



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



**CULTURA
ACADÊMICA**
Editora

Da Desinstitucionalização à *Recovery* e à Cidadania: Notas de Trieste

Roberto Mezzina

Como citar: MEZZINA, Roberto. Da Desinstitucionalização à *Recovery* e à Cidadania: notas de trieste. *In:* SADE, Rossana Maria Seabra. **Portas abertas:** do manicômio ao território: entrevistas triestinas. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014. p. 181-216.

DOI: <https://doi.org/10.36311/2014.978-85-7983-546-9.p181-216>



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.

DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO À *RECOVERY* E À CIDADANIA: NOTAS DE TRIESTE¹

Roberto Mezzina

OS MACROPROCESSOS ENTRE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO

Faz-se necessário, hoje, reconsiderar ou reinterpretar o que foi realizado, na Itália, através da desinstitucionalização, pois esta não significa somente fechar todos os hospitais psiquiátricos (1999), embora tal ato seja fundamental. Nessa primeira e longa etapa, que durou mais de trinta anos, a maioria das ações reabilitativas na Itália foram, sem dúvida, tentativas de arrancar, literalmente, as pessoas do manicômio, libertá-las da internação e reinseri-las no tecido social, oferecendo-lhes suporte em suas necessidades e direitos.

Refletindo sobre esse processo, cabe destacar o que é possível aprender com a experiência e os erros do grande e decisivo movimento anti-institucional italiano que, partindo das experiências-piloto dos anos 60 e 70 e após a aprovação da lei de reforma psiquiátrica, levou aos projetos com objetivos específicos dos anos 90 e aos esforços, no âmbito da política, para determinar o fechamento e o fim da era dos manicômios na Itália.

Embora de forma extremamente sintética, é possível destacar alguns aspectos a serem desenvolvidos no processo de desinstitucionalização: começar o processo de transformação no interior das instituições totais,

¹ *Dalla deistituzionalizzazione alla "recovery" e alla cittadinanza: note da Trieste* (out. 2013, texto inédito, tradução nossa).

sem se iludir com a possibilidade de que o seu fechamento ocorra de fora para dentro ou por morte natural; vincular os enunciados à prática, ao “praticamente verdadeiro”; criar redes alternativas de serviços coerentes e sinérgicos no território, sem fragmentações e especializações inúteis, ou até danosas e sem recorrer a modelos, mas sim mediante processos verificados coletivamente pelos cidadãos (usuários, familiares, comunidade e instituições); evitar a implementação prioritária de serviços hospitalares para emergências em detrimento de estruturas territoriais.

No que se refere aos serviços de emergência psiquiátrica, há poucos anos, começou-se a indagar mais amplamente sobre o uso de métodos de contenção, novas formas de segregação, mesmo que temporâneas, e sobre a suspensão das garantias de liberdade para os cidadãos internados nesses serviços².

Observando a experiência de Trieste, as instituições totais podem ser vistas como lugares concretos nos quais conhecer a realidade quis dizer modificá-la, separando e unindo suas partes de acordo com os objetivos desejados. Por esse motivo, o processo de desinstitucionalização foi definido “homeopático” (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 1986). De fato, ele é resultado da ação de vários agentes: os profissionais, que transformam ativamente sua forma de atuar no que se refere a papel profissional, filosofia de trabalho, instrumentos, contextos e recursos utilizados; os usuários, que se tornam reconhecidamente “sujeitos”, dotados de contratualidade e necessidades, capazes de engajar-se e compartilhar percursos terapêuticos com os serviços de saúde; o *utentecomplexivo* (“usuário-total”), dos familiares à comunidade de modo geral envolvidos de várias formas nos processos de participação; os gestores públicos, os profissionais do sistema socioassistencial, entre outros, diretamente comprometidos no processo de desinstitucionalização e na mudança dos sistemas de atendimento às demandas.

Tudo isso requer o desenvolvimento de estratégias flexíveis e adequadas à “complexidade” das questões a serem enfrentadas, por exemplo a valorização de percursos sociais e de estratégias cognitivas da vida real que os próprios atores sociais-usuários “trazem” para o serviço e a reutilização

² Os dados da pesquisa *Progres Acuti* confirmam que cerca de 70% desses serviços utilizaram meios de contenção no mês anterior à coleta dos dados e que 85% os possui. O governo irlandês, por sua vez, deu por encerrada a experiência dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais (DE GIROLAMO et al., 2007).

de fragmentos de recursos que podem ser integrados. A partir da desinstitucionalização, portanto, a reabilitação deve articular-se para formar um conjunto coerente de estratégias de produção de saúde mental – e não de “conserto” (dos danos causados pela doença) – que conduza à valorização dos atores sociais e de suas trajetórias.

A instituição, elo central nesse processo, deve ser moldada em função dos atores sociais. Os recursos contidos no universo indiferenciado da instituição total ganham novo rumo e passam a ser avaliados de acordo com a sua utilidade para as pessoas. A desinstitucionalização já “experimentada na prática” indicou direções, mutáveis e dinâmicas, para as quais os recursos deviam ser orientados. Foi denominado “processo de antecipação dos recursos” a criação, a invenção de soluções novas pelos profissionais em suas práticas, incorporadas pelos gestores públicos em atos formais posteriormente, mediante uma colaboração real (GALLIO; GIANNICHECKDA, 1982).

Segundo um princípio tendencialmente sancionado, os recursos devem ser usados em função dos “sujeitos concretos” e de suas necessidades; isso levou a uma progressiva, gradual mudança, pois os recursos passaram a ser disponibilizados de forma mais individualizada, especificamente para cada projeto terapêutico e reabilitativo.

Hoje, os serviços territoriais abarcam elementos do passado institucional, mas que são tendencialmente reorientados quanto às suas finalidades, quer se trate de dinheiro (subsídios econômicos) ou alimentação (refeições), quer se refira ao próprio conceito de “asilo”, que o manicômio ambigualmente abrangia (repouso, reconstituição, possível recuperação de uma existência sofrida).

Os instrumentos, os recursos institucionais num sentido amplo, que compõem as práticas no território de um centro de saúde mental em Trieste hoje, portanto, tornaram-se parte constituinte de uma rede tecida entre os que têm relação com esse serviço e que dá substância, direciona e dá “significado” a essas relações. A atual organização dos serviços, em Trieste, bem como a própria qualidade de seus instrumentos estão relacionadas à intencionalidade com a qual tais serviços foram pleiteados, desenvolvidos

e implementados; de fato, eles são marcados pela trajetória e pela história do processo de desinstitucionalização.

Em primeiro lugar, o sistema-hospitalar foi desnormalizado quanto às barreiras físicas e relacionais, ao tempo rígido da instituição. A reabilitação “em si” foi realizada dentro do hospital em transformação, na medida em que se repensaram todos os mecanismos de despersonalização causados pelos processos de longa internação e se inverteu, justamente, essa direção. A nova condição jurídica de “hóspede” da pessoa com longa permanência em internação psiquiátrica, como forma de “proteção livre no asilo”, eliminou as fronteiras normativas e jurídicas da reabilitação como processo que ocorre dentro da instituição. Os recursos, todavia, foram invertidos, transferidos para a cidade, para todos os lugares, precários, intermediários que a pessoa com transtorno mental começou a frequentar: os novos centros de saúde mental, as cooperativas, as moradias assistidas, e outras instituições socio sanitárias envolvidas. Nesse sentido, Gallio et al. (1983) escreveram sobre a oscilação permanente entre auto e heteroreabilitação, entre esquemas institucionais/terapêuticos e administrativos da reabilitação, e mercado ampliado de trocas, de interpenetração, de vida e de consumo na cidade por parte da pessoa com transtorno mental.

Podemos tentar esquematizar esse complexo processo segundo algumas *linhas-guia*, que constituíram e constituem *etapas institucionais*:

1. Favorecer a circulação social dos usuários.

Ao mesmo tempo:

- 1a. Melhorar seu status na comunidade, reutilizando recursos institucionais convertidos em recursos instrumentais diretamente usufruídos pelos próprios usuários: renda mínima garantida por meio de um subsídio econômico (ou pensão), moradia (de moradias populares à residências coletivas), oportunidades de trabalho em cooperativas.
2. Implementar serviços de saúde mental de base territorial que atendam às necessidades dos usuários, partindo das essenciais, e que, portanto, se constituam como instrumentos de um sistema de bem-estar social que ofereça garantias e suporte para a vida na comunidade.

Ao mesmo tempo:

- 2a. Permitir e favorecer diferentes formas de utilização desses serviços (acessíveis, fruíveis) por parte dos usuários, superando a ideia de “dentro” – de uma instituição psiquiátrica total, onde se encerra o tempo de vida dos pacientes –, contraposta à ideia de “fora”, e criando, ao contrário, lugares que podem ser “atravessados” conforme as necessidades.
- 2b. Desestigmatizar os serviços, superando a sua separação do tecido social, quer realizando iniciativas (por ex. festas, atividades culturais) e/ou destinando espaços internos para outras finalidades como livrarias, bibliotecas, cines-fóruns, ambulatórios médicos e pediátricos para promover a entrada dos cidadãos, quer favorecendo respostas “normais” dos serviços que dão suporte à vida social dos usuários (por ex. assistência aos idosos, casas de repouso, subsídios econômicos).
- 2c. “Contagiar” os circuitos adjacentes: modificar formas de rigidez e preconceitos para com os usuários ainda presentes nas instituições sócio-sanitárias e jurídicas (os chamados “efeitos da persistência do manicômio”). Tais aspectos geraram lógicas de exclusão mediante as quais a instituição psiquiátrica se alimentava e se justificava como lugar onde a vida social podia ser descarregada. Na nossa experiência, isso requereu frequentes intervenções diretas voltadas para a transformação das instituições que reproduziam exclusão (por ex. os grandes conjuntos habitacionais populares).
3. Quando necessário, sobretudo para enfrentar situações de fortes desabilidades ou de marginalização (ou deficiências, como produto de ambas), organizaram-se formas de acompanhamento social, ou seja, de apoio direto à vida social em seus aspectos de vida cotidiana e de utilização dos serviços, conseqüentemente, de exercício de direitos e de defesa dos indivíduos mais vulneráveis, bem como de organização da vida cotidiana (ajuda e orientação para desenvolver habilidades para cozinhar, limpar a casa, cuidar de si, etc.).

