



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



**CULTURA
ACADÊMICA**
Editora

Giuseppe Dell'Acqua

Rossana Maria Seabra Sade

Como citar: SADE, Rossana Maria Seabra. Giuseppe Dell'Acqua. *In:* SADE, Rossana Maria Seabra. **Portas abertas:** do manicômio ao território: entrevistas triestinas. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014. p. 55-74.
DOI: <https://doi.org/10.36311/2014.978-85-7983-546-9.p55-74>



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.

GIUSEPPE DELL'ACQUA



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E é também negação do poder, não é?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Podemos pensar no medicamento como uma forma de controle?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Porque, nesse caso, existe também uma responsabilidade.

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

E o direito à saúde.

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

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

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

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

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

Há, também, o poder da indústria farmacêutica.

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

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

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

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

E essa cronicidade é do sistema?

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

Usam-se muito as palavras crônicos e agudos.

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

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

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

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

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

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

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

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

E isso significa cuidar.

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

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

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

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

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

E recriar constantemente.

Muito obrigada pela grande contribuição.

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

BIBLIOGRAFIA SELECIONADA

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

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

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

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

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

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

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

