



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Marília



**CULTURA
ACADÊMICA**
Editora

Habitar

Rossana Maria Seabra Sade

Como citar: SADE, R. M. S. Habitar. *In:* SADE, R. M. S. (org.). **Boas práticas:** caminhos e descaminhos no processo de desinstitucionalização. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2017. p. 119-135.

DOI: <https://doi.org/10.36311/2017.978-85-7983-933-7.p119-135>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

Habitar

Rossana Maria Seabra Sade

O processo de desinstitucionalização¹ da Reforma Psiquiátrica brasileira (Lei 10.216) apoiou-se na Psiquiatria Democrática italiana que, por sua vez, baseou-se nos princípios iluministas da Revolução Francesa: Liberdade, Igualdade e Fraternidade, que permitiram a aprovação da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, pela Assembleia Nacional Constituinte francesa, em 1789, tornando público os direitos fundamentais do homem. Essa declaração, com mais de dois séculos, forneceu as bases para a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, ainda em vigor.

Nesta perspectiva, é preciso repensar o que significa ser cidadão no contexto da reforma psiquiátrica e que lugar ocupa na sociedade a pessoa com sofrimento psíquico.

A palavra cidadania tem a sua origem no latim *civitas*, que significa cidade. Desta forma, cidadania derivou-se de cidade sendo usada na Roma Antiga (séculos VII a III a.C.) para designar a condição política e social de uma pessoa, dos seus direitos e deveres (DALLARI, 1998, p.14).

¹Desinstitucionalização é uma palavra de origem anglo-saxã e indica a superação das “instituições totais”.
<https://doi.org/10.36311/2017.978-85-7983-933-7.p119-135>

Cidadania, para Dallari (1998), é um conjunto de direitos que dá à pessoa oportunidade de participar ativamente da vida e do governo de seu povo. Quem não tem cidadania está marginalizado ou excluído da vida social e das decisões, ficando numa posição de inferioridade dentro do grupo social, visto que não tem direito à moradia, à educação, ao trabalho, ao lazer e ao voto.

Respeitar o outro em sua diversidade, desconstruindo valores e reconstruindo novos olhares, tem por base os ideais da Revolução Francesa, princípios norteadores do processo de desinstitucionalização.

O processo de transformação da assistência em saúde mental em curso no nosso país iniciou-se no final da década de 1970 e foi influenciado por diversas experiências que ocorreram na Europa e nos EUA, no período posterior à Segunda Guerra Mundial: transformações no interior das instituições, como as propostas pela psicoterapia institucional de François Tosquelles e Jean Oury e pela comunidade terapêutica de Maxwell Jones; mudanças no conceito de doença para saúde mental, propostas pela psiquiatria de setor, na França e pela psiquiatria comunitária norte-americana; e, finalmente, as propostas mais radicais de mudança paradigmática, propostas pela antipsiquiatria de Ronald Laing e David Cooper e pela psiquiatria democrática de Franco Basaglia, na Itália. Todas elas serviram como referência em determinados momentos do processo de construção da reforma psiquiátrica brasileira. Algumas foram apoiadas, como nos modelos a seguir, e outras, criticadas.

Abordagem teórica da desinstitucionalização e a Psiquiatria Democrática italiana (BASAGLIA, 1985; ROTELLI et al.1990; DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991; MEZZINA et al. 1992; AMARANTE,1994; 1995;1996; BARROS,1994). O movimento tem como contribuições teóricas o marxismo de Gramsci, Foucault, a fenomenologia existencial e teorias do desvio social. Franco Basaglia foi o principal idealizador do processo de desinstitucionalização, tendo como marco sua obra "A Instituição Negada" (1968).

O paradigma da desinstitucionalização deslocou a estrutura organizacional do sistema de saúde mental, descentralizando-a e ultrapassando a visão sanitarista, renovando todo um sistema de saber e de cuidados em saúde mental.

Desinstitucionalização, para Rotelli (1990), não reside na cura, mas na emancipação, na criação de novos modelos e oportunidades, desmistificando a loucura. Desconstruindo um saber que sustentou as bases da Psiquiatria desde o Iluminismo, a noção de loucura como alienação, como erro, como periculosidade, pode ser substituída pela noção de diferença, de produção de vida e de subjetividade. A construção de novos modelos favorece possibilidades de inserção social e apropriação do direito de cidadania.