Alternativamente:

- 3a. Criar os nichos sociais necessários, ou seja, situações protegidas (por ex. residências terapêuticas) para as pessoas com mais necessidade de apoio e intermediação para sua articulação social: situações protegidas,

mais facilmente gerenciadas pelo usuários, cuja proteção é gradualmente reduzida à medida que recebem orientação e desenvolvem as habilidades necessárias para a vida cotidiana (*living-skills*).

4. Inserção laboral, realizada principalmente através do cooperativismo social. Oferecendo apoio para o trabalho intervém-se em aspectos relacionais que se refletem na realidade – o tipo de contexto em que a pessoa vive, o ambiente ou a qualidade do seu trabalho. Isso significa utilizar a relação humana nos contextos de vida, não intervir somente no que se refere ao indivíduo em si, mas sim considerá-lo como detentor de potencialidades e recursos.

A formação deve ser realizada, principalmente, criando um contexto relacional aceitável, ou tendo em vista a qualidade das relações, de forma que estas garantam um certo bem-estar à pessoa para que possa, então, desenvolver ao máximo a sua capacidade de trabalhar e de se manter no trabalho. Para isso, continua sendo fundamental a teorização a respeito da empresa social (ROTELLI, 1999a; GALLIO, 1991)³.

A re-habilitação, em Trieste, historicamente concebida, baseia-se na criação de situações, oportunidades, mais do que programas, procedimentos. Hoje, os recursos dos serviços são constituídos por aquilo que ele possui diretamente em termos de ajuda material, instrumentos, cuidados, lugares e oportunidades de agregação e de sociabilização; fruto de escolhas oriundas do processo de desinstitucionalização, tais recursos visam promover, no território, situações de garantia, defesa, proteção, apoio e “capacitação” para as pessoas. Todavia, os recursos de que o serviço dispõe autonomamente, que podem ser identificados como “valor de uso” para o usuário, não se contrapõem à possibilidade de mobilizar recursos fora dele, utilizar os recursos da própria pessoa e da família, ou buscar outros, em parceria com os demais serviços sanitários e sociais, que devem ser direcionados para “projetos” individuais e coletivos.

³ Contemporaneamente, foram desenvolvidos métodos de inserção no mercado de trabalho normal, que vão da inserção com suporte, definida *Supported Employment*, ao *Individual Placement and Support (IPS)*, de Drake e Bond, oriundos de algumas experiências norte-americanas no campo das deficiências nos anos 70. O método *Place and train*, por sua vez, usa um imperativo para indicar, primeiramente, a inserção da pessoa em um contexto real de trabalho e, posteriormente, o seu treinamento profissional (DRAKE; BOND, 2011). Cabe ressaltar, todavia, que essas técnicas diferem totalmente da construção de uma economia social.

A re-descoberta dos recursos de toda uma rede social é um aspecto certamente importante de uma abordagem “ecológica” (ou ecossistêmica, num sentido mais amplo), ou seja, adequada ao modelo operacional e organizativo dos serviços, mas também ao mundo dos valores que um serviço gradualmente encontra e que deve aceitar “necessariamente”, até mesmo para modificá-los, partindo deles e não sobrepondo-se a eles. Portanto, os recursos são principalmente as pessoas e suas relações, em termos de habilidades, poderes e valores de uso a serem intercambiados.

Enquanto a re-habilitação foi perdendo, com o fim dos manicômios, a sua característica de processo relacionado à desinstitucionalização, o seu significado “jurídico” de restituição de direitos, diante do surgimento de novos atores às margens dos direitos de cidadania, também modificou-se. Não se trata mais somente da reintegração social das formas clássicas de exclusão, mas sim da inclusão de outros grupos populacionais que estão em situações de vulnerabilidade e de risco, multiplicando suas fontes de aquisição de poder social.

O fato de não dispor de oportunidades sociais para a própria realização pessoal, ou simplesmente para satisfazer as próprias necessidades primárias, frequentemente impede ou não garante condições para o desenvolvimento de habilidades adequadas. Dessa forma, falar de habilitação, ou seja, de crescimento emancipador constitui uma primeira etapa epistemológica, preliminar para discussões disciplinares sobre a reabilitação.

Diante disso, o trabalho de transformação das práticas e das disciplinas ainda parece longo. Para “reabilitar quem reabilita” (ROTELLI, 1999b), é preciso estabelecer formas de participação ativa dos usuários nos serviços comunitários e fortalecer vínculos com as instâncias e entre os atores sociais, que também devem ser envolvidos na promoção da saúde mental (dos familiares aos profissionais dos serviços sociais, sanitários e judiciários, até abranger todo o corpo social). Esta, porém, não é uma ação indolor, pois atinge o nó da questão dos poderes e, portanto, deve partir do reconhecimento de que a perspectiva do usuário, como ator do próprio percurso de integração social e de emancipação, é fundamental na (sua e de outros) terapia e reabilitação – numa condição de exercício de cidadania.

Sobre isso queremos falar aqui, traçando um percurso que cruze, atravesse os espaços individuais para voltar, então, aos cenários macrosociais.

IMPACTO PARA AS PESSOAS

A desinstitucionalização certamente permitiu que pessoas que sofrem de transtornos mentais recuperassem seus direitos de cidadão, conquistando não só mais poder, mas também a possibilidade de “expressar-se”, de ter voz. Entretanto, é importante refletir mais profundamente sobre o nexos entre as práticas alternativas de crítica à psiquiatria e o novo protagonismo, o empoderamento, a transformação dos usuários em atores sociais; entre a possibilidade de integração e a defesa do valor da experiência de sofrimento como diversidade. Nesse contexto, insere-se o atual debate sobre o conceito de *recovery*/cura-recuperação, que surgiu no movimento dos usuários em vários países.

Que visibilidade a desinstitucionalização deu ao sofrimento dos indivíduos, na doença e para além dela? “Cura” ainda é um conceito “médico” demais, que não contém nada sobre o sentido de estar mal, mas que, imediatamente, envolve modelos de doença (MEZZINA, 2012). O que é, então, cura? Quais são seus indicadores? Remissão dos sintomas? Autoestima, autodeterminação, empoderamento? É preciso afastar-se do modelo médico, em que o cuidado do corpo e da mente são delegados totalmente aos técnicos.

Recovery certamente está relacionada à “conscientização” de si e dos próprios problemas, bem como dos objetivos relacionados à própria existência, mas não está relacionada à “consciência da doença”, como um treinamento para a institucionalização do doente que, des-historificado e, conseqüentemente, desresponsabilizado, encontra uma identidade na instituição. O fato de ter-se tornado apromblemático, adialético, principalmente, reforça mais ainda os sintomas que, por sua vez, corroboram o modelo médico (BASAGLIA et al., 2008).

A questão da *recovery* leva a interrogar-se sobre a própria natureza da doença: a maneira como as pessoas se relacionam com ela, direcionam-na, não se submetem mais a ela passivamente. Se o termo indica a recu-

peração de um novo sentido para a própria vida e para a experiência de sofrimento, conseqüentemente, envolve o reconhecimento de um valor para essa experiência de sofrimento; nesse sentido, ela leva a indagarmos de que forma a doença se insere, como crise, na história pessoal do sujeito, de que forma se apresenta como continuidade e não como ruptura, descrita como alienação de si mesmo.

Qual é a fenomenologia da *recovery*? Existe direcionabilidade, mas não linearidade, nesse percurso. De fato, há muitos caminhos para relacionar-se de outra forma com a “doença”, e isso se traduz na unicidade de cada trajetória. Embora seja possível descrever etapas, saltos qualitativos do percurso, a dificuldade está em reconhecê-los e valorizá-los. Existe um “ponto de virada”? Algumas pesquisas parecem indicar que sim. Para Topor et al. (1997), no centro do cenário está o self. A metáfora consiste na viagem solitária que vai além dos caminhos já traçados, ou seja, no mergulho, na total solidão, representando, assim, a queda, ou a espiral para baixo, até tocar o fundo do poço. O ponto de virada só pode ser reconhecido retrospectivamente; salienta-se, assim, o papel dos acontecimentos catalíticos, mas sobretudo o da decisão pessoal. Conta, certamente, a “persona=pessoa(lidade)”, em seus aspectos de processo de amadurecimento, mas também as mudanças inesperadas de circunstâncias que forcem essa decisão.

Há, portanto, um processo que permite retomar, de alguma maneira, o controle da própria vida e, mesmo com pequenos passos, conquistar, por exemplo, espaços em que o self possa expressar-se para além da doença. Tal processo, contudo, não é linear e pode ser somente superficial ou, de certa forma, prematuro. Ao contrário, quando se realiza, assiste-se ao nascimento de um novo self. O objetivo passa a ser, então, reconquistar um sentido para o self, como capacidade de existir e fazer novas experiências, “testando a si mesmo”.

