



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



**CULTURA
ACADÊMICA**
Editora

Desinstitucionalização Triestina: Contextualização da “Loucura” ao Longo da História

Rossana Maria Seabra Sade

Como citar: SADE, Rossana Maria Seabra. Desinstitucionalização Triestina: Contextualização da “Loucura” ao Longo da História. *In:* SADE, Rossana Maria Seabra. **Portas abertas:** do manicômio ao território: entrevistas triestinas. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014. p. 19-36.
DOI: <https://doi.org/10.36311/2014.978-85-7983-546-9.p19-36>



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.

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 construir 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.