Tal paradigma, em saúde mental, enfatiza a 'reinvenção da saúde', a existência-sofrimento dos pacientes, no sentido da produção de vida, de sentido de sociabilidade, a utilização de formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa. (ROTELLI, 1990, p.30).

O conceito de doença mental é descaracterizado, resgatando o olhar na existência e no sofrimento das pessoas; as estruturas institucionais de controle e normatização deverão exercer outro saber, não mais centrado no modelo doença-cura.

Assim, toda transformação dos modelos psiquiátricos não deve se limitar simplesmente à abolição das estruturas manicomiais, mas à construção de novas formas de possibilidades, nas quais o ator com sofrimento psíquico, empodere-se como construtor de sua vida. Nesse sentido, o habitar e o trabalho são fundamentais.

O habitar, para o ator social, tem uma configuração, na medida em que ele assume o seu lugar em sua casa, resgata seu papel na sociedade e ganha o status de cidadão, o que implica a conquista do direito de administrar o seu tempo e espaço, o controle de sua própria vida, podendo ser o protagonista de sua história.

Para alcançar esta autonomia social, ele deve ultrapassar as tênues barreiras do estigma social que permeia o desvio e a normalidade. De acordo com Rotelli (2014), não se vence nunca a batalha contra a exclusão; parte-se de níveis mais brutais, mais violentos, como acontece no manicômio, por exemplo; entra-se gradualmente no tecido urbano e nas políticas sociais.

Ainda segundo Rotelli (2014), para fazer uma política séria e percorrer passo a passo esse caminho, devemos colocar-nos na relação entre

exclusão e inclusão, fazendo com que os serviços públicos e os serviços de saúde mental sejam um serviço forte, pois os direitos são 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 lentidão das políticas sociais causa uma normalidade empobrecida. Sem um sistema eficiente de serviços e de apoio terapêutico, corre-se o risco de confirmar a anormalidade dessas pessoas.

Conforme Mezzina et.al. (1992), a saúde mental se insere neste novo modelo no campo da conquista e reinvenção da cidadania, que passa pelos direitos civis, políticos e sociais e amplia-se no reconhecimento dos direitos particulares dos usuários e familiares. Esta cidadania deve ser inventada, não podendo estar associada à concepção convencional, que trata do indivíduo racional, livre e autônomo, devendo ser revisados os dispositivos jurídicos e legais.

A pessoa com uma longa história de internação psiquiátrica perde sua identidade, seu direito de liberdade e de habitar em casa própria. De acordo com Saraceno (1999), a história da Psiquiatria é uma história de moradas fechadas, isoladas e mais ou menos vigiadas. Refletindo sobre “modos de viver”, a questão que se apresenta é: como direcionar este paradigma para recuperar a história perdida desses moradores, que foi expropriada pela cultura manicomial?

Não basta levá-los para uma casa! O desafio está no cotidiano dos lares e das residências terapêuticas. E ainda: como assegurar a não reprodução do manicômio difuso? Para Dell’Acqua (2014), este termo significa uma condição em que as pessoas, embora não institucionalizadas, têm dificuldade de viver sua dimensão de cidadania, permanecendo em uma dimensão de perda, na periferia do viver, reproduzindo a mesma dinâmica manicomial. A problemática está em interrogar-se continuamente, entre as disciplinas, os saberes, para buscar compreender o todo. Como se incluir em um espaço excludente, confinado à margem da sociedade?

Precisamos fechar os manicômios. Enquanto tivermos a instituição manicomial aberta, teremos para onde encaminhar os *sem lugares*, pois a família não consegue conviver com esta pessoa, a escola não dá conta de seu comportamento, a sociedade lhe confere o rótulo de desviante. Na

psiquiatria há um lugar para ele: o *manicômio*. Portanto, só desmontando a estrutura manicomial e implantando serviços substitutivos atuantes é que se assegura o direito de cidadania.

A implantação dos serviços residenciais terapêuticos (SRTs) e dos programas de reinserção social dos atores sociais com sofrimento psíquico são alguns dos suportes que representam a desinstitucionalização dessas pessoas, marcadas pela opressão manicomial.

