

*MARIA FERNANDA DE SILVIO NICÁCIO*

*UTOPIA DA REALIDADE:  
CONTRIBUIÇÕES DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PARA A  
INVENÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL*

*CAMPINAS*

*2003*

**MARIA FERNANDA DE SILVIO NICÁCIO**

**UTOPIA DA REALIDADE:  
CONTRIBUIÇÕES DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PARA A  
INVENÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL**

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação  
da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade  
Estadual de Campinas para obtenção do título de  
Doutor em Saúde Coletiva.*

***Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos***

**CAMPINAS**

**2003**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

N512u Nicácio, Maria Fernanda de Silvio  
Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização  
para a invenção de serviços de saúde mental / Maria Fernanda  
de Silvio Nicácio. Campinas, SP : [s.n.], 2003.

Orientador : Gastão Wagner de Souza Campos  
Tese ( Doutorado) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde Mental. 2. Desinstitucionalização. 3. \*Reforma  
dos serviços de saúde. 4. \*Serviços comunitários de saúde  
mental. I. Gastão Wagner de Souza Campos. II. Universidade  
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III.  
Título.

## **DEDICATÓRIA**

*Para meus pais que com tanta sabedoria para lidar com as vicissitudes da vida me ensinaram que sempre é possível transformar a realidade.*

*Para Pedro, companheiro de tantas e tantas caminhadas e para meu querido filho Lucas, que com tanta sabedoria e tanto afeto, tanto me ajudaram neste trabalho. Amores da vida.*

*Para minha irmã amiga Silvia, memória do passado, presente da vida presente, tão presente neste trabalho.*

*Para Lourdes, que dizia que no manicômio, “agente vive só de pulso”.*

*Para Manuel, que ia de cidade em cidade buscando um lugar e, mesmo sem encontrar lugar em sua morada, encontrava tantos jeitos de trocar afeto.*

*Para Jacaré, guerreiro contra todas as opressões, músico da vida.*

*“Paratodos” do NAPS, com quem vivi alguns dos dias mais belos.*

*Para sempre: para o mestre e amigo David Capistrano da Costa Filho: uma infinda saudade... (in memoriam).*

## *AGRADECIMENTOS*

---

Aos “cari amici e amiche” de além-mar que fazem o Atlântico parecer pequeno, em especial a: Giancarlo, Pasquale, Boris, Spessotti, Antonella, Pierpaolo, Ernesto, Reali, Giovanna, Diana, Ota, Maurizio, Peppe, Mario, Maria Grazia, Franca, Benedetto, que me ensinaram a invenção de novas realidades. Agradecimentos mais que especiais a Claudia, Pasquale e Giancarlo que, tantas vezes, encontraram as palavras certas para melhor traduzir uma expressão, buscaram e enviaram livros que, como as mensagens em garrafas que atravessam o mar, traziam a riqueza da presença. Ao caro mestre e amigo Rotelli.

A todos da experiência santista de saúde e saúde mental que no “fazejamento” inventavam a saúde como produção de vida. *Paratodos*, do NAPS, que, ao caminhar, ousaram inventar caminhos.

Às colegas do Curso de Terapia Ocupacional, pela possibilidade de realização deste trabalho e, sobretudo, pela corajosa construção da Terapia Ocupacional em diálogo com o outro. À Bete Lima, pelas tantas conversas e trabalhos conjuntos nesse ano dos doutorados. Aos discentes, pelas tantas indagações e afetos. À secretária Raquel, presença amiga, memória para lembrar tudo que poderia ser esquecido.

Aos amigos e amigas do movimento “Por uma sociedade sem manicômios”, em especial ao Geraldo que, com tanta sabedoria, inventa, a cada dia, a paternidade-fraternidade.

À Fátima, Marta, Denise, Bia, Fefe, Paulo, Marta de Souza, Miriam, Ana Marta, Rose, Marcus, Sandra, Jonas, Domingos, Suzana, Izabel, Tânia, Bernadete, Décio, Fernando, Pedro, Sônia, Ana Luíza, Márcia, Lumena, Florianita, Haydée, Cláudio, Lídia, nas diversas amizades, encontros e afetos que marcam a vida.

À Stella, amiga de tantos anos, por todos os caminhos que temos trilhado e compartilhado.

À Bete, amiga de tantos anos que, com especial carinho e singular dedicação, leu os escritos finais, presença e voz afetivas que possibilitavam continuar escrevendo.

Ao Tyka, amigo de tantos anos, por tudo o que compartilhamos nas tantas conversas, em suas palavras “conversações”: bellas conversações, “o pensamento parece uma coisa à toa, mas como é que a gente voa quando começa a pensar”.

À Silvana e Esther pela valiosa colaboração e dedicação no trabalho de revisão técnica.

À Leo, solidária e precisa em todas as informações, sem a qual, certamente, os emaranhados de papéis e formulários não se tornariam simples.

Ao meu orientador Gastão, por todos os ensinamentos para a invenção de novos modos de pensar e agir em saúde e, com ousadia, defender a vida e a liberdade. Em especial, pelo apoio nas tantas horas incertas, por sua sabedoria em compartilhar as mudanças de caminhos que se produzem na tese, por sua singular possibilidade para compreender como os tempos são singulares nas tantas vezes em que eu dizia: “Tempo, tempo, tempo”.

A todos com os quais pude compartilhar os caminhos que se produzem ao caminhar com a tese e na tese. Em especial a Silvia, Cláudia, Tyka, Bete e Gastão, pelas sabedorias diversas no pensar as loucuras e pelo afeto nas tantas loucuras do pensar desse caminhar, sem os quais, certamente, esta tese não seria concluída.

	<b>PÁG.</b>
<b>RESUMO</b> .....	<i>xvii</i>
<b>ABSTRACT</b> .....	<i>xxi</i>
<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	25
<b>CAPÍTULO 1- O DESAFIO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA</b> .....	33
1.1- Itinerários de um processo de transformação.....	35
1.2- A produção de novas proposições no campo técnico-assistencial.....	47
<b>CAPÍTULO 2 – NOVOS MODOS DE PENSAR E AGIR EM SAÚDE</b> .....	71
2.1- Modelos de atenção em saúde para a produção da vida.....	73
<b>CAPÍTULO 3- DESINSTITUCIONALIZAÇÃO</b> .....	85
3.1- Desinstitucionalização, uma outra via.....	90
3.2- A descoberta da liberdade.....	103
3.3- O encontro com a pessoa internada.....	119
3.4- A escola do manicômio.....	131
3.5- A liberdade é terapêutica.....	143
<b>CAPÍTULO 4 – A PRODUÇÃO DE UMA NOVA REALIDADE</b> .....	155
4.1- As novas instituições na experiência santista de saúde mental.....	157
4.2- Caminhos se fazem caminhando: o NAPS da Zona Noroeste.....	162
<b>5- FINALIZANDO</b> .....	201
<b>6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	205

## *LISTA DE ABREVIATURAS*

---

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
COSAM	Coordenadoria de Saúde Mental do Ministério da Saúde
MNLA	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PAD	Programa de Apoio à Desospitalização
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SEHIG	Secretaria de Higiene e Saúde de Santos
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TSO	Tratamento Sanitário Obrigatório
WHO	World Health Organization

***RESUMO***

Nas duas últimas décadas, o campo da atenção psiquiátrica no Brasil tem sido marcado por um processo de críticas e de propostas de transformação denominado reforma psiquiátrica. No final dos anos 1980, a insígnia “Por uma sociedade sem manicômios”, formulada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, produziu uma ruptura com os marcos conceituais e as estratégias políticas e operativas até então delineados e abriu um novo campo de possibilidades e de desafios éticos, teóricos, sociais, institucionais e jurídicos.

Na década de 1990, a afirmação dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e a superação do modelo asilar foram definidas com as principais diretrizes para o processo de reforma e para a implementação da política nacional de saúde mental, engendrando mudanças significativas nas dimensões assistencial, legislativa e sociocultural. Atualmente, não obstante a difusão das proposições da reforma e a produção de um amplo conjunto de iniciativas, o panorama nacional evidencia a centralidade do modelo asilar e o movimento instituinte de criação de novos serviços e experiências. A produção de projetos locais e de serviços substitutivos, em particular de serviços de atenção psicossocial, configura-se, portanto, como um dos principais desafios da reforma psiquiátrica no contexto do Sistema Único de Saúde.

O presente trabalho tem por objetivo investigar o processo de construção do Núcleo de Atenção Psicossocial da Zona Noroeste (NAPS) no contexto da experiência de saúde mental desenvolvida no município de Santos no período de 1989 a 1996, a partir das fontes documentais, da produção bibliográfica, de pesquisa realizada anteriormente e de diários de campo.

À luz do referencial teórico da desinstitucionalização e em diálogo com as proposições de transformação dos modos de pensar e agir em saúde coletiva, busca elaborar e refletir sobre as principais temáticas para a produção do NAPS em seu fazer-se cotidiano como serviço aberto, territorial, 24 horas e substitutivo, problematizando as inovações e as contradições identificadas nesse processo. Busca, ainda, apresentar e discutir que o saber crítico construído nas práticas de transformação da realidade das experiências de Gorizia e Trieste expressa e propõe uma diferente perspectiva ética, teórica e política para compreender a questão da loucura e as relações produzidas no contexto social. Nesse sentido, possibilita

uma nova forma de pensar a invenção de serviços substitutivos, inscrevendo-a no complexo processo de desconstrução de saberes, instituições, valores e cultura.

*Compreendendo os serviços substitutivos como instituições da desinstitucionalização, discute que os serviços tornam-se substitutivos na invenção de uma nova realidade que possibilite a criação de novos diálogos com a complexidade da existência-sofrimento, de itinerários de exercício de direitos e de um novo lugar social para a experiência da loucura.*

