



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



**CULTURA
ACADÊMICA**
Editora

Franco Rotelli

Rossana Maria Seabra Sade

Como citar: SADE, Rossana Maria Seabra. Franco Rotelli. *In:* SADE, Rossana Maria Seabra. **Portas abertas:** do manicômio ao território: entrevistas triestinas. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014. p. 37-54.
DOI: <https://doi.org/10.36311/2014.978-85-7983-546-9.p37-54>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-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.

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 SELEZIONADA

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).