Tanto do ponto de vista social como do econômico, o custo/benefício de tais programas é mais vantajoso. Knapp (1995), do Instituto de Psiquiatria de Londres, aponta os custos de serviços psiquiátricos e comunitários, verificando que os custos financeiros com internações são maiores. Outro aspecto favorável é que os programas substitutivos permitem o resgate e a apropriação dos vínculos com a sociedade, muitas vezes empobrecidos pelo processo de abandono e de institucionalização.

O estado de São Paulo tem um importante papel na organização da política de saúde mental do Brasil e nas implementações dos programas substitutivos. Na década de 1980, surgiram experiências que são referência nacional, como por exemplo, o Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira (CAPS), da cidade de São Paulo, e a organização da rede de cuidado em saúde mental da cidade de Santos, a partir da intervenção, pela prefeitura, no hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) – ou residência terapêutica (RT) ou simplesmente “habitar” – integram esta rede de serviços e são alternativas de moradia para milhares de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade.

São casas localizadas no espaço urbano, organizadas para atender e responder às necessidades de moradia para atores sociais com sofrimento psíquico, institucionalizadas ou não. O número de moradores pode variar de um indivíduo até um pequeno grupo de oito pessoas. Cada casa conta com um profissional que atua como suporte. Além dele, a casa tem o apoio de uma equipe interdisciplinar de referência que pode ser do CAPS mais próximo ou dos profissionais do serviço de atenção primária em saúde.

A equipe considera a singularidade de cada um dos moradores, e não apenas projetos e ações baseadas no coletivo. O acompanhamento a um morador prossegue, mesmo que ele mude de endereço ou eventualmente seja hospitalizado. O processo de reabilitação psicossocial busca de modo especial a inserção do indivíduo na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. Ou seja, a inserção em um SRT é o início de longo processo de reabilitação, que busca a progressiva inclusão social do morador. A Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011, estabeleceu modalidades para a habilitação.

Os SRTs Tipo I - devem proporcionar espaços de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social dos moradores, que não necessitem de cuidados intensivos, do ponto de vista da saúde em geral. Os SRTs Tipo II, da mesma forma, são moradias que devem proporcionar espaços de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social dos moradores que necessitam de cuidados intensivos específicos do ponto de vista da saúde em geral, e que demandam ações mais diretas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente.

Divididos os moradores em modalidades Tipo I ou II, são 289 SRTs habilitados pelo Ministério da Saúde até dezembro de 2014², no território nacional, totalizando 2.031 moradores. Vários destes participam, também, do Programa de Volta para Casa que concede uma bolsa por dois anos, no valor de cerca de meio salário mínimo.

Muitos atores sociais, antes de irem para uma RT, viveram em unidades fechadas e quase não exerceram sua autonomia. Foram levados à dependência, tais como: alimentação na boca, banho dado pelo auxiliar de enfermagem, uso de fralda, (o banheiro da instituição é trancado e a chave fica com os auxiliares, que justificam: “Os *pacientes* vão fazer bagunça, beber água do vaso, enfim não sabem utilizar o mesmo”; portanto, havendo um controle das necessidades fisiológicas dessas pessoas e sendo mais cômodo colocar fraldas).

² Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Ano 10, n. 12, out. 2015.

Nessas unidades fechadas, a socialização é pouca e, na maior parte do tempo, os atores sociais ficam deitados ou sentados sem atividade. Muitos acabam apresentando comportamentos alterados tais como: agressividade, irritação, agitação, devido à ociosidade de suas vidas. Quando isto ocorre, são isolados. Seu tempo e espaço não existem, é o tempo da instituição que regula suas vidas; com horários para acordar, tomar banho, alimentação, remédios, este é o resumo de muitas vidas, cujo argumento é que todas essas formas de intervenções são terapêuticas.

Os internados, depois de serem “tapeados”, frustrados e oprimidos, são agora distraídos com recitais, bailes, atividades variadas, trabalhos – tudo utilizado como terapia. E isso para prepará-los, para as duas soluções alternativas previstas pela instituição: a reabilitação forçada ou a aceitação do local que deverá ser, de ora em diante, sua casa. Nas duas possibilidades isso é feito através da perda da personalidade e da emergência de uma profunda dependência dos outros. A infração à norma do “viver civil”, a incapacidade de “jogar o jogo” e a angústia de viver num mundo que limita e oprime paga-se com esta passagem pela instituição total³. (BASAGLIA, 1985, p. 178).