A busca de si permite descobrir, inicialmente, partes sadias que poderão ser usadas como base. A aceitação dos outros – como “self substituto”, segundo Topor et al. (1997) – está frequentemente associada ao tempo para readquirir poder e convicção interior.

Isso faz surgir a pergunta se a ideia de percurso é ou não uma abstração. O tempo e a história existem somente nas histórias pessoais, ou seja, nas nossas reconstruções? Existe o antes e o depois da “doença” na vivência das pessoas? Certamente, existe o antes e o depois da “psiquiatria”.

Existe, todavia, uma consistência da “doença” que tornaria possível visualizar uma catástrofe, ou um momento de ruptura? A psiquiatria delineou, muitas vezes, uma psicogênese da doença, mas não foi descrito nenhum *healing process* (salutogênese?): é misterioso o tempo da cura, mais do que o do adoecimento. No que se refere a essas questões, não podemos fazer nada além de balbuciar algo.

Paralelamente, nestes últimos anos, tem-se indagado sobre como se defender dos sintomas. A *recovery*, aqui, é vista como independência dos sintomas, ou minimização de seu impacto, uma forma de tentar autogerenciá-los. A experiência de ouvir vozes, por exemplo, é considerada parte integrante de um percurso de normalização (ROMME; ESCHER, 1997). Cabe lembrar, porém, que “a vida apesar dos sintomas” foi um dos grandes ensinamentos trazidos pela desinstitucionalização. As pessoas podiam permanecer na comunidade, levar uma vida normal, exercer o direito de serem atendidas em suas necessidades primárias e relacionais. Por outro lado, não devemos esquecer o quanto a loucura represente uma forma de linguagem e, portanto, uma possibilidade de comunicação, bem como uma mensagem para os demais, que leva a considerar à necessidade de mudança também no contexto familiar e num contexto mais amplo, o social.

Podemos tentar descrever três níveis de *recovery*:

- pessoal, que pode ser “completa”, ou “social”.
- familiar: o envolvimento da família num percurso de mudança de outras pessoas, junto com o “usuário designado”, que implica no reconhecimento de que “o problema dele é, de certa forma, o meu também”. Frequentemente, esse percurso leva a uma importante conscientização sobre aspectos sociais, participativos, comunitários, bem como políticos num sentido amplo.
- comunitária: o reconhecimento do valor da participação, da contribuição no que se refere à integração e não somente à solidariedade que

cada membro de uma comunidade ou de uma sociedade pode dar a quem vivencia ou vivenciou um sofrimento psíquico.

De qualquer forma, a *recovery* não pode ser vista como um percurso somente individual, pois isso subentenderia novamente uma ética de resgate do indivíduo de uma condição, a doença, ainda considerada uma culpa, que não difere muito do significado de reeducação atribuído à reabilitação pela linguagem do poder.

Uma questão totalmente diferente é que contribuição pode ser dada pelas pessoas para mudar as normas e as ideias dominantes sobre saúde e doença. Antes de tudo, é preciso romper onexo entre desabilidade (doença) e estigma. Para as pessoas que sofrem, a cura requer um trabalho que leve à desintrojeção da ideia de desvio e ao abandono do papel de doente.

A reabilitação, no que concerne a leis e recursos, portanto, deve completar a transformação dos percursos que de uma condição de desvantagem social conduzam a uma plena integração.

É preciso compreender qual é a relação entre *recovery* e adaptação a condições invisíveis ou à opressão, que faz “emergir” a loucura. Frequentemente, a cura se expressa em pares antinômicos: aceitar a sociedade ou ser aceito, mudança individual ou familiar, evolução existencial ou “curso da doença” (história natural).

Por que preferimos falar de *recovery* e “emancipação”? Queremos salientar o aspecto de não-liberdade associado à condição de doença como miséria pessoal e social, à perda de direitos e à impossibilidade de acesso aos recursos usufruíveis socialmente, bem como, ao mesmo tempo, o esforço que deve ser realizado para “reconquistar liberdade”.

O SENTIDO E A CRISE

Para nós, é possível afirmar, simplesmente, que o que foi chamado de *recovery* se dá quando a pessoa emerge da doença/da psiquiatria e tem acesso a um mundo intersubjetivo e social.⁴

⁴ É semelhante à personificação de Benedetti (1980), mas esta se refere a um acontecimento dramático que ocorre na relação terapêutica. Outros termos para descrever esse processo, ainda parciais, são: subjetivação, singularização, individualização.

Se a crise foi marcada pelo isolamento, superá-la remete à possibilidade de restabelecer uma comunicação. “A meta final é ser aceito pelos demais, talvez até reconhecendo que o próprio self tem algo em comum com o deles” (TOPOR et al., 1997). Vale lembrar a pedagogia de vida mencionada por Michele Risso: “Derrubar os muros do silêncio, este é o ofício de viver” (INGRAO, 1981). Para quem vivenciou a experiência de receber cuidados num centro de saúde mental posteriormente ao processo de desinstitucionalização, parece que se recuperou um sentido de comunidade, não somente de singularidade (“Me curei quando passei a dizer nós e deixei de dizer eu”).

Na Itália, conforme nossas pesquisas (MEZZINA et al., 2006a, 2006b), o estigma se faz muito menos presente, pois a relação com a psiquiatria não corresponde automaticamente à perda de direitos. A adaptação à realidade, por sua vez, parece mais relacionada com uma espécie de pedagogia voltada para um jogo social, em que é fundamental a capacidade de descodificá-la. “Participar da vida social apesar das limitações”, como afirmam Anthony e Libermann (1986), portanto, pode ser melhor interpretado como re aquisição de um sentido de comunidade ou de “comunalidade”. O paradigma da crise é associado ao paradigma do percurso, humano e existencial, que também é um projeto.

O que a pessoa reconhece, após um certo tempo, do seu sofrimento? Para nós, o nexo entre sentido do self e sentido do sofrimento (AUGÉ; HERZLICH, 1984) é fundamental. Não é possível reconquistar, recuperar o sentido de um self ativo sem aceitar, compreender, relacionar-se com o sentido, pessoal e social, da própria crise (MEZZINA; DELL’ACQUA; IMPAGNATIELLO, 2005; DELL’ACQUA; MEZZINA, 1988).

É possível “aprisionar a loucura num sentido”? A mais severa objeção à essa ideia – filosoficamente fundamentada – foi levantada por Derrida (1990)⁵, quando afirmou que contra a razão só se pode apelar a ela mesma, só se pode protestar dentro dela mesma.

⁵ A tristeza dos loucos, a tristeza interminável de seu silêncio é o fato de que os seus melhores porta-vozes são aqueles que melhor os traem; é o fato de que, quando se quer dizer o seu próprio silêncio, já se passou para o lado do inimigo e para o lado da ordem, mesmo se, na ordem, combate-se contra a ordem e coloca-se em questão a sua origem. [...] é o fato de que não podemos apelar contra ela [a razão] a ninguém menos que a ela mesma, só podemos protestar contra ela dentro dela [...] falar a dificuldade de falar [...] não se pode fazê-lo nem no silêncio inacessível e selvagem da loucura, nem simplesmente na linguagem do carcereiro, ou seja, a da razão clássica, mas na de alguém **para quem** tem um sentido e **a quem** aparece o diálogo, ou a guerra, ou o mal-entendido, ou o enfrentamento, ou o duplo monólogo opondo a razão e a loucura na idade clássica (DERRIDA, 2014, p. 50, 51, 53).

Nós dizemos, simplesmente, que o percurso que levou à loucura é decifrável, não a loucura em si, pois ela está fora do discurso, é exílio. Assim, mais do que à Razão, devemos reconduzi-la “às razões” ou seja, buscar, reconhecer razões humanas (ROTELLI, 1999b). Para os estudiosos de *sensemaking*, os acontecimentos “inconcebíveis” são verdadeiras oportunidades de *sensemaking*. Para nós, o ato extremo, louco é, às vezes, o ato com a máxima concentração de sentido.

Segundo Weick (1995), a criação de sentido é um processo social, baseado na construção de identidade, que ocorre nas relações de poder de uma comunidade histórica, como afirmou Mailloux (1990 apud. WEICK, 1995). A criação de sentido não é uma descoberta, mas sim uma invenção, submetida a uma contínua redefinição no processo de interação social. O sentido deriva da decodificação participada (serviço compreendido como intersubjetividade dos profissionais e dos atores sociais) baseada num reconhecimento comum, associado à atribuição de significados transitórios relacionados a fatos humanos fundamentais aos quais a crise pode ser remetida.

Talvez os aspectos mais “íntimos” de um indivíduo sejam os mais presentes na relação com os outros. Se o sentido é intersubjetivo, a prática em saúde mental corresponde à busca de seus rastros. Recuperar o valor comunicativo “de qualquer forma” existente na loucura é a tentativa de dar um sentido até para o que as palavras não conseguem dizer. Através dessa visibilidade, emerge plenamente o sujeito no horizonte dos serviços de saúde mental.

O PAPEL DOS SERVIÇOS

Os serviços de saúde mental de Trieste, hoje, atuam, certamente, sob uma ótica de (re)construção do self. Embora, muitas vezes, isso acarrete o risco de onipotência terapêutica – que a realidade das práticas clínicas frequentemente frustra –, envidam-se esforços para que, de alguma forma, sejam oferecidas possibilidades de vida, ou melhor, um leque de oportunidades.