***ABSTRACT***

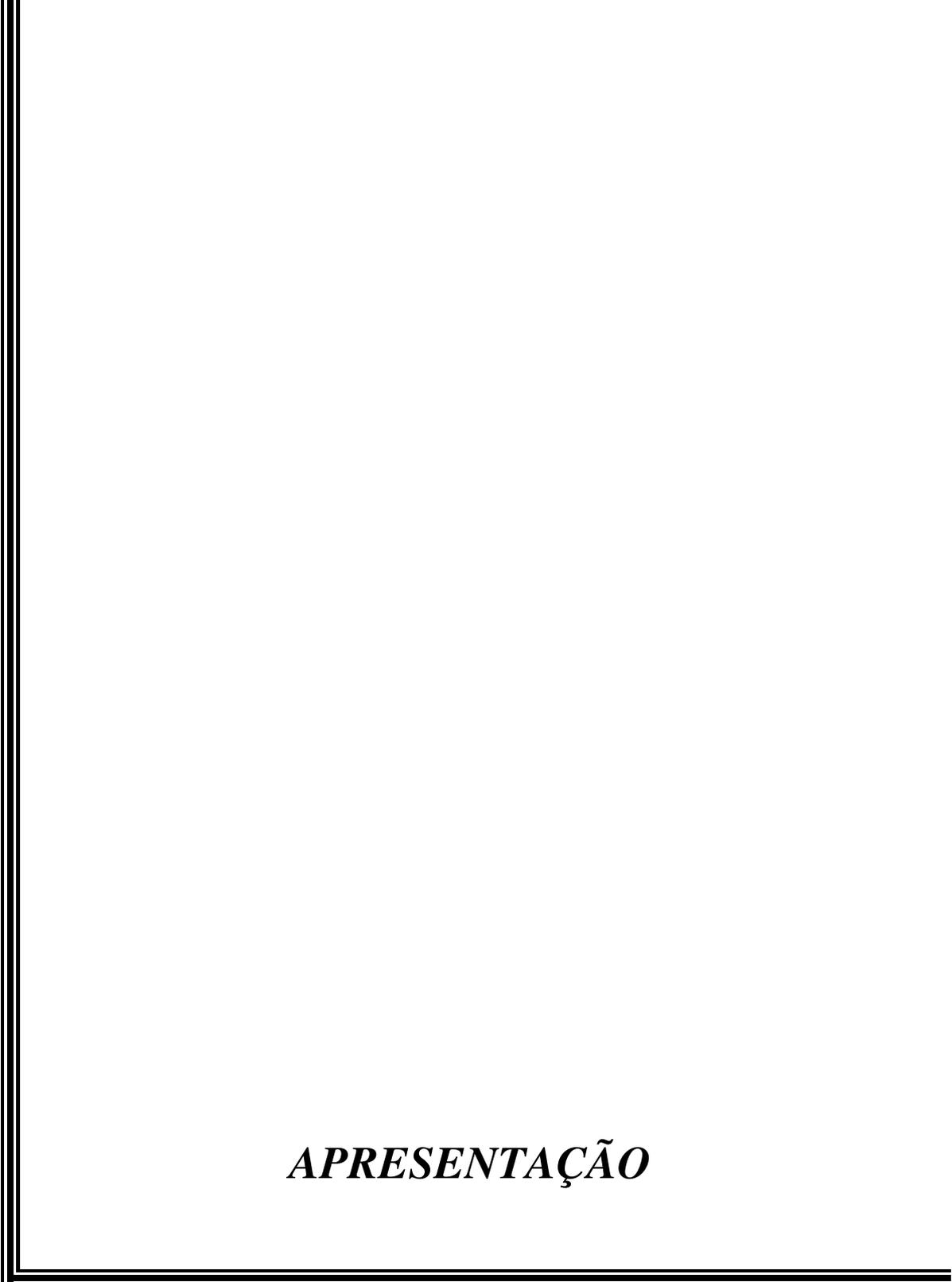
In the last two decades psychiatric care in Brazil has gone through a process of criticisms and proposals of change known as psychiatric reform. By the end of 1980s, under the emblem “For a society without mental asylums”, devised by the Mental Health Workers’ Movement, there was a fracture of existing conceptual milestones and political and functioning strategies, giving rise to a new scope of possibilities and ethical, theoretical, social, institutional and legal challenges.

In 1990s, the assertion of citizenship rights of individuals with mental health disorders and removal of the asylum model were the main guidelines in the reform process for implementing a national mental health policy that will encompass major changes in care, legislation and social and cultural spheres. Despite the dissemination of reform proposals and a wide range of initiatives, there is today in the national scenario a centralized asylum model and an organized movement for new services and experiences. Thus, the creation of local projects and replacement services, especially psychosocial care services, is one of the major challenges of psychiatric reform in the context of the Unified Health System in Brazil.

The present study has the purpose of investigating the process of building up the Northwestern Psychosocial Care Unit (NAPS) given the mental health experience gained in the municipality of Santos for the period between 1989 and 1996, based on documentation, bibliography, prior studies, and field reports.

On the grounds of theoretical referential of deinstitutionalization and exchange of ideas on proposals of changing the way of thinking and acting in collective health, it seeks to build on and reflect on major subjects for the creation of NAPS’s routine as an open, 24-hour, community-based replacement service, and questioning the process’ breakthroughs and contradictions. Moreover, it introduces and discusses the critical knowledge built on practices of reality changes from Gorizia and Trieste’s experiences, expressing and proposing a different ethical, theoretical, and political viewpoint to understanding madness and its relationships in the social context. It allows therefore for a new way of thinking the creation of replacement services and inserting it into the complex process of deconstructing knowledge, institutions, values, and cultural issues.

Regarding psychosocial care services as *institutions of deinstitutionalization*, it is reasoned that services become replacements in the *creation of a new reality* allowing for the creation of new exchange of ideas with the complexity of *existence-suffering*, ways of exercising one's own rights and a new social setting for madness experience.



# *APRESENTAÇÃO*

A temática da produção de políticas públicas, projetos e serviços de atenção em saúde mental que visem à superação do asilamento psiquiátrico apresenta-se como uma das questões centrais nos percursos de reforma e/ou reestruturação da assistência psiquiátrica desenvolvidos em diversos países, gerando intensos debates teóricos e políticos que articulam diferentes saberes e mobilizam atores sociais distintos.

No Brasil, nas últimas duas décadas, o campo da atenção psiquiátrica tem sido marcado por um processo de críticas e de elaboração de proposições de transformação denominado reforma psiquiátrica. No final dos anos 1980, a insígnia “Por uma sociedade sem manicômios”, formulada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, produziu uma ruptura com os marcos conceituais e as estratégias políticas e operativas até então delineados e abriu um novo campo de possibilidades e de desafios éticos, teóricos, sociais, institucionais e jurídicos.

Na década de 1990, a afirmação dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e a superação do modelo asilar foram definidas como as principais diretrizes para o processo de reforma psiquiátrica e para a implementação da política nacional de saúde mental, engendrando mudanças significativas nas dimensões assistencial, legislativa e sociocultural.

No campo da atenção em saúde mental, diversas experiências vêm buscando transformar o modelo asilar, criando novos serviços, projetos e ações, construindo os direitos das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico e produzindo novas respostas à complexidade e à multidimensionalidade das necessidades que emergiram com a ruptura da tutela asilar. Experiências singulares, inscritas nas realidades locais e nas possibilidades e impasses da implementação das políticas públicas em geral e do Sistema Único de Saúde (SUS) em particular.

Atualmente, não obstante a difusão das proposições da reforma psiquiátrica e a produção de um amplo conjunto de iniciativas, o panorama nacional é heterogêneo e evidencia a centralidade do modelo asilar e o movimento instituinte de criação de novos serviços e projetos locais.

A implementação dos serviços de atenção psicossocial, anteriormente inexistentes, tem sido mais expressiva que a dos denominados serviços residenciais terapêuticos ou, ainda, dos projetos de transformação de hospitais psiquiátricos e dos programas e ações de saúde mental na atenção básica. A produção de tais serviços é uma significativa expressão da reforma, embora seja insuficiente do ponto de vista das necessidades da demanda. Nesse contexto, a criação de serviços de atenção psicossocial 24 horas é ainda menos expressiva no cenário nacional.

Os novos serviços não necessariamente encontram-se inseridos em políticas de saúde mental pautadas nas diretrizes da reforma, sendo freqüente sua presença e ação ao lado e em paralelo aos hospitais psiquiátricos. Observa-se, em diversas experiências municipais, a tendência para configurar os serviços de atenção psicossocial - nomeados de diferentes formas - como a base das novas redes de atenção em saúde mental que, dessa forma, podem ocupar um lugar estratégico na reforma psiquiátrica.

Os projetos locais e os serviços substitutivos encontram-se em construção, e seu fortalecimento e ampliação constituem um dos principais desafios para a efetivação da reforma psiquiátrica no contexto do SUS. É interessante observar que as denominações *novos* modelos, *novos* serviços são correntemente utilizadas na área. O adjetivo *novo* parece indicar a perspectiva contra-hegemônica dessas práticas, a recusa da institucionalização e seu constante devir. Ao mesmo tempo, revela o campo de incertezas no qual se move, sua condição de não-dado, o desafio da transformação em curso.

Diferente de uma compreensão de simples modernização do circuito assistencial ou de um mero deslocamento do *locus* de intervenção, a produção de serviços efetivamente substitutivos implica um complexo desafio de transformar saberes, práticas e culturas profundamente enraizados. Como em todos os processos de transformação, corre-se o risco de reproduzir as formas de pensar e agir do modelo asilar, de atualizar o plano discursivo mantendo inalterada a realidade.

É nesse campo de reflexões que se situa o presente trabalho, que tem por objetivo investigar o processo de construção do Núcleo de Atenção Psicossocial da Zona Noroeste (NAPS) no contexto da experiência de saúde mental desenvolvida no município

de Santos no período de 1989 a 1996, a partir das fontes documentais, da produção bibliográfica, de pesquisa realizada anteriormente e de diários de campo.

À luz do referencial teórico da desinstitucionalização e em diálogo com as proposições de transformação dos modos de pensar e agir em saúde coletiva, busca elaborar e refletir sobre as principais temáticas para a produção do NAPS em seu fazer-se cotidiano como serviço aberto, territorial, 24 horas e substitutivo, problematizando as inovações e as contradições identificadas nesse processo. Tomando como referência os principais autores da desinstitucionalização, busca, ainda, apresentar e discutir que o saber crítico construído nas práticas de transformação da realidade das experiências de Gorizia e Trieste expressa e propõe uma diferente perspectiva ética, teórica e política para compreender a questão da loucura e as relações produzidas no contexto social. Nesse sentido, possibilita uma nova forma de pensar a invenção de serviços substitutivos inscrevendo-a no complexo processo de desconstrução de saberes, instituições, valores e cultura.

A busca de novas formas de perceber, pensar e interagir com a experiência da loucura é central nos caminhos que tenho trilhado. No final da década de 1980, tive a oportunidade de participar da construção do NAPS e da experiência santista no contexto das atividades de docência desenvolvidas no Curso de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. Inicialmente, participei de projetos no Anchieta e supervisionei a equipe do NAPS. Em 1990, assumi a coordenação desse serviço e, no último ano da experiência santista, a partir de abril de 1996, a coordenação do programa de saúde mental. Supervisionei estágios de alunos de graduação de terapia ocupacional, participei das equipes de coordenação e ministrei aulas em cursos de formação para auxiliares de enfermagem, de aperfeiçoamento e de especialização realizados naquele período.

Atora/autora implicada no projeto santista, desenvolvi a pesquisa de campo da dissertação de mestrado, na qual estudei o processo de transformação da saúde mental durante o período de 1989 ao início de 1994. Nesse estudo, discuti essa experiência como *processo social complexo* que, a partir da desmontagem do manicômio, projetou a construção da saúde mental como território de cidadania, emancipação e reprodução social. O enfoque fundamental foi a compreensão dos conceitos, estratégias e contradições que emergiram na prática de superação progressiva do manicômio e sua substituição por uma

rede de núcleos de atenção psicossocial, estruturas de suporte social e projetos de intervenção cultural.

O período estudado coincide quase que integralmente com a primeira gestão municipal democrático-popular. Na experiência de saúde mental, esse período correspondeu ao processo de desconstrução do Anchieta e ao início da produção das novas instituições, inclusive do NAPS da Zona Noroeste. Em outras palavras, era do laboratório do “Anchieta sob intervenção” que as instituições eram projetadas e construídas, era do manicômio e de seu processo de transformação que as mensagens culturais eram produzidas e emitidas. Os anos que se seguiram configuraram um novo momento da experiência santista e do NAPS: o Anchieta foi definitivamente fechado em 1994, e a rede no território tornava-se o centro, isto é, a complexa rede de saberes, práticas e mensagens produzidos nos novos serviços e projetos assumia o desafio de possibilitar a ausência do manicômio, compreendida como “ausência institucional, conceitual e sociocultural”.

A produção do NAPS foi um projeto e uma prática coletiva, construída cotidianamente por tantas pessoas, ao longo de oito anos. O NAPS, certamente, oferece a possibilidade de múltiplas leituras, desdobramentos, modos de compreensão, conflitos e conteúdos aqui não abordados. O olhar está implicado ao conjunto de experiências que vivenciei e às perspectivas que os lugares possibilitavam perceber e construir. Por outro lado, o curso dos anos e a elaboração deste trabalho significaram, também, revisitar a experiência santista e a do NAPS. Os estudos desenvolvidos, a participação nos percursos da reforma psiquiátrica e do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial e, sobretudo, os diálogos com os participantes das práticas em curso, em particular do projeto de saúde mental de Santo André, do Programa de Integração Docente-Assistencial em Saúde Mental/USP-SES/SP Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira e da experiência de Campinas constroem um novo universo de conhecimentos e de indagações.