De acordo com Goffman (1974), alguns dos mecanismos das instituições totais são: a separação do internado do mundo externo, a perda do seu nome, a obrigação de realizar uma rotina diária (que ele considera estranha) e de aceitar um papel (com o qual não se identifica), além da violação da fronteira entre o ser e o ambiente, mecanismos esses que ocasionam a perda da privacidade e identidade.

Nesse contexto, a residência terapêutica (RT) torna-se um espaço fragilizado para independência, relações sociais e liberdade, pois os moradores foram por anos cerceados de sua independência, sendo tratados como *ineficientes e doentes*. A tentativa de recuperação da sociabilidade dos moradores esbarra no forte vínculo com a instituição que os abrigou. Segundo Venturini (2010), em muitas vezes se efetiva e se teoriza a impossibilidade da alta do paciente do circuito psiquiátrico, produzindo uma simbiose “crônica” entre paciente e o serviço.

³ Caracterizam-se por serem estabelecimentos fechados, funcionam em regime de internação, no qual um grupo numeroso de internados vive em tempo integral e, em contrapartida uma equipe dirigente exerce o gerenciamento administrativo da vida na instituição. Goffman, E. (1974). **Manicômios, prisões e conventos**.

Ainda hoje, no sistema psiquiátrico brasileiro, nos indagamos: Que coisa é a psiquiatria? De acordo com Ribeiro (2005), no Brasil, o sistema psiquiátrico, enquanto ciência e instituição, está voltado para o conceito de doença e as instituições fundam suas ações terapêuticas sobre a manifestação dos sintomas.

A partir das razões e desrazões que permeiam o sistema psiquiátrico, é importante repensar as bases que fundamentaram a nossa reforma. A psiquiatria democrática italiana demonstrou ser possível a desconstrução do manicômio como possibilidade única de entender e tratar a loucura. O objetivo não é negar a doença mental e, conseqüentemente, deixar de tratá-la. É a negação do manicômio, como representante de uma estrutura repressivo-custodial. Só nos espaços de liberdade e nos exercícios de cidadania, é que se pode promover saúde.

De acordo com Rotelli (1990), a desinstitucionalização psiquiátrica é a ruptura do paradigma que sustentava a relação de causa e efeito na análise da constituição da loucura. A negação da instituição, mais que a desmontagem do manicômio, foi e é, a desestruturação desta causalidade linear e a reconstrução de possibilidade-probabilidade.

Faz-se necessário ressaltar que estas possibilidades são construídas sobre um novo paradigma: cuidar, desmistificando a insanidade. Não basta promulgar leis; precisa-se de mudanças concretas e efetivas, para que se concretize a desinstitucionalização e se consiga integrar outros serviços em regime aberto, substitutivos ao manicômio, que proporcionem reabilitação psicossocial e qualidade de vida. A reforma psiquiátrica é um processo contínuo, passando por fases marcantes, da instituição negada à instituição inventada.

Conforme Basaglia (1985), a instituição negada não é apenas a negação do hospital psiquiátrico, e sim, a psiquiatria enquanto ideologia. Para ele, o ator social é visto como um objeto complexo, e essa complexidade é que vai possibilitar a mudança de olhar sobre o fenômeno *doença*. É a renúncia do poder terapêutico dos técnicos, da instituição e do saber psiquiátrico; a negação é a superação e invenção de novas formas de intervenção.

Portanto, a instituição negada é a desconstrução do saber que vai culminar na extinção do manicômio. O caminho da “instituição ne-

gada” para a “instituição inventada” possibilitou o processo de desinstitucionalização do sistema psiquiátrico italiano, não ocorrendo mais a busca da cura da doença e, sim, a “invenção de saúde” e de “reprodução social do ator social”.

Os serviços territoriais na Itália assumiram a desinstitucionalização como um sistema sanitário universalista e igualitário. De acordo com Venturini (2010), cuidar das pessoas no território, e não no ambiente institucional.

Para Amarante (2003), o território não é somente o bairro ou o lugar da cidade onde moramos, não é o setor (no entendimento francês) nem a comunidade (na concepção americana), é muito mais, é o espaço social onde tecemos nossas referências de vida e estabelecemos nossa rede de relações sociais.