O empoderamento, a preservação do poder pessoal e o combate à privação de direitos são vistos como estratégias fundamentais para que as pessoas evoluam no plano existencial.

Os problemas, os nós (familiares, interpessoais, sociais), que se manifestam nos espaços relacionais, mas que envolvem quase sempre as condições materiais de vida das pessoas, são evidenciados mediante uma decodificação realizada com a participação de vários atores (usuários, familiares, serviços) que permite elaborar um projeto terapêutico. Seu objetivo é “colocar a crise novamente em movimento”, pois chegou até nós “congelada”, ou construída como “doença”, através de mecanismos microsociais e institucionais (passar por vários serviços, ou ser mandado de um para outro: a frequente ausência de respostas).

Os cuidados oferecidos podem ser vistos como promoção de mecanismos mais eficazes para lidar com os problemas evidenciados (*coping*), que começaram a ser “focalizados” e enfrentados durante a gestão da crise. Em seguida, porém, é feita uma proposta terapêutica (como re-construção do self), que se baseia na exploração de aspectos de si, bem como dos significados de saúde, mediante a possibilidade de expressão e vivência de papéis sociais na pequena rede que o serviço oferece. Com frequência, isso abre caminho para uma valorização mais consciente de capacidades inexpressas que requerem a participação em percursos expressivos ou de (pré) formação sociocultural.

As atividades relacionadas a aspectos cognitivos e experienciais, em situações de escuta organizada, têm a finalidade, frequentemente, de favorecer a autogestão dos sintomas: compreender, objetivar, fazer emergir elementos positivos (estes aspectos também são desenvolvidos por meio de cursos de informação sobre o sofrimento mental para os usuários). As amplas formas de intervenção do serviço, mais a longo prazo, visam reduzir as “noxas” (o impacto), favorecer os processos de autopromoção e de recuperação, mobilizar recursos de apoio. No que se refere a situações de dependência ou excessiva referencialidade familiar, de encerramento em si mesmo, de caminhos sem saída, as intervenções procuram des-referenciar, redirecionando a experiência de sofrimento para outras experiências relacionais significativas (terapêuticas e não). A oferta de instrumentos para a própria vida, portanto, pretende (re)construir, redefinir os âmbitos de vida

da pessoa, da casa aos demais lugares, da renda ao sentimento de pertencimento social. Tudo isso promove uma maior integração do self.

A fase, ou o aspecto mais puramente reabilitativo que começa de alguma forma imediatamente, pode ser definida como pedagogia: aprender, formar-se, adquirir instrumentos (recursos, saberes) para, depois, chegar a uma verdadeira formação. No mais breve espaço de tempo possível, é preciso que os usuários evitem um percurso separado (ou sejam ajudados a sair dele), que os expõe ao risco de dessocialização e deriva social.

Como dito anteriormente, há um trabalho pessoal, paralelo às intervenções de reabilitação, que requer que se inicie um percurso de forma mais consciente. A questão a ser colocada é se se trata de uma oferta “casual” ou de um percurso, e se o percurso previsto constitui um mapa cognitivo para o usuário, ou seja, não é somente um percurso extrínseco, heterodeterminado. A reabilitação (em Trieste) visa ao fortalecimento da condição de “sujeito” e, portanto, tenta promover o pleno exercício dos direitos de cidadão: combatendo barreiras, fortalecendo recursos pessoais, oferecendo instrumentos e outros “poderes externos”.

O empoderamento (que se refere à capacidade/possibilidade de lidar com recursos e, portanto, em termos psicológicos, de aumentar a própria autoestima) está relacionado ao envolvimento do usuário em seu programa terapêutico e no serviço (controlando e direcionando os cuidados que recebe), à passagem da agregação ao grupo, a uma “pedagogia do poder” (desmascarar, assumir papéis institucionais). Formação e informação são estratégias para o exercício da cidadania, através do grupo ou do próprio serviço como intermediário para esses direitos.

O que pedir aos serviços de saúde para que favoreçam a “recuperação”?

Assunção de riscos, abertura, envolvimento, acessibilidade e flexibilidade, possibilidade de escolha, acesso a oportunidades?

Quão independentes são os percursos de “recuperação” da ajuda profissional?

Quais são os seus sistemas naturais de suporte? Quais são os fatores, pessoais e sociais, que os favorecem?

Os pontos de virada coincidem, frequentemente, com a intervenção do serviço: elaboração do programa terapêutico e assunção de responsabilidade no que se refere aos cuidados das pessoas em sofrimento mental (MARIN; MEZZINA, 2006; MARIN; BON, 2012). Certamente, isso tem ligação com as oportunidades oferecidas e os recursos disponibilizados, mas é possível identificar um verdadeiro valor terapêutico e reabilitativo somente se o serviço conseguir manter e fortalecer o sentido de autodirecionamento/responsabilidade do usuário nesse percurso.

O serviço é orientado para a *recovery* se pode ser “atravessado e se é capaz de fazer propostas”. Um serviço atravessável é um serviço em que o usuário encontra pontos e pessoas de referência, acolhimento humano e participativo, disponibilidade para que não só o seu transtorno mental, mas também seus problemas de vida sejam abordados; um serviço onde as regras institucionais não empobrecem, desvalorizam, contêm e reprimem a pessoa em crise.

O atravessamento do serviço está relacionado com a *recovery*, pois a oferta terapêutica e de recursos instrumentais visa dar estímulos, mas se o usuário não for capaz de percebê-los, eles continuarão sendo algo imposto, extrínseco.

O serviço faz também emergir, dá visibilidade à rede; ajuda a pessoa a perceber que existem várias possibilidades de suporte e que ela está inserida em uma rede. O serviço realiza uma ação de mediação importante para mobilizar formas de apoio e para aproximar a rede, que “é evidenciada” graças a ação de “atração” do centro de saúde mental (CSM). O CSM “catalisa” as demais presenças (os “outros significativos”).

Dessa forma, é preciso compreender a importância de se tomar consciência e/ou assumir responsabilidades: frequentemente, com as intervenções da equipe, a pessoa começa a encarar seu problema, a reconhecê-lo. A partir daí, começa a tornar-se possível o reconhecimento de outras figuras (presenças). Quando entram em ação, essas figuras, por sua vez, “mudam”, assim como os profissionais, no momento em que saem de uma relação institucional e passam a contrapor sua própria subjetividade à instituição e às suas normas.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA

A desinstitucionalização da relação terapêutica está relacionada com a recuperação, por parte do usuário, de um verdadeiro poder de decisão a respeito de sua vida.

Ao se passar da relação de domínio/controlado à relação de assistência, à relação terapêutica, ocorre uma mudança de poderes, “mutuação” em lugar de objetivização, redescoberta da globalidade da pessoa (sujeito) para além das operações do enquadramento psicotecnológico, como realidade pré-categorial à qual se referir.

Na desinstitucionalização, portanto, há uma mudança nas relações de poder: tornam-se centrais os problemas dos usuários, dá-se sentido a seus gestos; “para vê-los”, reduz-se a distância, na relação institucional, entre quem oferece e quem recebe cuidados. Reconsiderar a história e os significados remete ao conceito amplo de “pessoa”, à qual deve-se retornar a percepção do próprio valor, da globalidade de suas necessidades. Para que a subjetividade do usuário emergja, a do profissional também deve entrar em campo e confrontar-se. O projeto terapêutico-reabilitativo nasce, portanto, dentro de uma nova noção de contrato entre o usuário e um “serviço” (literalmente), em que o próprio usuário “toma e utiliza” o que lhe é oferecido, avançando sistematicamente. Nessa interação, que modifica os dois polos da relação, os aspectos relacionados ao sentido são reconhecidos conjuntamente, numa relação de reciprocidade afetiva.

A negociação do serviço com o usuário, presente em todos os momentos da prática, do contato (e do problema do consenso) à definição do programa terapêutico (quanto a lugares, tempos e instrumentos), reconhece-lhe, de fato, um status de poder, pois justamente a partir de suas indicações, de seus desejos, do seu significado de saúde e de suas habilidades sociais, de seus objetivos e necessidades deve ser desenvolvido o programa terapêutico-reabilitativo num serviço “aberto”, para que funcione. A reabilitação está ligada a esse reconhecimento do preciso espaço existencial (e de poder) ocupado pelo usuário na relação com o serviço. Ao longo do tempo, serão inseridos, cada vez mais, novos polos de responsabilidade, como os familiares, que também se tornarão sujeitos que decidem, recursos, limites críticos para as ações terapêuticas. O próprio hábito de descodificar,

de forma participativa – juntamente com os diferentes atores envolvidos nessas situações críticas, continuamente ligadas a fatos da vida da pessoa e às suas causas –, reduz fortemente os aspectos manipulatórios, de jogo relacional, de comportamentos sintomáticos, que, ao contrário, passam a ser interpretados como formas de comunicação associadas a um determinado contexto e, portanto, frequentemente desconstruídas a partir de suas implicações institucionais, ou seja, da relação com os serviços. A este respeito, vale lembrar o ponto de vista de Basaglia (1982a) sobre o acting-out, pois ele o considera afirmação de uma subjetividade antagonista da instituição.