As vias de reflexão sobre as propostas inovadoras convidam a trilhar diversos caminhos. Dentre as diferentes possibilidades, o desafio deste trabalho voltou-se para o aprofundamento da reflexão teórica sobre a produção de um serviço de atenção psicossocial 24 horas no contexto da reforma psiquiátrica e do SUS, requerendo combinar a pesquisa teórica e a reflexão sobre uma experiência prática.

Nesse processo, torna-se fundamental, inicialmente, situar a produção dos novos serviços de saúde mental no contexto do processo de reforma psiquiátrica. No Capítulo 1, abordamos esse processo, enfocando, sobretudo, algumas das principais proposições produzidas no campo técnico-assistencial no período de 1990 a 2000.

Compondo a construção do quadro de referência, discutimos, no Capítulo 2, algumas das noções e conceitos do campo da saúde coletiva para a reforma do sistema público de saúde e dos modos de pensar e agir em saúde, abordando, em particular, o conceito de modelo de atenção em saúde.

Esta investigação exigia mergulhar em um trabalho teórico de aprofundamento e sistematização das contribuições dos principais autores da desinstitucionalização. No Capítulo 3, apresentamos e discutimos, inicialmente, a contextualização da produção e do significado de desinstitucionalização construído na experiência italiana de transformação da instituição psiquiátrica, diferenciando-o tanto da psiquiatria reformada como da desospitalização. Tomando como referência as experiências de Gorizia e de Trieste, buscou-se compreender os principais conceitos e os conteúdos significativos e, sobretudo, o movimento de produção de uma diferente perspectiva ética, teórica e política para pensar a loucura e as relações produzidas no contexto social que possibilita uma nova forma de pensar as *instituições da desinstitucionalização*.

No Capítulo 4, descrevemos e discutimos, em uma abordagem qualitativa, o processo de construção do NAPS durante o período de 1989 a 1996, a partir das fontes documentais e bibliográficas, da pesquisa de campo desenvolvida durante o mestrado e dos tantos diários escritos durante a participação na experiência. Com base no referencial teórico da desinstitucionalização e em diálogo com as proposições de reforma dos modos de pensar e agir do campo da saúde coletiva, buscou-se delinear e refletir sobre as principais temáticas construídas no fazer cotidiano do NAPS como serviço aberto, territorial, 24 horas e substitutivo, problematizando as inovações e as contradições identificadas nesse processo.

***CAPÍTULO 1***  
***O DESAFIO DA REFORMA***  
***PSIQUIÁTRICA***

## **1-O desafio da reforma psiquiátrica**

### **1.1-Itinerários de um processo de transformação**

A denominação de reforma psiquiátrica ou, ainda, de reorientação e reestruturação da assistência psiquiátrica tem sido adotada no cenário internacional para designar os processos em curso em vários países de transformação do modelo pautado no asilamento psiquiátrico. Percursos singulares, produzidos em contextos socioculturais distintos e orientados por diferentes referenciais teóricos, constituem, ao mesmo tempo, um conjunto de saberes e práticas que intencionam: a superação da lógica asilar da atenção psiquiátrica, a assunção de direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e a produção de saúde mental nos territórios (RED DE SALUD MENTAL COMUNITARIA, 1997).

A compreensão do próprio significado de reforma psiquiátrica não é unívoca, uma vez que remete às possibilidades históricas e culturais nas quais se forjam os diferentes projetos institucionais, aos valores, às finalidades éticas e à relação Estado-cidadãos na qual se inscrevem as políticas públicas, bem como às diferentes formas de compreensão e interpretação do significado dos saberes psiquiátricos e psicológicos.

Os diversos movimentos que problematizaram a assistência psiquiátrica tradicional, inicialmente desenvolvidos em alguns países europeus e nos Estados Unidos, produziram significativas mudanças nos saberes, nas práticas e nas políticas desse campo. Destacaram-se: a proposição de comunidade terapêutica na Inglaterra, o projeto de psicoterapia institucional e psiquiatria de setor na França, a psiquiatria preventivo-comunitária nos Estados Unidos e, posteriormente, a antipsiquiatria inglesa e a desinstitucionalização italiana.

Como processos sociais, as reformas não percorreram caminhos lineares e às intenções iniciais desses projetos seguiram-se diversos desdobramentos. Essas proposições apresentavam referenciais teóricos heterogêneos e se constituíram como referência fundamental para os projetos de reforma psiquiátrica empreendidos nos anos posteriores, cabendo destacar a reforma psiquiátrica na Espanha (DESVIAT, 1994), o processo de reorientação da atenção psiquiátrica em Cuba (BARRIENTOS et al., 1995) e o próprio processo brasileiro (AMARANTE et al., 1998).

No cenário nacional, convencionou-se denominar de reforma psiquiátrica o percurso iniciado no final da década de 1970, que pode ser compreendido como:

processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação crítica do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria (AMARANTE et al., 1998, p. 87).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que então se configurava, situava-se no singular contexto da sociedade brasileira daquele período, quando diversos movimentos, compondo o processo de redemocratização, se expressavam em múltiplas dimensões. Para LUZ (1991), existia uma significativa insatisfação popular em relação à “política de saúde da ditadura” e

os movimentos de contestação em saúde cresceram em número e intensidade, de tal modo que, entre o final dos anos 70 e início dos anos 80, sindicatos e partidos iniciaram uma fase de agitação centrada na questão da saúde e da política de saúde (LUZ, 1991, p. 82).

A emergência dos movimentos sociais populares redimensionou a ação política tradicional: a “entrada de novos personagens em cena”, com a experiência do cotidiano, produziu discursos inovadores, práticas de criação de direitos, diferentes lugares políticos, novas relações com os espaços públicos (SADER, 1988).

Em nossa análise, compreendemos que essas proposições marcaram profundamente o processo de reforma psiquiátrica no Brasil, um processo animado e com intensa participação de usuários, familiares e trabalhadores, no qual as questões relativas à garantia de direitos, à presença da experiência do cotidiano e à inscrição de novos atores sociais se configuram como questões centrais e atravessam seus diferentes momentos.

Dentre os estudos sobre esse processo, destaca-se a pesquisa “Análise dos determinantes e estratégias das políticas de saúde mental no Brasil: o projeto da reforma psiquiátrica (1970-1990)”, na qual os pesquisadores registram não apenas a reconstituição histórica da reforma, mas, sobretudo, as diferentes diretrizes e marcos conceituais, delineando os cenários, os atores, as políticas e as experiências práticas presentes no processo ao longo de duas décadas (AMARANTE et al., 1998).

Nesse trabalho, os autores identificam três períodos fundamentais que denominaram de trajetórias: a “trajetória alternativa”, durante os últimos anos da década de 1970; a “trajetória sanitarista”, que se desenvolveu do início dos anos 1980 até a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, e a “trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção” (AMARANTE et al., 1998). A subdivisão em períodos assume uma finalidade metodológica, e não um enquadramento como etapas sucessivas, e os autores operam com a noção de trajetória no sentido de:

visualização de percursos, de caminhos que, muitas vezes se entrecruzam, se sobrepõem. A trajetória refere-se mais à existência e ao desenvolvimento de uma tradição, de uma linha prático-discursiva do que de determinada conjuntura (AMARANTE et al., 1998, p. 88).

A partir desse referencial teórico-metodológico apresentamos uma síntese das expressões fundamentais de cada trajetória, explicitando os momentos significativos dos percursos de transformação e, em particular, o quadro conceitual, as principais contradições que emergiram das práticas concretas e os diferentes modelos de atenção psiquiátrica e em saúde mental presentes em cada uma delas.

A trajetória inicial, denominada “alternativa”, foi especialmente marcada pela conjuntura de democratização do país e de afirmação de direitos humanos universais. No campo da atenção psiquiátrica, os movimentos daquele período foram influenciados, também, pelas transformações da psiquiatria desenvolvidas nos Estados Unidos, França, Inglaterra e Itália, e pelos movimentos na área da saúde.

Diversas manifestações despontaram no cenário nacional, dentre as quais o MTSM que, nos anos posteriores, com diferentes formas de organização, se configurará no principal ator e sujeito político da reforma (AMARANTE et al., 1998). Esse Movimento assumiu o relevante papel de produzir o debate público sobre a questão psiquiátrica, denunciando as condições desumanas de vida no interior dos manicômios, a cronificação, reclusão e discriminação dos doentes mentais, as péssimas condições de trabalho dos profissionais e a privatização da assistência psiquiátrica por parte da Previdência Social. A violência das instituições psiquiátricas foi apresentada à sociedade civil: cenas impressionantes dos grandes manicômios do Brasil, como o Juqueri, no Estado de São

Paulo, a Colônia Juliano Moreira, no Estado do Rio de Janeiro, e o Hospital de Barbacena, no Estado de Minas Gerais, foram veiculadas pelos meios de comunicação.

Iniciou-se naquele período a sistematização dos questionamentos sobre os saberes e as práticas psiquiátricas e a construção do pensamento crítico foi fundamentada, sobretudo, nas obras de Foucault, Goffman, Castel e Basaglia. Em 1978, a presença de alguns desses autores no Rio de Janeiro propiciou o intercâmbio com a Rede de Alternativas à Psiquiatria, movimento internacional de crítica às instituições psiquiátricas fundado em 1975 em Bruxelas (CASTEL e EL KAIM, 1980).

A vinda de Franco Basaglia ao Brasil em 1979 configurou-se como um dos momentos significativos desse processo. A visita, organizada pela Associação Mineira de Psiquiatria, pelo Instituto de Psiquiatria Social de Diadema e pela Sociedade de Psicodrama de São Paulo, foi marcada por intensos debates, conferências abertas ao público e eventos realizados em São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. As principais conferências foram reunidas em “Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática”, primeiro livro de Basaglia publicado no Brasil (BASAGLIA, F., 1979a).

Nessas conferências, Basaglia apresentava a Lei 180, promulgada na Itália em 1978, discutindo o movimento de transformação da psiquiatria em curso naquele país, ao mesmo tempo em que assinalava o significado, as proposições e os limites da nova legislação. Narrava as experiências de Gorizia e de Trieste, articulando o debate teórico da função social da psiquiatria à racionalidade da organização social, de suas estruturas de poder e instituições. Apresentava uma forma inovadora de pensar a questão psiquiátrica, afirmando que era fundamental superar o manicômio, questionar o papel dos técnicos como delegados da ordem social e como agentes da exclusão e produzir novos modos de lidar com as pessoas com a experiência da loucura.

Durante a permanência em Minas Gerais, Basaglia, acompanhado de organizadores do evento, visitou vários hospitais psiquiátricos e, particularmente impressionado com a condição do manicômio de Barbacena, denunciou à imprensa a violação dos direitos humanos e a situação de violência a qual estavam submetidas as pessoas internadas. A repercussão nacional de suas afirmações intensificou as discussões naquela região, potencializando o processo de mobilização e ampliando a participação de

trabalhadores e de instituições. Retratando a realidade de Barbacena, o cineasta Helvécio Ratton produziu o primeiro documentário brasileiro sobre a instituição asilar, apresentado no III Congresso Mineiro de Psiquiatria realizado em novembro daquele mesmo ano (EM NOME DA RAZÃO, 1979).

As “conferências brasileiras” de Basaglia indicaram um caminho que, pela primeira vez, não era o da modernização ou de *aggiornamento* da psiquiatria (NICÁCIO et al., 2000). Os debates sobre a assistência psiquiátrica romperam os limites do espaço técnico e configuraram a questão da loucura e das instituições psiquiátricas como uma questão social.