O serviço de residência terapêutica faz parte desta rede, é um espaço de trocas, descobertas de novas subjetividades, reencontro da memória e história pessoal de cada morador. Neste contexto, as relações de poder são transparentes e os sentimentos são verbalizados. O desafio é criar novas construções de intervenções. Os atores sociais, neste novo cenário, começam a resgatar sua identidade: vão retirar documentos, participam das reuniões de equipe na elaboração e discussão dos projetos terapêuticos, bem como na gestão da casa; enfim, começam a retomar suas vidas.

Rotelli et al. (1990) enfatiza a *reinvenção da saúde, a existência-sofrimento dos pacientes*, na aceção da produção de vida, de sentido de sociabilidade, de utilização dos espaços coletivos. Para que isso ocorra, os moradores da RT devem ser inseridos no território.

De acordo com Amarante (2003), o trabalho no território promove a saúde mental, sendo reprodução de vida, de subjetividade. Nele se estabelecem as relações entre as pessoas, revelando um espaço dinâmico e direto com a comunidade.

A intersetorialidade é uma forma indireta de solidificar a transformação na assistência: o serviço não deve assumir só o tratamento, deve construir ações que rompam com a segregação e restitua o direito desses indivíduos a participarem dos espaços públicos, trabalhando com as instituições localizadas no território: lazer, educação, arte, esporte, etc.

Várias experiências internacionais contribuíram para avaliação de como vivem os atores sociais em diversos modelos de residências terapêuticas. Leff e Knapp(2000) realizaram, na Inglaterra, pesquisa sobre a temática de atitudes da comunidade em relação ao ator social com sofrimento psíquico. Os resultados obtidos mostraram bom nível de receptividade da vizinhança em relação aos moradores. A pesquisa apontou um dos estereótipos em que o ator social com sofrimento psíquico aparece como uma pessoa de comunicação muito difícil e imprevisível.

Os pesquisadores vinculam esse estereótipo à mídia, que aponta para comportamentos extremos dessas pessoas, sendo que 80% dos entrevistados tiveram atitudes positivas em relação a conviver com esses atores sociais em seu bairro; o restante acredita que seria necessária uma preparação, com informações sobre transtornos mentais e como lidar com essas pessoas.

Essa pesquisa não ponderou o direito de habitar, porém foi realizada em um país que possui experiências avançadas nos serviços residenciais terapêuticos de dispositivos residenciais em saúde mental. De acordo com De Luca e Frattura (1996), nos Estados Unidos a privatização das políticas sociais deu uma grande ênfase na construção de serviços residenciais por intermédio do setor privado, nas chamadas casas de enfermagem, porém, há sérios questionamentos a respeito da qualidade do atendimento oferecido e da pouca integração com a rede de serviços. Este tipo de serviço é voltado para desospitalização e não para desinstitucionalização.

No atendimento europeu, os serviços são mais amplos e variados. Em Estocolmo, na Suécia, a modalidade de serviços residenciais integrados inclui várias unidades residenciais como apartamentos individuais ou duplos, integrados a um serviço de suporte aberto 24 horas, abrigando também moradores mais dependentes. Este tipo de serviço deve estar atento para não isolar e segregar os moradores, devendo estimular a reinserção social, pois corre-se o risco do manicômio difuso.

No Reino Unido, de acordo com Ramon (1996), as casas coletivas *Group Homes* são experiências bastante positivas. Essas estruturas exigem investimento em planejamento, infraestrutura e preparo dos residentes, qualidade na supervisão e acesso à rede de serviços de suporte e atenção

psicossocial. Algumas pesquisas apontam que os melhores resultados para este tipo de moradia têm sido o baixo índice de readmissões, melhora no autocuidado e na qualidade de vida dos atores sociais. Em relação ao custo financeiro, é inferior ao sistema hospitalar.

