relacionam somente pela doença – que muitas vezes torna-se o centro de suas vidas – mas são tratadas como pessoas que podem mostrar outros aspectos de si, que possuem potencialidades. Estes são espaços onde as pessoas podem vivenciar e fortalecer a sua parte mais vital, readquirir confiança e esperança de conseguir vencer dificuldades, reativar a vontade de viver que muitas vezes a doença interrompe, superar a sensação de solidão que sempre acompanha o sofrimento.

Cabe ressaltar que as formas de cuidado, hoje mais amplas, são também mais discutidas e avaliadas pelas pessoas diretamente envolvidas. A transformação radical produzida pela Lei 180 em todo o sistema de atenção psiquiátrica favoreceu o surgimento de novas subjetividades, autonomias e alianças, embora não possamos esquecer que a questão dos “poderes” (poder de decisão, de gestão e de autodeterminação) em psiquiatria continua sendo uma questão fundamental que todos os serviços de saúde mental devem enfrentar, construindo percursos e processos de participação dos usuários, se têm como objetivo favorecer o empoderamento dos atores sociais, como indicado em várias declarações da OMS.

As pessoas adquiriram mais capacidade crítica no que se refere às formas de cuidado oferecidas pelos serviços e têm mais consciência das próprias necessidades e do próprio percurso de *recovery*³. O grupo *Articolo 32* (o artigo 32 é o artigo da constituição italiana que trata do direito à saúde como direito fundamental), por exemplo, que se reúne toda semana, está tornando-se, cada vez mais, um interlocutor importante para o Departamento de Saúde Mental, além de ser um espaço onde os usuários encontram força, podem expressar seus próprios conceitos de saúde e de cura. No que se refere a esse tema, hoje, o debate é muito mais amplo; não há uma única visão sobre cuidado e cura. A subjetividade, a opinião de cada indivíduo e das pessoas envolvidas, tornam-se importantes e determinantes para a escolha de um percurso útil para uma pessoa específica; ao mesmo tempo, é impossível, hoje, propor respostas válidas para todos. Apesar disso, algumas respostas a necessidades básicas são essenciais para todos; não ter onde morar, estar completamente sozinho, não possuir uma renda, não ter oportunidades de se relacionar constituem obstáculos em qualquer processo de *recovery* e bem estar da pessoa. A questão do habitar, a necessidade de uma casa, por exemplo, é fundamental nos processos de autonomia e de afirmação da própria subjetividade; a falta ou a impossibilidade de habitar uma própria casa, portanto, são fatores que agravam qualquer tipo de dificuldade e, às vezes, são até a principal causa de um problema, quando as pessoas são

³ Em italiano, o termo *recovery* é traduzido como *ripresa* (“recuperação”) ou *guarigione* (“cura”), sendo mais usado no feminino. No Brasil, ainda pouco utilizado, é traduzido sobretudo como recuperação, cura, mas também restabelecimento. Embora tenha sido encontrado somente como substantivo masculino em textos atualmente publicados em português, o termo *recovery* foi usado no feminino nos dois textos em que aparece neste livro por explícita solicitação da entrevistada, que o considerou necessário para manter uma coerência de gênero com as palavras recuperação e cura, usadas para traduzi-lo. (N. T.).

obrigadas a conviver com quem não desejam ou quando essa convivência é prejudicial. Acontece, com frequência, que justamente as pessoas mais frágeis e marginalizadas, ou seja, as que mais necessitam de um espaço que lhes ofereça acolhimento e segurança, têm menos oportunidade de possuir uma casa própria com a qual se identifiquem, ou onde possam se recolher, e isso produz mais fragilidade e insegurança.

Como está organizado o trabalho no Serviço de Habilitação e Residencialidade?

Este serviço desenvolve programas para favorecer a reintegração das pessoas com sofrimento psíquico através da ampliação de possibilidades de vida real, oferecendo suporte para projetos terapêuticos personalizados que propõem, contemporaneamente, ações nos três eixos fundamentais relacionados ao funcionamento social do indivíduo, moradia, trabalho e interação social, que atendem às principais necessidades da vida de qualquer pessoa. Trabalhamos em estreita relação com os centros de saúde mental, elaborando projetos e programas que envolvem a pessoa e toda a sua rede de relações. Quando uma pessoa não se sente bem e procura um centro de saúde mental, justamente porque ela não está bem, ou porque não tem um trabalho, não pode mais morar na sua casa, com seus familiares, ou não consegue mais morar sozinha, ou, ainda, não possui uma casa, é importante oferecer respostas concretas, como parte de uma atenção mais ampla, que leve em consideração os aspectos clínicos, mas não só isso. Essas questões são imprescindíveis, pois se depois de um período de acolhimento no centro de saúde mental uma pessoa superar o momento mais crítico, mas voltar para uma situação em que suas necessidades básicas não sejam atendidas e em que não receba nenhuma ajuda para vencer dificuldades e construir relações e contextos positivos e produtivos, ela não poderá iniciar uma trajetória de recuperação, nem encontrar uma nova maneira de estar no mundo.

Para oferecer respostas mais amplas e articuladas no território, é fundamental colaborar com outros atores sociais presentes na comunidade, como cooperativas, associações, outros profissionais, bem como estabelecer alianças com outros serviços, como a *Azienda Territoriale per l'Edilizia Residenziale* – ATER, órgão da Região Friuli-Venezia Giulia que oferece moradias para as pessoas menos favorecidas com o qual, mediante a atribuição de mo-

radias, foi possível desenvolver projetos fortemente emancipatórios para muitas pessoas. É preciso construir alianças e parcerias com atores sociais que ajudem a multiplicar as respostas; aliás, foram essas alianças que permitiram oferecer vários tipos de respostas, personalizando ainda mais as propostas. Uma das palavras-chave desse processo é a “personalização” do projeto, para que cada pessoa possa receber uma resposta mais condizente com as próprias necessidades e, dessa forma, aderir mais facilmente ao projeto que lhe é proposto, elemento indispensável para que o projeto tenha êxito. De fato, somente através do consentimento e da adesão ao projeto pode-se ter algum tipo de garantia de que será realizado. Ao contrário, se a pessoa participar passivamente de propostas com as quais não concorda realmente, é provável que serão investidos muitos recursos e energias, sem obter nenhuma transformação.

Como se deram o processos de transformação relacionados à residencialidade?

A questão do habitar e dos espaços sempre foi considerada fundamental no campo da saúde mental; o fechamento do hospital psiquiátrico foi possível graças ao fato de que tinham sido encontradas casas para as pessoas morarem em grupos mais ou menos grandes. A primeira residência, criada em 1973 aqui no Parque de San Giovanni, foi realizada em um belo edifício de dois andares, onde antes ficava a direção do hospital; até o ano passado, moravam ali cerca de dez senhoras, algumas das quais ainda se lembram muito bem das histórias do “manicômio”, visto que nele tinham sido internadas. Desde então, muitas coisas mudaram, as necessidades das pessoas mudaram, bem como seu poder contratual. Assim, se na fase de fechamento do hospital psiquiátrico a prioridade era fazer com que as pessoas saíssem do hospital e para isso foi necessário e possível criar residências terapêuticas utilizando os prédios dos antigos pavilhões transformados em moradias para até quinze pessoas, hoje, seguindo a meta de personalização dos projetos, isso não pode mais ser proposto e o grupo de pessoas considerado mais apropriado para que uma convivência dê certo deve ser, no máximo, de quatro, cinco pessoas. Quando o grupo de pessoas em uma residência é grande demais, certamente prevalecerão as necessidades e o ritmo da instituição e não os das pessoas. Se, por exemplo, todos quiserem pôr a mesa ou ajudar a cozinhar em um lugar onde moram muitas pessoas, isso deixará de ser uma riqueza e se transformará facilmente em uma difi-

culdade de gestão cuja resposta provavelmente será dada com a imposição de regras restritivas. Ao contrário, nos lugares onde moram três-quatro pessoas, será mais simples, mais espontâneo para cada um encontrar uma forma de colaborar na rotina daquela casa, conquistando, assim, pequenos espaços e participando das coisas que lá acontecem, sem ser um hóspede passivo.

Em 2005, estabelecemos um primeiro limite máximo e definimos que cada residência não poderia ter mais do que oito pessoas. As pessoas foram saindo, aos poucos, das residências com mais de oito hóspedes: algumas eram muito idosas e faleceram; outras foram para casas de repouso, mas só treze pessoas em dez anos; outras, enfim, foram para apartamentos menores em outras áreas da cidade. A segunda mudança muito importante ocorreu em 2006, com a introdução do *budget di salute*, ou seja, um método inovador de financiamento de projetos personalizados que permitiu afirmar a necessidade de definir, para cada pessoa, um projeto personalizado, com objetivos bem claros.

Só para o budget di salute se elabora um projeto personalizado?

Em um projeto personalizado, *budget di salute* é o conjunto de recursos necessários para a sua realização, dos financeiros a todos os demais tipos de recursos que devem ser utilizados. Os projetos personalizados sempre fizeram parte do estilo de trabalho aqui em Trieste: as necessidades, não só estreitamente sanitárias, de cada pessoa precisam de respostas pessoais, específicas e amplas e isso requer diferentes olhares e recursos. O *budget di salute*, porém, tornou mais explícito e fortaleceu esse método de trabalho.

O *budget di salute* pode ser um instrumento muito válido por aproximar-se o mais possível das necessidades das pessoas e por oferecer respostas flexíveis e personalizadas que se adaptam melhor às necessidades mais amplas, levando em conta os recursos já disponíveis e os que podem ser mobilizados. Com ele não se trabalha mais com “pacotes de ações”, estruturas residenciais, conjuntos indiferenciados que compreendem várias ações e várias pessoas, mas sim com orçamentos individuais que definem melhor os processos e garantem que serão monitorados e avaliados.

Para introduzir o *budget di salute*, em 2006, foi preciso compreender melhor quais eram os custos e os recursos não só financeiros necessários à

realização de um determinado projeto personalizado. Essa primeira etapa do processo também foi muito importante, pois para modificar as formas de residencialidade, por exemplo, saber exatamente qual era o custo de manter uma pessoa em uma residência terapêutica 24 horas fez com que os profissionais refletissem mais sobre a necessidade de continuar com esse tipo de suporte ou sobre a possibilidade de investir aqueles recursos em algo diferente e mais útil para essa pessoa, por exemplo no aluguel de um apartamento. Tal estudo evidenciou que saber o custo de cada ação terapêutica representava um instrumento de trabalho útil também para os profissionais de saúde, não somente para os administradores. Além disso, a introdução do *budget di salute* mudou a relação com os parceiros que colaboram com o Departamento de Saúde Mental na realização desses projetos, como as diversas cooperativas sociais. No começo, as residências eram geridas por enfermeiros psiquiátricos; depois, a falta de enfermeiros e o custo das contratações levaram a um processo de terceirização, nos anos 90, e a gestão das estruturas residenciais passou, então, para cooperativas sociais.

Em Trieste, as cooperativas e o Departamento de Saúde Mental estabeleceram uma relação de estreita colaboração; trabalham juntos até na elaboração dos projetos, mas o serviço público tem a função de supervisionar e monitorar a sua qualidade. A introdução do *budget di salute*, de fato, fortaleceu essa relação de parceria já existente. Esses parceiros não só gerenciam estruturas residenciais; uma cooperativa deve ser uma empresa que crie oportunidades de moradia, trabalho e socialização e que forneça, ao mesmo tempo, suporte para que as pessoas possam usufruir dessas oportunidades. Para isso, o Departamento de Saúde Mental deve ser responsável pelos projetos e pelos cuidados oferecidos às pessoas, desempenhando um papel de controle geral de todos os recursos utilizados. A partir de então, a avaliação e o monitoramento dos projetos tornaram-se constantes e acurados: os parceiros, as pessoas envolvidas no projeto e os serviços encontram-se para verificar se o projeto está dando resultados, ou se é melhor modificá-lo. Tal procedimento visa, principalmente, garantir que o programa seja compartilhado, transparente e avaliado periodicamente. Desta forma, é possível também promover uma participação verdadeira e um protagonismo efetivo dos usuários nos projetos elaborados para eles.

Este processo é importante, pois, muitas vezes, os projetos começam bem, mas depois perdem-se um pouco de vista seus objetivos; nem sempre se trabalha com objetivos e resultados esperados e, às vezes, cai-se numa rotina, principalmente no que se refere a projetos de residencialidade.

Um projeto personalizado, elaborado por várias pessoas, assinado por todos os que nele estiverem envolvidos, inclusive pela própria pessoa a quem é destinado, e que é avaliado pelo menos a cada seis meses, permite melhorar a qualidade das ações terapêuticas e alcançar os objetivos estabelecidos.

É o que o Rotelli chama de instituição inventada, ou seja, todo dia, você precisa refletir sobre a desinstitucionalização, caso contrário você fica na inércia do trabalho que produz cronicidade no sistema?

Exatamente. Mesmo tratando-se de uma boa estrutura organizativa, não significa que possa permanecer inalterada. As pessoas e suas necessidades mudam com certa rapidez, assim como mudam rapidamente as culturas e as formas de vida em sociedade. As mudanças, as inovações organizativas, portanto, devem ser objetivos constantes de todas as instituições. As coisas precisam ser renovadas; mesmo quando funcionam, devem pelo menos ser avaliadas.

Vivemos numa realidade em movimento, é assim para todos nós: o que consideramos bom num determinado momento da nossa vida, pode não atender mais às nossas necessidades um ano depois. É preciso, portanto, avaliar com cada pessoa para compreender se realmente o tipo de resposta, se os programas nos quais a pessoa está inserida ainda são apropriados e úteis. No que se refere à residencialidade, o risco maior é a repetição de gestos e ações. Trata-se de lugares onde as pessoas moram, mas que não são realmente suas casas, são “como se fossem” as suas casas, mas nunca o são realmente. Em geral, as pessoas que vão para uma residência terapêutica são as que têm menos poder contratual e que correm maior risco de serem estigmatizadas e consideradas inválidas; são, portanto, as que encontram mais obstáculos para exercer seus direitos fundamentais como cidadãos. E é exatamente para essas pessoas que se corre o risco de propor formas de gestão despersonalizantes, reconstruir guetos, recriar condições de institucionalização. Numa situação como essa, por uma questão de simplicidade organizativa, é fácil que se tenda a criar uma rotina de trabalho assistencial

que se repercutirá na vida das pessoas que moram nessa residência e que serão obrigadas a segui-la. Sobretudo os profissionais que trabalham todos os dias com pessoas que frequentemente têm menor poder contratual correm o risco, constantemente, de cair numa rotina e acabar fazendo escolhas e tomando decisões por elas. Isso tudo tem pouco a ver com a dinamicidade da vida, com a potencialidade da vida. A possibilidade de correr um pequeno risco deve estar presente em todas as situações, pois é o risco da liberdade, de poder fazer algo que também foge às regras da vida cotidiana. Essa dimensão precisa estar presente na vida de uma pessoa. Mesmo que a residência seja bem organizada, mesmo que seja um lugar onde se oferece uma vida digna – e é claro que, antes de mais nada, deve-se garantir isso, pois em muitos lugares isso não acontece – não haverá muita possibilidade de evoluir. É justamente nesses contextos que a personalização dos projetos e a possibilidade de adaptar continuamente as ações terapêuticas à medida que as situações vão-se modificando são importantes para manter uma atenção constante nas necessidades de cada pessoa.

Além disso, é preciso manter a atenção alta em relação à forma de organização das estruturas residenciais, avaliá-las constantemente, colocar sob uma lente de aumento alguns mecanismos que já são vistos como naturais, questionar os procedimentos para evitar considerá-los óbvios, pois tendemos a acostumar-nos com o que fazemos, perdendo um olhar crítico.

O fim do hospital psiquiátrico não significa o fim do percurso de desinstitucionalização, pois este é um processo complexo que inclui vários aspectos, que envolve todos os setores da vida real em termos de construção de direitos para as pessoas e que requer mudança para um paradigma que não se baseie mais na doença, mas sim na saúde.

É preciso, portanto, mudar e desinstitucionalizar principalmente a relação com a loucura e a maneira como é considerada na mente e no ambiente cultural das pessoas, começando com os profissionais de saúde, para que se possa realmente modificar o modo como ela é considerada nas propostas de cuidado.

É muito importante que as pessoas tenham a possibilidade de fazer escolhas; o fato de poder escolher, entre várias propostas, a que mais atende às próprias necessidades e desejos muito contribui para o sucesso de um pro-

jeto. É mais fácil que um projeto seja realizado quando uma pessoa sente que quem está a seu lado tem realmente a intenção de ajudá-la a realizá-lo e que não lhe diz o que deve ou não deve fazer, culpando-a se não o faz, mas sim a ajuda, esclarece de que forma pode ajudá-la, mostra as possibilidades e pede para que a pessoa escolha e diga o que está disposta a fazer.

Devem-se oferecer oportunidades, portanto, mas em um contexto real, não fictício: o trabalho não deve ser realizado em uma oficina protegida, a moradia não deve ser uma instituição, a sociabilização deve ser promovida não em um centro diurno lotado de pessoas com grandes dificuldades, com os mesmos tipos de problemas, que estão ali só para passar o tempo; deve-se criar o maior número possível de oportunidades em um mundo real, com as suas contradições, mas um mundo verdadeiro, onde se transmita afetividade e as pessoas possam encontrar-se e escolher-se. Para isso, cooperativas, associações, grupos de autoajuda, entre outros, são importantíssimos e imprescindíveis para a construção de percursos de sociabilização destinados a todos, não somente a pessoas com problemas. Nesse espaço de normalidade, todos podem encontrar algo que os aproxime e compartilhar interesses.

Como se enfrenta a contradição, por exemplo, de pessoas que moram em uma residência, ou que frequentam um centro de saúde mental, mas que, todos os dias, ficam sentadas na estação de trem bebendo, ou sem fazer nada? Ou andam de ônibus o dia todo, às vezes entram e saem dos ônibus e ficam andando pelas ruas, caminhando às vezes dois dias sem meta pela cidade? O que se faz nesses casos? As pessoas sentem a necessidade de ser livres, caminhar, mas também são pessoas que precisam de ajuda, por exemplo, quando está fazendo muito frio, ou quando o vento Bora, de Trieste, está soprando forte. É um direito dessas pessoas, é verdade, mas, às vezes, elas ficam andando assim pela cidade porque não estão bem. O que se faz nessas situações? Ajuda-se, ou espera-se que as pessoas voltem para casa sozinhas? O que se faz, na prática?

É fundamental não confundir o direito de ser livre com o abandono da pessoa no seu sofrimento. Os serviços de saúde têm o dever de estar presentes; aproximar-se da pessoa que está mal e fazer o possível para ajudá-la é uma obrigação institucional. Se uma pessoa se afasta de uma residência e não retorna em dois dias, por exemplo, certamente é nossa obrigação procurá-

la, e é isso que se faz geralmente. Conhecendo seus hábitos, fazemos o possível para encontrá-la: vamos aos lugares onde achamos que ela possa estar, avisamos sua família, a polícia civil e todos os que possam ajudar nessa busca. Quando uma pessoa está mal e se afasta do centro de saúde mental, ou não aceita ajuda, torna-se prioritário usar todas as estratégias necessárias para aproximar-se e tentar convencê-la a aceitar ajuda, cuidados, mas respeitando seu direito de liberdade. Principalmente quando o fato de exercer seu direito de liberdade coloca em risco as pessoas, é preciso usar todas as estratégias e os recursos possíveis para que aceite ajuda, buscando respostas diversas e eficazes que as convençam, evitando a necessidade de recorrer a intervenções coagidas, que só devem ser utilizadas em último caso.

Infelizmente, não sempre é possível trabalhar da melhor forma; pode acontecer, então, que algumas situações não sejam percebidas, ou que, apesar do esforço, não se consiga aproximar uma pessoa que está muito mal, ou não se obtenha a sua confiança. Às vezes, esquece-se do dever de aproximar-se das pessoas que não aceitam facilmente cuidados; mesmo não sendo frequente, nesse caso as pessoas recebem a atenção da equipe somente no momento de uma nova crise.

O que se deve fazer, então?

Acho que o mais importante é fazer com que a pessoa reconheça que é útil para ela manter um contato com os serviços, que se sintam bem e que, superado um primeiro momento mais crítico, considere essa relação com o serviço interessante e positiva. É fundamental tentar estabelecer uma relação de confiança. Se a pessoa confiar no serviço e nos profissionais que cuidam dela, num momento de sofrimento será mais fácil que ela não vague pelas ruas e que peça ajuda àqueles profissionais, ao serviço. Segundo a minha experiência, sobretudo quando se trata de transtorno severo não reconhecido pela pessoa, se se trabalha com continuidade, na maioria das vezes consegue-se vencer a sua resistência. É preciso intervir com atenção, paciência e continuidade; não se cansar de ter que recomeçar várias vezes, não desanimar, quando parece que não se conseguiu avançar nos objetivos. De qualquer forma, é importante promover ações que favoreçam essa proximidade; o serviço não pode ficar parado no lugar, esperando pelas pessoas, deve sempre propor novas estratégias e ir a suas casas, ir ao encontro delas.

Às vezes, perdem-se um pouco de vista algumas pessoas, o que também é justo, pois elas também devem ter a possibilidade de se afastar do centro de saúde mental, todavia não se pode perdê-las de vista completamente. Portanto, se não se sabe nada de uma pessoa por muito tempo, é importante não esquecê-la, encontrar uma maneira de entrar em contato com ela através de um telefonema, uma visita, mas sem invadir a sua vida privada.

Somente para dizer “Estamos aqui”.