O segundo momento do processo da reforma psiquiátrica, denominado “trajetória sanitarista”, teve início a partir da década de 1980. Observa-se, nesse período, a presença de atores dos setores progressistas no aparelho do Estado, não apenas da área de saúde mental, mas, também, do campo global da saúde (AMARANTE et al., 1998). Expressão dessa estratégia foi a formulação, em 1982, do Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica no âmbito da Previdência Social pelo Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária, no âmbito do convênio, co-gestão, estabelecido entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social e o da Saúde (BRASIL, 1983).

Contemporaneamente, foram realizadas iniciativas de mudança na assistência psiquiátrica em alguns Estados, programas em geral coordenados por integrantes do MTSM. As políticas daquele período buscavam formular e operar propostas progressistas de intervenção, com ênfase nas orientações preventivistas e comunitárias, então difundidas pela Organização Panamericana da Saúde - OPAS.

No Estado de São Paulo, as diretrizes da política de saúde mental implementada no período de 1982 a 1986 enfatizavam a construção da rede extra-hospitalar de atenção em saúde mental como uma alternativa ao modelo asilar. Com essa orientação, priorizavam a criação de serviços extra-hospitalares, a ação em equipes multiprofissionais e, em particular, a ampliação e o redimensionamento dos ambulatórios de saúde mental (SÃO PAULO, 1983).

Na implementação dessa política, várias experiências buscaram a inserção das pessoas com transtornos mentais graves no atendimento ambulatorial, a diversificação dos atendimentos e a redução da internação hospitalar. Por outro lado, emergiram diversos conflitos e contradições, dentre os quais aqueles relativos à prática assistencial, à formação dos profissionais, às finalidades da própria proposta e ao contexto no qual se inscrevia (MÂNGIA, 1990).

A análise dessas experiências e dos limites e impasses que encontraram para se concretizar como alternativa real ao asilamento psiquiátrico constituiu a base fundamental para a reflexão crítica da política de saúde mental no Estado de São Paulo e do modelo assistencial proposto. Com esse objetivo, os integrantes do Movimento, então reunidos na Plenária de Trabalhadores em Saúde Mental, organizaram diversos debates.

Nesse contexto de idéias realizou-se o II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental em São Paulo, que marcou o início de uma nova discussão a partir da explicitação de um campo ético-político para o projeto de transformação da atenção psiquiátrica: o direito de cidadania das pessoas com transtornos mentais (LANCETTI, 1987). Com essa proposição, iniciava-se, naquele período, uma profunda mudança de ótica na forma de compreender a relação entre loucura, direitos e tutela que será aprofundada e problematizada nos anos posteriores, engendrando mudanças significativas nas dimensões assistencial, jurídica e sociocultural.

Em 1987, após um conjunto de embates, foi convocada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, estruturada em três temas básicos: Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre a saúde e doença mental; reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; e cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental (BRASIL, 1988).

Durante o processo de convocação e no decorrer da realização dessa Conferência foram marcantes os conflitos entre os participantes, revelando a presença de diferentes posições. As divergências evidenciaram-se tanto na coordenação do processo da Conferência como em relação ao projeto necessário para a mudança da assistência psiquiátrica (AMARANTE et al., 1998).

O Relatório Final da I Conferência apresentou um conjunto de recomendações, dentre as quais: a prioridade da participação da população no planejamento e na implementação dos programas de saúde mental e a necessidade de construção de serviços extra-hospitalares (BRASIL, 1988).

O campo das reflexões presentes na demarcação do final do período da “trajetória sanitária” foi, ao mesmo tempo, o terreno de construção do início da “trajetória da desinstitucionalização” (AMARANTE et al., 1998). As contradições das experiências que pretendiam constituir alternativas ao modelo clássico da psiquiatria eram cada vez mais evidentes e iniciava-se a crítica ao modelo preventivista-comunitário, principal marco teórico das proposições de reforma até aquele momento.

As diversas experiências de transformação da assistência psiquiátrica, em particular na atenção ambulatorial e nos hospitais psiquiátricos, desenvolvidas na década de 1980, produziram um conjunto de contradições que expressavam a distância entre os princípios norteadores e as práticas concretas. Embora de forma pouco sistematizada, as reflexões realizadas naquele período por participantes da Plenária de Trabalhadores de Saúde Mental assinalavam:

- A continuidade da centralidade dos manicômios no cenário da assistência;
- A fragilidade dos processos de humanização dos hospitais psiquiátricos;
- A significativa presença de reinternações nos hospitais psiquiátricos;
- A insuficiência quantitativa e qualitativa dos denominados serviços extra-hospitalares;
- As dificuldades da atenção ambulatorial efetivar alternativas reais à internação psiquiátrica hospitalar;
- A hegemonia cultural do asilamento psiquiátrico.

Seguiram-se diversos debates sobre o preventivismo que explicitavam o equívoco da análise que formulou que a superação do manicômio pudesse ocorrer pela expansão e criação dos serviços extra-hospitalares. A elaboração crítica sobre os limites e os significados desse referencial teórico, aliada ao princípio ético de afirmação do direito de

cidadania da pessoa com transtornos mentais imprimiram novos rumos ao MTSM, em particular nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais.

A crítica ao saber psiquiátrico não mais se situava apenas no interior da disciplina, mas no conjunto das questões sociais, tendo como eixo condutor a exclusão e a cidadania. Fortemente marcadas pelo marco teórico conceitual da desinstitucionalização, as discussões realizadas naquele período indicavam uma ruptura nas trajetórias até então delineadas. Articularam-se novas idéias e pressupostos como a desconstrução do manicômio, a construção da cidadania, o direito à diversidade.

O manicômio passou a ser compreendido não mais como estabelecimento, mas como instituição, isto é, como uma determinada forma de definir e compreender a loucura. Nessa perspectiva, era necessário construir um processo prático-crítico de transformação radical das instituições psiquiátricas e da leitura reducionista e mecânica na análise da doença mental.

No final de 1987, realizou-se em Bauru o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, com três eixos básicos de discussão: “Por uma Sociedade sem Manicômios”; organização dos trabalhadores de saúde mental e análise e reflexão das práticas concretas (MTSM, 1987). A insígnia “Por uma Sociedade sem Manicômios” afirmou-se como uma utopia. Diferentemente dos movimentos anteriores, a nova proposição não se apresentava como solução e, antes, indicava uma transformação nas formas de pensar a questão da loucura, esboçando uma crítica radical ao paradigma psiquiátrico.

O manicômio apresentava-se, nessa perspectiva, como síntese das “instituições da violência” (BASAGLIA, F., 1985a) e o Movimento afirmou a necessidade de enfrentá-lo prioritariamente, uma vez que é onde paradigmaticamente tem lugar o processo de exclusão. Redimensionou-se a discussão em torno do papel dos técnicos, vistos como delegados da ordem social, como legitimadores da violência institucionalizada.

Nos anos posteriores, seguiram-se vários embates para a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), revelando proposições e projetos político-institucionais diferentes. No complexo percurso de construção concreta do SUS, foram criados e

desenvolvidos programas municipais e novos serviços de atenção em saúde mental, configurando um novo momento da reforma psiquiátrica.

Em 1989, vários profissionais, participantes do Movimento, assumiram a coordenação municipal de programas de saúde mental comprometidos com os preceitos do SUS, com a afirmação dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e com a criação de um modelo de atenção em saúde mental substitutivo ao modelo asilar. Desenvolveram-se diversas experiências no cenário nacional e, no Estado de São Paulo, destacaram-se: o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira da Secretaria de Estado da Saúde, o Programa de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta pela Prefeitura Municipal de Santos.

No âmbito legislativo, em setembro de 1989, foi apresentado o Projeto de Lei nº 3657/89 do Deputado Paulo Delgado que enunciava, pela primeira vez, a necessidade de transformar a regulamentação da assistência psiquiátrica, ainda legislada pelo Decreto n. 24559, de 03 de julho de 1934 (BRASIL, 1934). Tal Projeto, que “dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória”, foi aprovado na Câmara dos Deputados em dezembro de 1990 (BRASIL, 1989).

A apresentação desse projeto potencializou o debate em todo o país e estimulou a criação de projetos de orientação semelhante em vários Estados. Nos anos seguintes, foram aprovadas diversas leis de acordo com as diretrizes da reforma nos Estados: Rio Grande do Sul (1992), Ceará (1993), Pernambuco (1994), Minas Gerais (1995), Paraná (1995) Rio Grande do Norte (1995), Espírito Santo (1996). Em 1995, foi promulgada a Lei do Distrito Federal e, no Estado de São Paulo, as diretrizes da reforma foram incluídas no Código de Saúde (BRASIL, 2002a).

O projeto de Lei nº 3657/89 passou por um longo processo de tramitação no Senado Federal, atravessando toda a década de 1990, e suas proposições motivaram intensos debates com a presença de diferentes atores, favoráveis e contrários à reforma. De certa forma, esses debates sintetizaram o conjunto de conflitos presentes no processo, expressaram as forças em jogo e, ao mesmo tempo, simbolizaram a luta pela reforma

psiquiátrica e pela superação dos manicômios. Articulados em torno ao Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), os atores favoráveis à reforma realizaram várias manifestações no Senado Federal, dentre as quais o ato público “Senado: manicômio, não. (A) gente cidadão!” (MNLA, 1996).

Em janeiro de 1999, concluiu-se a tramitação no Senado, tendo sido aprovada a redação final do substitutivo ao Projeto de Lei da Câmara n. 8, de 1991 (n. 3.657, de 1989, na Casa de Origem), de autoria do Senador Sebastião Rocha. Esse substitutivo, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, retornou para a Câmara dos Deputados para nova tramitação, considerando que alterou o projeto original (BRASIL, 1999a).

Após esse longo processo, em 6 de abril de 2001, a Lei n. 10.216, conhecida como lei da reforma psiquiátrica, foi sancionada pelo Presidente da República (BRASIL, 2002b). Embora não seja objeto deste trabalho a discussão aprofundada sobre a legislação, consideramos importante assinalar alguns aspectos da lei aprovada, dada a evidente relevância do ponto de vista assistencial, jurídico e cultural.

O texto aprovado afirma a reorientação do modelo assistencial em saúde mental e a garantia de direitos das pessoas com transtornos mentais, incorporando, assim, algumas das principais proposições do campo da reforma. Ao mesmo tempo, porém, ao contrário do projeto original, o texto não explicitou claramente a extinção do hospital psiquiátrico. Diversas manifestações do MNLA argumentaram a necessidade de a lei definir claramente a superação dos hospitais psiquiátricos (MNLA, 2001).

Em relação ao campo assistencial, a lei aprovada destaca, também, a questão das pessoas há longo tempo internadas, definindo a necessidade de criação de política específica de alta planejada e de processos para viabilizar a continuidade do tratamento e a reinserção social (BRASIL, 2002b).

No que diz respeito à internação psiquiátrica, a lei distingue as internações voluntária e involuntária, sendo que esta última deverá ser necessariamente encaminhada ao Ministério Público. Para DELGADO (2001), a regulamentação dessa questão e a efetiva informação sobre a relação entre as internações voluntárias e involuntárias podem constituir um importante indicador da qualidade da rede de atenção em saúde mental.

Em relação às dimensões concernentes aos direitos das pessoas com transtornos mentais, o autor considera que:

os três artigos inaugurais [...] abriram o caminho para as demais iniciativas de mudança no conjunto das leis aplicáveis à condição do louco na sociedade. Estas outras iniciativas são tarefas em curso, exteriores à lei aprovada, mas intrínsecas ao vasto programa da reforma psiquiátrica, e que enfrentam dificuldades previsíveis (DELGADO, 2001, p. 287).

Nessa perspectiva, um conjunto de questões interligadas merece aprofundamento e se desdobra para outras legislações, dentre as quais: a capacidade civil, a capacidade laborativa, a responsabilidade civil e a imputabilidade penal.