No outro polo dialético da gestão, encontra-se a reinvenção da instituição, ou seja, a oferta de novas realidades (como dissemos anteriormente, num sentido construtivista); para isso, é preciso criar uma interação social complexa, “inventando” novas realidades (oficinas, cooperativas, espaços transicionais voltados para o social em geral). Os caminhos, todavia, são muito diversificados, e as realidades inventadas ainda são escassas. Nisso se insere a utopia do salto no real, como totalidade.

Para nós, é fundamental que o processo reabilitativo se desenvolva numa condição de realidade, visto que a reabilitação deve atuar na globalidade dessa experiência (REDLICH, 1983), ou seja, no campo psicossocial do sujeito, e não num setting fechado, um real-parcial (SARACENO, 1995), em que a compreensão do sujeito se baseie em esquemas, situações, relações de poder rígidas. É importante, justamente, estabelecer condições para oferecer possibilidades abertas às “fantasias do vivente” (MATURANA; VARELA, 1985), teoricamente infinitas, nas quais o indivíduo pode realizar um percurso em que o serviço assume, necessariamente, alguma forma de “risco”. Em síntese, isso parece configurar uma antinomia entre identificação e gestão: por um lado o usuário é uma pessoa “parecida e igual” ao profissional de saúde, portanto, é justo que fique sozinho, que tenha autonomia, que seja responsável, embora, de fato, às vezes o afastemos dessa forma; por outro lado, ele deve receber “cuidados” (exatamente porque o profissional é responsável, deve encarregar-se efetivamente de seus problemas).

Apesar disso, não há dúvidas de que a tentativa de transformar relações de domínio em “relações entre pessoas” (BASAGLIA, 1983) novamente, reduzindo o máximo possível o desnível de poder, acarretou o risco

de anular as dificuldades da pessoa em sofrimento, preso entre a igualdade total ao outro (adequação à norma) e o conflito, a fuga, o afastamento da psiquiatria em suas novas formas de controle.

A partir de certo momento, surgiu a ideia de uma pedagogia num sentido amplo, como parte do tratamento e, posteriormente, da reabilitação. Não se trata de ensinar habilidades específicas; trata-se de contribuir para o desenvolvimento da capacidade de se articular, de aceitar e compreender as diversidades, mas de forma diferente da utilizada pelos modelos psicológicos.

Pedagogia, então, do quê? Do viver, simplesmente (aspecto ideológico)? Para nós, é preciso evitar ênfases onipotentes e voltar à pedagogia da instituição, ou seja, à pedagogia do poder.

O fato de começar a jogar com o poder: nisso se transformou o meu papel pedagógico. Papel que desempenhei tão bem, que todos aprenderam. O problema do poder e a sua pedagogia, obviamente, não era e não é a atribuição vazia de poder, mas sim como conquistá-lo, como mudar as coisas por meio dessa conquista (BASAGLIA apud GALLIO, 1983, p. 29, tradução nossa).⁶

Questionando o poder de objetivização do profissional sobre o doente, com a consequente pedagogia do poder, surge o problema do grau de liberdade da proposta reabilitativa.

É fundamental favorecer o envolvimento dos usuários não só individualmente, mas também coletivamente, nos processos decisoriais, na construção das respostas e das soluções, nos projetos (na empresa social).

Além disso, o paradigma da negociação e o aumento das possibilidades de escolha para o usuário (grau de liberdade contido na oferta) obriga a prescindir de percursos preestabelecidos e graduais da chamada reabilitação baseados na objetivização das habilidades do indivíduo (CIOMPI; DAUWALDER; AGUE, 1987).

⁶ Il fatto di cominciare a giocare col potere: su questo fronte si è spostato il mio ruolo pedagogico. Ruolo che mi è riuscito bene, tant'è che tutti lo hanno imparato. Il problema del potere e la sua pedagogia ovviamente non era ed è non la vuota attribuzione del potere, ma come si conquista, come si cambiano le cose attraverso questa conquista.

Para que emergja o indivíduo, portanto, é preciso que o terapeuta se questione, que questione suas certezas. Dessa forma, é a relação entre quem presta assistência e quem a recebe que precisa ser curada. A este propósito, há que se recuperar o significado do termo “assistência”: observar, orientar, registrar o percurso e, ao mesmo tempo, ajudar, dar suporte. Não agir sobre o sujeito, mas sim com o sujeito. Um papel de “consultor”, não de terapeuta.

Segundo Basaglia (1982b), para enfrentar a doença, temos que fazê-lo fora das instituições, não somente das instituições psiquiátricas, mas de qualquer outra, pois sua função é rotular, codificar e estruturar. Ao mesmo tempo, ele indaga se existe um “fora” em que é possível agir antes que as instituições “nos destruam”, pois a face da doença que conhecemos é sempre “institucional”.

A intersubjetividade do sentido se refere ao “reconhecimento”. É necessário, portanto, que alguém se envolva no processo, subjetivize-se junto com a pessoa que sofre. Para Basaglia, essa “reciprocidade” baseia-se no fato de que o terapeuta é questionado pela pessoa que sofre, assim como esta é questionada pelo terapeuta. Cada um, então, deve ser reconhecido pelo outro.

ESTRATÉGIAS DE EMANCIPAÇÃO

Novas e antigas perguntas ainda emergem das pesquisas sobre a *recovery* (TOOTH; KALYANASUNDARAM; GOVER, 1997; TOPOR et al., 1997): quais são os fatores pessoais e sociais que a favorecem? Quais são os sistemas naturais de suporte? Quão independentes são os percursos de *recovery* da ajuda profissional? Quais características dos serviços facilitam a *recovery*?

A questão principal continua sendo a transformação dos serviços para que sejam realmente “centrados no usuário” (CARLING et al., 1999). A modificação das práticas e das disciplinas não é um trabalho indolor, pois atinge o problema crucial dos poderes, justamente por partir do reconhecimento de que a perspectiva do usuário como sujeito e agente do próprio percurso de integração social e de emancipação é fundamental na reabilitação (sua e de outros, do serviço também).

A ideia de *recovery*, portanto, está potencialmente associada ao conceito de emancipação – de uma condição de dependência, pessoal e social, para uma melhor qualidade de vida e uma participação mais consciente na vida social. A esse respeito, a OMS também reconheceu que a consciência social é um fator importante para o desenvolvimento humano.

Creio que desinstitucionalização, emancipação, inclusão social e cidadania sejam algumas das palavras que devem ser associadas ao termo *recovery*, para dar sentido e qualidade a esse processo. Todavia, temos que indagar sobre a ideia de sociedade e de ser humano que a embasam, senão ela permanecerá dentro do modelo médico de doença (que absolutamente não (me)-nos interessa), ou ligada a um saber considerado bom em si (mas que também é uma ideologia e reflete as contradições da vida social). Da mesma forma, não acreditamos que a *recovery* consista em aprender técnicas pessoais, como um processo de objetivação (reificação) da experiência, assim como rejeitamos a ideia de pessoas excepcionais, gurus ou professores perfeitos; ao contrário, acreditamos na *recovery* de cada pessoa, na verdade pessoal de cada um. Seria muito melhor representar e exprimir, honestamente, os próprios limites pessoais e as contradições presentes num percurso pessoal.

Como a autoajuda e o empoderamento, a *recovery* poderia ser somente uma palavra, a ser usada para criar a ilusão de uma mudança falsa e, portanto, uma ideologia (ou pior, uma religião), enquanto os serviços permanecem fechados em seus paradigmas e em suas práticas.

Este é um risco tangível na Itália, assim como em muitos outros países. Ninguém explica como boas “linhas-guia” baseadas na *recovery* possam transformar os serviços, que são instituições concretamente dominadas por sua lógica interna e por suas estruturas de poder. Uma boa dose de “senso comum”? Escolhas éticas? A única resposta para isso, mais uma vez, é a desinstitucionalização – talvez de forma nova ou diferente e baseada no reconhecimento do poder e da contribuição do usuário.

Busca e produção de sentido e processos de *recovery* são a abcissa e a ordenada das práticas, ao passo que controle (normalização) e emancipação permanecem sendo as polaridades entre as quais o processo de cuidado se desloca. Onde domina a exclusão, o conceito de liberdade torna-se mais

importante do que o de *recovery*, assim como um conceito de cidadania não significa muito onde não há liberdade.

Surge, disso, a necessidade de uma perspectiva transnacional e transcultural da *recovery*. Ela também parece muito prometedora em termos de pesquisa, visto que poderia nos revelar mais sobre as razões sociais para que o índice de cura seja substancialmente mais alto em países da Ásia e da África apesar da absoluta carência de serviços estruturados.

Quais são, então, as “estratégias de emancipação” – de libertação?

Sabe-se que os fatores ou determinantes sociais (MARMOT, 2005) agem num sentido tanto negativo (estigma, exclusão e perda de direitos, perda de papel social), quanto positivo (suporte, papéis sociais válidos, sociabilização, inclusão, cidadania, oportunidades para satisfazer necessidades e exercer direitos).

Os processos de *recovery*, portanto, devem compreender:

- a) combate à exclusão: estigma, *self-advocacy* (defesa dos próprios direitos) e autoajuda, empoderamento – uma posição de defesa e também de reivindicação afirmativa de direitos.
- b) luta pela inclusão: reconstruir redes sociais, trabalho e empoderamento; identidade social; uma vida social como meta; diversão e esporte; valores, relações espirituais, diferenças e identidades culturais.

Esses temas, evidentemente, estão associados à construção de novos tipos de experiências sociais e de vida.