Exatamente. Mostrar que estamos presentes, não perder de vista as pessoas que precisam de ajuda, organizar o trabalho do serviço para oferecer continuidade, até mesmo para os que mais oferecem resistência à essa continuidade, que é necessária. Muitas vezes, as pessoas recusam uma relação com o Centro por não compreenderem que tipo de ajuda podem receber, ou por identificá-la com algo repressivo ou restritivo da sua liberdade. Conseguir esclarecer que não se quer reprimir ou restringir a sua liberdade, mas sim, principalmente, enriquecer e oferecer oportunidades para melhorar a sua qualidade de vida favorece a relação terapêutica. A primeira vez que uma pessoa entra em contato com um centro de saúde mental porque está em crise, pode acontecer que ela não aceite, facilmente ou totalmente, um acolhimento noturno, mas se o primeiro impacto não for traumático e se o tempo de permanência se tornar progressivamente mais positivo, serão construídas as bases para uma relação de confiança.

É fundamental estabelecer relações e ampliar, também, as relações entre várias pessoas, entre vários atores sociais. Às vezes, a equipe não consegue manter contato com uma pessoa, mas talvez alguém de uma associação que tem parceria com o serviço sim, pois propõe uma relação mais informal e, por isso, mais aceitável, abrindo, assim, caminho para uma intervenção por parte da equipe de profissionais.

Por que essa relação é diferente, é um modo diferente de acolher as pessoas?

É uma relação de mais igualdade. É sempre uma relação de acolhimento, que visa fornecer à pessoa instrumentos para melhorar a sua qualidade de vida. De qualquer forma, tenho certeza de que as pessoas percebem quando um serviço está lá para ajudá-las e está à sua disposição, quando

tem a finalidade de ajudá-las a melhorarem, e compreendem quais são as vantagens dessa relação.

Um exemplo: nos últimos anos, fechamos algumas residências após a introdução do *budget di salute* e utilizamos os recursos para que as pessoas fossem morar sozinhas ou em pequenos grupos, continuando a receber o apoio necessário. O projeto tinha como objetivo melhorar a qualidade dos cuidados, mas para algumas pessoas não estava muito claro, no início, que estariam melhor naquela nova situação e, por isso, tiveram dificuldades de fazer essa mudança. Sabemos que sobretudo para pessoas que estão há muitos anos em situações estruturadas como a de uma residência terapêutica, mesmo diante de uma perspectiva de melhora, qualquer mudança é vista como um perigo, um risco que preferem não correr. Todavia, depois que as pessoas viram as suas novas moradias, menores, mais bonitas, em que podiam encarregar-se de algumas coisas e serem ajudadas em outras e que podiam senti-las como “suas casas”, foi possível fazer as mudanças muito rapidamente. Poder dizer “este é o meu espaço, portanto quero que esteja limpo, que seja bonito, quero que, quando chegar alguém, até mesmo um profissional, toque a campainha”, é muito importante. A mudança de atitude foi tão rápida que nos surpreendeu também; o fato de poder dizer “Esta é a minha casa” foi mais fortemente reabilitativo do que anos de medicamentos e de permanência em residências terapêuticas. Quando uma pessoa mora num espaço que não é seu, com regras que não são as próprias, com certeza se empenhará menos, pois terá menos esperança e confiança na sua capacidade de viver e no seu futuro. Ao contrário, se mesmo com algum risco lhe for atribuída essa capacidade, se a sua potencialidade for reconhecida, aumentará a sua esperança de conseguir viver dessa outra forma. Creio que este seja um aspecto fundamental: fazer crescer dentro da pessoa a esperança e a confiança de conseguir retomar a própria vida. Se os que estão ao redor dessa pessoa não lhe atribuírem responsabilidades, não acreditarem que ela possa conseguir mudar, é provável que a mudança fracasse. Ao contrário, se os que estão ao seu redor assumirem junto com ela a responsabilidade de enfrentar um desafio, seja qual for o resultado, será uma experiência de crescimento para a pessoa.

Você conhece o projeto da *Villa Carsia*¹. Ali mora um jovem, com grande capacidade intelectual mas com um transtorno psíquico severo, que enquanto morava numa residência com sete pessoas no Parque de San Giovanni percebia claramente que estava numa situação de bem pouca esperança de um futuro melhor, mais “normal”, com mais autonomia e mais satisfação para um jovem. Ele corria o risco de morar a vida inteira em uma residência para sete-oito pessoas que não tinha escolhido e parecia ter perdido qualquer expectativa; parecia que o seu destino fosse mergulhar cada vez mais em uma condição de perda de si. Assumir o risco de experimentar uma mudança, criando condições para que fosse morar sozinho, mas continuasse a receber o apoio necessário, gerou uma grande transformação. E ele mudou muito e rapidamente, pois o fato de sentir que se apostava na sua capacidade e se acreditava que ele pudesse conseguir realizar essa mudança ampliou a sua própria expectativa e a sua participação no processo.

E agora ele está na sua casa, está bem?

Periodicamente, ele não está bem e precisa de mais suporte, ou de acolhimento no centro de saúde mental, mas foi possível interromper a condição de passividade em que estava mergulhado; ele deixou de ser aquela pessoa que nem tentava mais viver a própria vida. E é justamente esse desejo, essa vontade de experimentar, que se deve ajudar o indivíduo a redescobrir. Os atos terapêuticos, os cuidados são exatamente isto: dar novas oportunidades para as pessoas, ajudá-las a perceber novamente que têm direitos, entre eles o direito de viver, e a recuperar a confiança e a esperança de conseguir alcançar seus objetivos.

Vocês estão pensando em fechar o apartamento de Via San Marco para que as pessoas possam ir morar sozinhas?

A ideia de fechar esse apartamento surgiu após avaliarmos que, atualmente, nele moram seis jovens para os quais não faz sentido propor uma permanência eterna em uma residência terapêutica. Faz mais sentido que parte dos recursos investidos nessa estrutura seja utilizada para financiar um suporte personalizado, ou seja, buscar moradias individuais e organizar o apoio terapêutico necessário. De um modo geral, estamos indo nessa dire-

¹ É um conjunto de moradias populares onde quatro apartamentos foram destinados a pessoas que tinham morado em residências terapêuticas, nos quais são desenvolvidos projetos reabilitativos personalizados.

ção. Depois que uma pessoa realizou um percurso terapêutico-reabilitativo mais intensivo de dois-três anos em uma residência, deve ter a oportunidade de experimentar outra situação; se não conseguir morar sozinha de forma totalmente autônoma, terá o suporte necessário e quando precisar, receberá cuidados dos profissionais dos centros de saúde mental. Dessa forma, as pessoas estarão inseridas em uma rede de suporte como qualquer outro cidadão, pois mesmo precisando de um apoio específico para morarem sozinhas, não podem ser privadas do direito de vivenciar o papel de “donas da própria casa”.

Sempre haverá pessoas que precisam de suporte constante no que se refere ao habitar. É inútil, portanto, mantê-las numa residência terapêutico-reabilitativa a vida toda. É melhor que morem em suas casas e que ali recebam suporte, assistência personalizada e adequada às suas reais necessidades que, aliás, exceto em um número limitado de situações, nunca é diurna e noturna.

Antes de mais nada, é importante distinguir entre residencialidade terapêutica e a necessidade de encontrar lugares para as pessoas em sofrimento mental morarem; a residência terapêutica é um instrumento com uma função específica, é uma estrutura intermediária e, portanto, deve ser um lugar de transição, uma das etapas do percurso terapêutico e reabilitativo.

Um jovem pode precisar de atenção diurna e noturna, mas se receber um forte apoio, poderá morar sozinho depois, com o suporte necessário.

Exato. Há um jovem nessa situação; hoje, precisa de um cuidado intensivo. Não sei como será no futuro; este é um momento difícil, que deve ser superado através de propostas adequadas, pois ele precisa ter oportunidades. Algumas vidas são devastadas não só pela doença; às vezes a doença surge depois. Às vezes, uma pessoa não vê nenhum de seus desejos realizados e, então, perde totalmente a confiança de poder seguir adiante; aí, chega o psiquiatra e lhe coloca o rótulo de crônico. É realmente absurdo um processo como esse. Mas voltando ao jovem de que estava falando, acho que ele está buscando algo que não encontra e acho que ainda não consegue confiar em nada e em ninguém. Nós também estamos buscando algo e acredito que cedo ou tarde ele vai se interessar por alguma das propostas que lhe estamos fazendo, vai acreditar que uma dessas propostas pode

ajudá-lo. Numa situação como essa, de uma pessoa muito jovem, é fundamental realizar, no início, ações muito incisivas que, mesmo custando mais, por serem mais personalizadas, permitem realizar percursos rápidos de autonomia, evitando que as formas de intervenção tornem-se crônicas. Neste sentido, propostas como morar sozinho na “sua casa”, com o suporte necessário, uma bolsa de formação para o trabalho, oferecer apoio em projetos e necessidades específicas que a pessoa exprima podem ser inicialmente caras, mas talvez permitam evitar uma longa permanência em residências terapêuticas, também caras.

No Brasil, temos a lei de reforma psiquiátrica e temos, agora, mais força política. Como evitar o risco do “manicômio difuso”? Com “manicômio difuso” quero dizer cronicidade do sistema; por exemplo, posso criar estruturas residenciais mas que são iguais ao manicômio, pois, nelas, as pessoas não têm liberdade, não expressam seus desejos, e seus direitos não são respeitados.

Em primeiro lugar, é preciso criar centros de saúde mental que atendam às necessidades das pessoas, garantam os seus direitos e respeitem a sua dignidade; este é o pressuposto necessário e indispensável. É verdade que a institucionalização das práticas e dos serviços é uma ameaça constante, mas é preciso lembrar que existe uma diferença enorme entre o manicômio e um centro de saúde mental comunitário, uma diferença política e organizativa. É verdade, também, que uma residência mesmo pequena pode tornar-se uma instituição cronicante, mas, de qualquer forma, é mais provável que uma residência para cinco-seis pessoas ofereça uma qualidade de vida melhor e mais digna para elas do que uma instituição com trinta pessoas.

Em relação à sua pergunta, sobre como evitar o manicômio difuso, além da lei, acredito que um elemento importantíssimo seja a mentalidade e a motivação de quem trabalha nessas instituições. Manter alto o nível de participação, de motivação e de atenção dos profissionais, no que se refere ao respeito e à escuta sem preconceitos, cria uma boa base para o desenvolvimento dos serviços, embora não seja fácil manter alto esse tipo de motivação. O que um meu colega diz, “mostrar a sua cara naquilo que você faz”, exprime bem essa ideia, ou seja, fazer as coisas não só porque você precisa cumprir seu horário de trabalho, mas sim realizá-las usando as próprias capacidades, participando ativamente, acolhendo e respeitando

as pessoas. Como incentivar e manter essa atitude em relação ao trabalho? Na minha opinião, é importante que o sistema incentive transformações nos serviços e práticas, mantenha aberta a possibilidade de mudança e de participação direta dos profissionais na organização dos serviços, para que possam expressar a própria subjetividade. É forte a motivação que surge quando os profissionais, tanto do serviço público quanto das cooperativas, participam diretamente de um processo de transformação e de inovação que lhes diz respeito. Fazer parte de um grupo que cria transformação, envolvendo os usuários também, e manter uma dinamicidade nas relações e na participação faz com que todos se sintam diretamente ligados a esse processo, possam dizer o que pensam, possam sentir-se “orgulhosos” de fazer parte de algo que tem valor.

Em períodos de grandes transformações, é mais simples, de certa forma, manter alta a motivação; todavia, mesmo em períodos como o atual, de menores transformações, a participação continua sendo um estímulo fortíssimo para todos, para sentir-se protagonistas de algo, envolvidos em um processo que evolui, sentir-se protagonistas de uma mudança do próprio tempo.

Muito obrigada por esta linda entrevista.

BIBLIOGRAFIA SELECIONADA

RIDENTE, G. Psichiatria e differenza di genere. In: DEBERNARDI, A.; MEZZINA, R.; NORCIO, B. (a cura di). *Salute mentale*. Pragmatica e complessità. Trieste: Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale/Regione Friuli-Venezia Giulia, 1992. p. 765-770. (Per la Salute Mentale, v. 1).

RIDENTE, G. Spazio donne: esperienza e progetto. In: LA FORESTA DI PIETRA. Conferenza del Servizi di Salute. Trieste: Edizioni “e”, 1993. p. 25-31.

RIDENTE, G. Centro Donna-Salute Mentale di Trieste. In: SIGNORELLI, A. (a cura di). *Fatevi regine*. Roma: Sensibili alle foglie, 1996. p. 149-155.

RIDENTE, G. Se il malessere non trova spazi di espressione. In: MARINI, S. (a cura di). *Un passo in più*. Donne e disagio mentale a Trieste. Empoli: Ed. Ibiskos, 2006.

RIDENTE, G. L'utilizzo della metodologia del Budget individuale di salute/Progetto personalizzato nell'operatività del DSM di Trieste. In: STARACE, F. (a cura di). *Manuale per l'integrazione socio-sanitaria*. Roma: Carocci-Faber, 2011.

RIDENTE, G. Promoting recovery in long-term mental health institutional care: an International Delphi Study. *Psychiatric Services*, v. 61, n. 3, p. 293-299, Mar. 2010. Disponível em: < <http://ps.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=101257>>. Acesso em: 24 jun. 2014.

RIDENTE, G. Una diversa sofferenza, un bisogno diverso? In: BON, S. (a cura di). *Donne attraverso soglie, spazi, confini, libertà*. Gradisca d'Isonzo: Centro Isonzino di Ricerca e Documentazione, 2011. p. 107-116.

RIDENTE, G. The development of the Quality Indicator for Rehabilitative Care (QuIRC): a measure of best practice for facilities for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry*, v. 11, Mar. 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/35>>. Acesso em: 24 jun. 2014.

RIDENTE, G. Quality of Longer Term Mental Health Facilities in Europe: Validation of the Quality Indicator for Rehabilitative Care against Service Users' Views. *PLOS ONE*, v. 7, n. 6, Jun. 2012. Disponível em: <<http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0038070>>. Acesso em: 24 jun. 2014.

IZABEL MARIN



Começou a colaborar com os serviços de saúde mental de Trieste em fevereiro de 1988, como voluntária. Desde 2004, trabalha como assistente social para o Departamento de Saúde Mental de Trieste. Colaborou em experiências de desinstitucionalização no Brasil e, na Grécia, como membro da equipe técnica no projeto de fechamento do Hospital Psiquiátrico de Leros, financiado pela União Europeia. Em 1999-2000, realizou o estudo-piloto *La riabilitazione psico-sociale nella prospettiva dell'utente: cinque percorsi di recovery in salute mentale*¹ e, em 2003-2005, participou do grupo de pesquisa multicêntrico *International Recovery Research Group*. Publicou *The Person's Role in Recovery*² no volume coletivo do *American Journal of*

¹ “A reabilitação psicossocial na perspectiva do usuário: cinco percursos de *recovery* em saúde mental” (tradução nossa).

² “O papel da pessoa na *recovery*” (tradução nossa).

Psychiatric Rehabilitation. Em 2012, com Silva Bon, publicou *Guarire si può. Persone e disturbo mentale*³.

Como Isabel não se encontrava em Trieste no período em que realizei as entrevistas, o convite só pôde lhe ser feito após a minha volta para o Brasil. Em razão disso, esta foi a única entrevista não gravada, mas sim escrita e enviada via e-mail. Nela, além de responder às perguntas do roteiro, Isabel fala sobre sua experiência e apresenta vários aspectos relacionados à recovery em saúde mental.

De que maneira o Departamento de Saúde Mental de Trieste promoveu, entre outros, o direito de habitar?

A questão do habitar, do direito de ter uma moradia, foi (e ainda é) central no processo de desinstitucionalização em Trieste, assim como o processo de desinstitucionalização continua sendo uma questão central do trabalho em saúde mental. Ninguém pode estar bem, física e psicologicamente, se não possui um espaço habitativo próprio: um lugar que lhe permita crescer e se desenvolver, vivenciar a possibilidade de ter segurança e controle sobre a própria vida e os acontecimentos que nela ocorrem, buscar um equilíbrio entre vida íntima e vida social, sonhar com um futuro. O exercício do direito de ter uma moradia constituiu um dos instrumentos fundamentais, inicialmente, para a conquista dos direitos sociais das pessoas internadas no manicômio, e posteriormente, para a implementação do sistema de saúde mental territorial.

Quando cheguei em Trieste, em 1988, o Departamento de Saúde Mental era organizado em sete centros de saúde mental, abertos 24 horas, e um Serviço de Emergência Psiquiátrica no hospital geral. Fui trabalhar, como voluntária, num dos centros de saúde mental localizado no bairro de Domio, uma área distante do centro da cidade, semi-industrializada e de urbanização dispersa. Grande parte da população tinha problemas como desemprego, baixa renda, falta de oportunidades de inclusão social (lugares de sociabilização para jovens, etc.). A preponderância de conjuntos residenciais populares habitados por pessoas assistidas pelos serviços socio-sanitários, inúmeros armazéns e pequenas indústrias, ao lado de antigos

³“Curar-se é possível. Pessoas e transtorno mental” (tradução nossa).

vilarejos de agricultores onde se falava a língua eslovena, caracterizavam o bairro como uma área de arquitetura social, urbana e cultural muito heterogênea.

Minha primeira impressão, chegando ao Centro de Saúde Mental de Domio, foi a de que ele estava situado no “fim” da cidade e, portanto, às suas margens. O contexto territorial condicionava a atuação dos profissionais, impondo fortemente a necessidade de enfrentar os múltiplos problemas de natureza social e sanitária daquela população.

O trabalho do Centro, naquele período (1988), era demasiadamente complexo para ser compreendido de imediato; de fato, levei alguns meses para começar a me envolver de forma mais ativa nas questões com as quais a equipe de profissionais lidava, cotidianamente, para promover a saúde mental dos próprios usuários. Porque disso se tratava: refletir, discutir e encontrar soluções para os problemas concretos da vida das pessoas, em vez de focalizar a atenção no tratamento clínico dos sintomas ou em seu impacto. Esta foi a primeira coisa que aprendi com aquela experiência.

A questão da moradia para os usuários, portanto, tornava-se fundamental, bem como tudo o que comportava ter ou não ter uma casa para morar. Muitas vezes, tratava-se, simplesmente, de apoiar uma pessoa na busca de uma nova casa quando a havia perdido por dificuldade de pagamento, despejo, etc. Outras vezes, tratava-se de buscar soluções para situações, por exemplo, como a de uma jovem com transtorno psicótico grave que pela sua condição de sofrimento e isolamento não podia continuar a morar com sua família.

Naquele período, pude colaborar como voluntária no planejamento e na implementação de uma residência para jovens acompanhados pelo Centro que necessitavam, temporariamente, de um projeto terapêutico-(re) habilitativo envolvendo não somente a esfera do habitar, mas também da inclusão social em termos mais amplos, que lhes permitisse recuperar habilidades relacionais, emocionais, produtivas.

Muito tem sido feito, desde então, para atender à necessidade de moradia dos usuários do Departamento de Saúde Mental de Trieste, mediante fortes parcerias com outros órgãos públicos, como a *Azienda Territoriale per l'Edilizia Residenziale – ATER* (órgão público que gerencia moradias

populares), que regulamenta a oferta de moradias para pessoas com baixa renda. Esta colaboração socio sanitária, principalmente com a *ATER*, tem-se revelado muito eficaz, nos últimos anos, para a implementação de novos projetos experimentais de “habitar assistido”, em que cada pessoa vivencia a dimensão da própria casa e, ao mesmo tempo, pode contar com uma assistência personalizada adequada às suas necessidades.

No que se refere à relação com as pessoas, os cuidados em saúde mental mudaram. De que opções de cuidados as pessoas com sofrimento mental dispõem hoje?

No que se refere aos cuidados em saúde mental, a transformação da psiquiatria arcaica e das relações que a sustentavam gerou várias mudanças. Hoje, se uma pessoa está atravessando uma crise psíquica e precisa de cuidados, pode ir ao centro de saúde mental do seu território. Se seu problema é não encontrar trabalho ou ter interrompido os estudos porque começou a ouvir vozes e esta experiência não lhe permitiu continuar a desenvolver suas próprias habilidades, os profissionais devem tentar construir, junto com ela, um percurso de saúde que inclua a busca de sua inserção no mundo do trabalho e de uma formação que lhe dê a possibilidade de voltar a ser ativa e de traçar objetivos para sua vida.

O sucesso da mudança do paradigma da psiquiatria tradicional para uma psiquiatria “inventada” e em contínua transformação deve-se justamente ao fato de que ela resultou de um processo de multiplicação das opções de cuidado e não da subtração típica das instituições totais. Esta multiplicação de oportunidades, inseridas num contexto de normalidade, permite às pessoas exprimirem a própria capacidade de escolher, embora os profissionais de saúde mental devam trabalhar muito para que isso realmente aconteça.

Dou um exemplo: neste momento, estou acompanhando uma senhora de setenta anos que morou muitos anos na rua e que, atualmente, convive com quatro mulheres num apartamento, onde é assistida diariamente. Sua biografia é tortuosa, marcada pelo abandono da própria casa e dos filhos, por uma vida errante e pela difícil aceitação da necessidade de receber cuidados de um centro de saúde mental. Hoje, seu percurso de recuperação está numa fase em que ela pode escolher se continuar a morar com esse grupo de pessoas e compartilhar um espaço do qual “tem as chaves mais

não se sente em sua casa” ou, então, ir morar numa casa sua (ela obteve uma moradia popular por meio de seleção pública), continuando a receber cuidados em domicílio, mesmo com o medo de não conseguir lidar com o próprio cotidiano. Neste momento, estamos tentando ajudá-la a escolher dentro dessa contradição, dando-lhe tempo, espaço e apoio para que possa decidir o que é melhor para ela. Todavia, algo importante nessa situação se modificou. Ela adquiriu uma nova contratualidade com o seu ambiente de vida, principalmente na relação com o filho, para o qual a imagem da mãe está mudando: se antes seu filho a via como uma pessoa dependente, com necessidades diárias de assistência, agora, ele a vê como uma pessoa com reais possibilidades de autonomia e emancipação.