Na década de 1990, surgiram novos atores no cenário da reforma psiquiátrica: os usuários e os familiares, representando um protagonismo diferente que tem se consolidado ao longo destes anos. Organizados em associações, entraram em cena pessoas com suas experiências concretas de vida, com seus depoimentos sobre as instituições psiquiátricas, com suas expectativas em relação à reforma: o debate transcendia efetivamente os limites do campo técnico, inaugurando um novo diálogo e revelando a necessidade de novas formas de fazer política. Em diversos Estados foram formados núcleos do MNLA e organizadas associações que reuniram usuários, familiares e profissionais.

No Estado de São Paulo, entre as primeiras associações criadas, podemos citar: a “Associação Loucos pela Vida”, constituída por profissionais e usuários do Juqueri; a “Associação Franco Basaglia”, em torno do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira; o “SOS Saúde Mental”, reunindo profissionais e usuários de serviços do município de São Paulo; e a “Associação Franco Rotelli”, em Santos.

Em 1993, realizou-se a III Reunião de Associações de Usuários e Familiares com o lema “Brasil sem manicômios no ano 2000”. Nesse evento, foi aprovada a “Carta de Direitos dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental”, que se tornou um importante instrumento de expressão e intervenção dos usuários e familiares nas discussões na sociedade (SANTOS, 1994a).

As associações foram organizadas a partir das práticas de transformação de hospitais psiquiátricos ou de criação de novos serviços. Dessa forma, reúnem as pessoas em torno de lugares e de projetos e não apresentam nenhuma forma de agregação por problemática específica ou identidade, por exemplo, de diagnóstico. No curso da década de 1990, essas associações se difundiram, diversificaram suas atividades, e algumas se estruturaram como organizações não-governamentais.

Processualmente, e inseridas no MNLA, as diversas associações fortaleciam a crítica ao modelo asilar e a defesa pela criação de novos serviços de saúde mental, construindo a efetiva presença de usuários e familiares nos diversos cenários de participação, formulação e controle social das políticas públicas de saúde mental.

Certamente, a produção e a participação nesses espaços têm apresentado diversos desafios, evidenciando limites e novas indagações. O que parece fundamental enfatizar é, por um lado, consoante com as diretrizes do SUS, um modo de produção de políticas públicas que busca afirmar que essas devem ser elaboradas a partir do debate público que, enfrentando as diferentes contratualidades, saberes e poderes, possa produzir a interlocução e, principalmente, a concretização de direitos. De outro, não obstante os inúmeros obstáculos, a questão da reforma psiquiátrica se inscreveu na agenda pública. E, principalmente, que a presença dos novos atores sociais reafirma, mais uma vez, que a questão da loucura pode sair da periferia das cidades, dos muros do asilo.

As novas relações que têm sido produzidas, principalmente a partir das associações e do movimento social, abriram um novo campo de possibilidades com a afirmação da presença das narrativas de histórias de vida, das linguagens plurais, dos atores múltiplos e da inscrição das questões do cotidiano nos espaços públicos e políticos. E essa experiência diferente imprime uma singularidade: delinea os contornos da produção de novas formas de diálogo entre técnico e político, norma e diversidade e de novas práticas de exercício de direitos e de lugares de validação.

Na década de 1990 foram formadas também as Associações de Familiares de Doentes Mentais (AFDM), articuladas no contexto dos debates do Projeto de Lei n. 3.657/89. A primeira foi criada no Rio de Janeiro, em 1991 e, posteriormente, surgiram associações similares em diversos Estados, reunindo familiares de pessoas internadas em

hospitais psiquiátricos privados (AMARANTE et al., 1998). Considerando que a reforma produziria desassistência, os familiares representantes dessas Associações aliaram-se aos atores contrários às proposições da reforma psiquiátrica.

No âmbito latino-americano, alguns gestores de políticas públicas participaram da “Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica”, realizada em 1990, promovida pela OPAS (OPAS, 1992). As resoluções desse evento, conhecidas como “Declaração de Caracas”, legitimaram os processos de reforma psiquiátrica em curso, bem como impulsionaram sua estruturação. Dentre as recomendações de Caracas, amplamente difundidas nos anos posteriores, destacam-se:

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário de Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;
2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na Região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
3. Que os recursos, cuidados e tratamentos devem: a) salvar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário (OPAS, 1992, p. xvi).

Os momentos significativos do final dos anos 1980 e início dos anos 1990 - o Encontro de Bauru, a criação do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, as primeiras experiências inovadoras, a ampla mobilização em torno da discussão do Projeto de Lei n. 3.657/89 e o protagonismo de usuários e familiares - conformaram as primeiras e principais expressões da “trajetória da desinstitucionalização”, expressando a singularidade do processo que então se iniciava.

## **1.2-A produção de novas proposições no campo técnico-assistencial**

A ruptura epistemológica produzida pela insígnia “Por uma Sociedade sem Manicômios” abriu um campo de incertezas, de dúvidas, de riquezas, de extrema fertilidade. Significava buscar uma nova forma de interagir com a experiência da loucura e

transformar as instituições, os saberes e a cultura pautados no asilamento psiquiátrico. Nessa perspectiva, diferente de compreender a reforma como equivalente a um processo específico, circunscrito ao interior do campo disciplinar, compreendemos a reforma psiquiátrica como um percurso tecido por múltiplos atores que atravessa as leis, o sanitário, a organização social, o imaginário, os saberes:

tomar esses níveis como partes indivisíveis de uma vida real para transformar, de uma instituição paradigmaticamente real. Níveis praticáveis se conexos, imutáveis se divididos, se segmentados, impermeáveis<sup>1</sup> (ROTELLI, 1983, p.11).

Com esse conteúdo o projeto de transformação implica inovações em diferentes campos: político, cultural, técnico, jurídico, institucional. Dimensões diversas e indissociáveis que se entrecruzam, se complementam, se potencializam. Dessa forma, compreender a trajetória de transformação em curso que a reforma psiquiátrica representa requer apreender a multidimensionalidade desse processo.

Nessa linha de análise, AMARANTE et al. (1998) assinalam que é sobretudo na “trajetória da desinstitucionalização” que o processo de reforma não se limita exclusivamente ao campo das transformações técnico-assistenciais e alcança uma dimensão mais abrangente que articula os “campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural” (AMARANTE et al., 1998, p. 76).

ALVES (1996a, p. 1) considera a reforma como um processo social que envolve a “mudança nos paradigmas do cuidado em saúde mental, significativas transformações culturais e a convalidação jurídico-legal dessas transformações”. Alguns dos documentos produzidos pelo Movimento Nacional de Luta Antimanicomial discutem o processo assinalando os campos: legislativo, institucional, assistencial e social (MNLA, 1997b).

De acordo com os objetivos desta investigação, buscamos compreender algumas das proposições presentes no campo “técnico-assistencial”, enfocando, em particular, os momentos significativos, o quadro conceitual, as principais estratégias e os conflitos presentes na construção e implementação da política nacional de saúde mental, no

---

<sup>1</sup> As citações de texto cujo original encontra-se em italiano foram traduzidas pela autora da tese.

período de 1990 a 2001. Enfatizamos, entretanto, que essa leitura não significa a compreensão desse campo como percurso isolado e, também, não significa uma correspondente hierarquização entre os diversos campos e/ou prioridade de atores institucionais.

No início da década de 1990, o modelo assistencial psiquiátrico era predominantemente asilar, a rede de serviços de assistência extra-hospitalar era ineficaz e insuficiente e a assistência hospitalar apresentava custos econômicos elevados.

Diversos documentos da Coordenadoria de Saúde Mental do Ministério da Saúde (COSAM) evidenciavam a gravidade do quadro assistencial naquele período. De acordo com esses dados, em 1991 existiam 313 hospitais psiquiátricos, sendo 54 públicos e 259 privados e filantrópicos. Do total de 85.037 leitos psiquiátricos, 65.486 correspondiam aos leitos privados e filantrópicos; a distribuição dos leitos era heterogênea, concentrando-se nas regiões economicamente mais desenvolvidas (ALVES et al., 1994; ALVES, 1996b).

O tempo médio de internação, um dos indicadores de qualidade da assistência prestada, alcançava em média 55,6 dias, número significativamente elevado para o parâmetro de 30 dias preconizado pelo Ministério da Saúde. O tempo médio de internação elevado é também um dos dados que revela o processo de institucionalização e segregação operado pelas instituições asilares. Em 1992, do total estimado de 430 mil pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos, estimava-se que aproximadamente um terço apresentasse história de longas e/ou repetidas e subseqüentes internações. As internações psiquiátricas representavam um dos maiores gastos da rede hospitalar, o que, entretanto, não significava uma assistência de qualidade (ALVES et al., 1994; ALVES, 1996b).

Participante efetiva da Conferência de Caracas e da formulação das recomendações sobre a reestruturação da assistência psiquiátrica e, no contexto dos significativos acontecimentos que forjaram a emergência da “trajetória da desinstitucionalização”, a equipe que assumiu a COSAM em 1991 propôs a construção de uma nova política nacional de saúde mental.

O diagnóstico então realizado identificava como problema principal e prioritário o “modelo assistencial exclusivamente hospitalar, com gastos exorbitantes, excessivos e com resultado zero”<sup>2</sup> (ALVES, 1999, p. 2). Essa avaliação inicial identificava também como fatores complicadores: a hegemonia do setor privado, o incipiente consenso social sobre a necessidade de mudança do modelo asilar e a inadequação da formação técnica da maioria dos profissionais para o novo modelo proposto.

No campo da saúde, a implementação do SUS e as significativas transformações estruturais daquele período conformaram um novo quadro na atenção à saúde e propiciaram a implementação de uma nova política de saúde mental. O diagnóstico inicial destacava também como fatores facilitadores desse processo: o consenso dos conselhos profissionais e entidades de classe em relação ao Relatório da I Conferência Nacional de Saúde Mental, a objetividade e representatividade técnica e política da “Declaração de Caracas” e

a existência de experiências exitosas, que era a situação de Santos e a experiência do CAPS de São Paulo, ou seja, não eram mais experiências piloto, com duração de um ano. Eram experiências não centradas no hospital como lugar de atendimento à crise, e a situação de intervenção em Santos mostrava, para diversos municípios, quais as possibilidades reais de acontecer um processo de mudança (ALVES, 1999, p. 4).

Dentre as experiências iniciadas naquele período e aquelas anteriormente existentes inscritas no percurso de transformação, cabe destacar, no Estado de São Paulo: a política de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e a intervenção da Prefeitura Municipal de Santos na Casa de Saúde Anchieta, que desencadeou a construção do programa de saúde mental da Secretaria de Higiene e Saúde do município.

Expressando projetos singulares, orientados por referenciais teóricos diversos, essas experiências alcançaram uma significativa relevância no cenário nacional ao assumirem a defesa e a garantia dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos

---

<sup>2</sup> ALVES, D. S. N. *Comunicação pessoal*. Rio de Janeiro, 1999. 44p.

mentais e demonstrarem a possibilidade de implementação de serviços e de uma rede diversificada de atenção em saúde mental que viabilizasse a transformação da lógica asilar.

A partir da experiência do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CAPS), GOLDBERG (1994) analisa criticamente o modelo predominante na assistência psiquiátrica extra-hospitalar, na figura do ambulatório de dispensação de medicação, e destaca três experiências internacionais de referência para a reflexão: a clínica de La Borde, na França, o projeto de atenção à saúde mental da região de Setúbal, em Portugal, e o projeto de Trieste, na Itália<sup>3</sup>.