PRÁTICAS DE EXERCÍCIO DE CIDADANIA: A REABILITAÇÃO SOCIOCULTURAL COMO DESENVOLVIMENTO HUMANO

Novas práticas de promoção da saúde devem ser experimentadas corajosamente, como a educação para a paz entre os jovens, mas também intervenções de saúde em situações de sofrimento relacionadas a guerras, conflitos étnicos, repressão política (por exemplo em campos de refugiados, centros de permanência para imigrantes). Os saberes que nascem das intervenções nas redes sociais em que as pessoas estão inseridas em diversos países em desenvolvimento podem revelar-se muito úteis para países de-

envolvidos também, onde a dimensão social é, muitas vezes, transcurada ou vivenciada somente nos microespaços. Segundo Desjarlais et al.(1997), há circularidade na experimentação de novos programas, pois programas comunitários que atuam em questões relacionadas à violência nas ruas de Bogotá podem ser úteis em Boston. Expande-se a conscientização sobre a necessária relação entre programas sensíveis e vinculados à cultura nas sociedades desenvolvidas, bem como sobre a luta pela universalidade do acesso aos serviços de saúde, sem nenhuma forma de discriminação e com mais flexibilidade. A tensão não resolvida entre especificidade (étnica, de gênero, linguística) e universalidade, entre diferença e igualdade, portanto, deve ser novamente considerada um ponto nodal dialético nos serviços de saúde mental.

Se justiça e igualdade social são considerados pré-requisitos para a saúde mental, temos que reconhecer a necessidade de fazer um grande esforço para repropor o direito aos cuidados como direito fundamental, inserido numa questão mais ampla de direitos. Esse foi o objetivo da grande campanha da OMS *Stop Exclusion – Dare to care*, de 2001 e, em 2008, da campanha *Mental Health Gap Action Programme* (WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, 2001, 2008). No documento sobre a primeira campanha, afirma-se a importância dos direitos dos usuários: direito de habitar, apesar das dificuldades, espaços próprios de vida; direito de desempenhar papéis sociais produtivos e ativos no tecido social; reconhecimento das diferenças de gênero, culturais e étnicas. Por outro lado, o conceito de cidadania, por envolver a relação entre Estado e cidadão intermediada pela sociedade civil (JANOVSKY, 1998), que lhe fornece a moldura para conter seus significados, continua sendo um conceito atinente aos sistemas de bem-estar social (ROWE et al., 2001) e aos sistemas de garantia a eles associados. Marshall (apud JANOVSKY, 1998) distinguiu, no conceito de cidadania, os direitos legais, políticos e sociais, revelando que os primeiros, com frequência, não são respeitados no mundo. Embora ainda seja um marco de referência importante, esse conceito deve ser integrado com outras abordagens que partam da verificação do exercício dos direitos fundamentais.

A Carta de Ottawa, da OMS (WHO, 1986), de fato, reafirmou os seguintes direitos fundamentais: paz, habitação, educação, alimentação,

ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social, equidade. Um modelo de saúde com base nesses aspectos deve intervir nas condições ambientais que “produzem” a doença (ONGARO BASAGLIA, 1987).

Bem-estar quer dizer aquisição de maneiras de funcionar (como uma forma de sentir e agir); a capacidade de adquiri-las, por sua vez, quer dizer liberdade (ou seja, oportunidades reais) de alcançar o bem-estar. Para isso, é preciso conduzir um determinado tipo de vida, atingir os próprios objetivos, ter escolhas (SEN, 1992).

Vista em relação a esses conceitos, a cidadania deveria ser interpretada como um processo social que leva a transformações individuais e sociais; não um status, mas sim uma prática caracterizada, essencialmente, pela possibilidade de “exercer os direitos sociais” (DE LEONARDIS, 1990). Corresponde, portanto, a redistribuição de poder, uso e desenvolvimento de capacidades.

A Carta dos direitos do cidadão europeu (com a qual deve harmonizar-se a legislação em saúde mental) parece colocar essas questões em outro nível. Entretanto, a situação atual na Itália, com propostas legislativas que sempre tentaram, sem conseguir, fazer o processo de desinstitucionalização retroceder, sugere máxima prudência, para não considerar definitivas as conquistas dos usuários dos serviços de saúde mental relacionadas aos direitos do cidadão.

Muitas estratégias novas de reabilitação concentram-se no desenvolvimento de capacidades e na criação de oportunidades de acesso ao território e aos direitos do cidadão. Entre elas, citamos a (re)escolarização e todas as iniciativas voltadas para a aculturação e a conscientização (consciência) social do usuário-cidadão.

Ajudar as pessoas também quer dizer fornecer instrumentos culturais, de compreensão e de evolução. Um exemplo disso é o programa inovador de “formação sociocultural”, realizado em Trieste pela primeira vez em 1995, que se articula com outras ações para o desenvolvimento humano oferecidas por estruturas e programas do Departamento de Saúde Mental. Tal programa consiste em per/cursos, organizados em módulos, que abordam vários aspectos da participação social, visando tanto fornecer subsídios para o desenvolvimento de competências sociais e culturais

quanto tornar acessíveis aos usuários percursos individuais no âmbito da pré-formação e da formação, combatendo, assim, trajetórias de dessocialização e de exclusão.

O campo da “re-habilitação sociocultural”, de fato, pode ser definido como reaprendizagem e reutilização de instrumentos de descodificação e interpretação (leitura) da realidade; reaprendizagem e acesso a estratégias de comunicação; desenvolvimento de capacidades para se expressar e para cuidar e ter consciência de si mesmo. Identidade social e de gênero, conhecimento e descoberta do território cultural, social e natural, apropriação de capacidades linguísticas e expressivas, além do uso dos meios de comunicação em experiências de comunicação social são alguns aspectos abordados nesse curso.

Tal estratégia formativa associa oferta de oportunidades (situações, estímulos, instrumentos) ao uso de métodos pedagógicos e didáticos. Tendo como objetivo o envolvimento do usuário como sujeito ativo, trabalha-se para a “promoção da saúde” não somente através da descoberta de habilidades, mas também das próprias expectativas e do significado que isso assume para cada pessoa. O instrumento indispensável para a aprendizagem e para as estratégias comunicativas, que representa “o valor agregado” da participação e do sentido de pertencimento, é o grupo dos participantes do curso “com” os docentes (professores, artistas, especialistas de outras disciplinas, ao lado e, muitas vezes, no lugar de profissionais de saúde mental). O espaço-tempo definido pelo curso prevê um contrato de formação que permite formalizar o percurso, deliberadamente realizado fora dos serviços de saúde mental, em espaços da cidade. Os critérios de acesso não se baseiam no diagnóstico nem em áreas específicas de desabilidade social (embora se registre uma prevalência de usuários que frequentam intensivamente os centros de saúde mental e/ou que recebem cuidados há muito tempo), mas sim na valorização das histórias pessoais e das diferenças. Mais uma vez, trata-se de uma estratégia de envolvimento ampliado que, aliás, influenciou outras experiências na Itália.

O “*CUM-PLEXUS*”⁷ DA REABILITAÇÃO

Afirmamos, anteriormente, que a habilitação (ou re-habilitação) do indivíduo está relacionada com a disponibilidade de trocas (de relações) e se realiza dentro de relações complexas, em muitos níveis, entre o indivíduo (e seu horizonte de sentidos) e o ambiente.

O microcontexto, o habitat social, a rede social devem ser modificados, por exemplo, colocando à disposição recursos, mas também incidindo sobre o mundo dos valores e das normas dos grupos sociais no que se refere ao que ainda pode ser definido como “desvio”.

Ao mesmo tempo, é evidente que para promover uma qualidade de vida adequada por meio de ações que sejam realmente reabilitativas não basta modificar extrinsecamente, mediante recursos apropriados, as condições materiais; é preciso, também, intervir sobre os estilos de vida e a capacidade de usufruir desses recursos. O discurso se amplia novamente do usuário primário, ou designado, ao conjunto de atores sociais envolvidos em cada situação, denominado *utente complessivo* (“usuário-total”).

Trata-se, portanto, de ampliar as capacidades sociais dos usuários no momento em que se busca reestruturar e melhorar sua rede e reunir essas ações numa intervenção de relevância social ampliada.

A desinstitucionalização criou uma cultura e dispositivos operacionais capazes de reunir os recursos dentro de uma ideia de terapêutico que passou de um único “protocolo” indiferenciado para diversos programas personalizados. Esta é uma tentativa de reconduzir o sofrimento psicopatológico ao universo das necessidades diversificadas (muitas vezes mudas, confusas, sem voz), do qual o saber e o poder psiquiátrico, historicamente com Pinel, o haviam retirado para inseri-lo num código. A diferença produz conflito (ONGARO BASAGLIA, 1987), mas como elemento potencialmente gerador de transformações interpessoais/microsociais envolvendo o usuário, o contexto e a rede social a seu redor, que se tornam “usuário-total” de um serviço de saúde mental.

Se a reabilitação é compreendida como restituição, reconstrução de direitos do cidadão, certamente é preciso atuar, antes de tudo, para co-

⁷ Expressão latina que significa complexo, no sentido de “multientrelaçado”. (N. T.).

locar os recursos à disposição dos usuários, mas também para que eles desenvolvam capacidade de lutar pelo acesso a esses recursos, ou seja, promover processos de informação e formação dos usuários (ROTELLI, 1999b) em sua relação com a própria rede social (“o usuário-total”).