Bélgica e França adotam esquemas de recolocação em famílias: são famílias adotivas para adultos recém-saídos do hospital psiquiátrico, alguns com deficiência intelectual. A pesquisadora Jodelet (2001), aborda em sua pesquisa alguns aspectos desta proposta: as famílias ganham uma ajuda financeira, sendo um estímulo para famílias pobres e pessoas desempregadas. Essa não é uma boa opção de intervenção, pois o estigma continua, o ator social torna-se, em muitos casos, o meio de sobrevivência deste núcleo social, não ocorrendo sua integração na sociedade, no trabalho e em um núcleo familiar real. Um ponto desfavorável dessa pesquisa foi o fato de não se avaliar a opinião dos protagonistas sobre a vivência na família adotiva.

Outro dispositivo residencial são os residenciais adaptados dentro do ambiente hospitalar, *hostels* ou *hospital wards in the community*. Surgiram nos anos de 1970, na Itália e, na década seguinte, espalharam-se por vários pontos da Europa. São adaptações das unidades hospitalares em pequenos apartamentos, suítes ou casas. Normalmente os moradores têm suporte constante de técnicos.

Em Trieste e Arezzo (Itália), foram criadas casas para os hóspedes, estruturas com suporte de operadores 24 horas: são núcleos com seis a oito pessoas e cada um possui seu quarto. As portas das casas estão sempre abertas para o morador ir e vir. Em Trieste, no complexo de San Giovanni, as quatro residências que haviam estão sendo desativadas. Os atores sociais que moravam nesses lares, viveram internados no ex-hospital psiquiátrico por longos anos. Esses moradores reconquistaram o direito de se constituírem enquanto pessoas, exercendo sua liberdade e autonomia e passaram a viver no território.

Hoje, em Trieste, as habitações são pequenas, para uma ou até três pessoas, alguns moradores preferem não morar sozinhos, devido à solidão.

Em países como o Brasil, que ainda estão em um processo entre a estrutura manicomial e os centros de atenção psicossocial, é importante

o conhecimento desses mecanismos para a avaliação dos serviços residenciais, pois são processos de passagem das instituições fechadas para espaços abertos, implicando verdadeiros rituais.

Penso na emoção coletiva provada durante a cerimônia de “o sal e as árvores” em Imola, quando na hora do fechamento do manicômio, lembrando as palavras de Basaglia, nos comportamos como os antigos romanos que destruíam a cidade inimiga. Convidamos todos os que viveram naquele lugar – pacientes, enfermeiros, familiares e também os cidadãos – e jogamos sal nos quartos, nos pavilhões, e usamos bois para ararmos o terreno em volta do hospital, para que nunca mais nascesse um outro manicômio, e depois plantamos uma árvore em cada uma das 23 casas que surgiram para acolher quem não tinha mais uma casa própria. E naquele dia estávamos todos juntos, sólidos, em plena saúde (VENTURINI, 2010, p.9).

O grande desafio da desinstitucionalização é compreender que o serviço residencial terapêutico (SRT) não se trata de dar casa a quem não possui, mas de possibilitar ao ator social protagonizar sua dimensão de vida, reconstruindo laços e afetos. Entretanto, o processo de transformação e invenção no circuito psiquiátrico não se restringe apenas aos Centros de atenção psicossocial (CAPS), mas amplia-se num complexo conjunto de serviços e estratégias.

Concluo este artigo com a premissa de que a moradia é direito fundamental de cidadania em qualquer parte do mundo. Em Trieste, várias medidas políticas se fizeram presentes ao longo dos anos, como: disponibilização de apartamentos, adquirido pelo sistema de casa própria, há uma lei que autoriza o órgão que administra a habitação a reservar uma cota dos imóveis populares para pessoas com transtorno mental e destinar aos serviços públicos, certo número de apartamentos, para hospedar indivíduos com problemas psiquiátricos, dependência química ou outros tipos.

Trieste, hoje, continua buscando respostas para algumas questões: como continuar com uma cultura que se renova constantemente a partir dos novos protagonistas – tanto usuários como técnicos – revendo e reconstruindo saberes, reciclando conhecimento? Como não perder a historicidade do movimento basagliano e nem prender-se à bandeira basagliana? A dinâmica da história é artilosa e depende dos homens e mulheres