Em relação ao trabalho do CAPS, o autor descreve e analisa as mudanças realizadas desde a implantação em 1987, a partir das contradições que emergiram da prática, tendo como eixo principal de análise a:

recusa do modelo sintomatológico em benefício da criação de uma clínica psiquiátrica renovada, deslocando o processo do tratamento da figura da doença para a pessoa doente (GOLDBERG, 1994, p. 21).

Por outro lado, a política de saúde mental do município de São Paulo, implementada pela Secretaria Municipal de Saúde a partir de 1989, buscava desenvolver um modelo de atenção em saúde mental orientado por:

1. Combate à Cultura Manicomial presente nas instituições e na maioria da população;
2. Criação de um Modelo Assistencial em Saúde Mental que torne desnecessária a internação psiquiátrica asilar;
3. Confronto político do poder público contra a Instituição Psiquiátrica Manicomial e Asilar e seus interesses subjacentes (SÃO PAULO, 1989, p. 11).

A proposição para o modelo de atenção era a constituição de uma rede formada por serviços de emergência e enfermarias psiquiátricas em hospital geral, atenção em saúde mental nas unidades básicas de saúde, hospital-dia, centros de convivência e cooperativas e lares abrigados. De acordo com o programa municipal, a implantação, em cada região de saúde, desse conjunto múltiplo e diversificado de serviços hierarquizados e territoriais

---

<sup>3</sup> Com relação às reflexões presentes naquele período sobre e a partir do CAPS, Cf. também: YASUI (1989); MELMAN (1992); PITTA (1992, 1994).

possibilitaria prescindir do atendimento e das internações nos hospitais psiquiátricos especializados, que deveriam ser desativados.

Com a intervenção da Prefeitura Municipal de Santos na Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico conveniado, em maio de 1989, teve início o programa de saúde mental que, a partir da desmontagem do interior do manicômio, projetou a construção da saúde mental como território de cidadania, emancipação e reprodução social (NICÁCIO, 1994).

Na oportunidade da realização da Conferência de Caracas, CAPISTRANO FILHO E TYKANORI (1992) analisando a experiência santista, afirmaram o compromisso do poder público local com a defesa e garantia dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e com a implantação de um sistema de atenção que contemplasse as múltiplas dimensões e as complexas relações de vida do usuário. Os autores assinalaram também as seguintes diretrizes que orientavam o desenvolvimento do programa de saúde mental:

superação do modelo assistencial psiquiátrico centrado no hospital, mediante a substituição do mesmo por uma rede de serviços regionalizados e integrados aos serviços locais de saúde e assistência social; e promoção de uma transformação profunda nos procedimentos clínicos, no que se refere às representações epistemológicas da doença mental e ao plano cultural, nas relações da população com o fenômeno da 'loucura' (CAPISTRANO FILHO e TYKANORI, 1992, p. 20-1).

Nesse campo fértil de frutificação de idéias e de busca para transformar as novas proposições em práticas concretas, a equipe da Coordenadoria de Saúde Mental (COSAM) formulava a nova política nacional de saúde mental, inserida na construção do SUS, com a intenção de traduzir, em política, o acúmulo de discussões realizadas na década de 1980, em particular sobre o papel da psiquiatria e sobre a questão do manicômio como instituição total (ALVES, 1999).

A principal diretriz da nova política era a transformação do modelo assistencial hegemônico e apresentava as seguintes ações estratégicas:

mudança no financiamento da área de saúde mental na Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS e SIA/SUS); constituição de um colegiado de coordenadores e assessores estaduais de saúde mental para a condução conjunta do processo de reestruturação da assistência; pactuar socialmente o projeto de transformação convocando a II Conferência Nacional de Saúde Mental; assessorar o Parlamento com o objetivo de alterar a legislação psiquiátrica; potencializar as relações de cooperação internacional sob os auspícios da OPAS/OMS (ALVES, 1996b, p. 5).

Durante o período de 1991 a 1995, pode-se verificar um conjunto de medidas técnico-administrativas da COSAM, através de portarias e de resoluções, que buscavam produzir a mudança do modelo asilar e, ao mesmo tempo, viabilizar e legitimar os processos em nível local. Dentre essas primeiras medidas, foi elaborada a Portaria SNAS 189/91, que entrou em vigor a partir de janeiro de 1992 e alterou o financiamento das ações de saúde mental da Tabela do SUS, ampliando e diversificando os procedimentos nesse campo para compatibilizá-los com o novo modelo assistencial proposto (BRASIL, 1991).

Essa Portaria aprovou, na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), os procedimentos de internação em psiquiatria em hospital psiquiátrico, hospital geral e hospital-dia. No Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) foram incluídos novos procedimentos: os atendimentos grupais desenvolvidos nas unidades ambulatoriais, os atendimentos em NAPS/CAPS desenvolvidos em um e/ou dois turnos, considerados como programas de atenção de cuidados intensivos, formado por um conjunto de atividades, os atendimentos em oficinas terapêuticas e as visitas domiciliares (BRASIL, 1991).

Assim, essa portaria oficializava, por um lado, as unidades NAPS e CAPS e as diversas modalidades de atenção em desenvolvimento, como as oficinas terapêuticas, legitimando e viabilizando as novas instituições produzidas nas práticas de transformação, através do redirecionamento de recursos financeiros; por outro, considerava a possibilidade de um conjunto de procedimentos serem substitutivos do hospital psiquiátrico.

A inclusão de um conjunto de procedimentos compreendidos como substitutivos produziu diversas polêmicas, trazendo para a cena a reflexão sobre o significado de substitutivo e de ruptura com a lógica asilar, debate que seguirá sendo

considerado de fundamental relevância no campo de construção das bases conceituais das práticas inovadoras.

Essa Portaria representou o primeiro eixo de ação para possibilitar a mudança da assistência psiquiátrica. A inclusão dos diversos procedimentos expressava, por um lado, a escolha da equipe da COSAM de operar com premissas e não com a definição de modelos. Por outro, partindo da lógica da descentralização, a equipe considerava que a competência do nível central não residia na definição dos modelos e sim em viabilizar múltiplas possibilidades de ação para os gestores municipais (ALVES, 1999).

O segundo eixo de ação definido pela equipe da COSAM foi a normatização do funcionamento dos diversos serviços, necessidade que se traduziu na formulação da Portaria SNAS 224/92. As principais diretrizes que orientaram esta Portaria para o estabelecimento de normas tanto para o atendimento ambulatorial como hospitalar foram:

- Organização dos serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade;
- Diversidade de técnicas e métodos terapêuticos nos vários níveis de complexidade assistencial;
- Garantia da continuidade da atenção;
- Multiprofissionalidade na prestação de serviços;
- Ênfase na participação social desde a formulação até o controle da execução de políticas de saúde mental;
- Definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da normativa assim como pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

As normas mínimas compreendiam a definição do serviço, a localização de espaço físico e de área de abrangência, o conjunto de ações/atividades a serem desenvolvidas, a função dos serviços na rede de atenção e a composição das equipes multiprofissionais (BRASIL, 1992a).

A equipe da COSAM considerava que o principal objetivo dessa Portaria era estabelecer regras mínimas de funcionamento para os serviços e que, ao mesmo tempo, fossem regras consensuais entre os coordenadores estaduais de saúde mental, de forma a contemplar a complexidade e a diversidade entre as regiões do país. Também foi inovador o próprio processo de elaboração da Portaria, buscando a participação dos atores dos processos de transformação para sua formulação (ALVES, 1999).

Em relação à normatização do hospital psiquiátrico, a Portaria SNAS 224/92 regulamentava os atendimentos que deveriam ser oferecidos de acordo com as necessidades da pessoa internada, as condições físicas adequadas, os espaços de convivência necessários e a relação entre o número/carga horária de profissionais e o número de pacientes internados.

Visando garantir alguns direitos para as pessoas internadas, as disposições gerais da Portaria apresentavam as seguintes exigências, com o prazo máximo de um ano para o seu cumprimento: proibição de celas fortes, inviolabilidade de correspondência dos internos e registro adequado de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Apresentada como regra mínima, essa normativa expressava a tentativa e a necessidade de estabelecer alguns padrões básicos para a humanização da instituição asilar ou, ainda, de imprimir características básicas de estabelecimento de saúde para espaços de reclusão (BRASIL, 1992a).

No mesmo campo de reflexões que colocava a necessidade de aprofundamento sobre o significado de serviço substitutivo, apresenta-se, também, o questionamento, do ponto de vista do projeto de superação dos manicômios, sobre a pertinência de humanização da instituição asilar (AMARANTE, 1997).

A implementação dessas medidas combinava-se, naquele período, com a eficácia e o enraizamento cultural das experiências pioneiras, com o vigoroso debate nacional sobre o Projeto de Lei n. 3.657/89, articulado pelo MNLA, e com o crescimento da participação das Associações de usuários e familiares. Todo esse percurso de ampla mobilização social expressou-se na II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília em 1992, que contou com cerca de mil participantes, resultado de discussões entre os diversos setores sociais articulados à questão da saúde mental.

O temário da Conferência foi elaborado a partir de dois eixos: modelo assistencial e direito à cidadania. Nesse evento, com ampla participação de usuários e familiares, a crítica ao hospital psiquiátrico contemplou as dimensões, ética, técnica e política (BRASIL, 1992b).

As diretrizes recomendadas pela II Conferência, a afirmação, garantia e (re)construção dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e a transformação do modelo assistencial de forma a superar o hospital psiquiátrico, foram assumidas como as diretrizes principais do processo de reforma nos anos posteriores.

Na análise a que procedemos, são essas as diretrizes centrais e consensuais entre os diferentes autores/atores dos itinerários de transformação na “trajetória da desinstitucionalização”. Dessa forma, constituem um quadro de referência que propicia a articulação e a ação complementar e coletiva dos atores em diversos cenários e campos. Ao mesmo tempo, existem diferentes perspectivas de compreensão ética, teórica e cultural dessas diretrizes, que se desdobram em projetos singulares, compondo um panorama múltiplo e rico das diversas cartografias da reforma em curso.

A vitalidade e a legitimidade social da II Conferência conferiram maior respaldo político às diretrizes da COSAM, ampliando as ações durante o ano de 1993. A estratégia de utilização da Tabela de Procedimentos do SIH/SUS e SIA/SUS como instrumento para a reforma e as Portarias SAS 407/92 e 408/92 possibilitaram o processo de cadastramento de todos os hospitais psiquiátricos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992 b, c). Dados da COSAM daquele período assinalavam que, em janeiro de 1993, apenas um terço dos hospitais psiquiátricos cumpriam as exigências mínimas estabelecidas por essa portaria para o funcionamento de tais hospitais (ALVES et al., 1994, p.199).

Ainda no ano de 1993, o Conselho Nacional de Saúde regulamentou a criação da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica com o objetivo de estabelecer estratégias para o cumprimento das resoluções da II Conferência e estabelecer o controle social para a formulação, avaliação e fiscalização da política de saúde mental conforme as diretrizes do SUS (BRASIL, 1993). Em Resolução posterior de 1999, o CNS estabeleceu uma nova composição para a Comissão, denominada Comissão de Saúde Mental, e, de acordo com as

funções das outras Comissões do CNS, definiu o objetivo de assessoria do Plenário do Conselho para a formulação de políticas de saúde mental (BRASIL, 1999b).

O processo de fiscalização e vistorias dos hospitais psiquiátricos constatou e ‘fechou’, entre os anos de 1993 e 1994, 9.000 leitos inexistentes em hospitais psiquiátricos, ou seja, a existência de diárias pagas sem o correspondente número de leitos. Esse dado demonstrava a gravidade da situação e contribuiu para fortalecer a falta de credibilidade no setor privado, fragilizando ainda mais o discurso de oposição à reforma (ALVES, 1999). De acordo com ALVES (1996c) com o estabelecimento das regras para a humanização da assistência, a taxa de mortalidade dentro dos hospitais psiquiátricos foi reduzida em 12%, de 1993 a 1994. O resultado das vistorias revelava, novamente, a realidade dos hospitais psiquiátricos públicos e privados.