Acreditamos que, dessa forma, seja possível superar o binômio habilidade-recursos presente nos modelos de reabilitação psiquiátrica. Para Anthony e Libermann (1986), por exemplo, a aquisição de habilidades mediante práticas (*skills training*) que visam ampliar as competências sociais do indivíduo, ou seja, a sua capacidade de lidar com as situações de vida, deve caminhar paralelamente à ampliação dos recursos ambientais (estratégias de modificação ambiental). Todavia, tais intervenções de suporte ambiental tornam-se objetivos centrais do programa reabilitativo somente se fracassa o trabalho com o indivíduo, que é “inserido”, então, num ambiente protegido (habitacional e ocupacional) onde, frequentemente, as expectativas de recuperação de um modo geral são mantidas num nível baixo. Com isso não concordamos.

Para nós, o dispositivo principal é o serviço de saúde mental territorial. Nele, o suporte social é definido por meio de instrumentos (oferta de recursos) e/ou relações (ir-com, estar-com o usuário) e de uma interpretação dos espaços do centro de saúde mental e dos serviços a ele relacionados como áreas sociais de trocas (DELL’ACQUA; MEZZINA, 1991). Isso levou a utilizá-los como lugares de encontro entre diferentes indivíduos, de entrelaçamento de relações. Com esse sentido, descrevemos os diversos momentos de reaprendizagem e de suporte social.

Conseqüentemente, devemos esforçar-nos para retornar à singularidade das necessidades e dos significados do usuário e à pluralidade representada pelo “usuário-total,” como verdadeiro referencial. A reabilitação não deve “comprimir” o indivíduo em novos esquemas adaptativos, mas sim criar “condições para que surjam possibilidades” para sua expansão, que interagirão com sua realidade micro e macrosocial. Assim como a abertura das portas dos pavilhões do hospital psiquiátrico, uma vez que a relação entre quem oferece e quem recebe cuidados muda, abre-se ao risco e às infinitas possibilidades do real/social.

POR UMA NOVA INCLUSÃO

É necessário passar de instituições a organizações para a saúde com uma visão de “sistema” baseada na vida das pessoas (*whole systems, whole life approach* – sistemas e abordagens globais; *International Mental Health Collaborating Network*⁸), que prevejam um único ponto de acesso (*one-stop-shop*), bem como intervenções domiciliares, de rede e em rede, centradas na pessoa em seu contexto, logo, na sua história e no seu capital social e não no tratamento da doença. É oportuno prever um sistema de opções possíveis que diversifique as respostas e as torne flexíveis e personalizadas.

Não se deve subestimar a elaboração conjunta dos projetos terapêuticos como um processo por si mesmo capaz de produzir efeitos reabilitativos, provavelmente devido ao empoderamento gerado pelo envolvimento ativo e pelo protagonismo dos usuários como sujeitos que decidem sobre seus percursos. A realização de intervenções baseadas em projetos terapêuticos individuais construídos com base nas necessidades, preferências e desejos dos usuários, projetados num cenário social, constitui uma das novidades mundialmente mais importantes no campo da reabilitação e torna-se a base da políticas sanitárias organizadas em orçamentos personalizados para projetos individuais de cuidados em saúde mental.

Entretanto, o que parece realmente decisivo é que a renovação dos sistemas de bem-estar social esteja estreitamente ligada a essas mudanças. Como demonstrou a experiência italiana, não é suficiente criar um sistema de bem-estar social pobre e separado, pois corre-se o risco de criar novos circuitos de marginalização e de miséria assistida. É preciso defender a questão fundamental do acesso total aos direitos do cidadão, em termos de direitos sociais, para as faixas mais vulneráveis que egressam de instituições totais, ou que percorrem as periferias da Europa, às margens dos processos produtivos por sofrimentos psíquicos ou por falta de oportunidades sociais, bem como a questão da igualdade no acesso a esses direitos.

⁸ Disponível em: <<http://www.imhcn.org/>>. Acesso em: 10 out. 2013.

O Livro Verde da União Europeia⁹ (2006) afirmou que é necessário concentrar a atenção nos grupos sociais mais vulneráveis pelas seguintes razões:

- um baixo status social e econômico aumenta a vulnerabilidade para as doenças mentais;
- a perda do trabalho e o desemprego podem reduzir a autoestima e causar depressão;
- os imigrantes e outros grupos marginalizados correm maior risco de desenvolver doenças mentais;
- as ações voltadas para a reinserção de pessoas desempregadas no mercado de trabalho podem revelar-se economicamente vantajosas;
- o apoio aos grupos sociais mais vulneráveis pode melhorar a saúde mental, fortalecer a coesão social e evitar custos sociais e econômicos associados à vulnerabilidade.

No Reino-Unido, um relatório de 2004 sobre a questão da exclusão social evidenciou que indivíduos, ou inteiros territórios, sofrem frequentemente por problemas interligados que ocorrem simultaneamente, como desemprego, escassas capacidades, baixa renda, moradias precárias, alto índice de criminalidade, más condições de saúde e ruptura do núcleo familiar. Salientou, também, que esses problemas se reforçam reciprocamente, criando um círculo vicioso. O tema da inclusão social e das ações afirmativas para desenvolver formas de acesso aos direitos sociais do cidadão, de fato, é o aspecto principal de um programa intersetorial e *cross-government*, ou seja, que envolve vários Ministérios (do Gabinete do primeiro-ministro aos Ministérios da Saúde; do Trabalho e da Previdência Social; do Comércio; da Educação; do Interior; da Economia; e da Defesa), embasado nos conceitos de saúde pública, promoção da saúde mental, programas de promoção da igualdade. Os dois grandes objetivos indicados nesse programa são a ampliação do acesso ao mercado de trabalho por parte das pessoas com sofrimento mental e sua inserção em processos de participação social; objetivos relacionados ao acesso aos serviços de saúde. Estigma e discriminação, inserção no mercado de trabalho, renda míni-

⁹ Trata-se de um pacto de responsabilidade social entre os países europeus.

ma garantida, educação e formação, participação comunitária, fortalecimento das redes sociais, bem como subsídios econômicos diretos são os grandes capítulos desse programa, que envolve organizações de usuários, voluntários e profissionais de saúde. Os principais aspectos que o orientam são: desenvolvimento da força de trabalho, enfrentamento da desigualdade, envolvimento da comunidade, justiça. Reconhecendo a insuficiência das abordagens que personalizam os cuidados e a integração sem criar um impacto no sistema, o programa sugere o estabelecimento de uma parceria entre comunidade e serviços, a construção de capital social através da igualdade de acesso a formas de representação, também na política local, e de participação na vida e nas escolhas dos serviços, além de intervenções ativas que reduzam a estigmatização por meio de ações de relevância social (MORRIS, 2006).

Apesar das muitas dificuldades causadas pela crise, em algumas regiões administrativas da Itália emerge a esperança de que seja desenvolvido um novo sistema de bem-estar social (*welfare-mix*), prevendo formas de mobilização da comunidade e de que, nessa dinâmica de macrosistema, a saúde mental também consiga sair de um papel de subcircuito assistencial separado para promover um acesso pleno a respostas às necessidades dos atores sociais vulneráveis e a uma condição de real cidadania, vista, nessa ótica, como um processo ativo de inclusão (DE LEONARDIS, 1990).

Todos os indicadores de saúde levantados em estudos recentes (sobre o número de pessoas com problemas mentais que mantêm um papel social ativo e produtivo, por exemplo) mostram inequivocavelmente que, apesar de suas contradições, a Itália encontra-se numa situação de qualquer forma muito avançada no que se refere a esses processos. O efetivo fechamento do manicômio e o restabelecimento dos direitos para as pessoas portadoras de sofrimento mental abriram a processos de real integração social, de emancipação e de recuperação. Serviços públicos territoriais abertos 24 horas representam “ampliação e democratização do acesso”, ao contrário da ideia de serviços de classe (privados) baseados no lucro. No que concerne ao trabalho em rede, o terceiro setor (as ONGs) insere-se nessa contradição e pode modificá-la de forma decisiva, propondo modelos de desenvolvimento mais democráticos em saúde mental, em

contraposição ao que ainda resta de uma psiquiatria voltada para o controle social do desvio.

As forças que contribuem para o bem-estar e as possibilidades pessoais são certamente locais, nacionais e internacionais. A coletividade e as redes sociais encontram-se entre a política e a economia, de um lado, e a vida do dia-a-dia, de outro; nesse contexto, protegem alguns e colocam outros em risco. Classe, etnia, sexo, idade são mediadores particularmente poderosos para desviar ou intensificar as consequências de forças sociais mais amplas. Tais forças – os vínculos sociais e suas restrições – que mantêm unida a comunidade são compensadas por um valor do indivíduo ainda ligado ao poder e às classes. Embora possa amortizar crises sociais e pessoais e, eventualmente, proteger indivíduos vulneráveis, uma rede não pode mobilizar recursos que não existem (DESJARLAIS et al., 1997).

Cabe salientar a importância das redes e a necessidade de “construir uma comunidade” como centro da operatividade, ou seja, a capacidade de um serviço de criar redes e relacionar-se com as redes existentes. Das redes primárias, isto é, as redes existentes no tecido social, mediante o trabalho em rede, ao trabalho em rede com os serviços da comunidade, especificamente os serviços sociais, a medicina comunitária, os sistemas de “atenção primária”, que devem imbuir-se de temas relacionados à saúde, projetos de saúde global, nos quais a saúde mental também esteja inserida. Enfim, é preciso construir novas redes, inventar todas as possibilidades de interação com cada indivíduo, grupo social e formas de agregação, cooperação e associação.

