



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



**CULTURA
ACADÊMICA**
Editora

Izabel Marin

Rossana Maria Seabra Sade

Como citar: SADE, Rossana Maria Seabra. Izabel Marin. *In:* SADE, Rossana Maria Seabra.

Portas abertas: do manicômio ao território: entrevistas triestinas. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014. p. 149-162.

DOI: <https://doi.org/10.36311/2014.978-85-7983-546-9.p149-162>



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.

IZABEL MARIN



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁴ Serviços orientados para a *recovery*.

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

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

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

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

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

O que significa, hoje, cuidar?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Muito obrigada pela entrevista.