concretos para ser vivida e desdobrada. É neste tecido social que os atores da saúde mental podem se reconhecer, para poder reinventar novos ritmos e estilos e reconstruir a história.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- _____. *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.
- _____. A (Clínica) e a reforma psiquiátrica. In: *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003. Coleção Archivos.
- BARROS, D. D. *Jardins de Abel: desconstrução do Manicômio de Trieste*. São Paulo: EDUSP, 1994.
- BASAGLIA, F. et al. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados*. SAS/DAPES, Ano 10, n. 12, out. de 2015.
- COLAPIETRO, R. Entrevista. In: SADE, R. M. S. *Portas Abertas: do manicômio ao território: entrevistas triestinas*. Marília: Oficina Universitária, 2014. p. 111-127.
- DALLARI, D.A. *Direitos Humanos e Cidadania*. São Paulo: Moderna, 1998.
- DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. In: DELGADO, J. *A Loucura na Sala de jantar*. Santos: Resenha, 1991.
- DELL'ACQUA G. Entrevista. In: SADE, R. M. S. *Portas Abertas: do manicômio ao território: entrevistas triestinas*. Marília: Oficina Universitária, 2014. p. 55-73.
- DE LUCA, L.F.; FRATTURA, L. Ruolo e funzioni delle strutture residenziali nelle politiche e Nei Programi di Salute Mental e: materiali per un inventario. In: LETTERA, P. *Bibliografici in Psichiatria*, XXI; Milano: Instituto di Reserche Farmacologiche Mario Negri, 1996.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. Rio de Janeiro: Perspectiva, 1974.
- JODELET, D. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.
- KNAPP, M. *The economic evaluation of mental health care*. Hants: Ashgate, 1995.
- LEFF, J.; KNAPP, M. Psychiatric bulletin. *American Journal of Psychiatry Online*, n.24, p.155-158, 2000.

LOBOSQUE, A. M. *Princípios para uma Clínica Antimanicomial e Outros Escritos*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MEZZINA, R. et al. Networking Consumer's Participation in a Community Mental Health Service: mutual support groups, 'citizenship' and coping strategies. *Intern Journal of Psychiatry*, v. 38, n. 1, p. 68-73, 1992.

NICÁCIO, F. *Utopia da realidade*: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. Tese de doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 2003.

_____. *Mental health in Europe: end, beginnings and rediscoveries*. London: MIND/Macmillan, 1996.

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

ROTELLI, F. Entrevista. In: SADE, R. M. S. *Portas Abertas: do manicômio ao território: entrevistas triestinas*. Marília: Oficina Universitária, 2014. p. 37-53.

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

VENTURINI, E. II *Encuentro Nacional de los residenciales terapéuticos y del programa de volta para casa*. Porto Alegre, 2010.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. FIOCRUZ, 2007.

BARROS, D. D. *Autobiografia di um Movimento: 1961-1979*. Dal manicômio ala Riforma Sanitaria. Fotocomposizione e stampa, 1979.

_____. *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BASAGLIA, F. *Che Cos'è La Psichiatra?* Milano, Baldini&Castoldi, 1997.

_____. *Il Circuito del controllo: dalmanicomioal decentramento psichiatrico*. Torino: Einaudi, 1982.

_____. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Garamond, 2005.

DELL'ACQUA, G. *Non ho L'armacheuccide Illeone*. Stampa alternative, 2007.

_____. *Incertiluoglidiospitalità. abitarelasoglia. Abitare La soglia*. Architettura e Psichiatria. *Rev.do Dipartimento di Salute Mentale di Trieste*, 2009.

MEZZINA, R. *Crisipsichiatrica e sistemisanitari: uma ricerca italiana*. Asterios, 2005.

RAMON, S. (Ed.). *Beyond Community Care: normalization and integration care*. London: Macmillan, 1991.

SADE, R. M. S. *Portas Abertas: do manicômio ao território: entrevistas triestinas*. Marília: Oficina Universitária, 2014.

SALDIVIA, S.; GRANDÓN, P.; SILVA, F.; MELI-PILLÁN, R. *Informe final: evaluación del programa de hogares protegidos para pacientes con esquizofrenia*. Santiago Del Chile: Ministério de Salud, 2004.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. M. (Org) *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1996.

VENTURINI, E. A desinstitucionalização: limites e possibilidades. *Revista Brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, v. 20, n.1. abr.2010.

_____. *Em memória de uma mulher Maya*. Conferência de abertura proferida no I Encontro de Pesquisadores em História de Saúde Mental. Florianópolis, 2011.