Como imaginar lugares diferentes para não ficar presos entre os muros do modelo médico?

Muitas coisas mudaram, no que se refere à paradigmática frase de Basaglia sobre a necessidade de colocar entre parênteses a doença mental, para fazer emergir a pessoa que sofre e sua história. De um lado, observamos o enorme esforço para transformar os lugares destinados à segregação e à anulação das pessoas com transtornos mentais em países como Brasil, Argentina, República Checa e Romênia, onde está afirmando-se uma emergente sociedade democrática; de outro, presenciamos o constante risco de retrocessos nas práticas em saúde mental consolidadas na experiência do fechamento dos hospitais psiquiátricos em alguns países.

Este risco é forte hoje na Itália, o primeiro país do mundo a fechar os próprios manicômios. Na maioria dos casos, o retrocesso tem a ver com fatores como: a não ou parcial aplicação da Lei 180 em diversas regiões italianas; a tendência a agregar/segregar as pessoas com problemas mentais em estruturas residenciais das quais dificilmente elas saem, seja por interesses econômicos de quem gerencia essas estruturas, seja porque quem deveria assumir a responsabilidade pelos cuidados e pela promoção de um sistema de atenção em saúde mental eficiente a delega.

É mais urgente do que nunca, portanto, manter uma firme convicção de que o foco das práticas de saúde mental deve ser colocado nas pessoas, e não na doença mental; elas devem ser ajudadas a tornar-se sujeitos da própria vida e não objetos que mantêm vivas as instituições.

Nesse sentido, os lugares diferentes são lugares onde permanecem abertas as contradições, primeira entre tantas a dos saberes que são múltiplos e devem ser expressos numa relação de contratualidade entre quem cuida e quem recebe cuidados. São lugares, também, onde o ponto de vista da pessoa com um problema mental deve ser ouvido e considerado como ponto de vista de um especialista pela própria experiência. Neste campo, a psiquiatria ainda deve dar muitos passos para avançar realmente; da mesma forma, nos contextos de vida familiar, social e comunitário dos indivíduos, ainda há muito a ser feito para combater o estigma da doença mental. É preciso que haja, portanto, uma mudança cultural.

Sabemos que em alguns países europeus e nos Estados Unidos a evolução da questão psiquiátrica se baseou no equívoco de esvaziar os hospitais sem construir adequadas alternativas para a atenção à saúde mental no território. Nesses contextos, nasceu um forte movimento de ex-pacientes psiquiátricos – nos Estados Unidos, o movimento se inspirou na luta pelos direitos civis das mulheres e dos negros – que se contrapôs, como ator social e político, ao poder de uma psiquiatria desumana, exigindo um tratamento diferente, que respeitasse o indivíduo e os direitos humanos, e colocando-se como protagonista num novo cenário social. Estamos falando de um conceito muito importante desenvolvido a partir daquela experiência, o conceito de *empowerment*/empoderamento.

Alguns líderes do movimento dos ex-pacientes psiquiátricos (que se auto-definiram *survivors*/sobreviventes) publicaram textos autobiográficos que narravam o próprio percurso de *recovery*, criando, assim, uma nova literatura sobre a possibilidade de superar o transtorno mental. Com a narração de histórias de recuperação e de luta pela própria emancipação que se tornaram exemplares (Chamberlin, Deegan, Leete, Coleman, para citar alguns exemplos) e o surgimento de numerosos grupos de *selfhelp* (auto e mútua ajuda), muitas pessoas começaram a compartilhar um saber pessoal adquirido pela experiência do sofrimento mental, bem como estratégias pessoais utilizadas para enfrentar problemas inerentes à própria condição, relacionadas sobretudo ao processo de institucionalização, ao estigma, à falta de recursos sociais e assistenciais adequados.

Em lugares onde a atenção à saúde mental era inexistente ou ineficiente, o movimento dos ex-pacientes psiquiátricos e o maior conhecimento de

suas experiências deram origem a serviços alternativos, fruto das próprias conquistas e em grande parte organizados e administrados por eles mesmos. Tal processo favoreceu a formação de uma nova consciência, principalmente no que se refere ao transtorno mental, e permitiu contrastar o paradigma que considera a doença mental como algo inevitavelmente degenerativo ou incurável.

Foi determinante, sobretudo nos países anglo-saxões, nos anos 90, a abertura de uma nova era na atenção em saúde mental, com a implementação de serviços *recovery oriented*⁴, isto é, serviços baseados na autodeterminação e no empoderamento dos usuários, com a presença de ex-usuários como *supporters*⁵.

Desta forma, podemos afirmar que a compreensão das pessoas com experiência de sofrimento mental mudou e está mudando à medida que o conhecimento e a conscientização crescem. Hoje, são os usuários e seus familiares a avaliarem a qualidade da atenção oferecida nos serviços de saúde mental e a promoverem novas formas de ajuda.

A persistência do modelo médico que vê de um lado a crise e de outro a cronicidade condena ao fracasso o trabalho terapêutico-reabilitativo nas residências. É possível sair dessa contradição?

As residências terapêutico-reabilitativas devem ser uma oportunidade para pessoas com um problema mental severo e não um lugar para que fiquem a vida toda, sem uma real perspectiva de mudança e de futuro.

As moradias assistidas representaram instrumentos indispensáveis no processo de desinstitucionalização. De fato, durante a desconstrução do hospital psiquiátrico em Trieste, realizou-se uma verdadeira reconversão de recursos estruturais, econômicos e humanos para efetuar a passagem do hospital psiquiátrico aos centros de saúde mental, dos pavilhões às moradias assistidas, da ergoterapia às cooperativas de trabalho, etc. Tais moradias, que acolhiam os ex-internos como hóspedes, tornaram-se lugares onde pessoas com experiência de institucionalização de longa permanência podiam conviver num ambiente protegido mas, ao mesmo tempo, familiar e rico de relações humanas.

⁴ Serviços orientados para a *recovery*.

⁵ Pessoas que oferecem apoio em percursos de *recovery*.

Esse processo importantíssimo evoluiu e, hoje, são muitas as formas de convivência em diversos tipos de residências terapêuticas e de “habitar assistido” voltados ao acolhimento de usuários em situações de dificuldades. Entretanto, permanece um problema de fundo: com que frequência se torna definitiva a condição do indivíduo inserido em contextos residenciais ou comunitários? E quanto é terapêutico-reabilitativa tal experiência? No que se refere a esses aspectos, algumas mudanças significativas ocorreram, na Itália, a partir do ano 2000. A aprovação de uma lei nacional (*Legge Quadro 328/2000*, para a criação de um sistema socio-sanitário integrado) e uma lei regional (*Legge 6/2006*, que disciplina as intervenções e os serviços socio-sanitários voltados para a promoção e tutela dos direitos do cidadão) permitiu regulamentar um novo processo de reconversão de recursos econômicos destinados a pagar as estruturas residenciais, passando do financiamento das estruturas físicas ao pagamento do custo individual (denominado *budget di salute*) de um projeto terapêutico-(re)habilitativo personalizado, elaborado conforme as necessidades de cada pessoa.

Tal processo deu origem a um novo modo de conceber o acolhimento em estruturas residenciais, nas quais o risco de institucionalização através de longas permanências era grande, dando maior impulso à resposta terapêutico-(re)habilitativa personalizada para as pessoas que necessitam de assistência numa residência.

O projeto individualizado é definido em termos de tempo de permanência, objetivos terapêuticos e ações a serem realizadas, resultados esperados e atores sociais públicos e privados envolvidos. Quanto à programação do uso dos recursos e à projetualidade, esta nova possibilidade, que prevê a participação ativa da própria pessoa à qual o projeto é destinado, permitiu superar, em parte, o modelo das residências terapêutico-reabilitativas e implementar novas modalidades definidas como “habitar assistido”, entre elas a constituição de pequenos grupos de convivência e a assistência flexível, em domicílio, para pessoas que moram na própria casa. Neste último caso, foi possível evitar o acolhimento em residências terapêuticas para muitas pessoas com graves problemas psíquicos, que puderam, com uma assistência em domicílio, permanecer no próprio contexto de vida. Um aspecto qualificante deste processo é o envolvimento de novos atores sociais, como cooperativas sociais e associações de voluntariado, que compõem o

conjunto de atores sociais de um sistema de bem-estar social comunitário e que, junto com os serviços públicos, buscam respostas individualizadas.

O que significa, hoje, cuidar?

Em Trieste, um grupo de usuários, profissionais de saúde e familiares estão discutindo e elaborando uma “Carta dos serviços de saúde mental orientados para percursos de *recovery*”. O documento integral está disponível no site www.forumsalutementale.it e foi apresentado no Congresso Anual *Impazzire si può* (“Enlouquecer é possível”), evento realizado por e para grupos e associações de pessoas com experiência de sofrimento mental na Itália.

A noção de *recovery*, como mencionado anteriormente, surgiu no contexto norte-americano de luta pelo direito à cura e à autodeterminação dos usuários de saúde mental nos Estados Unidos e difundiu-se nos países de língua inglesa e do norte da Europa ao redor dos anos 90.

Uma definição desse campo aparece num documento inglês em 1999. Segundo esse texto, a *recovery* de um transtorno mental grave se refere a um processo ativo, dinâmico e altamente individual, em que uma pessoa assume a responsabilidade da própria vida e é delineado um conjunto de estratégias pessoais para enfrentar não só os sintomas, mas também os riscos associados ao transtorno mental, que compreendem estigma, discriminação e exclusão social. Aspectos relevantes de tal processo são a conscientização a respeito da própria experiência como pessoa com um problema mental, a busca de um significado pessoal para esta experiência e, consequentemente, o desenvolvimento de uma percepção de si mesmo como indivíduo e não como inválido.

Esta definição de *recovery* não significa curar-se de um transtorno mental do ponto de vista clínico, ou seja, uma remissão completa dos sintomas. Para muitas pessoas que lutam para superar um problema mental severo, *recovery* significa retomar a própria vida e reapropriar-se de uma identidade social, bem como qualidade de vida satisfatória, mesmo em presença de sintomas ou dificuldades na vida cotidiana. Partindo do esboço da “Carta dos serviços de saúde mental orientados para a *recovery*”, que está sendo elaborada por pessoas com experiência de sofrimento psíquico, vou tentar exemplificar “o que significa cuidar hoje”.

A Carta identifica dez pontos-chave que caracterizam um serviço orientado para a *recovery*:

1. **Serviços centrados na pessoa:** um serviço de saúde mental deve ser orientado para a subjetividade dos indivíduos e procurar intervir através de uma ampla variedade de respostas individualizadas, construindo percursos pessoais como se fossem “uma roupa sob medida” para cada pessoa, baseados em suas necessidades, valores e preferências.
2. **Formação para todos.** É necessário envolver pessoas com experiência pessoal de *recovery* como formadores dos profissionais de saúde mental, para que estes compreendam melhor o que é útil para a gestão de momentos de crise, problemas de comunicação, espaços de acolhimento, avaliação dos serviços, etc. Ao mesmo tempo, a necessidade de formação também se refere ao interesse de pessoas com experiência de sofrimento psíquico em aprofundar assuntos relacionados aos diversos tipos de transtornos mentais, aos direitos de cidadania, ao uso dos medicamentos, etc.
3. **Inserção no mercado de trabalho e inclusão social.** O processo de inclusão social está modificando-se fortemente; as oportunidades de inclusão laboral, portanto, devem ser ampliadas para satisfazer às diversas demandas, principalmente em virtude do número crescente de jovens que sofrem de alguma forma de transtorno mental. Sentir-se incluído socialmente significa poder assumir um papel ativo por meio de instrumentos e recursos úteis para reconstruir a própria identidade e sentir que pertence à vida da sua comunidade, fora do âmbito da saúde mental.
4. **Estigma e opressão interior.** É preciso combater o fenômeno do estigma, enraizado na sociedade, que condiciona a vida das pessoas com sofrimento mental. Consideradas pessoas não confiáveis, incapazes e perigosas, recebem tratamentos baseados num assistencialismo paternalista que invalida e impede um percurso real de empoderamento, podendo realizar somente trabalhos humildes e desqualificados. Além disso, a linguagem nos meios de comunicação de massa está impregnada de preconceitos nocivos à dignidade das pessoas. Por essas e muitas outras razões, é preciso lutar contra os preconceitos que cercam o

transtorno mental e promover uma informação adequada que cancele as conotações negativas e combata falsos mitos! Dentro de cada um de nós há sempre algo diferente que nos torna pessoas únicas!

5. **Rede social e pessoas significativas.** Os serviços orientados para a *recovery* devem trabalhar para articular a rede das pessoas significativas para os usuários, favorecendo, assim, a reconstrução de laços afetivos e sociais. Os profissionais dos serviços de saúde mental também são parte da rede social dos usuários, portanto devem oferecer-lhes uma atenção genuína e respeitosa, em vez de comportamentos convencionais ou formais. Os profissionais ajudam quando não dão respostas automáticas, mas sim buscam conhecer as pessoas. Além disso, devem dar apoio aos familiares para que estes possam ajudar, com maior capacidade relacional, os próprios familiares.
6. **Suporte entre pares.** As pessoas com experiência de sofrimento mental podem colaborar com os serviços como “facilitadores”, colocando à disposição os próprios conhecimentos e saberes adquiridos para ajudar os que estão dando seus primeiros passos no próprio percurso de recuperação. O suporte entre pares não deve substituir o serviço, mas sim colocar-se a seu lado, pois é um tipo de apoio diferente, que vê a pessoa de um ponto de vista que não é nem o do médico nem o de outros profissionais de saúde. A pessoa que vivenciou o sofrimento mental possui uma sensibilidade diferente e revela um dos caminhos de *recovery* que podem ser percorridos.
7. **Os espaços.** São uma das prioridades dos serviços e devem estar sempre abertos a todos; devem ser lugares onde as pessoas sintam-se protegidas e seguras. Os espaços de acolhimento devem ser bonitos e decorosos, bem como permitir uma troca contínua de interesses e desejos; devem proporcionar atividades de lazer, mas também culturais e criativas. É em espaços como esses que se vence o tédio e a solidão, se forem investidos recursos humanos e materiais para a realização de atividades autogeridas de sociabilização de interesse comum.
8. **Uso de medicamentos.** O usuário deve ser ativo em cada fase do tratamento, inclusive no que se refere aos medicamentos. Ser ativo, neste sentido, implica que a pessoa não use passivamente, mas sim conscien-

temente, os medicamentos, como um dos instrumentos do próprio percurso de reapropriação de si mesmo e do seu sofrimento.

- 9. Advocacy e associação.** As associações de usuários e de familiares que se dedicam à defesa dos direitos e à promoção da saúde mental são fundamentais como organizações para a denúncia de abusos, serviços ineficientes, medidas de segregação e de contenção. Além disso, é imprescindível que nos momentos de maior dificuldade, em que não estão em condições de agir por si mesmas, as pessoas possam confiar nos profissionais e em outras pessoas de referência para cuidar de seus filhos, bens e para defender a sua vontade.
- 10. Comitês de ética.** A participação de usuários em Comitês de ética, como especialistas pela própria experiência, é importante para darem sugestões e avaliarem o que facilita e o que dificulta o processo de recuperação de um transtorno mental, garantindo, desta forma, o respeito dos direitos e a escolha dos tratamentos. Uma das atividades desse tipo de Comitê é favorecer a realização de estudos participativos com pesquisadores, usuários e familiares sobre temas inerentes à saúde mental e à avaliação do funcionamento dos cuidados recebidos.

No Brasil, temos a lei de reforma psiquiátrica e temos, agora, mais força política. Como evitar o risco do manicômio difuso?

No fim dos anos 60, Basaglia já alertava para o risco da institucionalização difusa, quando evidenciava que, no processo de transformação das instituições psiquiátricas, pode ocorrer uma dispersão capilar na sociedade de mecanismos disciplinares e instrumentos dos saberes médico e psicológico que faz surgir crescentes categorias diagnósticas, reproduzindo, desta forma, a antiga distância entre o artefato ideológico (o diagnóstico) e as necessidades reais das pessoas, destinadas a não serem ouvidas e a não obterem respostas, sobretudo se o objetivo desse processo continua sendo a “organização produtiva da diversidade”.

Penso que a lei da reforma psiquiátrica, no Brasil, acelerou um processo de desinstitucionalização psiquiátrica que se tem difundido e consolidado rapidamente. Embora esse processo ainda seja fortemente caracterizado pela dificuldade de fechar definitivamente os manicômios, o cenário das transformações políticas, institucionais e culturais, principalmente com a

emergente presença de movimentos participativos de usuários e familiares, bem como de profissionais da saúde mental, coloca a reforma psiquiátrica brasileira entre as mais dinâmicas do mundo atualmente.

Para manter ativo e aberto este processo voltado para a democratização das respostas ao sofrimento psíquico e para a subjetivação das relações sociais que permeiam este universo – com a criação de serviços de proximidade, em contraste com a questão da “organização produtiva da diversidade” –, é necessário continuar a construir a noção de território como um dos baluartes da reforma psiquiátrica, pois é no contexto comunitário, nos lugares possíveis de vida das pessoas, que se dá a real possibilidade de inclusão social e garantia do exercício da cidadania. Quanto mais o trabalho dos profissionais de saúde mental convergir na construção de redes sociais inclusivas, mais será possível reduzir a condição de miséria e de subtração material e humana das pessoas com um transtorno mental.

Muito obrigada pela entrevista.

MORENA FURLAN



Graduada em Técnicas de Reabilitação Psiquiátrica em 2006 e em Ciências da Reabilitação em 2011. De 1997 a 2000, trabalhou em residências terapêutico-reabilitativas do Departamento de Saúde Mental de Trieste como sócia da Cooperativa Duemilauno-Agenzia Sociale. Desde 2000, ocupa o cargo de técnico de reabilitação psiquiátrica no *Servizio Abilitazione e Residenze (SAR)*, deste mesmo Departamento, desempenhando as seguintes funções principais: planejamento e monitoramento das atividades relacionadas a residencialidade, formação para os usuários e inserção laboral. Em 2005, colaborou na implementação do *budget di salute*, um instrumento para projetos re-habilitativos personalizados destinados sobretudo a

peças com transtornos mentais graves. Em março de 2014, foi consultora da OMS em um projeto trienal voltado para a transformação de processos de apoio e assistência para pessoas com deficiências em Elazig (Turquia). Tem realizado várias atividades como docente, particularmente relacionadas à formação para o uso do *budget di salute* em projetos personalizados. Em 2011, publicou, com Pina Ridente, *Applicazione dei Budget di salute nel Dipartimento di salute mentale di Trieste*¹, no volume *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria – Il modello del Budget di salute*², organizado por F. Starace (Ed. Carocci).

A entrevista com Morena foi realizada no SAR, em sua sala de trabalho. Após ler as perguntas com atenção, iniciou com uma síntese:

As questões abordadas no seu roteiro de perguntas parecem indagar, principalmente, sobre dois aspectos: de um lado, a possibilidade de acesso real a uma série de direitos, para as pessoas com transtornos mentais; de outro, os riscos enfrentados, até mesmo em instituições mais avançadas – como acho que seja a experiência triestina –, e a necessidade de propor projetos terapêuticos cada vez mais diversificados.

Acho que as mudanças legislativas trazidas pela Lei 180 e por outras leis italianas nacionais e regionais, na Região Friuli-Venezia Giulia também, sempre tiveram como objetivo a implementação de ações cada vez mais integradas entre os vários atores institucionais, entre eles as instituições criadas para garantir o direito à moradia, como a *Azienda Territoriale per l'Edilizia Residenziale – ATER* (órgão público que gerencia moradias populares) que, mediante listas e seleções, de alguma forma torna concretamente possível encontrar casas para pessoas com baixa renda ou com dificuldade de morar de forma autônoma.

Do ponto de vista cultural e institucional, para o Departamento de Saúde Mental de Trieste, assim como para os demais serviços de saúde, está claro que o direito à moradia também faz parte da saúde das pessoas. É difícil construir projetos terapêuticos personalizados que não envolvam a questão do direito de habitar, para pessoas com grandes dificuldades de morar com autonomia também.

¹ “Aplicação do *budget di salute* no Departamento de Saúde Mental de Trieste” (tradução nossa).

² “Manual prático para a integração sociosanitária – O modelo do *Budget di salute*” (tradução nossa).

O Departamento de Saúde Mental de Trieste, que nos anos 90 tinha criado uma rede de estruturas residenciais terapêutico-reabilitativas em que também se fornecia assistência intensiva para permitir que grupos mais ou menos amplos tivessem o apoio necessário, neste momento, está buscando uma transformação.