REFERÊNCIAS

ANTHONY, W. A.; LIBERMANN R. P. The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin*, v. 12, n. 4, p. 542-559, 1986.

AUGÉ, M.; HERZLICH, C. *Le sense du mal*. Editions des Archives Contemporaines. Paris: Éditions des Archives Contemporaines, 1984.

BASAGLIA, F. La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione. In: _____. *Scritti I, 1953-1968*. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia. Torino: Einaudi, 1982a. p. 249-258.

_____. Il problema della gestione. In: _____. *Scritti I, 1953-1968*. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia. Torino: Einaudi, 1982b. p. 512-521.

_____. Lezione-conversazione con gli infermieri. In: GALLIO, G.; GIANNI-CHEDDA, M. G.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. *La libertà è terapeutica? L'esperienza psichiatrica di Trieste*. Milano: Feltrinelli, 1983. p. 41-47.

BASAGLIA, F.; ONGARO BASAGLIA, F.; PIRELLA, A.; TAVERNA, S. *La nave che affonda*. Milano: Cortina, 2008.

BENEDETTI, G. *Alienazione e personazione nella psicoterapia della malattia mentale*. Torino: Einaudi, 1980.

CARLING, P.; ALLOTT, P.; SMITH, M.; COLEMAN, R. Helping to Articulate the Direction of the Mental Health System of the Future. Directional paper 3: Principles of recovery. *International Mental Health Network*, for the West Midlands Partnership for Mental Health, 1999.

CIOMPI, L.; DAUWALDER, H. P.; AGUE, C. Un programma di ricerca sulla riabilitazione del malato psichiatrico. *Psicoterapia e scienze umane*. v. 21, n. 4, p. 47-64, 1987.

DE GIROLAMO, G.; BARBATO, A.; BRACCO, R. et al. Characteristics and activities of acute psychiatric in-patient facilities: national survey in Italy. *British Journal of Psychiatry*, v. 191, n. 2, p. 170-177, Aug. 2007.

DE LEONARDIS, O. *Il terzo escluso*. Le istituzioni come vincoli e risorse. Milano: Feltrinelli, 1990.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Risposta alla crisi. *Per la Salute Mentale*, n.1, p.3-23, 1988.

_____. 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 PSICO-SOCIALE (SIRP), 2, 1990, L'Aquila. *Riabilitazione Psicosociale in Psichiatria*. Napoli: Idelson, 1991. p. 381-398.

DERRIDA, J. Cogito e storia della follia. In: _____. *La scrittura e la differenza*. Trad. Gianni Pozzi. Torino: Einaudi, 1990. p. 39-79.

_____. Cogito e história da loucura. In: *A Escritura e a Diferença*. Trad. Maria Beatriz Marques Nizza da Silva, Pedro Leite Lopes e Pérola de Carvalho. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 2014. p. 43-90. (Estudos 271).

DESJARLAIS, R.; EISENBERG, L.; GOOD, B.; KLEINMANN, A. *World mental health. Problems and priorities in low-income countries*. Oxford: Oxford University Press, 1997.

DRAKE, R.; BOND, G. IPS Supported Employment: a 20-Year Update. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, v. 14, n. 3, p. 155–164, 2011.

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).

_____. La memoria del manicomio. In: GALLIO, G.; GIANNICCHEDDA, M. G.; LEONARDIS, O. De; MAURI, D. *La libertà è terapeutica?* Milano: Feltrinelli, 1983. p. 17-60.

GALLIO, G.; GIANNICCHEDDA, M. G. Note per la lettura del modulo organizzativo dei servizi psichiatrici a Trieste. In: CREPET, P.; DE SALVIA, D. (a cura di). *Psichiatria senza manicomio*. Milano: Feltrinelli, 1982.

INGRAO, P. Abbattere i muri del silenzio, ecco il mestiere di vivere – Cosa ci ha insegnato Michele Risso. *L'Unità*, Roma, 05 giugno 1981.

JANOVSKY, T. *Citizenship and civil society: a framework of rights and obligations in liberal, traditional, and social democratic regimes*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

MARIN, I.; MEZZINA, R. Percorsi soggettivi di guarigione. Studio pilota sui fattori di recovery in salute mentale. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, v. 130, n. 1, p. 129-152, 2006.

MARMOT, M. Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, v. 365, n. 9464, p. 1099–1104, 2005.

MATURANA, V.; VARELA, F. J. *Autopoiesi e cognizione*. Venezia: Marsilio, 1985.

MEZZINA, R. Che cos'è guarigione? L'oggetto oscuro della nostra (e vostra) ricerca. In: MARIN, I.; BON, S. *Guarire si può*. Persone e disturbo mentale. Merano: Alfabeta Verlag, 2012. p. 7-23. (180 – Archivio Critico della Salute).

MEZZINA, R.; DELL'ACQUA, G.; IMPAGNATIELLO, M. La soggettività e l'intervento – il senso della crisi all'intersezione col servizio. In: MEZZINA, R. (a cura di). *Crisi e sistemi sanitari*. Una ricerca italiana. Trieste: Asterios, 2005. p. 191-215.

MEZZINA, R.; DAVIDSON, L.; BORG, M.; MARIN, I.; TOPOR, A.; SELLS, D. The social nature of recovery: discussion and implications for practice. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, v. 9, n. 1, p. 63-80, Jan./Apr. 2006a. Special Issue: Process and Contexts of Recovery, Part II.

MEZZINA, R.; BORG, M.; MARIN, I; SELLS, D.; TOPOR, A.; DAVIDSON, L. From participation to citizenship: how to regain a role, a status, and a life in the process of recovery. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, v. 9, n. 1, p. 39-61. Jan./Apr. 2006b. Special Issue: Process and Contexts of Recovery, Part II.

MORRIS, D. *National Social Inclusion Programme*. 2006. Disponível em: <<http://www.scie.org.uk/news/events/previousevents/leadershipsymposium07/davidmorris.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2013.

ONGARO BASAGLIA, F. Tutela, diritti e diseguaglianza dei bisogni. In GIANNICHEDDA, M. G; ONGARO BASAGLIA, F. *Psichiatria, tossicodipendenze, perizia*. Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio. Milano: Franco Angeli, 1987.

REDLICH, F. Medical Rehabilitation and psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Annals*, v. 13, n. 7, 1983.

ROMME, M.; ESCHER, S. *Accettare le voci*. Le allucinazioni uditive: capirle e conviverci. Milano: Giuffrè, 1997.

ROTELLI, F. Per un'impresa sociale. In: _____. *Per la normalità*. Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma. 2. ed. Trieste: Asterios, 1999a. p. 75-84.

_____. Ri-abilitare la ri-abilitazione. In: _____. *Per la normalità*. Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma. 2. ed. Trieste: Asterios, 1999b. p. 103-113.

_____. I soggetti: narrarli? In: _____. *Per la normalità*. Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma. 2. ed. Trieste: Asterios, 1999c. p. 161-163.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Deinstitutionalization: a different path. The Italian mental health reform. *Health promotion*, Cambridge, v. 1, n. 2, p. 151-165, 1986.

ROWE, M.; KLOOS, B.; CHINMAN, M.; DAVIDSON, L.; CROSS, A. B. Homelessness, mental illness and citizenship. *Social Policy and Administration*, v. 35, n. 1, p.14-31, Mar. 2001.

SARACENO, B. *La fine dell'intrattenimento*. Manuale di riabilitazione psichiatrica. Milano: Etaslibri; 1995.

SEN, A. *Inequality reexamined*. Oxford: Oxford University Press, 1992.

TOOTH, B. A.; KALYANASUNDARAM, V.; GOVER, H. *Recovery from schizophrenia: a consumer perspective*. 1997. Preprint.

TOPOR, A. et al. *Recovery from severe mental disorders*. A study of turning points. 1997. Preprint.

WEICK, K. *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Declaration of Human Rights*. Ottawa, 1986. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en>>. Acesso em: 10 out. 2013.

_____. *Stop exclusion – Dare to care*. World Health Day. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva, 2001. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/en/389.pdf>. Acesso em: 10 out. 2013.

_____. *Mental Health GAP Action Programme*. 2008. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/mhgap/en>. Acesso em: 10 out. 2013.

BIBLIOGRAFIA SELECIONADA

MEZZINA, R. et al. *Crisi psichiatrica e sistemi sanitari*. Una ricerca italiana. Trieste: Asterios, 2005.

MEZZINA, R. Paradigm shift in psychiatry: process and outcomes. In: RAMON, S.; WILLIAMS, J. E. *Mental health at the crossroads*. The promise of psychosocial approach. Aldershot: Ashgate, 2005.

MEZZINA, R. Process and contexts of recovery, part I and part II. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. Special issues: v.8, n.3, 2005; v. 9, n.1, 2006.

MEZZINA, R. International trends in community mental health services. In: MCQUISTION, H. L.; SOWERS, W. E.; RANZ, J. M.; FELDMAN, J. M. (Ed.). *Handbook of community psychiatry*. New York: Springer, 2012.

MEZZINA, R.; DELL'ACQUA, G. *Il folle gesto*. Perizia psichiatrica, manicomio giudiziario, carcere, nella pratica dei servizi di salute mentale a Trieste (1978-1988). Roma: Sapere, 2000.

MEZZINA, R.; TORESINI, L. (a cura di). *Oltre i muri / Beyond the walls*. La deistituzionalizzazione nelle migliori pratiche europee di salute mentale. Merano: Alfabeta, 2010.