Os dados disponíveis e os estudos realizados não permitem uma análise que avalie e identifique os mecanismos correspondentes aos diversos momentos de fechamento e/ou desativação dos leitos psiquiátricos. Sem o objetivo de uma identificação de cada caso em particular, ALVES (1999) assinala três motivos principais que podem contribuir para a compreensão global do processo de redução dos leitos psiquiátricos: a constatação dos leitos inexistentes através dos processos de fiscalização; o processo de vistorias dos hospitais psiquiátricos e o conseqüente não cadastramento de leitos e/ou descredenciamento de hospitais; e a própria lógica de mercado, que configurou, em algumas circunstâncias, o desinteresse financeiro por parte dos proprietários de hospitais no investimento em hospitais psiquiátricos.

Paralelamente a esse processo, a alteração dos mecanismos de gerenciamento e financiamento do SUS produziu uma nova condição de gestão municipal e possibilitou que diversos municípios assumissem a criação de novos serviços e/ou de modalidades substitutivas de atenção em saúde mental. Difundiram-se as experiências orientadas pelos princípios da II Conferência: processos singulares que apresentavam como território comum a afirmação da cidadania, a criação de novas instituições e o protagonismo de usuários e familiares.

A implantação desses novos serviços, em particular os NAPS e CAPS, revelava um conjunto de indagações num processo constante de repensar os saberes e práticas psiquiátricas de forma a efetivá-los, de fato, como serviços substitutivos. Em outras palavras, era fundamental não reproduzir a dicotomia entre a criação da estrutura institucional e a transformação das formas de cuidado, das relações de tutela, do processo de trabalho cotidiano, das relações de desvalor e exclusão que estão implicadas, atravessam o olhar e as relações estabelecidas com as pessoas com transtornos mentais.

Essa perspectiva diferente produziu um conjunto de discussões no campo dos modelos assistenciais em saúde mental: delineava-se o início da construção de um novo olhar e de novas formas de interação com a demanda. Processo complexo,

para quem aprendeu a praticar o tempo todo o ofício da clínica com base na nosologia e na expectativa de cura: lidar com o cliente, sustentado nas premissas da escuta, de trabalhar o problema, com tolerância, utilizando-se da solidariedade como instrumento e promovendo a autonomia possível, é muita transformação (ALVES, 1996a, p. 2).

Nessa perspectiva de análise, a reforma implica, ao mesmo tempo, a transformação institucional e cultural, a superação dos hospitais psiquiátricos e a produção dos novos serviços inscritos nos projetos de políticas municipais de atenção em saúde mental, como novos lugares de cuidado, de trocas, de produção de sociabilidade. Não se trata de um deslocamento do *locus* de intervenção, mas inscreve a necessidade de mudança do pensar e do agir terapêutico para a produção de uma nova realidade. Na análise do percurso italiano, FRANCA BASAGLIA assinala que essa transformação é:

[...] possível se, junto com o desmantelamento dos velhos hospitais, não se ficasse limitado a organizar simples serviços ambulatoriais; mas se criou, para os novos e velhos doentes a possibilidade de viver de maneira diversa o próprio sofrimento, visto como um conjunto de fatores e não somente sinal de periculosidade social a reprimir. A este sofrimento, que se revela cada vez mais complexo e ao mesmo tempo mais simples, ocorre responder com estruturas e serviços que consintam formas de cuidado e de tratamento que sejam conjuntamente espaços de vida, de estímulo, de confronto, de oportunidades, de relações interpessoais e coletivas diferentes, que

vislumbrem a mudança de cultura e de política mais social que sanitária (BASAGLIA, F.O., 1996, p. 13).

Paralelamente ao processo de construção dos novos serviços de atenção, data de 1994 o início da discussão e elaboração de um programa nacional que viabilizasse a saída das pessoas internadas há longo tempo nos hospitais psiquiátricos. A condição dessas pessoas, gravemente institucionalizadas, apresenta-se como um dos temas centrais nos diferentes processos de reforma psiquiátrica. Evidencia a contradição do hospital psiquiátrico, questionando sua finalidade social explícita, ou seja, sua função terapêutica e, de forma clara, coloca em questão o modo instituído de interagir com as pessoas com transtornos mentais.

A problematização dessa questão explicita, por um lado, o processo de institucionalização, privação e exclusão produzido nas instituições psiquiátricas e, por outro, a necessidade de produzir novas instituições e intervenções que possam viabilizar não apenas a saída do hospital, mas, e sobretudo, as condições materiais, subjetivas, sociais e culturais para construir e possibilitar o processo de reentrar no mundo da vida ou, ainda, a reentrada das pessoas com transtornos mentais nos intercâmbios e trocas sociais.

Buscando equacionar algumas dessas questões, a Coordenação Nacional apresentou o Programa de Apoio à Desospitalização (PAD) que objetivava: possibilitar a saída das pessoas internadas há longo tempo nos hospitais psiquiátricos, garantir a continuidade terapêutica em serviços de atenção psicossocial e assegurar recursos econômicos para a vida de usuários e familiares (BRASIL, 1995a; ALVES, 1996d).

A denominação “desospitalização” suscitou algumas polêmicas considerando a relevância do debate teórico entre os conceitos de desospitalização e desinstitucionalização como discutem BARROS (1990) e AMARANTE (1996). No âmbito dessa proposta, compreendia-se a desospitalização como:

processo de substituição da assistência psiquiátrica exclusivamente intra-hospitalar por uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem estar global dos usuários, bem como estimular o exercício pleno de seus direitos civis e de cidadania (BRASIL, 1995a, p. 3).

O PAD previa a reconversão de recursos das internações hospitalares, destinando 70% do valor correspondente ao custo mensal da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para os gestores municipais que assumissem a atenção à saúde dos pacientes para a criação de uma rede de serviços substitutivos à qual o ex-interno estaria vinculado; 50% deste valor seria destinado ao apoio direto ao ex-interno, por meio de seu representante pessoal ou legal junto ao PAD, enquanto não existissem os instrumentos legais para o ex-interno receber os recursos diretamente (BRASIL, 1995a).

Em relação à população beneficiada, a abrangência do Programa pode ser verificada quando, na exposição de motivos da apresentação do PAD, a COSAM estimava que, naquele período, do total de aproximadamente 70 mil leitos psiquiátricos, cerca de 20 mil eram ocupados por:

clientela dita 'cativa', pois são pacientes sem necessidade de tratamento em regime de internação, porém sem possibilidade de reinserção familiar ou social, por perda de vínculo e dificuldades sócio-econômicas da família (BRASIL, 1995a, p. 1).

Nessa perspectiva, o PAD apresentou uma proposição significativamente inovadora no cenário nacional para as políticas dirigidas não apenas às pessoas com transtornos mentais, mas para o conjunto de populações que, por diferentes motivos, encontra-se em situação de reclusão e exclusão: os recursos anteriormente utilizados para a segregação institucional seriam destinados para viabilizar a reentrada das pessoas e familiares na vida da cidade.

A proposta do PAD suscitou intenso debate e encontrou forte oposição por parte de algumas associações de familiares (as Associações de Familiares de Doentes Mentais) e, sobretudo, dos hospitais psiquiátricos privados que, de forma mais clara, assumiram um rompimento com a coordenação nacional (ALVES, 1999).

O Programa foi aprovado na Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica e, após seis meses de discussão, em julho de 1995, aprovado no Conselho Nacional de Saúde. A resolução do Conselho indicou que: a proposta deveria ser submetida à Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde; a implementação da política deveria ser gradual e de acordo com o plano estabelecido pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da

Saúde; e, também, que a proposta deveria ser avaliada periodicamente pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1995b).

A Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde emitiu parecer desfavorável. A argumentação contrária dessa Consultoria, baseando-se na incapacidade civil da pessoa com transtornos mentais, de acordo com o Artigo 5º do Código Civil, considerou que o paciente não teria condições e, legalmente, não poderia escolher seu representante pessoal ou legal para receber os recursos previstos pelo Programa. Esse parecer interrompeu o prosseguimento da discussão, inviabilizando a proposta.

Com o objetivo de dar continuidade a esse processo e de responder, pelo menos parcialmente, à demanda das pessoas internadas há longo tempo, a COSAM iniciou, no final de 1996, o processo de estudos para viabilizar a inclusão, como procedimento da Tabela do SIA-SUS, de Lares Abrigados e Pensões Protegidas, conforme, inclusive, recomendavam as resoluções da II Conferência.

Como resultado dessas discussões, elaborou-se uma minuta de portaria que indicava a criação de Lares Abrigados ou Pensões Protegidas e do procedimento de hospital-noite ou cobertura-noite. Os Lares Abrigados ou Pensões Protegidas dirigiam-se às pessoas com transtornos mentais que, por problemas clínicos e/ou sociais, apresentassem dificuldades e/ou desabilidades para estar inseridas na vida familiar ou ainda, apresentassem limitação da autonomia para a vida cotidiana (BRASIL, 1997). O então denominado procedimento de hospital-noite foi definido como:

um valor pecuniário diário, devido por paciente, a um serviço aberto intensivo de saúde mental, para prover a acolhida de pacientes com transtornos mentais, em tratamento neste serviço, e que, por algum motivo tenham que ser albergados por uma ou mais noites em local previamente cadastrado e autorizado pela administração de saúde do respectivo município (BRASIL, 1997, p. 2).

A proposta de inclusão desses dois novos procedimentos visava garantir o significado do habitar, a necessidade de residência e também de hospitalidade nos projetos terapêuticos, de acordo, inclusive, com diversas proposições do campo da reabilitação psicossocial (SARACENO, 1995; WHO, 1996). Dessa forma, buscava contemplar as

necessidades das pessoas com transtornos mentais que, por diferentes motivos, apresentassem restrição de autonomia e/ou fragilidade da rede social e de suporte.

Em particular, o procedimento do hospital-noite, sem a definição prévia do local, abria um novo campo de possibilidades ao configurar a hospitalidade inscrita nas relações e contextos de vida da pessoa com transtornos mentais. Os Lares Abrigados, por sua vez, poderiam se constituir em instituições fundamentais para viabilizar a saída das pessoas há longo tempo internadas.

As proposições de moradias e de garantia da hospitalidade noturna colocavam em discussão a necessidade de redimensionar a relação de tutela, transformando a concepção de tutela entendida como restrição de espaços, ausência de direitos e perda social por parte do tutelado. Nessa perspectiva, significavam articular, tutela e direito, no sentido proposto por FRANCA BASAGLIA:

entender a tutela como momento de emancipação e não mais de repressão; emancipação no sentido de que a pessoa quanto mais necessitada de proteção, tanto mais deve ser colocada em condição de viver positivamente a própria 'minoridade', para conquistar ou recuperar autonomia e responsabilidade (BASAGLIA, F.O., 1992, p. xxiv).

A proposta dessa Portaria continuou em discussão nos anos que se sucederam e outras minutas foram sendo elaboradas. Ao mesmo tempo, diversas experiências locais iniciaram a criação de moradias, produzidas nos processos de transformação institucional do hospital psiquiátrico e de reconversão de recursos financeiros da internação hospitalar.

Dentre essas experiências, FURTADO e PACHECO (1997), analisando a Unidade de Moradores do Serviço de Saúde Cândido Ferreira, destacam que as moradias constituem alternativas eficazes às internações asilares e, ao mesmo tempo, não devem ser identificadas a uma simples substituição de leitos hospitalares, ou seja, requerem intervenções complexas que não reproduzam a lógica asilar.