O objetivo, agora, é devolver também a “titularidade” do apartamento, do espaço físico, da moradia à pessoa que ali vive, reduzindo fortemente tanto a quantidade de estruturas terapêutico-reabilitativas ativas quanto o número de pessoas que nelas moram. Além disso, tem-se trabalhado, de forma cada vez mais integrada com outros órgãos, como a *ATER* que citei anteriormente, para fazer com que as pessoas se tornem, de fato, titulares do apartamento, recebendo diferentes formas de apoio, conforme suas necessidades, por meio de parcerias com cooperativas sociais. Isso permite até a pessoas com severos transtornos mentais realizarem um percurso de habitar autônomo. Embora esta questão permaneça aberta, dispõe-se, hoje, de uma estratégia bastante clara para enfrentá-la. Gradualmente, vamos rumo a pequenos núcleos de convivência, com duas ou três pessoas, ou, como disse antes, a diferentes formas de morar sozinho. Ao longo dos anos, além desse objetivo que se buscou alcançar constantemente, o fio condutor da história foi, de fato, a domiciliaridade, ou seja, a possibilidade, para pessoas que não necessitam de uma estrutura residencial com cuidados intensivos, de ficar na própria casa recebendo o apoio de que precisam, numa lógica de manutenção desse direito.

É possível criar uma residência para uma só pessoa com assistência 24 horas por dia?

Nestes últimos anos, principalmente após 2005, experimentamos esse tipo de modelo também. Havia uma senhora com uma longa história de sofrimento e de insucessos e que morava há muito tempo em residências terapêutico-reabilitativas aqui dentro do Parque de San Giovanni (a antiga área do hospital psiquiátrico). Ela vinha manifestando, de várias maneiras, mas sempre clara e sistematicamente, o desejo de voltar a morar sozinha, apesar de suas grandes dificuldades tanto físicas quanto psíquicas.

Em 2006, portanto, teve início o projeto, que continua sendo realizado, de assistência no apartamento que ela tinha obtido através da *ATER*, após um

período na lista de espera. A assistência 24 horas por dia que recebe é dedicada exclusivamente a ela e é realizada em parceria com uma cooperativa de assistentes domiciliares. A situação dessa senhora melhorou muito, também no que se refere a uma série de comportamentos que ela antes apresentava. Tal mudança foi determinada pela ruptura com a situação que ela vivia na residência onde morava, com mais seis pessoas com necessidades evidentemente diferentes, e onde a titularidade não era dela, ou seja, não tinha a possibilidade de usar os objetos e espaços da vida cotidiana, pois não lhe pertenciam, não eram dela – ela não tinha o direito de possuir. Nos últimos anos, esses comportamentos não se manifestaram mais, logo não foi mais necessário propor ações terapêuticas intensivas. O projeto continua, com a colaboração do centro de saúde mental de referência; quanto ao aspecto financeiro, conta com o importante apoio da Prefeitura de Trieste, sendo, portanto, um projeto que usa recursos de outros órgãos também.

Outra experiência desse tipo foi realizada para um senhor mais jovem, com o qual as equipes do Departamento de Saúde Mental têm tido dificuldades para lidar há mais ou menos vinte anos. É uma pessoa com uma situação de alta complexidade, como costumamos definir, ou, de qualquer maneira, de alta prioridade nas escolhas a serem feitas pelos profissionais no que se refere a projetos. Nesse caso, também, foi-lhe atribuído um direito que nunca tinha exercido antes. A sua história é complexa, pois foi adotado várias vezes quando era pequeno, nunca teve uma verdadeira família; é acompanhado pelos centros de saúde mental desde os 18 anos, tendo ficado por longos períodos nos centros de saúde mental e por breves e longos períodos, eu diria, em cada uma das residências terapêutico-reabilitativas do Departamento de Saúde Mental. Uma situação, de fato, difícil, pois ele sempre manifestava comportamentos de ruptura em situações habitativas como essas. Enfim, decidiu-se “apostar” em algo novo, embora a avaliação das propostas não tenha sido fácil, tratando-se de uma pessoa com uma situação de alta complexidade que sempre criava dificuldades para os profissionais e para os projetos que lhe eram propostos, acumulando uma série de insucessos.

Decidiu-se, de qualquer forma, reinvestir de maneira forte, em parceria com cooperativas, para tentar ajudá-lo a morar num apartamento próprio. Esse projeto começou há um ano e meio e, apesar dos momentos de difi-

culdade que continuam existindo e da necessidade de participação ativa do centro de saúde mental de referência na sua gestão, já após seis meses, o inicial apoio de 24 horas foi sendo reduzido, concentrando-se mais na faixa horária diurna. É importante destacar que as principais características da organização dos cuidados oferecidos são flexibilidade e avaliação contínua por parte da cooperativa encarregada da assistência, tanto no que se refere ao tipo de ações terapêuticas a serem realizadas quanto a todos os demais aspectos organizativos: os horários, por exemplo, variam e são estabelecidos conforme as necessidades, podendo incluir até turnos noturnos, por algum motivo específico.

O modelo que estamos tentando propor é, portanto, muito mais flexível e dinâmico, aproximando-se cada vez mais das necessidades, num determinado momento, daquela pessoa específica. O projeto muda ao longo do tempo, pois se as necessidades mudam, então é preciso identificar uma forma de melhorar o projeto também.

No que se refere aos cuidados terapêuticos, mais especificamente às oportunidades de tratamento de que as pessoas com transtornos mentais dispõem, acho que a questão principal continua sendo a mesma, ou seja, a relação com as pessoas. O trabalho terapêutico, desde o fechamento do hospital psiquiátrico até hoje, baseia-se na relação que se busca construir constantemente com as pessoas que estão diante de nós. Uma relação de escuta, compreensão; valorização das possibilidades, potencialidades, experiências de vida anteriores e da história de cada pessoa.

Os instrumentos, ao contrário, talvez tenham-se modificado e sejam, hoje, mais complexos do ponto de vista da gestão, da organização e da capacidade de torná-los úteis às pessoas com necessidades de saúde. Com certeza, desde a criação do Departamento de Saúde Mental de Trieste, os recursos financeiros sempre foram utilizados, de alguma forma, para construir e reconstruir situações, mas nunca para mantê-las. Estou-me referindo, por exemplo, à lei que estabelecia a implementação do Departamento de Saúde Mental aqui na Região Friuli Venezia Giulia, prevendo fundos para dar suporte a pessoas com transtornos mentais mediante subsídios financeiros que o Departamento, desde o início, transformou, por exemplo, em bolsas de formação para o trabalho. Esse é um dos instrumentos, além do *budget*

di salute, da cooperação social e das formas de associação que, gradualmente, foram sendo criados.

Acho que a lógica importante, não só da relação terapêutica, mas também do papel de mediação assumido pelos profissionais de saúde, de ponte para algo além do Departamento de Saúde Mental, compreendia a filosofia e as estratégias fundamentais de investir quer recursos econômicos, quer energias e culturas diferentes para favorecer o nascimento, o desenvolvimento e a autonomização de outros atores sociais, ou seja, de toda a rede de cooperativas sociais, de um lado, e associações, de outro. Creio que a estratégia historicamente adotada pelo Departamento de Saúde Mental foi o investimento forte nesses parceiros, pois eles são os aliados dos projetos terapêuticos personalizados para as pessoas. De alguma forma, as oportunidades diversificaram-se e constituíram sistemas diferentes de acordo com a situação; alguns não tiveram êxito e foram concluídos, mas outros foram inventados.

Nesses cenários complexos, a capacidade dos profissionais deve desenvolver-se continuamente, permanentemente. Da mesma forma, nesse sistema integrado, trabalhamos em rede com outros serviços, como o *Dipartimento delle Dipendenze di Trieste*³, a Prefeitura, bem como a Casa de Detenção da cidade. Em cada situação, portanto, evidencia-se a capacidade dos profissionais de tecerem e efetivamente coordenarem uma rede em benefício das pessoas.

No que se refere ao fechamento do hospital psiquiátrico e ao uso de medicamentos, não sendo psiquiatra, não tenho competência legal para discutir amplamente esse tema. Claro que os medicamentos, assim como as consultas, as bolsas de formação para o trabalho e as visitas domiciliares devem ser vistos como instrumentos à disposição das pessoas para ajudá-las a se sentirem melhor. Seu uso, todavia, deve ser mais racional e seguir uma lógica de modificação: assim como se modifica o projeto para uma pessoa, o tratamento farmacológico estabelecido no começo de um percurso terapêutico deve prever uma mudança, pois ela não será a mesma depois de três, quatro, seis meses, por exemplo. Acho que é preciso, portanto, atentar mais ainda para as mudanças das pessoas e adequar o tratamento farmacológico a isso. Com certeza, o trabalho em equipe significa também que

³ Em Trieste, o “Departamento de Dependências” é dividido em dois setores: o Setor de dependência de substâncias legais e o de dependência de substâncias ilegais.

os psiquiatras levem em conta as indicações que os enfermeiros e outros profissionais fornecem, pois estes têm mais contato com as pessoas.

Trabalhando há bastante tempo aqui, talvez você possa fazer uma comparação: antigamente, viam-se pessoas mais impregnadas, medicadas demais. Pelo seu contato com as pessoas, você acha que, hoje, elas tomam menos medicamentos? Pois sabe-se que as pessoas adquirem maior estabilidade com os medicamentos, mas, por outro lado, ficam mais frágeis. Como você vê essa questão?

Minha experiência de trabalho aqui não é tão longa, comparada à de outras pessoas com as quais você provavelmente conversou. Comecei a trabalhar aqui em 1997, portanto trabalho há mais ou menos dez anos no Departamento de Saúde Mental de Trieste.

Mas, antes, você já atuava como estagiária, não é?

Na verdade, trabalho nesta área desde 1996. Comecei com mais ou menos vinte anos e, nos primeiros três-quatro anos, trabalhei para uma cooperativa em residências terapêutico-reabilitativas do Departamento de Saúde Mental. Em 2000, fui contratada pela *Azienda per i Servizi Sanitari di Trieste*. Dessa forma, não posso fazer uma comparação entre como era há vinte-trinta anos e como é hoje.

Fale, então, sobre este momento.

Hoje, utilizam-se mais medicamentos de nova geração, como o leponex, que causam um pouco menos efeitos colaterais e que, além de manterem mais alta a atenção das pessoas, reduzem o estigma e a marca física que, de alguma maneira, caracterizavam a pessoa com transtorno mental.

Além da doença, havia também a impregnação.

Claro. No que se refere a esse aspecto, reduziu-se, de alguma forma, essa marca corporal, mediante o uso dos novos medicamentos. Talvez tenha diminuído o uso de fármacos depot, como haldol, serenase, os antipsicóticos aplicados a cada vinte-trinta dias – a famosa injeção e “Nos vemos daqui a um mês” – que causam fortes efeitos colaterais. De qualquer forma, é preciso perceber mais rapidamente as mudanças e atuar, farmacologicamente também, nessas mudanças.

Acho que quanto mais personalizados os cuidados oferecidos às pessoas, quanto mais buscam-se coisas para serem feitas com elas, mais se trabalha de forma integrada. O medicamento é um instrumento, mas qualquer coisa pode ser um instrumento: você pode ampliar o trabalho em oficinas, por exemplo, pode organizar atividades na cidade, ou seja, quanto mais estratégias forem desenvolvidas, mais possibilidades de reduzir o uso dos medicamentos surgirão.

Sim, mas como disse antes, também é preciso ter uma capacidade de mudança mais rápida no que se refere ao tratamento farmacológico; uma capacidade, percepção e comunicação da equipe que permita concretamente modificar o tratamento farmacológico. Na minha opinião, esse ainda é um aspecto que tem que ser sempre lembrado e levado em consideração.

Caso contrário, há um retrocesso. Basaglia falava da necessidade de colocar a doença entre parênteses e isso era uma afronta à psiquiatria. Se você não atentar para esse aspecto, poderá ocorrer um retrocesso nesse processo, como você disse.

Com certeza. Posso dizer que as ações, de fato, são avaliadas constantemente. Ademais, são realizadas atividades específicas para que os usuários recebam informações sobre quais são os medicamentos, como são usados, e para que também possam avaliá-los. Acho, portanto, que os usuários vão tornar-se cada vez mais conhecedores desse aspecto, pois, além dos percursos que nós propomos, existem, hoje, muitas mais possibilidades de informar-se do que há trinta anos.

De fato, hoje, nos centros de saúde mental, as pessoas conversam sobre sua medicação, sobre os efeitos positivos e negativos e sobre as vantagens e desvantagens de tomá-la ou não.

É verdade. Além disso, presta-se muita atenção à questão do uso racional dos medicamentos, com avaliações feitas mediante amostras, para as pessoas que vivem aqui nas residências há muito tempo também, com o intuito de tentar garantir um uso racional e não esquecer que “Mário”, por exemplo, está tomando um determinado medicamento, ou uma determinada dosagem, há dez-vinte anos. Uma série de ações são realizadas, mas acho que ainda é preciso investir fortemente na comunicação relacionada às mudanças que se produzem na vida das pessoas.

No que se refere às dificuldades que as pessoas têm, às vezes, de tomar remédios, ou ao fato de elas não quererem aderir à proposta que lhes é feita, creio que os centros de saúde mental organizam-se de várias formas para enfrentar esse problema. Entretanto, minha experiência a respeito desse aspecto é bastante reduzida, exceto no que concerne às pessoas em situações de alta complexidade, com as quais o remédio sempre é um elemento de negociação no projeto, portanto, é sempre necessário verificar, estabelecer um acordo, e se o acordo for rompido, buscar retomá-lo.

Certamente, no tocante aos medicamentos, um dos objetivos é a capacidade de automedicação, numa lógica de conscientização, de respeito do acordo terapêutico que é estabelecido. A questão da continuidade, não só terapêutica mais também farmacológica, porém, ainda é delicada. É uma das peças desse quebra-cabeças que deve ser sempre levada em conta e é um elemento que não pode ser considerado definido para sempre, logo o serviço deve negociar e verificar constantemente, estabelecer um pacto, construir uma aliança, que às vezes se rompe, mas que, depois, é estabelecida novamente, de alguma forma.

Quanto ao risco que as novas instituições também correm e que devem levar em conta, no que se refere aos lugares de atenção para pessoas com transtornos mentais, para mim esse é um tema fundamental. Os contextos, às vezes, determinam a qualidade da relação terapêutica, tanto em termos de poderes que são concretamente representados num lugar e não em outro quanto em termos de boa relação, portanto em termos de possibilidade de acesso, de respeito, de privacidade, de lugares bonitos, bem cuidados, limpos, decorosos.

Creio, realmente, que esses sejam fatores importantes, fundamentais, eu diria, e não aspectos secundários, algo que pode ser deixado para outro momento. Na verdade, o espaço é o marco dentro do qual acontecem as relações e mediante o qual as relações podem ou não ser valorizadas. Um quadro bonito está dentro de uma moldura que também deve ser bonita, portanto creio que os lugares devam ser bem cuidados, também no que se refere a mesas, cadeiras, paredes, camas, criados-mudos, abajures, pois eles representam, de alguma forma, o que pode ou não acontecer lá dentro, ou seja, determinam o que pode ou não acontecer, para qualquer pessoa, para além do contexto específico da saúde mental.

Quanto a persistência do modelo médico, crise e cronicidade, acho que, em Trieste, a distinção entre crise e cronicidade nunca foi feita, em termos de filosofia da ação terapêutica, e queria que não se fizesse nunca.

Segundo Rotelli, a cronicidade é do sistema.

E das instituições, que se repropõem sempre da mesma maneira e podem tornar-se crônicas, pois somos, de alguma forma, sistemas econômicos, não no sentido de recursos financeiros empregados, mas de preferência pelo menor esforço. Mudar, modificar-se, requer esforço; de alguma maneira, portanto, o risco é sistematizar, limitar, codificar estaticamente as pessoas em termos de agudos, pós-agudos e crônicos para racionalizar a organização. Na verdade, o risco dessa visão é que se reproduzam e se mantenham imóveis as pessoas também, enquanto poderiam, ao contrário, desenvolver suas capacidades e potencialidades.

Entretanto, acredito que algumas residências devam permanecer, pois há casos em que é muito difícil propor um percurso de moradia assistida ou autônoma. Na Residência I, por exemplo, moram oito pessoas em situações de alta complexidade, embora eu tenha que dizer que dessas oito, provavelmente cinco não seriam atendidas pelo Departamento de Saúde Mental se tivesse sido criado hoje, pois são pessoas com deficiências graves que vêm de longas internações no hospital psiquiátrico. Provavelmente, portanto, não serão criadas outras residências como esta. De qualquer forma, é preciso garantir-lhes a possibilidade, por exemplo, de estarem numa residência que não receba mais do que oito moradores – não dez, vinte ou trinta –, com uma equipe estável, em que cada pessoa tenha seu espaço pessoal. Além disso, os hóspedes ou moradores devem ter um projeto de vida próprio, portanto um projeto personalizado, com objetivos logicamente diferentes, como usar o banheiro, aprender a comer de forma mais digna ou, ainda, que desenvolva ações que lhes permitam realizar experiências de vida diferentes, como viajar, conhecer outros lugares e situações. Tais projetos, por fim, devem procurar envolver também outros atores sociais, justamente para evitar o risco de que as situações de imobilidade produzam outros tipos de imobilidade, ou até mesmo de regressão, das habilidades conquistadas.

Voltando à reflexão feita anteriormente, não acho que existam só crise e cronicidade e, portanto, que os crônicos devam ficar numa residência.

Como dissemos no início, creio que essas estruturas sejam instrumentos, assim como os medicamentos, as bolsas de formação para o trabalho, as consultas, o acolhimento. Para mim, a questão é avaliar se uma pessoa que hoje está numa residência pode ter acesso a um projeto personalizado, que lhe permita morar num lugar próprio e receber apoio em domicílio.

Por outro lado, se uma pessoa realmente precisa de um período de permanência numa residência, deve-se, também, estabelecer o seu percurso de saída dessa estrutura. É necessário, portanto, refletir sobre as possíveis transformações que podem ser efetuadas, construídas, bem como sobre os recursos investidos nesse tipo de estrutura, que são grandes e que poderiam ser gastos de outra forma, para promover mudanças para as pessoas também. Nos últimos anos, tem-se trabalhado nesta direção; foram fechadas estruturas que já eram pequenas, considerando que o nosso critério de qualidade prevê no máximo oito pessoas para cada residência.

Por esse motivo vai ser fechado o apartamento de Via San Marco?

Sim. A partir de 2006, foram fechadas as residências *H* e *G*, o apartamento de *Via San Vito*, três estruturas residenciais; este ano, estamos pensando em fechar uma quarta residência e talvez propor projetos de pequenos apartamentos para mulheres que há muito tempo são acolhidas em duas estruturas aqui no Parque de San Giovanni – a chamada *Casa Rosa Luxemburg* – que, de alguma forma, acolhem mulheres como as da Residência *I*, ou seja, pessoas que vieram de longas internações no hospital psiquiátrico. Conseguir realizar processos de transformação permite evitar o risco de cronificação das instituições, transformando-as.

Como dissemos anteriormente, houve uma ruptura forte com o mundo da medicina tradicional e com o mundo da ciência que continua sendo tradicional, uma ruptura entre duas formas de pensar. A Basaglia interessava o doente e não a doença; cabe ressaltar que essa ideia, aliás, foi mal compreendida, extremizada, pois Basaglia não disse que a doença mental não existia.

Exatamente, Basaglia não disse que podemos negar o sofrimento do outro.

Basaglia defende uma ruptura com o modelo diagnóstico, médico.

De fato, com a psiquiatria como modelo de poder, mas não desconsidera o sofrimento das pessoas.

Como modelo de poder, mas, eu diria, ainda, como modelo epistemológico. Há quase quarenta anos, ele fez o que a ciência moderna está tentando fazer agora, ou seja, romper com o modelo causa-efeito e com o seu consequente diagnóstico: existe uma causa, que determina um efeito; logo, devemos cuidar do efeito e ver se conseguimos tratar fisicamente a causa, de alguma forma, mediante os diversos tipos de shock, de manicômios e, hoje, das diversas práticas em psiquiatria. Aliás, a psiquiatria – felizmente, na minha opinião – paga um preço alto por não ter uma etiologia precisa; assim, a abordagem biopsicossocial permite à psiquiatria sair, de alguma forma, desse modelo médico.

Há outro risco, ou seja, transformar qualquer ação em sanitária, por isso os profissionais devem ter a capacidade de passar do setor sanitário ao social para, depois, retornar ao sanitário, enriquecendo-o. De fato, cada vez mais estudos, inclusive recentes, da OMS e de outras organizações, esclarecem que os determinantes de saúde são, na verdade, aspectos que têm forte relação com renda, qualidade de vida, moradia, sociabilização, possibilidade de estar no mundo, os quais totalizam 70%, enquanto que aspectos mais classicamente médicos, sanitários totalizam somente 20-30%. Apesar disso, as despesas sanitárias permanecem ligadas aos aspectos que têm um peso relativo. Creio, por fim, que um modelo como este continue sendo pioneiro, também no tocante a outras questões relacionadas à saúde das pessoas.

Quanto a atitudes, modos, capacidade de efetivamente gerar compreensão, acho que Basaglia deu uma contribuição importante para uma abordagem fenomenológica dessas questões: não se julga, mas sim, escuta-se, coloca-se, de certa forma, no lugar do outro; reflete-se sobre as possibilidades e potencialidades existentes e trabalha-se com isso. Esforça-se, portanto, não para identificar o porquê, mas sim quais habilidades, capacidades, experiências existentes podem contribuir.

Não se trabalha com a incapacidade, mas sim com a potencialidade das pessoas.

Com certeza. Não é uma visão ortopédica, de prótese, mas sim uma visão que, de alguma forma, busca desenvolver por meio da relação.

No Brasil, temos a lei de reforma psiquiátrica e temos, agora, mais força política. Como evitar o risco do manicômio difuso?

Para evitar o risco do manicômio difuso é preciso não negar as contradições existentes. As contradições incomodam tremendamente os seres humanos, pois se contrapõem àquilo que a pessoa quer, ou seja, à necessidade de organizar o mundo de acordo com o próprio modelo. Por outro lado, elas são vitais num modelo que é vital, portanto o esforço não deve ser para eliminá-las, achatá-las, mas sim para percebê-las e torná-las vitais. Isso não significa viver num caos terrível; significa, simplesmente, partir da subjetividade das pessoas que estão perante nós.

Entretanto, isso requer um esforço enorme. Antes de mais nada, é preciso não construir “pacotes preestabelecidos”: comportamentais, psicoeducacionais, psicanalíticos, neurolinguísticos e tantos outros, pois os modelos e as teorias se multiplicam... Na minha opinião, trata-se de não padronizar a resposta, mas sim buscar respostas para cada situação, para a pessoa que está diante de nós, conseguir estabelecer um código de interpretação comum e, a partir disso, construir uma proposta terapêutica.

Se partirmos disso, da pessoa, da sua família, do seu contexto, etc., creio que poderemos evitar, facilmente, o risco de novos manicômios, não só no Brasil, mas aqui na Itália também, pois há uma tendência a construir pacotes, padrões, regras, protocolos, orientações e a predeterminar as respostas, construindo uma não resposta, ou mantendo uma situação como está. Para fazer isso, evidentemente, é necessária uma instituição que, mesmo sendo instituição, seja flexível, dinâmica e o menos burocratizada possível; que busque, de alguma forma, perceber e realizar ações para aquele determinado momento.

Para mim, o tempo é um aspecto fundamental nesses processos. Às vezes, é como se o tempo para as pessoas que acompanhamos tivesse parado, enquanto, na verdade, passaram-se meses, anos. Acredito, portanto, que se tivermos capacidade de nos tornar mais rápidos, poderemos colher mais frutos do nosso trabalho.

São os profissionais que devem entender isso e estar junto com as pessoas para ajudá-las a caminhar e perceber que esse tempo e esse espaço mudam, caso contrário elas podem ficar manhã, tarde e noite sentadas, olhando para o céu.

O tempo vazio da instituição, onde se espera o almoço, o jantar (se tiver sorte) e o resto é, de alguma forma, bastante vazio. E esse é, certamente, um risco.

Hoje, eu vejo uma diferença em relação a vinte anos atrás, quando, às vezes, uma pessoa ficava sentada num centro de saúde mental fumando o dia todo.

De fato, para escrever um romance, por exemplo, ou para a narração de uma história, de uma biografia, são fundamentais os chamados tempo-cronológico e espaço; esses dois aspectos são as coordenadas que nos orientam e que, felizmente, não podemos deixar de lado, pois nos mantêm ligados à concretude da vida.

Com certeza. Antes de concluir esta entrevista, gostaria que você falasse sobre a atual estrutura organizacional do SAR.

Há um psiquiatra responsável pelo setor, Pina Ridente; duas técnicas de reabilitação psiquiátrica, uma sou eu e a outra é Cristiana Canova, que trabalha no Club Zyp; uma operadora social, duas assistentes sociais e mais ou menos quinze enfermeiros. No SAR, há um número não muito alto de enfermeiros, considerando que, nos centros de saúde mental, que funcionam 24 horas por dia, dos cerca de trinta-trinta e dois profissionais, quatro são médicos, dois psicólogos, um é técnico de reabilitação psiquiátrica, um assistente social e os demais vinte-vinte e cinco são enfermeiros.

E qual é o seu trabalho, especificamente?

Cada vez mais, ao longo dos anos, o meu trabalho foi estruturando-se na elaboração de projetos personalizados, ou seja, esse instrumento para cuja criação eu também contribuí.

Esse instrumento começou a ser utilizado há quanto tempo?

Em abril de 2006.

Quais são as principais atividades do SAR?

O SAR coordena, principalmente, três tipos de atividades: residencialidade e habitar assistido, formação e inserção laboral e protagonismo dos usuários. Tenta reunir as necessidades dos centros de saúde mental e construir

alianças com outros atores sociais, como associações, cooperativas e outros órgãos e instituições, para elaborar projetos que atendam às necessidades dos centros de saúde mental e dos usuários. Também é responsável pela definição das parcerias entre público e privado relacionadas a projetos terapêutico-reabilitativos por meio do *budget di salute*, essa mudança bastante radical, introduzida há cinco anos, que nos permitiu obter instrumentos formais e administrativos para reconverter recursos não mais vinculados a estruturas, como acontece tradicionalmente. Consequentemente, é possível definir uma assistência personalizada e não mais para dez leitos, por exemplo, que impedia de modificar o uso dos recursos investidos; hoje, ao contrário, investindo recursos em cada projeto individual, é possível reconvertê-los, quando necessário, modificando o apoio econômico e operacional oferecido às pessoas. É um instrumento muito importante, utilizado pelos centros de saúde mental com o nosso apoio, com uma constante avaliação.

Eu trabalho com isso, porém, desempenho várias outras funções: já trabalhei com inserção profissional e bolsas de formação para o trabalho; percursos específicos de protagonismo no que se refere a associações como a associação de voluntariado Club Zyp há alguns anos; projetos de formação para voluntários, profissionais e usuários.

Mas o seu trabalho é mais centrado no projeto personalizado?

Meu trabalho é definir instrumentos para os profissionais dos centros de saúde mental, a fim de que eles possam construir e reconstruir projetos personalizados em parceria com outras instituições. Neste momento, o objetivo mais importante é exatamente divulgar esta modalidade de trabalho e é o que estamos fazendo.

Muito obrigada pela entrevista.

ROBERTO MEZZINA



Psiquiatra e atual diretor do Departamento de Saúde Mental de Trieste. Desde 1978, tem contribuído à experiência, iniciada por Franco Basaglia, de desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico de Trieste e de implementação da rede de serviços de saúde mental com base territorial. Há vinte anos no cargo de *Responsabile di unità operativa* do Centro de Saúde Mental de Barcola, em 2009 tornou-se coordenador do Centro de Investigação em Saúde Mental da Região Friuli-Veneza Giulia – Centro Colaborador da OMS. Em 2000, colaborou na fundação da *International Mental Health Collaboration Network*, uma rede internacional de intercâmbio sobre boas práticas em saúde mental. Participou do desenvolvimento do modelo de atenção à saúde mental baseado nos centros de saúde mental 24 horas que funcionam como serviços integrados, portanto, como uma alternativa radical ao modelo reducionista de tratamento biológico da doença. Realizou estudos sobre esse modelo, aprofundando especialmente temas relacionados

às intervenções para o enfrentamento da crise. Há muitos anos, é docente e pesquisador em serviços de saúde mental, universidades e importantes instituições científicas na Itália, na Europa (Inglaterra, França, Alemanha, Espanha, Irlanda, Suécia, Holanda, Bélgica, Suíça, Eslovênia, Eslováquia, Bulgária, Noruega, Dinamarca, Islândia, Sérvia, Grécia, Romênia) e nos seguintes países: Estados Unidos, Canadá, Austrália, Nova Zelândia, Índia, Sri Lanka, Irã, Palestina, Brasil. Realiza pesquisas teóricas, epidemiológicas e estudos qualitativos. Coordenou estudos nacionais e internacionais e colaborou com renomados pesquisadores e institutos de investigação científica. É autor de mais de 150 publicações em diversos países.

Nossa entrevista foi realizada num sábado, no Café Verdi. É um Café, dentro do Teatro Verdi, muito frequentado pelos profissionais do Departamento de Saúde Mental, gerenciado por uma cooperativa social. Fazia um lindo dia de sol primaveril. Sentamos na parte de fora do bar, um ambiente muito agradável, porém nada propício para uma entrevista, devido a fortes ruídos. Liguei o gravador e Roberto foi respondendo conforme o roteiro das perguntas. Após uma hora, concluímos.

Quando retornei ao Brasil e escutei a gravação, percebi que estava pouco audível e não podia ser transcrita. Em 2012, quando veio ao Brasil para participar de um congresso em Fortaleza e um seminário em Marília, retomamos os tópicos da entrevista, não seguindo mais o roteiro de perguntas, mas a gravação foi totalmente cancelada por problemas técnicos. No lugar da entrevista, ele gentilmente cedeu um texto inédito em que aborda, entre outros, todos os aspectos tratados em nossos encontros. Algumas partes desse texto são apresentadas a seguir e encerram este livro.

Após sua estada no Brasil, tornou-se um grande companheiro de trabalho e amigo.

DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO À *RECOVERY* E À CIDADANIA: NOTAS DE TRIESTE¹

Roberto Mezzina

OS MACROPROCESSOS ENTRE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO

Faz-se necessário, hoje, reconsiderar ou reinterpretar o que foi realizado, na Itália, através da desinstitucionalização, pois esta não significa somente fechar todos os hospitais psiquiátricos (1999), embora tal ato seja fundamental. Nessa primeira e longa etapa, que durou mais de trinta anos, a maioria das ações reabilitativas na Itália foram, sem dúvida, tentativas de arrancar, literalmente, as pessoas do manicômio, libertá-las da internação e reinseri-las no tecido social, oferecendo-lhes suporte em suas necessidades e direitos.

Refletindo sobre esse processo, cabe destacar o que é possível aprender com a experiência e os erros do grande e decisivo movimento anti-institucional italiano que, partindo das experiências-piloto dos anos 60 e 70 e após a aprovação da lei de reforma psiquiátrica, levou aos projetos com objetivos específicos dos anos 90 e aos esforços, no âmbito da política, para determinar o fechamento e o fim da era dos manicômios na Itália.

Embora de forma extremamente sintética, é possível destacar alguns aspectos a serem desenvolvidos no processo de desinstitucionalização: começar o processo de transformação no interior das instituições totais,

¹ *Dalla deistituzionalizzazione alla "recovery" e alla cittadinanza: note da Trieste* (out. 2013, texto inédito, tradução nossa).

sem se iludir com a possibilidade de que o seu fechamento ocorra de fora para dentro ou por morte natural; vincular os enunciados à prática, ao “praticamente verdadeiro”; criar redes alternativas de serviços coerentes e sinérgicos no território, sem fragmentações e especializações inúteis, ou até danosas e sem recorrer a modelos, mas sim mediante processos verificados coletivamente pelos cidadãos (usuários, familiares, comunidade e instituições); evitar a implementação prioritária de serviços hospitalares para emergências em detrimento de estruturas territoriais.

No que se refere aos serviços de emergência psiquiátrica, há poucos anos, começou-se a indagar mais amplamente sobre o uso de métodos de contenção, novas formas de segregação, mesmo que temporâneas, e sobre a suspensão das garantias de liberdade para os cidadãos internados nesses serviços².

Observando a experiência de Trieste, as instituições totais podem ser vistas como lugares concretos nos quais conhecer a realidade quis dizer modificá-la, separando e unindo suas partes de acordo com os objetivos desejados. Por esse motivo, o processo de desinstitucionalização foi definido “homeopático” (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 1986). De fato, ele é resultado da ação de vários agentes: os profissionais, que transformam ativamente sua forma de atuar no que se refere a papel profissional, filosofia de trabalho, instrumentos, contextos e recursos utilizados; os usuários, que se tornam reconhecidamente “sujeitos”, dotados de contratualidade e necessidades, capazes de engajar-se e compartilhar percursos terapêuticos com os serviços de saúde; o *utentecomplexivo* (“usuário-total”), dos familiares à comunidade de modo geral envolvidos de várias formas nos processos de participação; os gestores públicos, os profissionais do sistema socio-sanitário, entre outros, diretamente comprometidos no processo de desinstitucionalização e na mudança dos sistemas de atendimento às demandas.

Tudo isso requer o desenvolvimento de estratégias flexíveis e adequadas à “complexidade” das questões a serem enfrentadas, por exemplo a valorização de percursos sociais e de estratégias cognitivas da vida real que os próprios atores sociais-usuários “trazem” para o serviço e a reutilização

² Os dados da pesquisa *Progres Acuti* confirmam que cerca de 70% desses serviços utilizaram meios de contenção no mês anterior à coleta dos dados e que 85% os possui. O governo irlandês, por sua vez, deu por encerrada a experiência dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais (DE GIROLAMO et al., 2007).

de fragmentos de recursos que podem ser integrados. A partir da desinstitucionalização, portanto, a reabilitação deve articular-se para formar um conjunto coerente de estratégias de produção de saúde mental – e não de “conserto” (dos danos causados pela doença) – que conduza à valorização dos atores sociais e de suas trajetórias.

A instituição, elo central nesse processo, deve ser moldada em função dos atores sociais. Os recursos contidos no universo indiferenciado da instituição total ganham novo rumo e passam a ser avaliados de acordo com a sua utilidade para as pessoas. A desinstitucionalização já “experimentada na prática” indicou direções, mutáveis e dinâmicas, para as quais os recursos deviam ser orientados. Foi denominado “processo de antecipação dos recursos” a criação, a invenção de soluções novas pelos profissionais em suas práticas, incorporadas pelos gestores públicos em atos formais posteriormente, mediante uma colaboração real (GALLIO; GIANNICHEDDA, 1982).

Segundo um princípio tendencialmente sancionado, os recursos devem ser usados em função dos “sujeitos concretos” e de suas necessidades; isso levou a uma progressiva, gradual mudança, pois os recursos passaram a ser disponibilizados de forma mais individualizada, especificamente para cada projeto terapêutico e reabilitativo.

Hoje, os serviços territoriais abarcam elementos do passado institucional, mas que são tendencialmente reorientados quanto às suas finalidades, quer se trate de dinheiro (subsídios econômicos) ou alimentação (refeições), quer se refira ao próprio conceito de “asilo”, que o manicômio ambigualmente abrangia (repouso, reconstituição, possível recuperação de uma existência sofrida).

Os instrumentos, os recursos institucionais num sentido amplo, que compõem as práticas no território de um centro de saúde mental em Trieste hoje, portanto, tornaram-se parte constituinte de uma rede tecida entre os que têm relação com esse serviço e que dá substância, direciona e dá “significado” a essas relações. A atual organização dos serviços, em Trieste, bem como a própria qualidade de seus instrumentos estão relacionadas à intencionalidade com a qual tais serviços foram pleiteados, desenvolvidos

e implementados; de fato, eles são marcados pela trajetória e pela história do processo de desinstitucionalização.

Em primeiro lugar, o sistema-hospitalar foi desnormalizado quanto às barreiras físicas e relacionais, ao tempo rígido da instituição. A reabilitação “em si” foi realizada dentro do hospital em transformação, na medida em que se repensaram todos os mecanismos de despersonalização causados pelos processos de longa internação e se inverteu, justamente, essa direção. A nova condição jurídica de “hóspede” da pessoa com longa permanência em internação psiquiátrica, como forma de “proteção livre no asilo”, eliminou as fronteiras normativas e jurídicas da reabilitação como processo que ocorre dentro da instituição. Os recursos, todavia, foram invertidos, transferidos para a cidade, para todos os lugares, precários, intermediários que a pessoa com transtorno mental começou a frequentar: os novos centros de saúde mental, as cooperativas, as moradias assistidas, e outras instituições socio sanitárias envolvidas. Nesse sentido, Gallio et al. (1983) escreveram sobre a oscilação permanente entre auto e hetero-reabilitação, entre esquemas institucionais/terapêuticos e administrativos da reabilitação, e mercado ampliado de trocas, de interpenetração, de vida e de consumo na cidade por parte da pessoa com transtorno mental.

Podemos tentar esquematizar esse complexo processo segundo algumas *linhas-guia*, que constituíram e constituem *etapas institucionais*:

1. Favorecer a circulação social dos usuários.

Ao mesmo tempo:

- 1a. Melhorar seu status na comunidade, reutilizando recursos institucionais convertidos em recursos instrumentais diretamente usufruídos pelos próprios usuários: renda mínima garantida por meio de um subsídio econômico (ou pensão), moradia (de moradias populares à residências coletivas), oportunidades de trabalho em cooperativas.
2. Implementar serviços de saúde mental de base territorial que atendam às necessidades dos usuários, partindo das essenciais, e que, portanto, se constituam como instrumentos de um sistema de bem-estar social que ofereça garantias e suporte para a vida na comunidade.

Ao mesmo tempo:

- 2a. Permitir e favorecer diferentes formas de utilização desses serviços (acessíveis, fruíveis) por parte dos usuários, superando a ideia de “dentro” – de uma instituição psiquiátrica total, onde se encerra o tempo de vida dos pacientes –, contraposta à ideia de “fora”, e criando, ao contrário, lugares que podem ser “atravessados” conforme as necessidades.
- 2b. Desestigmatizar os serviços, superando a sua separação do tecido social, quer realizando iniciativas (por ex. festas, atividades culturais) e/ou destinando espaços internos para outras finalidades como livrarias, bibliotecas, cines-fóruns, ambulatórios médicos e pediátricos para promover a entrada dos cidadãos, quer favorecendo respostas “normais” dos serviços que dão suporte à vida social dos usuários (por ex. assistência aos idosos, casas de repouso, subsídios econômicos).
- 2c. “Contagiar” os circuitos adjacentes: modificar formas de rigidez e preconceitos para com os usuários ainda presentes nas instituições sócio-sanitárias e jurídicas (os chamados “efeitos da persistência do manicômio”). Tais aspectos geraram lógicas de exclusão mediante as quais a instituição psiquiátrica se alimentava e se justificava como lugar onde a vida social podia ser descarregada. Na nossa experiência, isso requereu frequentes intervenções diretas voltadas para a transformação das instituições que reproduziam exclusão (por ex. os grandes conjuntos habitacionais populares).
3. Quando necessário, sobretudo para enfrentar situações de fortes debilidades ou de marginalização (ou deficiências, como produto de ambas), organizaram-se formas de acompanhamento social, ou seja, de apoio direto à vida social em seus aspectos de vida cotidiana e de utilização dos serviços, conseqüentemente, de exercício de direitos e de defesa dos indivíduos mais vulneráveis, bem como de organização da vida cotidiana (ajuda e orientação para desenvolver habilidades para cozinhar, limpar a casa, cuidar de si, etc.).

Alternativamente:

- 3a. Criar os nichos sociais necessários, ou seja, situações protegidas (por ex. residências terapêuticas) para as pessoas com mais necessidade de apoio e intermediação para sua articulação social: situações protegidas,

mais facilmente gerenciadas pelo usuários, cuja proteção é gradualmente reduzida à medida que recebem orientação e desenvolvem as habilidades necessárias para a vida cotidiana (*living-skills*).

4. Inserção laboral, realizada principalmente através do cooperativismo social. Oferecendo apoio para o trabalho intervém-se em aspectos relacionais que se refletem na realidade – o tipo de contexto em que a pessoa vive, o ambiente ou a qualidade do seu trabalho. Isso significa utilizar a relação humana nos contextos de vida, não intervir somente no que se refere ao indivíduo em si, mas sim considerá-lo como detentor de potencialidades e recursos.

A formação deve ser realizada, principalmente, criando um contexto relacional aceitável, ou tendo em vista a qualidade das relações, de forma que estas garantam um certo bem-estar à pessoa para que possa, então, desenvolver ao máximo a sua capacidade de trabalhar e de se manter no trabalho. Para isso, continua sendo fundamental a teorização a respeito da empresa social (ROTELLI, 1999a; GALLIO, 1991)³.

A re-habilitação, em Trieste, historicamente concebida, baseia-se na criação de situações, oportunidades, mais do que programas, procedimentos. Hoje, os recursos dos serviços são constituídos por aquilo que ele possui diretamente em termos de ajuda material, instrumentos, cuidados, lugares e oportunidades de agregação e de sociabilização; fruto de escolhas oriundas do processo de desinstitucionalização, tais recursos visam promover, no território, situações de garantia, defesa, proteção, apoio e “capacitação” para as pessoas. Todavia, os recursos de que o serviço dispõe autonomamente, que podem ser identificados como “valor de uso” para o usuário, não se contrapõem à possibilidade de mobilizar recursos fora dele, utilizar os recursos da própria pessoa e da família, ou buscar outros, em parceria com os demais serviços sanitários e sociais, que devem ser direcionados para “projetos” individuais e coletivos.

³ Contemporaneamente, foram desenvolvidos métodos de inserção no mercado de trabalho normal, que vão da inserção com suporte, definida *Supported Employment*, ao *Individual Placement and Support (IPS)*, de Drake e Bond, oriundos de algumas experiências norte-americanas no campo das deficiências nos anos 70. O método *Place and train*, por sua vez, usa um imperativo para indicar, primeiramente, a inserção da pessoa em um contexto real de trabalho e, posteriormente, o seu treinamento profissional (DRAKE; BOND, 2011). Cabe ressaltar, todavia, que essas técnicas diferem totalmente da construção de uma economia social.

A re-descoberta dos recursos de toda uma rede social é um aspecto certamente importante de uma abordagem “ecológica” (ou ecossistêmica, num sentido mais amplo), ou seja, adequada ao modelo operacional e organizativo dos serviços, mas também ao mundo dos valores que um serviço gradualmente encontra e que deve aceitar “necessariamente”, até mesmo para modificá-los, partindo deles e não sobrepondo-se a eles. Portanto, os recursos são principalmente as pessoas e suas relações, em termos de habilidades, poderes e valores de uso a serem intercambiados.

Enquanto a re-habilitação foi perdendo, com o fim dos manicômios, a sua característica de processo relacionado à desinstitucionalização, o seu significado “jurídico” de restituição de direitos, diante do surgimento de novos atores às margens dos direitos de cidadania, também modificou-se. Não se trata mais somente da reintegração social das formas clássicas de exclusão, mas sim da inclusão de outros grupos populacionais que estão em situações de vulnerabilidade e de risco, multiplicando suas fontes de aquisição de poder social.

O fato de não dispor de oportunidades sociais para a própria realização pessoal, ou simplesmente para satisfazer as próprias necessidades primárias, frequentemente impede ou não garante condições para o desenvolvimento de habilidades adequadas. Dessa forma, falar de habilitação, ou seja, de crescimento emancipador constitui uma primeira etapa epistemológica, preliminar para discussões disciplinares sobre a reabilitação.

Diante disso, o trabalho de transformação das práticas e das disciplinas ainda parece longo. Para “reabilitar quem reabilita” (ROTELLI, 1999b), é preciso estabelecer formas de participação ativa dos usuários nos serviços comunitários e fortalecer vínculos com as instâncias e entre os atores sociais, que também devem ser envolvidos na promoção da saúde mental (dos familiares aos profissionais dos serviços sociais, sanitários e judiciários, até abranger todo o corpo social). Esta, porém, não é uma ação indolor, pois atinge o nó da questão dos poderes e, portanto, deve partir do reconhecimento de que a perspectiva do usuário, como ator do próprio percurso de integração social e de emancipação, é fundamental na (sua e de outros) terapia e reabilitação – numa condição de exercício de cidadania.

Sobre isso queremos falar aqui, traçando um percurso que cruze, atravesse os espaços individuais para voltar, então, aos cenários macrosociais.

IMPACTO PARA AS PESSOAS

A desinstitucionalização certamente permitiu que pessoas que sofrem de transtornos mentais recuperassem seus direitos de cidadão, conquistando não só mais poder, mas também a possibilidade de “expressar-se”, de ter voz. Entretanto, é importante refletir mais profundamente sobre o nexos entre as práticas alternativas de crítica à psiquiatria e o novo protagonismo, o empoderamento, a transformação dos usuários em atores sociais; entre a possibilidade de integração e a defesa do valor da experiência de sofrimento como diversidade. Nesse contexto, insere-se o atual debate sobre o conceito de *recovery*/cura-recuperação, que surgiu no movimento dos usuários em vários países.

Que visibilidade a desinstitucionalização deu ao sofrimento dos indivíduos, na doença e para além dela? “Cura” ainda é um conceito “médico” demais, que não contém nada sobre o sentido de estar mal, mas que, imediatamente, envolve modelos de doença (MEZZINA, 2012). O que é, então, cura? Quais são seus indicadores? Remissão dos sintomas? Autoestima, autodeterminação, empoderamento? É preciso afastar-se do modelo médico, em que o cuidado do corpo e da mente são delegados totalmente aos técnicos.

Recovery certamente está relacionada à “conscientização” de si e dos próprios problemas, bem como dos objetivos relacionados à própria existência, mas não está relacionada à “consciência da doença”, como um treinamento para a institucionalização do doente que, des-historificado e, conseqüentemente, desresponsabilizado, encontra uma identidade na instituição. O fato de ter-se tornado aproblemático, adialético, principalmente, reforça mais ainda os sintomas que, por sua vez, corroboram o modelo médico (BASAGLIA et al., 2008).

A questão da *recovery* leva a interrogar-se sobre a própria natureza da doença: a maneira como as pessoas se relacionam com ela, direcionam-na, não se submetem mais a ela passivamente. Se o termo indica a recu-

peração de um novo sentido para a própria vida e para a experiência de sofrimento, conseqüentemente, envolve o reconhecimento de um valor para essa experiência de sofrimento; nesse sentido, ela leva a indagarmos de que forma a doença se insere, como crise, na história pessoal do sujeito, de que forma se apresenta como continuidade e não como ruptura, descrita como alienação de si mesmo.

Qual é a fenomenologia da *recovery*? Existe direcionabilidade, mas não linearidade, nesse percurso. De fato, há muitos caminhos para relacionar-se de outra forma com a “doença”, e isso se traduz na unicidade de cada trajetória. Embora seja possível descrever etapas, saltos qualitativos do percurso, a dificuldade está em reconhecê-los e valorizá-los. Existe um “ponto de virada”? Algumas pesquisas parecem indicar que sim. Para Topor et al. (1997), no centro do cenário está o self. A metáfora consiste na viagem solitária que vai além dos caminhos já traçados, ou seja, no mergulho, na total solidão, representando, assim, a queda, ou a espiral para baixo, até tocar o fundo do poço. O ponto de virada só pode ser reconhecido retrospectivamente; salienta-se, assim, o papel dos acontecimentos catalíticos, mas sobretudo o da decisão pessoal. Conta, certamente, a “persona=pessoa(lidade)”, em seus aspectos de processo de amadurecimento, mas também as mudanças inesperadas de circunstâncias que forçam essa decisão.

Há, portanto, um processo que permite retomar, de alguma maneira, o controle da própria vida e, mesmo com pequenos passos, conquistar, por exemplo, espaços em que o self possa expressar-se para além da doença. Tal processo, contudo, não é linear e pode ser somente superficial ou, de certa forma, prematuro. Ao contrário, quando se realiza, assiste-se ao nascimento de um novo self. O objetivo passa a ser, então, reconquistar um sentido para o self, como capacidade de existir e fazer novas experiências, “testando a si mesmo”.

A busca de si permite descobrir, inicialmente, partes sadias que poderão ser usadas como base. A aceitação dos outros – como “self substituto”, segundo Topor et al. (1997) – está frequentemente associada ao tempo para readquirir poder e convicção interior.

Isso faz surgir a pergunta se a ideia de percurso é ou não uma abstração. O tempo e a história existem somente nas histórias pessoais, ou seja, nas nossas reconstruções? Existe o antes e o depois da “doença” na vivência das pessoas? Certamente, existe o antes e o depois da “psiquiatria”.

Existe, todavia, uma consistência da “doença” que tornaria possível visualizar uma catástrofe, ou um momento de ruptura? A psiquiatria delineou, muitas vezes, uma psicogênese da doença, mas não foi descrito nenhum *healing process* (salutogênese?): é misterioso o tempo da cura, mais do que o do adoecimento. No que se refere a essas questões, não podemos fazer nada além de balbuciar algo.

Paralelamente, nestes últimos anos, tem-se indagado sobre como se defender dos sintomas. A *recovery*, aqui, é vista como independência dos sintomas, ou minimização de seu impacto, uma forma de tentar autogerenciá-los. A experiência de ouvir vozes, por exemplo, é considerada parte integrante de um percurso de normalização (ROMME; ESCHER, 1997). Cabe lembrar, porém, que “a vida apesar dos sintomas” foi um dos grandes ensinamentos trazidos pela desinstitucionalização. As pessoas podiam permanecer na comunidade, levar uma vida normal, exercer o direito de serem atendidas em suas necessidades primárias e relacionais. Por outro lado, não devemos esquecer o quanto a loucura represente uma forma de linguagem e, portanto, uma possibilidade de comunicação, bem como uma mensagem para os demais, que leva a considerar à necessidade de mudança também no contexto familiar e num contexto mais amplo, o social.

Podemos tentar descrever três níveis de *recovery*:

- pessoal, que pode ser “completa”, ou “social”.
- familiar: o envolvimento da família num percurso de mudança de outras pessoas, junto com o “usuário designado”, que implica no reconhecimento de que “o problema dele é, de certa forma, o meu também”. Frequentemente, esse percurso leva a uma importante conscientização sobre aspectos sociais, participativos, comunitários, bem como políticos num sentido amplo.
- comunitária: o reconhecimento do valor da participação, da contribuição no que se refere à integração e não somente à solidariedade que

cada membro de uma comunidade ou de uma sociedade pode dar a quem vivencia ou vivenciou um sofrimento psíquico.

De qualquer forma, a *recovery* não pode ser vista como um percurso somente individual, pois isso subentenderia novamente uma ética de resgate do indivíduo de uma condição, a doença, ainda considerada uma culpa, que não difere muito do significado de reeducação atribuído à reabilitação pela linguagem do poder.

Uma questão totalmente diferente é que contribuição pode ser dada pelas pessoas para mudar as normas e as ideias dominantes sobre saúde e doença. Antes de tudo, é preciso romper onexo entre desabilidade (doença) e estigma. Para as pessoas que sofrem, a cura requer um trabalho que leve à desintrodução da ideia de desvio e ao abandono do papel de doente.

A reabilitação, no que concerne a leis e recursos, portanto, deve completar a transformação dos percursos que de uma condição de desvantagem social conduzam a uma plena integração.

É preciso compreender qual é a relação entre *recovery* e adaptação a condições invisíveis ou à opressão, que faz “emergir” a loucura. Frequentemente, a cura se expressa em pares antinômicos: aceitar a sociedade ou ser aceito, mudança individual ou familiar, evolução existencial ou “curso da doença” (história natural).

Por que preferimos falar de *recovery* e “emancipação”? Queremos salientar o aspecto de não-liberdade associado à condição de doença como miséria pessoal e social, à perda de direitos e à impossibilidade de acesso aos recursos usufruíveis socialmente, bem como, ao mesmo tempo, o esforço que deve ser realizado para “reconquistar liberdade”.

O SENTIDO E A CRISE

Para nós, é possível afirmar, simplesmente, que o que foi chamado de *recovery* se dá quando a pessoa emerge da doença/da psiquiatria e tem acesso a um mundo intersubjetivo e social.⁴

⁴ É semelhante à personificação de Benedetti (1980), mas esta se refere a um acontecimento dramático que ocorre na relação terapêutica. Outros termos para descrever esse processo, ainda parciais, são: subjetivação, singularização, individualização.

Se a crise foi marcada pelo isolamento, superá-la remete à possibilidade de restabelecer uma comunicação. “A meta final é ser aceito pelos demais, talvez até reconhecendo que o próprio self tem algo em comum com o deles” (TOPOR et al., 1997). Vale lembrar a pedagogia de vida mencionada por Michele Riso: “Derrubar os muros do silêncio, este é o ofício de viver” (INGRAO, 1981). Para quem vivenciou a experiência de receber cuidados num centro de saúde mental posteriormente ao processo de desinstitucionalização, parece que se recuperou um sentido de comunidade, não somente de singularidade (“Me curei quando passei a dizer nós e deixei de dizer eu”).

Na Itália, conforme nossas pesquisas (MEZZINA et al., 2006a, 2006b), o estigma se faz muito menos presente, pois a relação com a psiquiatria não corresponde automaticamente à perda de direitos. A adaptação à realidade, por sua vez, parece mais relacionada com uma espécie de pedagogia voltada para um jogo social, em que é fundamental a capacidade de descodificá-la. “Participar da vida social apesar das limitações”, como afirmam Anthony e Libermann (1986), portanto, pode ser melhor interpretado como reaquisição de um sentido de comunidade ou de “comunalidade”. O paradigma da crise é associado ao paradigma do percurso, humano e existencial, que também é um projeto.

O que a pessoa reconhece, após um certo tempo, do seu sofrimento? Para nós, o nexa entre sentido do self e sentido do sofrimento (AUGÉ; HERZLICH, 1984) é fundamental. Não é possível reconquistar, recuperar o sentido de um self ativo sem aceitar, compreender, relacionar-se com o sentido, pessoal e social, da própria crise (MEZZINA; DELL’ACQUA; IMPAGNATIELLO, 2005; DELL’ACQUA; MEZZINA, 1988).

É possível “aprisionar a loucura num sentido”? A mais severa objeção à essa ideia – filosoficamente fundamentada – foi levantada por Derrida (1990)⁵, quando afirmou que contra a razão só se pode apelar a ela mesma, só se pode protestar dentro dela mesma.

⁵ A tristeza dos loucos, a tristeza interminável de seu silêncio é o fato de que os seus melhores porta-vozes são aqueles que melhor os traem; é o fato de que, quando se quer dizer o seu próprio silêncio, já se passou para o lado do inimigo e para o lado da ordem, mesmo se, na ordem, combate-se contra a ordem e coloca-se em questão a sua origem.[...] é o fato de que não podemos apelar contra ela [a razão] a ninguém menos que a ela mesma, só podemos protestar contra ela dentro dela [...] [...] falar a dificuldade de falar [...] [...] não se pode fazê-lo nem no silêncio inacessível e selvagem da loucura, nem simplesmente na linguagem do carcereiro, ou seja, a da razão clássica, mas na de alguém **para quem** tem um sentido e **a quem** aparece o diálogo, ou a guerra, ou o mal-entendido, ou o enfrentamento, ou o duplo monólogo opondo a razão e a loucura na idade clássica (DERRIDA, 2014, p. 50, 51, 53).

Nós dizemos, simplesmente, que o percurso que levou à loucura é decifrável, não a loucura em si, pois ela está fora do discurso, é exílio. Assim, mais do que à Razão, devemos reconduzi-la “às razões” ou seja, buscar, reconhecer razões humanas (ROTELLI, 1999b). Para os estudiosos de *sensemaking*, os acontecimentos “inconcebíveis” são verdadeiras oportunidades de *sensemaking*. Para nós, o ato extremo, louco é, às vezes, o ato com a máxima concentração de sentido.

Segundo Weick (1995), a criação de sentido é um processo social, baseado na construção de identidade, que ocorre nas relações de poder de uma comunidade histórica, como afirmou Mailloux (1990 apud. WEICK, 1995). A criação de sentido não é uma descoberta, mas sim uma invenção, submetida a uma contínua redefinição no processo de interação social. O sentido deriva da descodificação participada (serviço compreendido como intersubjetividade dos profissionais e dos atores sociais) baseada num reconhecimento comum, associado à atribuição de significados transitórios relacionados a fatos humanos fundamentais aos quais a crise pode ser remetida.

Talvez os aspectos mais “íntimos” de um indivíduo sejam os mais presentes na relação com os outros. Se o sentido é intersubjetivo, a prática em saúde mental corresponde à busca de seus rastros. Recuperar o valor comunicativo “de qualquer forma” existente na loucura é a tentativa de dar um sentido até para o que as palavras não conseguem dizer. Através dessa visibilidade, emerge plenamente o sujeito no horizonte dos serviços de saúde mental.

O PAPEL DOS SERVIÇOS

Os serviços de saúde mental de Trieste, hoje, atuam, certamente, sob uma ótica de (re)construção do self. Embora, muitas vezes, isso acarrete o risco de onipotência terapêutica – que a realidade das práticas clínicas frequentemente frustra –, envidam-se esforços para que, de alguma forma, sejam oferecidas possibilidades de vida, ou melhor, um leque de oportunidades.

O empoderamento, a preservação do poder pessoal e o combate à privação de direitos são vistos como estratégias fundamentais para que as pessoas evoluam no plano existencial.

Os problemas, os nós (familiares, interpessoais, sociais), que se manifestam nos espaços relacionais, mas que envolvem quase sempre as condições materiais de vida das pessoas, são evidenciados mediante uma descodificação realizada com a participação de vários atores (usuários, familiares, serviços) que permite elaborar um projeto terapêutico. Seu objetivo é “colocar a crise novamente em movimento”, pois chegou até nós “congelada”, ou construída como “doença”, através de mecanismos micro-sociais e institucionais (passar por vários serviços, ou ser mandado de um para outro: a frequente ausência de respostas).

Os cuidados oferecidos podem ser vistos como promoção de mecanismos mais eficazes para lidar com os problemas evidenciados (*coping*), que começaram a ser “focalizados” e enfrentados durante a gestão da crise. Em seguida, porém, é feita uma proposta terapêutica (como re-construção do self), que se baseia na exploração de aspectos de si, bem como dos significados de saúde, mediante a possibilidade de expressão e vivência de papéis sociais na pequena rede que o serviço oferece. Com frequência, isso abre caminho para uma valorização mais consciente de capacidades inexpressas que requerem a participação em percursos expressivos ou de (pré) formação sociocultural.

As atividades relacionadas a aspectos cognitivos e experienciais, em situações de escuta organizada, têm a finalidade, frequentemente, de favorecer a autogestão dos sintomas: compreender, objetivar, fazer emergir elementos positivos (estes aspectos também são desenvolvidos por meio de cursos de informação sobre o sofrimento mental para os usuários). As amplas formas de intervenção do serviço, mais a longo prazo, visam reduzir as “noxas” (o impacto), favorecer os processos de autopromoção e de recuperação, mobilizar recursos de apoio. No que se refere a situações de dependência ou excessiva referencialidade familiar, de encerramento em si mesmo, de caminhos sem saída, as intervenções procuram des-referenciar, redirecionando a experiência de sofrimento para outras experiências relacionais significativas (terapêuticas e não). A oferta de instrumentos para a própria vida, portanto, pretende (re)construir, redefinir os âmbitos de vida

da pessoa, da casa aos demais lugares, da renda ao sentimento de pertencimento social. Tudo isso promove uma maior integração do self.

A fase, ou o aspecto mais puramente reabilitativo que começa de alguma forma imediatamente, pode ser definida como pedagogia: aprender, formar-se, adquirir instrumentos (recursos, saberes) para, depois, chegar a uma verdadeira formação. No mais breve espaço de tempo possível, é preciso que os usuários evitem um percurso separado (ou sejam ajudados a sair dele), que os expõe ao risco de dessocialização e deriva social.

Como dito anteriormente, há um trabalho pessoal, paralelo às intervenções de reabilitação, que requer que se inicie um percurso de forma mais consciente. A questão a ser colocada é se se trata de uma oferta “casual” ou de um percurso, e se o percurso previsto constitui um mapa cognitivo para o usuário, ou seja, não é somente um percurso extrínseco, heterodeterminado. A reabilitação (em Trieste) visa ao fortalecimento da condição de “sujeito” e, portanto, tenta promover o pleno exercício dos direitos de cidadão: combatendo barreiras, fortalecendo recursos pessoais, oferecendo instrumentos e outros “poderes externos”.

O empoderamento (que se refere à capacidade/possibilidade de lidar com recursos e, portanto, em termos psicológicos, de aumentar a própria autoestima) está relacionado ao envolvimento do usuário em seu programa terapêutico e no serviço (controlando e direcionando os cuidados que recebe), à passagem da agregação ao grupo, a uma “pedagogia do poder” (desmascarar, assumir papéis institucionais). Formação e informação são estratégias para o exercício da cidadania, através do grupo ou do próprio serviço como intermediário para esses direitos.

O que pedir aos serviços de saúde para que favoreçam a “recuperação”?

Assunção de riscos, abertura, envolvimento, acessibilidade e flexibilidade, possibilidade de escolha, acesso a oportunidades?

Quão independentes são os percursos de “recuperação” da ajuda profissional?

Quais são os seus sistemas naturais de suporte? Quais são os fatores, pessoais e sociais, que os favorecem?

Os pontos de virada coincidem, frequentemente, com a intervenção do serviço: elaboração do programa terapêutico e assunção de responsabilidade no que se refere aos cuidados das pessoas em sofrimento mental (MARIN; MEZZINA, 2006; MARIN; BON, 2012). Certamente, isso tem ligação com as oportunidades oferecidas e os recursos disponibilizados, mas é possível identificar um verdadeiro valor terapêutico e reabilitativo somente se o serviço conseguir manter e fortalecer o sentido de autodirecionamento/responsabilidade do usuário nesse percurso.

O serviço é orientado para a *recovery* se pode ser “atravessado e se é capaz de fazer propostas”. Um serviço atravessável é um serviço em que o usuário encontra pontos e pessoas de referência, acolhimento humano e participativo, disponibilidade para que não só o seu transtorno mental, mas também seus problemas de vida sejam abordados; um serviço onde as regras institucionais não empobrecem, desvalorizam, contêm e reprimem a pessoa em crise.

O atravessamento do serviço está relacionado com a *recovery*, pois a oferta terapêutica e de recursos instrumentais visa dar estímulos, mas se o usuário não for capaz de percebê-los, eles continuarão sendo algo imposto, extrínseco.

O serviço faz também emergir, dá visibilidade à rede; ajuda a pessoa a perceber que existem várias possibilidades de suporte e que ela está inserida em uma rede. O serviço realiza uma ação de mediação importante para mobilizar formas de apoio e para aproximar a rede, que “é evidenciada” graças a ação de “atração” do centro de saúde mental (CSM). O CSM “catalisa” as demais presenças (os “outros significativos”).

Dessa forma, é preciso compreender a importância de se tomar consciência e/ou assumir responsabilidades: frequentemente, com as intervenções da equipe, a pessoa começa a encarar seu problema, a reconhecê-lo. A partir daí, começa a tornar-se possível o reconhecimento de outras figuras (presenças). Quando entram em ação, essas figuras, por sua vez, “mudam”, assim como os profissionais, no momento em que saem de uma relação institucional e passam a contrapor sua própria subjetividade à instituição e às suas normas.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA

A desinstitucionalização da relação terapêutica está relacionada com a recuperação, por parte do usuário, de um verdadeiro poder de decisão a respeito de sua vida.

Ao se passar da relação de domínio/controlado à relação de assistência, à relação terapêutica, ocorre uma mudança de poderes, “mutuação” em lugar de objetivização, redescoberta da globalidade da pessoa (sujeito) para além das operações do enquadramento psicotecnológico, como realidade pré-categorial à qual se referir.

Na desinstitucionalização, portanto, há uma mudança nas relações de poder: tornam-se centrais os problemas dos usuários, dá-se sentido a seus gestos; “para vê-los”, reduz-se a distância, na relação institucional, entre quem oferece e quem recebe cuidados. Reconsiderar a história e os significados remete ao conceito amplo de “pessoa”, à qual deve-se retornar a percepção do próprio valor, da globalidade de suas necessidades. Para que a subjetividade do usuário emergja, a do profissional também deve entrar em campo e confrontar-se. O projeto terapêutico-reabilitativo nasce, portanto, dentro de uma nova noção de contrato entre o usuário e um “serviço” (literalmente), em que o próprio usuário “toma e utiliza” o que lhe é oferecido, avançando sistematicamente. Nessa interação, que modifica os dois polos da relação, os aspectos relacionados ao sentido são reconhecidos conjuntamente, numa relação de reciprocidade afetiva.

A negociação do serviço com o usuário, presente em todos os momentos da prática, do contato (e do problema do consenso) à definição do programa terapêutico (quanto a lugares, tempos e instrumentos), reconhece-lhe, de fato, um status de poder, pois justamente a partir de suas indicações, de seus desejos, do seu significado de saúde e de suas habilidades sociais, de seus objetivos e necessidades deve ser desenvolvido o programa terapêutico-reabilitativo num serviço “aberto”, para que funcione. A reabilitação está ligada a esse reconhecimento do preciso espaço existencial (e de poder) ocupado pelo usuário na relação com o serviço. Ao longo do tempo, serão inseridos, cada vez mais, novos polos de responsabilidade, como os familiares, que também se tornarão sujeitos que decidem, recursos, limites críticos para as ações terapêuticas. O próprio hábito de descodificar,

de forma participativa – juntamente com os diferentes atores envolvidos nessas situações críticas, continuamente ligadas a fatos da vida da pessoa e às suas causas –, reduz fortemente os aspectos manipulatórios, de jogo relacional, de comportamentos sintomáticos, que, ao contrário, passam a ser interpretados como formas de comunicação associadas a um determinado contexto e, portanto, frequentemente desconstruídas a partir de suas implicações institucionais, ou seja, da relação com os serviços. A este respeito, vale lembrar o ponto de vista de Basaglia (1982a) sobre o acting-out, pois ele o considera afirmação de uma subjetividade antagonista da instituição.

No outro polo dialético da gestão, encontra-se a reinvenção da instituição, ou seja, a oferta de novas realidades (como dissemos anteriormente, num sentido construtivista); para isso, é preciso criar uma interação social complexa, “inventando” novas realidades (oficinas, cooperativas, espaços transicionais voltados para o social em geral). Os caminhos, todavia, são muito diversificados, e as realidades inventadas ainda são escassas. Nisso se insere a utopia do salto no real, como totalidade.

Para nós, é fundamental que o processo reabilitativo se desenvolva numa condição de realidade, visto que a reabilitação deve atuar na globalidade dessa experiência (REDLICH, 1983), ou seja, no campo psicossocial do sujeito, e não num setting fechado, um real-parcial (SARACENO, 1995), em que a compreensão do sujeito se baseie em esquemas, situações, relações de poder rígidas. É importante, justamente, estabelecer condições para oferecer possibilidades abertas às “fantasias do vivente” (MATURANA; VARELA, 1985), teoricamente infinitas, nas quais o indivíduo pode realizar um percurso em que o serviço assume, necessariamente, alguma forma de “risco”. Em síntese, isso parece configurar uma antinomia entre identificação e gestão: por um lado o usuário é uma pessoa “parecida e igual” ao profissional de saúde, portanto, é justo que fique sozinho, que tenha autonomia, que seja responsável, embora, de fato, às vezes o afastemos dessa forma; por outro lado, ele deve receber “cuidados” (exatamente porque o profissional é responsável, deve encarregar-se efetivamente de seus problemas).

Apesar disso, não há dúvidas de que a tentativa de transformar relações de domínio em “relações entre pessoas” (BASAGLIA, 1983) novamente, reduzindo o máximo possível o desnível de poder, acarretou o risco

de anular as dificuldades da pessoa em sofrimento, preso entre a igualdade total ao outro (adequação à norma) e o conflito, a fuga, o afastamento da psiquiatria em suas novas formas de controle.

A partir de certo momento, surgiu a ideia de uma pedagogia num sentido amplo, como parte do tratamento e, posteriormente, da reabilitação. Não se trata de ensinar habilidades específicas; trata-se de contribuir para o desenvolvimento da capacidade de se articular, de aceitar e compreender as diversidades, mas de forma diferente da utilizada pelos modelos psicológicos.

Pedagogia, então, do quê? Do viver, simplesmente (aspecto ideológico)? Para nós, é preciso evitar ênfases onipotentes e voltar à pedagogia da instituição, ou seja, à pedagogia do poder.

O fato de começar a jogar com o poder: nisso se transformou o meu papel pedagógico. Papel que desempenhei tão bem, que todos aprenderam. O problema do poder e a sua pedagogia, obviamente, não era e não é a atribuição vazia de poder, mas sim como conquistá-lo, como mudar as coisas por meio dessa conquista (BASAGLIA apud GALLIO, 1983, p. 29, tradução nossa).⁶

Questionando o poder de objetivização do profissional sobre o doente, com a conseqüente pedagogia do poder, surge o problema do grau de liberdade da proposta reabilitativa.

É fundamental favorecer o envolvimento dos usuários não só individualmente, mas também coletivamente, nos processos decisoriais, na construção das respostas e das soluções, nos projetos (na empresa social).

Além disso, o paradigma da negociação e o aumento das possibilidades de escolha para o usuário (grau de liberdade contido na oferta) obriga a prescindir de percursos preestabelecidos e graduais da chamada reabilitação baseados na objetivização das habilidades do indivíduo (CIOMPI; DAUWALDER; AGUE, 1987).

⁶ Il fatto di cominciare a giocare col potere: su questo fronte si è spostato il mio ruolo pedagogico. Ruolo che mi è riuscito bene, tant'è che tutti lo hanno imparato. Il problema del potere e la sua pedagogia ovviamente non era ed è non la vuota attribuzione del potere, ma come si conquista, come si cambiano le cose attraverso questa conquista.

Para que emergja o indivíduo, portanto, é preciso que o terapeuta se questione, que questione suas certezas. Dessa forma, é a relação entre quem presta assistência e quem a recebe que precisa ser curada. A este propósito, há que se recuperar o significado do termo “assistência”: observar, orientar, registrar o percurso e, ao mesmo tempo, ajudar, dar suporte. Não agir sobre o sujeito, mas sim com o sujeito. Um papel de “consultor”, não de terapeuta.

Segundo Basaglia (1982b), para enfrentar a doença, temos que fazê-lo fora das instituições, não somente das instituições psiquiátricas, mas de qualquer outra, pois sua função é rotular, codificar e estruturar. Ao mesmo tempo, ele indaga se existe um “fora” em que é possível agir antes que as instituições “nos destruam”, pois a face da doença que conhecemos é sempre “institucional”.

A intersubjetividade do sentido se refere ao “reconhecimento”. É necessário, portanto, que alguém se envolva no processo, subjetivize-se junto com a pessoa que sofre. Para Basaglia, essa “reciprocidade” baseia-se no fato de que o terapeuta é questionado pela pessoa que sofre, assim como esta é questionada pelo terapeuta. Cada um, então, deve ser reconhecido pelo outro.

ESTRATÉGIAS DE EMANCIPAÇÃO

Novas e antigas perguntas ainda emergem das pesquisas sobre a *recovery* (TOOTH; KALYANASUNDARAM; GOVER, 1997; TOPOR et al., 1997): quais são os fatores pessoais e sociais que a favorecem? Quais são os sistemas naturais de suporte? Quão independentes são os percursos de *recovery* da ajuda profissional? Quais características dos serviços facilitam a *recovery*?

A questão principal continua sendo a transformação dos serviços para que sejam realmente “centrados no usuário” (CARLING et al., 1999). A modificação das práticas e das disciplinas não é um trabalho indolor, pois atinge o problema crucial dos poderes, justamente por partir do reconhecimento de que a perspectiva do usuário como sujeito e agente do próprio percurso de integração social e de emancipação é fundamental na reabilitação (sua e de outros, do serviço também).

A ideia de *recovery*, portanto, está potencialmente associada ao conceito de emancipação – de uma condição de dependência, pessoal e social, para uma melhor qualidade de vida e uma participação mais consciente na vida social. A esse respeito, a OMS também reconheceu que a consciência social é um fator importante para o desenvolvimento humano.

Creio que desinstitucionalização, emancipação, inclusão social e cidadania sejam algumas das palavras que devem ser associadas ao termo *recovery*, para dar sentido e qualidade a esse processo. Todavia, temos que indagar sobre a ideia de sociedade e de ser humano que a embasam, senão ela permanecerá dentro do modelo médico de doença (que absolutamente não (me)-nos interessa), ou ligada a um saber considerado bom em si (mas que também é uma ideologia e reflete as contradições da vida social). Da mesma forma, não acreditamos que a *recovery* consista em aprender técnicas pessoais, como um processo de objetivação (reificação) da experiência, assim como rejeitamos a ideia de pessoas excepcionais, gurus ou professores perfeitos; ao contrário, acreditamos na *recovery* de cada pessoa, na verdade pessoal de cada um. Seria muito melhor representar e exprimir, honestamente, os próprios limites pessoais e as contradições presentes num percurso pessoal.

Como a autoajuda e o empoderamento, a *recovery* poderia ser somente uma palavra, a ser usada para criar a ilusão de uma mudança falsa e, portanto, uma ideologia (ou pior, uma religião), enquanto os serviços permanecem fechados em seus paradigmas e em suas práticas.

Este é um risco tangível na Itália, assim como em muitos outros países. Ninguém explica como boas “linhas-guia” baseadas na *recovery* possam transformar os serviços, que são instituições concretamente dominadas por sua lógica interna e por suas estruturas de poder. Uma boa dose de “senso comum”? Escolhas éticas? A única resposta para isso, mais uma vez, é a desinstitucionalização – talvez de forma nova ou diferente e baseada no reconhecimento do poder e da contribuição do usuário.

Busca e produção de sentido e processos de *recovery* são a abcissa e a ordenada das práticas, ao passo que controle (normalização) e emancipação permanecem sendo as polaridades entre as quais o processo de cuidado se desloca. Onde domina a exclusão, o conceito de liberdade torna-se mais

importante do que o de *recovery*, assim como um conceito de cidadania não significa muito onde não há liberdade.

Surge, disso, a necessidade de uma perspectiva transnacional e transcultural da *recovery*. Ela também parece muito prometedora em termos de pesquisa, visto que poderia nos revelar mais sobre as razões sociais para que o índice de cura seja substancialmente mais alto em países da Ásia e da África apesar da absoluta carência de serviços estruturados.

Quais são, então, as “estratégias de emancipação” – de libertação?

Sabe-se que os fatores ou determinantes sociais (MARMOT, 2005) agem num sentido tanto negativo (estigma, exclusão e perda de direitos, perda de papel social), quanto positivo (suporte, papéis sociais válidos, sociabilização, inclusão, cidadania, oportunidades para satisfazer necessidades e exercer direitos).

Os processos de *recovery*, portanto, devem compreender:

- a) combate à exclusão: estigma, *self-advocacy* (defesa dos próprios direitos) e autoajuda, empoderamento – uma posição de defesa e também de reivindicação afirmativa de direitos.
- b) luta pela inclusão: reconstruir redes sociais, trabalho e empoderamento; identidade social; uma vida social como meta; diversão e esporte; valores, relações espirituais, diferenças e identidades culturais.

Esses temas, evidentemente, estão associados à construção de novos tipos de experiências sociais e de vida.

PRÁTICAS DE EXERCÍCIO DE CIDADANIA: A REABILITAÇÃO SOCIOCULTURAL COMO DESENVOLVIMENTO HUMANO

Novas práticas de promoção da saúde devem ser experimentadas corajosamente, como a educação para a paz entre os jovens, mas também intervenções de saúde em situações de sofrimento relacionadas a guerras, conflitos étnicos, repressão política (por exemplo em campos de refugiados, centros de permanência para imigrantes). Os saberes que nascem das intervenções nas redes sociais em que as pessoas estão inseridas em diversos países em desenvolvimento podem revelar-se muito úteis para países de-

envolvidos também, onde a dimensão social é, muitas vezes, transcurada ou vivenciada somente nos microespaços. Segundo Desjarlais et al.(1997), há circularidade na experimentação de novos programas, pois programas comunitários que atuam em questões relacionadas à violência nas ruas de Bogotá podem ser úteis em Boston. Expande-se a conscientização sobre a necessária relação entre programas sensíveis e vinculados à cultura nas sociedades desenvolvidas, bem como sobre a luta pela universalidade do acesso aos serviços de saúde, sem nenhuma forma de discriminação e com mais flexibilidade. A tensão não resolvida entre especificidade (étnica, de gênero, linguística) e universalidade, entre diferença e igualdade, portanto, deve ser novamente considerada um ponto nodal dialético nos serviços de saúde mental.

Se justiça e igualdade social são considerados pré-requisitos para a saúde mental, temos que reconhecer a necessidade de fazer um grande esforço para repropor o direito aos cuidados como direito fundamental, inserido numa questão mais ampla de direitos. Esse foi o objetivo da grande campanha da OMS *Stop Exclusion – Dare to care*, de 2001 e, em 2008, da campanha *Mental Health Gap Action Programme* (WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, 2001, 2008). No documento sobre a primeira campanha, afirma-se a importância dos direitos dos usuários: direito de habitar, apesar das dificuldades, espaços próprios de vida; direito de desempenhar papéis sociais produtivos e ativos no tecido social; reconhecimento das diferenças de gênero, culturais e étnicas. Por outro lado, o conceito de cidadania, por envolver a relação entre Estado e cidadão intermediada pela sociedade civil (JANOVSKY, 1998), que lhe fornece a moldura para conter seus significados, continua sendo um conceito atinente aos sistemas de bem-estar social (ROWE et al., 2001) e aos sistemas de garantia a eles associados. Marshall (apud JANOVSKY, 1998) distinguiu, no conceito de cidadania, os direitos legais, políticos e sociais, revelando que os primeiros, com frequência, não são respeitados no mundo. Embora ainda seja um marco de referência importante, esse conceito deve ser integrado com outras abordagens que partam da verificação do exercício dos direitos fundamentais.

A Carta de Ottawa, da OMS (WHO, 1986), de fato, reafirmou os seguintes direitos fundamentais: paz, habitação, educação, alimentação,

ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social, equidade. Um modelo de saúde com base nesses aspectos deve intervir nas condições ambientais que “produzem” a doença (ONGARO BASAGLIA, 1987).

Bem-estar quer dizer aquisição de maneiras de funcionar (como uma forma de sentir e agir); a capacidade de adquiri-las, por sua vez, quer dizer liberdade (ou seja, oportunidades reais) de alcançar o bem-estar. Para isso, é preciso conduzir um determinado tipo de vida, atingir os próprios objetivos, ter escolhas (SEN, 1992).

Vista em relação a esses conceitos, a cidadania deveria ser interpretada como um processo social que leva a transformações individuais e sociais; não um status, mas sim uma prática caracterizada, essencialmente, pela possibilidade de “exercer os direitos sociais” (DE LEONARDIS, 1990). Corresponde, portanto, a redistribuição de poder, uso e desenvolvimento de capacidades.

A Carta dos direitos do cidadão europeu (com a qual deve harmonizar-se a legislação em saúde mental) parece colocar essas questões em outro nível. Entretanto, a situação atual na Itália, com propostas legislativas que sempre tentaram, sem conseguir, fazer o processo de desinstitucionalização retroceder, sugere máxima prudência, para não considerar definitivas as conquistas dos usuários dos serviços de saúde mental relacionadas aos direitos do cidadão.

Muitas estratégias novas de reabilitação concentram-se no desenvolvimento de capacidades e na criação de oportunidades de acesso ao território e aos direitos do cidadão. Entre elas, citamos a (re)escolarização e todas as iniciativas voltadas para a aculturação e a conscientização (consciência) social do usuário-cidadão.

Ajudar as pessoas também quer dizer fornecer instrumentos culturais, de compreensão e de evolução. Um exemplo disso é o programa inovador de “formação sociocultural”, realizado em Trieste pela primeira vez em 1995, que se articula com outras ações para o desenvolvimento humano oferecidas por estruturas e programas do Departamento de Saúde Mental. Tal programa consiste em per/cursos, organizados em módulos, que abordam vários aspectos da participação social, visando tanto fornecer subsídios para o desenvolvimento de competências sociais e culturais

quanto tornar acessíveis aos usuários percursos individuais no âmbito da pré- formação e da formação, combatendo, assim, trajetórias de dessocialização e de exclusão.

O campo da “re-habilitação sociocultural”, de fato, pode ser definido como reaprendizagem e reutilização de instrumentos de descodificação e interpretação (leitura) da realidade; reaprendizagem e acesso a estratégias de comunicação; desenvolvimento de capacidades para se expressar e para cuidar e ter consciência de si mesmo. Identidade social e de gênero, conhecimento e descoberta do território cultural, social e natural, apropriação de capacidades linguísticas e expressivas, além do uso dos meios de comunicação em experiências de comunicação social são alguns aspectos abordados nesse curso.

Tal estratégia formativa associa oferta de oportunidades (situações, estímulos, instrumentos) ao uso de métodos pedagógicos e didáticos. Tendo como objetivo o envolvimento do usuário como sujeito ativo, trabalha-se para a “promoção da saúde” não somente através da descoberta de habilidades, mas também das próprias expectativas e do significado que isso assume para cada pessoa. O instrumento indispensável para a aprendizagem e para as estratégias comunicativas, que representa “o valor agregado” da participação e do sentido de pertencimento, é o grupo dos participantes do curso “com” os docentes (professores, artistas, especialistas de outras disciplinas, ao lado e, muitas vezes, no lugar de profissionais de saúde mental). O espaço-tempo definido pelo curso prevê um contrato de formação que permite formalizar o percurso, deliberadamente realizado fora dos serviços de saúde mental, em espaços da cidade. Os critérios de acesso não se baseiam no diagnóstico nem em áreas específicas de desabilidade social (embora se registre uma prevalência de usuários que frequentam intensivamente os centros de saúde mental e/ou que recebem cuidados há muito tempo), mas sim na valorização das histórias pessoais e das diferenças. Mais uma vez, trata-se de uma estratégia de envolvimento ampliado que, aliás, influenciou outras experiências na Itália.

O “*CUM-PLEXUS*”⁷ DA REABILITAÇÃO

Afirmamos, anteriormente, que a habilitação (ou re-habilitação) do indivíduo está relacionada com a disponibilidade de trocas (de relações) e se realiza dentro de relações complexas, em muitos níveis, entre o indivíduo (e seu horizonte de sentidos) e o ambiente.

O microcontexto, o habitat social, a rede social devem ser modificados, por exemplo, colocando à disposição recursos, mas também incidindo sobre o mundo dos valores e das normas dos grupos sociais no que se refere ao que ainda pode ser definido como “desvio”.

Ao mesmo tempo, é evidente que para promover uma qualidade de vida adequada por meio de ações que sejam realmente reabilitativas não basta modificar extrinsecamente, mediante recursos apropriados, as condições materiais; é preciso, também, intervir sobre os estilos de vida e a capacidade de usufruir desses recursos. O discurso se amplia novamente do usuário primário, ou designado, ao conjunto de atores sociais envolvidos em cada situação, denominado *utente complessivo* (“usuário-total”).

Trata-se, portanto, de ampliar as capacidades sociais dos usuários no momento em que se busca reestruturar e melhorar sua rede e reunir essas ações numa intervenção de relevância social ampliada.

A desinstitucionalização criou uma cultura e dispositivos operacionais capazes de reunir os recursos dentro de uma ideia de terapêutico que passou de um único “protocolo” indiferenciado para diversos programas personalizados. Esta é uma tentativa de reconduzir o sofrimento psicopatológico ao universo das necessidades diversificadas (muitas vezes mudas, confusas, sem voz), do qual o saber e o poder psiquiátrico, historicamente com Pinel, o haviam retirado para inseri-lo num código. A diferença produz conflito (ONGARO BASAGLIA, 1987), mas como elemento potencialmente gerador de transformações interpessoais/microsociais envolvendo o usuário, o contexto e a rede social a seu redor, que se tornam “usuário-total” de um serviço de saúde mental.

Se a reabilitação é compreendida como restituição, reconstrução de direitos do cidadão, certamente é preciso atuar, antes de tudo, para co-

⁷ Expressão latina que significa complexo, no sentido de “multientrelaçado”. (N. T.).

locar os recursos à disposição dos usuários, mas também para que eles desenvolvam capacidade de lutar pelo acesso a esses recursos, ou seja, promover processos de informação e formação dos usuários (ROTELLI, 1999b) em sua relação com a própria rede social (“o usuário-total”).

Acreditamos que, dessa forma, seja possível superar o binômio habilidade-recursos presente nos modelos de reabilitação psiquiátrica. Para Anthony e Libermann (1986), por exemplo, a aquisição de habilidades mediante práticas (*skills training*) que visam ampliar as competências sociais do indivíduo, ou seja, a sua capacidade de lidar com as situações de vida, deve caminhar paralelamente à ampliação dos recursos ambientais (estratégias de modificação ambiental). Todavia, tais intervenções de suporte ambiental tornam-se objetivos centrais do programa reabilitativo somente se fracassa o trabalho com o indivíduo, que é “inserido”, então, num ambiente protegido (habitacional e ocupacional) onde, frequentemente, as expectativas de recuperação de um modo geral são mantidas num nível baixo. Com isso não concordamos.

Para nós, o dispositivo principal é o serviço de saúde mental territorial. Nele, o suporte social é definido por meio de instrumentos (oferta de recursos) e/ou relações (ir-com, estar-com o usuário) e de uma interpretação dos espaços do centro de saúde mental e dos serviços a ele relacionados como áreas sociais de trocas (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991). Isso levou a utilizá-los como lugares de encontro entre diferentes indivíduos, de entrelaçamento de relações. Com esse sentido, descrevemos os diversos momentos de reaprendizagem e de suporte social.

Conseqüentemente, devemos esforçar-nos para retornar à singularidade das necessidades e dos significados do usuário e à pluralidade representada pelo “usuário-total,” como verdadeiro referencial. A reabilitação não deve “comprimir” o indivíduo em novos esquemas adaptativos, mas sim criar “condições para que surjam possibilidades” para sua expansão, que interagirão com sua realidade micro e macrosocial. Assim como a abertura das portas dos pavilhões do hospital psiquiátrico, uma vez que a relação entre quem oferece e quem recebe cuidados muda, abre-se ao risco e às infinitas possibilidades do real/social.

POR UMA NOVA INCLUSÃO

É necessário passar de instituições a organizações para a saúde com uma visão de “sistema” baseada na vida das pessoas (*whole systems, whole life approach* – sistemas e abordagens globais; *International Mental Health Collaborating Network*⁸), que prevejam um único ponto de acesso (*one-stop-shop*), bem como intervenções domiciliares, de rede e em rede, centradas na pessoa em seu contexto, logo, na sua história e no seu capital social e não no tratamento da doença. É oportuno prever um sistema de opções possíveis que diversifique as respostas e as torne flexíveis e personalizadas.

Não se deve subestimar a elaboração conjunta dos projetos terapêuticos como um processo por si mesmo capaz de produzir efeitos reabilitativos, provavelmente devido ao empoderamento gerado pelo envolvimento ativo e pelo protagonismo dos usuários como sujeitos que decidem sobre seus percursos. A realização de intervenções baseadas em projetos terapêuticos individuais construídos com base nas necessidades, preferências e desejos dos usuários, projetados num cenário social, constitui uma das novidades mundialmente mais importantes no campo da reabilitação e torna-se a base da políticas sanitárias organizadas em orçamentos personalizados para projetos individuais de cuidados em saúde mental.

Entretanto, o que parece realmente decisivo é que a renovação dos sistemas de bem-estar social esteja estreitamente ligada a essas mudanças. Como demonstrou a experiência italiana, não é suficiente criar um sistema de bem-estar social pobre e separado, pois corre-se o risco de criar novos circuitos de marginalização e de miséria assistida. É preciso defender a questão fundamental do acesso total aos direitos do cidadão, em termos de direitos sociais, para as faixas mais vulneráveis que egressam de instituições totais, ou que percorrem as periferias da Europa, às margens dos processos produtivos por sofrimentos psíquicos ou por falta de oportunidades sociais, bem como a questão da igualdade no acesso a esses direitos.

⁸ Disponível em: <<http://www.imhcn.org/>>. Acesso em: 10 out. 2013.

O Livro Verde da União Europeia⁹ (2006) afirmou que é necessário concentrar a atenção nos grupos sociais mais vulneráveis pelas seguintes razões:

- um baixo status social e econômico aumenta a vulnerabilidade para as doenças mentais;
- a perda do trabalho e o desemprego podem reduzir a autoestima e causar depressão;
- os imigrantes e outros grupos marginalizados correm maior risco de desenvolver doenças mentais;
- as ações voltadas para a reinserção de pessoas desempregadas no mercado de trabalho podem revelar-se economicamente vantajosas;
- o apoio aos grupos sociais mais vulneráveis pode melhorar a saúde mental, fortalecer a coesão social e evitar custos sociais e econômicos associados à vulnerabilidade.

No Reino-Unido, um relatório de 2004 sobre a questão da exclusão social evidenciou que indivíduos, ou inteiros territórios, sofrem frequentemente por problemas interligados que ocorrem simultaneamente, como desemprego, escassas capacidades, baixa renda, moradias precárias, alto índice de criminalidade, más condições de saúde e ruptura do núcleo familiar. Salientou, também, que esses problemas se reforçam reciprocamente, criando um círculo vicioso. O tema da inclusão social e das ações afirmativas para desenvolver formas de acesso aos direitos sociais do cidadão, de fato, é o aspecto principal de um programa intersetorial e *cross-government*, ou seja, que envolve vários Ministérios (do Gabinete do primeiro-ministro aos Ministérios da Saúde; do Trabalho e da Previdência Social; do Comércio; da Educação; do Interior; da Economia; e da Defesa), embasado nos conceitos de saúde pública, promoção da saúde mental, programas de promoção da igualdade. Os dois grandes objetivos indicados nesse programa são a ampliação do acesso ao mercado de trabalho por parte das pessoas com sofrimento mental e sua inserção em processos de participação social; objetivos relacionados ao acesso aos serviços de saúde. Estigma e discriminação, inserção no mercado de trabalho, renda míni-

⁹ Trata-se de um pacto de responsabilidade social entre os países europeus.

ma garantida, educação e formação, participação comunitária, fortalecimento das redes sociais, bem como subsídios econômicos diretos são os grandes capítulos desse programa, que envolve organizações de usuários, voluntários e profissionais de saúde. Os principais aspectos que o orientam são: desenvolvimento da força de trabalho, enfrentamento da desigualdade, envolvimento da comunidade, justiça. Reconhecendo a insuficiência das abordagens que personalizam os cuidados e a integração sem criar um impacto no sistema, o programa sugere o estabelecimento de uma parceria entre comunidade e serviços, a construção de capital social através da igualdade de acesso a formas de representação, também na política local, e de participação na vida e nas escolhas dos serviços, além de intervenções ativas que reduzam a estigmatização por meio de ações de relevância social (MORRIS, 2006).

Apesar das muitas dificuldades causadas pela crise, em algumas regiões administrativas da Itália emerge a esperança de que seja desenvolvido um novo sistema de bem-estar social (*welfare-mix*), prevendo formas de mobilização da comunidade e de que, nessa dinâmica de macrossistema, a saúde mental também consiga sair de um papel de subcircuito assistencial separado para promover um acesso pleno a respostas às necessidades dos atores sociais vulneráveis e a uma condição de real cidadania, vista, nessa ótica, como um processo ativo de inclusão (DE LEONARDIS, 1990).

Todos os indicadores de saúde levantados em estudos recentes (sobre o número de pessoas com problemas mentais que mantêm um papel social ativo e produtivo, por exemplo) mostram inequivocamente que, apesar de suas contradições, a Itália encontra-se numa situação de qualquer forma muito avançada no que se refere a esses processos. O efetivo fechamento do manicômio e o restabelecimento dos direitos para as pessoas portadoras de sofrimento mental abriram a processos de real integração social, de emancipação e de recuperação. Serviços públicos territoriais abertos 24 horas representam “ampliação e democratização do acesso”, ao contrário da ideia de serviços de classe (privados) baseados no lucro. No que concerne ao trabalho em rede, o terceiro setor (as ONGs) insere-se nessa contradição e pode modificá-la de forma decisiva, propondo modelos de desenvolvimento mais democráticos em saúde mental, em

contraposição ao que ainda resta de uma psiquiatria voltada para o controle social do desvio.

As forças que contribuem para o bem-estar e as possibilidades pessoais são certamente locais, nacionais e internacionais. A coletividade e as redes sociais encontram-se entre a política e a economia, de um lado, e a vida do dia-a-dia, de outro; nesse contexto, protegem alguns e colocam outros em risco. Classe, etnia, sexo, idade são mediadores particularmente poderosos para desviar ou intensificar as consequências de forças sociais mais amplas. Tais forças – os vínculos sociais e suas restrições – que mantêm unida a comunidade são compensadas por um valor do indivíduo ainda ligado ao poder e às classes. Embora possa amortizar crises sociais e pessoais e, eventualmente, proteger indivíduos vulneráveis, uma rede não pode mobilizar recursos que não existem (DESJARLAIS et al., 1997).

Cabe salientar a importância das redes e a necessidade de “construir uma comunidade” como centro da operatividade, ou seja, a capacidade de um serviço de criar redes e relacionar-se com as redes existentes. Das redes primárias, isto é, as redes existentes no tecido social, mediante o trabalho em rede, ao trabalho em rede com os serviços da comunidade, especificamente os serviços sociais, a medicina comunitária, os sistemas de “atenção primária”, que devem imbuir-se de temas relacionados à saúde, projetos de saúde global, nos quais a saúde mental também esteja inserida. Enfim, é preciso construir novas redes, inventar todas as possibilidades de interação com cada indivíduo, grupo social e formas de agregação, cooperação e associação.

REFERÊNCIAS

ANTHONY, W. A.; LIBERMANN R. P. The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin*, v. 12, n. 4, p. 542-559, 1986.

AUGÉ, M.; HERZLICH, C. *Le sense du mal*. Editions des Archives Contemporaines. Paris: Éditions des Archives Contemporaines, 1984.

BASAGLIA, F. La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione. In: _____. *Scritti I, 1953-1968*. Dalla psiquiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia. Torino: Einaudi, 1982a. p. 249-258.

_____. Il problema della gestione. In: _____. *Scritti I, 1953-1968*. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia. Torino: Einaudi, 1982b. p. 512-521.

_____. Lezione-conversazione con gli infermieri. In: GALLIO, G.; GIANNICHEDDA, M. G.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. *La libertà è terapeutica? L'esperienza psichiatrica di Trieste*. Milano: Feltrinelli, 1983. p. 41-47.

BASAGLIA, F.; ONGARO BASAGLIA, F.; PIRELLA, A.; TAVERNA, S. *La nave che affonda*. Milano: Cortina, 2008.

BENEDETTI, G. *Alienazione e personazione nella psicoterapia della malattia mentale*. Torino: Einaudi, 1980.

CARLING, P.; ALLOTT, P.; SMITH, M.; COLEMAN, R. Helping to Articulate the Direction of the Mental Health System of the Future. Directional paper 3: Principles of recovery. *International Mental Health Network*, for the West Midlands Partnership for Mental Health, 1999.

CIOMPI, L.; DAUWALDER, H. P.; AGUE, C. Un programma di ricerca sulla riabilitazione del malato psichiatrico. *Psicoterapia e scienze umane*. v. 21, n. 4, p. 47-64, 1987.

DE GIROLAMO, G.; BARBATO, A.; BRACCO, R. et al. Characteristics and activities of acute psychiatric in-patient facilities: national survey in Italy. *British Journal of Psychiatry*, v. 191, n. 2, p. 170-177, Aug. 2007.

DE LEONARDIS, O. *Il terzo escluso*. Le istituzioni come vincoli e risorse. Milano: Feltrinelli, 1990.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Risposta alla crisi. *Per la Salute Mentale*, n.1, p.3-23, 1988.

_____. Il centro di salute mentale 24 ore come comunità terapeutica allargata: la riabilitazione e lo sviluppo di una rete partecipativa. In: CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI RIABILITAZIONE PSICO-SOCIALE (SIRP), 2, 1990, L'Aquila. *Riabilitazione Psicosociale in Psichiatria*. Napoli: Idelson, 1991. p. 381-398.

DERRIDA, J. Cogito e storia della follia. In: _____. *La scrittura e la differenza*. Trad. Gianni Pozzi. Torino: Einaudi, 1990. p. 39-79.

_____. Cogito e história da loucura. In: *A Escritura e a Diferença*. Trad. Maria Beatriz Marques Nizza da Silva, Pedro Leite Lopes e Pérola de Carvalho. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 2014. p. 43-90. (Estudos 271).

DESJARLAIS, R.; EISENBERG, L.; GOOD, B.; KLEINMANN, A. *World mental health. Problems and priorities in low-income countries*. Oxford: Oxford University Press, 1997.

DRAKE, R.; BOND, G. IPS Supported Employment: a 20-Year Update. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, v. 14, n. 3, p. 155–164, 2011.

GALLIO, G. (a cura di). *Nell'impresa sociale: cooperazione, lavoro, ri-abilitazione, culture di confine nelle politiche di salute mentale*. Trieste: Edizioni “e”, 1991. (Per la Salute Mentale; materiali).

_____. La memoria del manicomio. In: GALLIO, G.; GIANNICCHEDDA, M. G.; LEONARDIS, O. De; MAURI, D. *La libertà è terapeutica?* Milano: Feltrinelli, 1983. p. 17-60.

GALLIO, G.; GIANNICCHEDDA, M. G. Note per la lettura del modulo organizzativo dei servizi psichiatrici a Trieste. In: CREPET, P.; DE SALVIA, D. (a cura di). *Psichiatria senza manicomio*. Milano: Feltrinelli, 1982.

INGRAO, P. Abbattere i muri del silenzio, ecco il mestiere di vivere – Cosa ci ha insegnato Michele Risso. *L'Unità*, Roma, 05 giugno 1981.

JANOVSKY, T. *Citizenship and civil society: a framework of rights and obligations in liberal, traditional, and social democratic regimes*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

MARIN, I.; MEZZINA, R. Percorsi soggettivi di guarigione. Studio pilota sui fattori di recovery in salute mentale. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, v. 130, n. 1, p. 129-152, 2006.

MARMOT, M. Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, v. 365, n. 9464, p. 1099–1104, 2005.

MATURANA, V.; VARELA, F. J. *Autopoiesi e cognizione*. Venezia: Marsilio, 1985.

MEZZINA, R. Che cos'è guarigione? L'oggetto oscuro della nostra (e vostra) ricerca. In: MARIN, I.; BON, S. *Guarire si può. Persone e disturbo mentale*. Merano: Alfabeta Verlag, 2012. p. 7-23. (180 – Archivio Critico della Salute).

MEZZINA, R.; DELL'ACQUA, G.; IMPAGNATIELLO, M. La soggettività e l'intervento – il senso della crisi all'intersezione col servizio. In: MEZZINA, R. (a cura di). *Crisi e sistemi sanitari. Una ricerca italiana*. Trieste: Asterios, 2005. p. 191-215.

MEZZINA, R.; DAVIDSON, L.; BORG, M.; MARIN, I.; TOPOR, A.; SELLS, D. The social nature of recovery: discussion and implications for practice. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, v. 9, n. 1, p. 63-80, Jan./Apr. 2006a. Special Issue: Process and Contexts of Recovery, Part II.

MEZZINA, R.; BORG, M.; MARIN, I; SELLS, D.; TOPOR, A.; DAVIDSON, L. From participation to citizenship: how to regain a role, a status, and a life in the process of recovery. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, v. 9, n. 1, p. 39-61. Jan./Apr. 2006b. Special Issue: Process and Contexts of Recovery, Part II.

MORRIS, D. *National Social Inclusion Programme*. 2006. Disponível em: <<http://www.scie.org.uk/news/events/previousevents/leadershipsymposium07/davidmorris.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2013.

ONGARO BASAGLIA, F. Tutela, diritti e diseguaglianza dei bisogni. In GIAN-NICCHEDDA, M. G; ONGARO BASAGLIA, F. *Psichiatria, tossicodipendenze, perizia*. Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio. Milano: Franco Angeli, 1987.

REDLICH, F. Medical Rehabilitation and psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Annals*, v. 13, n. 7, 1983.

ROMME, M.; ESCHER, S. *Accettare le voci*. Le allucinazioni uditive: capirle e conviverci. Milano: Giuffrè, 1997.

ROTELLI, F. Per un'impresa sociale. In: _____. *Per la normalità*. Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma. 2. ed. Trieste: Asterios, 1999a. p. 75-84.

_____. Ri-abilitare la ri-abilitazione. In: _____. *Per la normalità*. Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma. 2. ed. Trieste: Asterios, 1999b. p. 103-113.

_____. I soggetti: narrarli? In: _____. *Per la normalità*. Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma. 2. ed. Trieste: Asterios, 1999c. p. 161-163.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Deinstitutionalization: a different path. The Italian mental health reform. *Health promotion*, Cambridge, v. 1, n. 2, p. 151-165, 1986.

ROWE, M.; KLOOS, B.; CHINMAN, M.; DAVIDSON, L.; CROSS, A. B. Homelessness, mental illness and citizenship. *Social Policy and Administration*, v. 35, n. 1, p.14-31, Mar. 2001.

SARACENO, B. *La fine dell'intrattenimento*. Manuale di riabilitazione psichiatrica. Milano: Etaslibri; 1995.

SEN, A. *Inequality reexamined*. Oxford: Oxford University Press, 1992.

TOOTH, B. A.; KALYANASUNDARAM, V.; GOVER, H. *Recovery from schizophrenia: a consumer perspective*. 1997. Preprint.

TOPOR, A. et al. *Recovery from severe mental disorders*. A study of turning points. 1997. Preprint.

WEICK, K. *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Declaration of Human Rights*. Ottawa, 1986. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en>>. Acesso em: 10 out. 2013.

_____. *Stop exclusion – Dare to care*. World Health Day. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva, 2001. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/en/389.pdf>. Acesso em: 10 out. 2013.

_____. *Mental Health GAP Action Programme*. 2008. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/mhgap/en>. Acesso em: 10 out. 2013.

BIBLIOGRAFIA SELECIONADA

MEZZINA, R. et al. *Crisi psichiatrica e sistemi sanitari*. Una ricerca italiana. Trieste: Asterios, 2005.

MEZZINA, R. Paradigm shift in psychiatry: process and outcomes. In: RAMON, S.; WILLIAMS, J. E. *Mental health at the crossroads*. The promise of psychosocial approach. Aldershot: Ashgate, 2005.

MEZZINA, R. Process and contexts of recovery, part I and part II. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. Special issues: v.8, n.3, 2005; v. 9, n.1, 2006.

MEZZINA, R. International trends in community mental health services. In: MCQUISTION, H. L.; SOWERS, W. E.; RANZ, J. M.; FELDMAN, J. M. (Ed.). *Handbook of community psychiatry*. New York: Springer, 2012.

MEZZINA, R.; DELL'ACQUA, G. *Il folle gesto*. Perizia psichiatrica, manicomio giudiziario, carcere, nella pratica dei servizi di salute mentale a Trieste (1978-1988). Roma: Sapere, 2000.

MEZZINA, R.; TORESINI, L. (a cura di). *Oltre i muri / Beyond the walls*. La deistituzionalizzazione nelle migliori pratiche europee di salute mentale. Merano: Alfabeta, 2010.

NOTAS EDITORIAIS

PAULO AMARANTE



Paulo Amarante é natural de Colatina, Estado do Espírito Santo, e radicado no Rio de Janeiro. É médico com Especialização em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com Mestrado em Medicina Social pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e Doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), quando desenvolveu sua pesquisa de campo em Trieste/Itália. Tem título de Especialista em Psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Atualmente é professor/pesquisador titular da Fundação Oswaldo Cruz; líder do Grupo de Pesquisas do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) “Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial” (LAPS); coordenador do Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, que está em seu 33º ano de existência; coordenador do projeto Loucos pela Diversidade, desenvolvido com con-

vênio entre o Ministério da Cultura e o Ministério da Saúde por meio da Fiocruz. Sua atuação acadêmica e política é voltada para os seguintes temas: reforma psiquiátrica, saúde mental, epistemologia; filosofia da ciência, políticas públicas e políticas de saúde. Foi um dos fundadores do movimento da reforma psiquiátrica brasileira e do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial. Foi presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). É membro do Conselho Editorial e parecerista de várias publicações científicas nacionais e internacionais. É editor científico da Coleção de livros Loucura & Civilização da Editora Fiocruz; da Coleção Loucura XXI da Editora Garamond (RJ); da Coleção Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Nau Editora (RJ). É editor científico da Revista Saúde em Debate do CEBES; editor adjunto da revista Cadernos Brasileiros de Saúde Mental da ABRASME; coordenador do GT de Saúde Mental da ABRASCO e presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME). Em 2005 editou a única coletânea de textos de Franco Basaglia já publicada no Brasil. Trata-se de *Escritos selecionados de Franco Basaglia*, da Editora Garamond (Rio de Janeiro), elaborada após um longo e dedicado processo de seleção dos textos que contou com a colaboração de Franca Basaglia e Ernesto Venturini.

BIBLIOGRAFIA SELECIONADA

AMARANTE, P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. 5. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Prefácio de Franca Basaglia.

AMARANTE, P. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 8 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

AMARANTE, P. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. (Temas em Saúde).

BASAGLIA, F. In: AMARANTE, P. (Org.). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. (Loucura XXI).

AMARANTE, P.; NOCAM, F. (Org.). *Saúde mental e arte – Práticas, Saberes e Debates*. São Paulo: Ed. Zagodoni, 2012.

TRADUTORA E REVISORA



Iara Morata Martines, brasileira, graduada em terapia ocupacional pela Universidade de São Paulo em 1982. Atuou em diversos projetos e serviços do Departamento de Saúde Mental de Trieste como voluntária e como sócia da Cooperativa 2001-Agenzia Sociale e, de 2001 a 2007, em um Centro de Atenção Psicossocial de Salvador. Paralelamente, sempre realizou atividades relacionadas ao ensino de português como língua estrangeira (PLE) e à tradução. Em 1989, obteve um diploma de tradução pela *Università degli Studi di Trieste* e, em 2010, graduou-se em Comunicação Interlinguística Aplicada pela mesma universidade. Desde 2007, têm-se dedicado exclusivamente ao ensino de PLE e a atividades de tradução e interpretação.

SOBRE O LIVRO

Formato	16X23cm
Tipologia	Adobe Garamond Pro
Papel	Polén soft 85g/m2 (miolo) Cartão Supremo 250g/m2 (capa)
Acabamento	Grampeado e colado
Tiragem	300
Catálogo	Telma Jaqueline Dias Silveira - CRB- 8/7867
Normalização	Maria Rosangela de Oliveira - CRB-8/4073
Capa	Silvia Belucci Lucchi & Marc Tinkelenberg
Diagramação	Edevaldo D. Santos
Assessoria Técnica	Maria Rosangela de Oliveira - CRB-8/4073

2014

Impressão e acabamento

Warna Gráfica
Marília - SP