Em 2000, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM 106/00 que estabeleceu a criação dos serviços residenciais terapêuticos no âmbito do SUS (BRASIL, 2000a). Essa Portaria definiu esses serviços como:

morádias ou casas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internação psiquiátrica de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social (BRASIL, 2000a).

Compreendendo os serviços residenciais terapêuticos como modalidade substitutiva à internação psiquiátrica, a Portaria estabelecia ainda que, a cada transferência para serviço residencial de paciente internado, deveria ser reduzido ou descredenciado igual número de leitos do hospital psiquiátrico. Essa proposição operava com a reconversão de recursos, embora, diferentemente da proposta do PAD, não diretamente, isto é, o recurso anteriormente destinado à Autorização de Internação Hospitalar deveria ser realocado para os tetos orçamentários do estado ou município gestor da rede de atenção em saúde mental (BRASIL, 2000a)

A Portaria GM 106/00 buscou estabelecer, também, a garantia de cuidado pautado na ampliação de autonomia, na reabilitação psicossocial e inclusão social. Definiu claramente os princípios e diretrizes dos projetos terapêuticos visando alcançar os objetivos acima descritos.

A definição da população indicada para os serviços residenciais terapêuticos como exclusivamente de egressos de longa permanência em hospital psiquiátrico gerou polêmicas no campo da reforma e do movimento social. Se, por um lado, buscava enfatizar a prioridade, do ponto de vista assistencial e social, das pessoas gravemente institucionalizadas, por outro, não contemplava as pessoas em atendimento nos novos serviços que, por diferentes razões, poderiam necessitar de hospitalidade, como discutimos anteriormente. Cabe destacar que essa necessidade já se fazia presente em diversos serviços de atenção em saúde mental e algumas experiências construíram respostas, dentre as quais, a moradia vinculada ao Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental USP/SES-SP Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira (PITTA, 1994).

Essa discussão permanece em aberto até o presente momento. Em que pese a urgente necessidade de construção de políticas públicas que possam responder de forma eficaz a essa questão, cabe destacar o caráter inovador que a Portaria GM 106/00 representa

para a superação do conjunto das instituições asilares, não apenas aquelas destinadas às pessoas com transtornos mentais. Explicita, de forma clara, diferentemente do que muitas vezes é enunciado, que, do ponto de vista de recursos, a manutenção das instituições asilares não pode ser atribuída às limitações de recursos econômicos e, sim, à forma de utilização (e às possibilidades de reconversão) dos recursos existentes.

Dando continuidade à reflexão sobre a implementação da política nacional de saúde mental, a partir de 1995 verificou-se uma significativa inflexão nos percursos e ações da COSAM. A proposta do PAD permaneceu inviabilizada pelo parecer da Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde e a inclusão dos procedimentos de Lares Abrigados e hospital-noite na Tabela SUS não foi implementada naquele período. O plano de apoio aos municípios para a criação dos serviços de atenção psicossocial não foi viabilizado da forma prevista, dificultando a criação de novos NAPS/CAPS e hospitais-dia (ALVES et al., 1998). Na avaliação de ALVES,

não houve retrocesso em 95/96, mas houve uma certa estagnação do processo, até porque, por questões estruturais do financiamento da saúde, o processo de implementação do SUS ficou mais ou menos sustado [...], falta de recursos financeiros. Então, se o nosso grande aliado na expansão de uma rede de substituição era a nova condição de gestão dos municípios, isso foi sustado. Naturalmente, o Programa sofreu uma interrupção importante. Não creio que houve retrocesso, mas houve uma postergação importante (ALVES, 1999, p.17-8).

Em relação à alteração no processo de implantação das ações da política nacional de saúde mental, a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica elaborou, na reunião de outubro de 1997, manifesto público expondo uma análise crítica em relação ao ritmo de implementação da reforma psiquiátrica (MNLA, 1997b). O documento apresentou uma síntese do processo durante o período de 1990 a 1997, assinalando a importância da redução de leitos psiquiátricos e da criação de cerca de 210 serviços de atenção psicossocial, entre NAPS e CAPS (CNRP, 1997). Entretanto, identificou uma evidente alteração no ritmo do processo, salientando:

a criação de novos serviços não vem respondendo às necessidades; serviços em hospital geral não são implementados; os recursos financeiros permanecem de forma majoritária investidos no leito psiquiátrico tradicional; a maioria dos Estados e municípios não tem estabelecido diretrizes nítidas de planificação e implantação de ações de saúde mental. Dos cerca de 400 milhões de reais destinados anualmente pelo SUS à assistência em saúde mental, em torno de 370 milhões são utilizados para o pagamento de leitos em hospitais convencionais e menos de 30 milhões para os serviços extra-hospitalares, tais como NAPS, CAPS e oficinas protegidas. O plano de investimento para apoiar a implantação de novos serviços, cuja meta é de 450 novas unidades entre 1996 e 1998, somente aprovou, até o momento 42 convênios com municípios, sendo que apenas 15 municípios já receberam nesse período o repasse do financiamento. O resultado alcançado situa-se abaixo de 10% da meta proposta (CNRP, 1997, p.1-2).

Esse documento manifestou também posição contrária ao parecer emitido sobre o PAD pela Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde, destacando a necessidade de sua implantação, bem como de um programa sistemático de residência assistida dirigido às pessoas internadas nas estruturas psiquiátricas asilares. Expressou, ainda, a necessidade de medidas imediatas das autoridades governamentais, nos três níveis de gestão, para a retomada do processo da reforma psiquiátrica (CNRP, 1997).

É principalmente a partir de 1999 que pode-se verificar a retomada do processo de produção de normativas para a implementação da política nacional de saúde mental de forma continuada. Dentre as medidas efetivadas naquele período, merece destaque a publicação da Portaria GM 1.077/99, que implantou o Programa de Aquisição de Medicamentos Essenciais para a Área de Saúde Mental, da Portaria GM 106/00, que analisamos anteriormente, e da Portaria GM 799/00, que criou o Programa Permanente para Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental (BRASIL, 1999c; 2000b).

As Portarias GM 1.077/99 e 799/00 não se referem à criação de novas modalidades assistenciais ou serviços, que trabalhamos de forma mais aprofundada nesta investigação, mas certamente produzem repercussões fundamentais no próprio processo de

atenção. A primeira objetiva a destinação regular de recursos financeiros para a manutenção de programa de farmácia em saúde mental, necessidade que, embora central na atenção, freqüentemente não é contemplada.

A Portaria GM 799/00 estabelece a necessidade de avaliação da assistência prestada, criando mecanismos de supervisão continuada. A composição dos Grupos Técnicos de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental, definida pela Portaria, gerou algumas polêmicas no campo da reforma, tendo em vista a não inclusão de representantes do controle social. Diversas associações de usuários e familiares se mobilizaram em relação a essa questão, afirmando a necessidade de sua participação e demonstrando claramente o fortalecimento que essas entidades vêm construindo ao longo dos últimos anos.

Paralelamente, no período compreendido entre 1999 e 2000, realizaram-se diversos encontros promovidos por organizações do campo da reforma e do movimento social. As diferentes iniciativas visavam, sobretudo, discutir e avaliar a reforma e buscar caminhos que viabilizassem a superação do momento que, na avaliação de alguns atores, em particular do MNLA, configurava-se como de estagnação do processo.

O conjunto dessas mobilizações pode aglutinar as diferentes perspectivas de análise sobre o momento da reforma em um projeto comum: a necessidade de convocação da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Após diversas discussões e manifestações na Comissão Nacional de Saúde Mental, foi convocada a III Conferência Nacional de Saúde Mental.

Realizada em dezembro de 2001, a III Conferência foi intitulada “Efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”. O eixo temático central da Conferência foi definido como “Reorientação do modelo assistencial”, demonstrando os princípios e objetivos que a animavam. Esse temário foi discutido também em quatro subtemas: recursos humanos (gestão com pessoas) para a reorientação do modelo assistencial; financiamento na reorientação do modelo assistencial; controle social; e, acessibilidade, direitos e cidadania (BRASIL, 2001b)

O processo preparatório da III Conferência resultou em ampla mobilização social e no desenvolvimento de diversas avaliações e análises do processo da reforma em curso. Em relação ao campo assistencial, o documento preparatório para a Conferência destacava que, não obstante as inúmeras iniciativas realizadas, o processo da reforma encontra um conjunto de desafios para sua efetivação (BRASIL, 2001).

Em relação ao número de leitos psiquiátricos, os dados do Ministério da Saúde registravam, em dezembro de 2000, a existência de 70.917 leitos em hospitais psiquiátricos (note-se que, em dezembro de 1992, o número total de leitos era de 90.163), a maioria pertencente ao setor privado. O documento da III Conferência ressalta a continuidade da presença de um número significativo de pessoas há longo tempo internadas, além de assinalar que a violação dos direitos humanos fundamentais é ainda uma realidade em diversos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2001).

Em relação aos novos serviços de saúde mental, cabe destacar a evolução dos serviços CAPS/NAPS, anteriormente inexistentes, para 261 unidades em dezembro de 2000 e 315 unidades em dezembro de 2001.

Os dados de redução do número de hospitais e de leitos psiquiátricos, aliados aos dados de evolução dos serviços de atenção em saúde mental, podem indicar uma tendência para a mudança do modelo assistencial. Entretanto, o modelo asilar permanece central, situação que pode ser expressa seja pela capacidade instalada, seja quando verificamos que, do total de gastos com transtornos mentais, aproximadamente 90% destinam-se à assistência hospitalar (BRASIL, 2001).

A redução de leitos é um dado fundamental do processo em curso, mas novos estudos são necessários para aprofundar a análise desse processo como, por exemplo, para compreender a trajetória das pessoas internadas e para identificar a existência ou não de processos de transinstitucionalização..

Na perspectiva da reforma como processo multidimensional, é importante citar as referências presentes no documento da III Conferência em relação à necessidade de produção de condições efetivas para que as pessoas com transtornos mentais possam participar dos intercâmbios sociais em igualdade de oportunidades. Com esse objetivo é necessário:

o redirecionamento de recursos para a implementação de redes municipais de atenção assim como de projetos e ações que viabilizem o fortalecimento do poder contratual dos usuários, o acesso aos direitos, a ampliação das redes sociais e de suporte e a efetiva participação na vida pública (BRASIL, 2001).

A análise a que procedemos das principais proposições no campo assistencial, enfocando, em particular, as principais estratégias e conflitos presentes na construção e implementação da política nacional de saúde mental, indica um momento significativo do processo em curso: a centralidade do asilamento psiquiátrico e o movimento instituinte de criação de novas instituições e de projetos locais de atenção em saúde mental.

A implementação dos serviços de atenção psicossocial tem sido mais expressiva que a dos denominados serviços residenciais terapêuticos ou, ainda, dos projetos de transformação de hospitais psiquiátricos e dos programas e ações de saúde mental na atenção básica.

Em fevereiro de 2002, foi publicada a Portaria GM 336/02 que estabeleceu três modalidades dos serviços de atenção psicossocial para o atendimento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, e a criação desses serviços para pessoas com transtornos decorrentes de uso e dependência de substâncias psicoativas e para atendimentos a crianças e adolescentes (BRASIL, 2002c).

A complexidade e a abrangência populacional definem as modalidades dos serviços de atenção psicossocial para as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes – CAPS I, II e III. A portaria estabeleceu, também, que os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, com funcionamento segundo a lógica do território e o atendimento em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo (BRASIL, 2002c).

A produção dos serviços de atenção psicossocial é uma significativa expressão da reforma, embora seja insuficiente do ponto de vista das necessidades da demanda. Em dezembro de 2002 encontravam-se cadastrados 441 CAPS/NAPS.

Nesse contexto, a criação de serviços de atenção psicossocial 24 horas é ainda menos expressiva no cenário nacional. Criados, sobretudo a partir de 2000, atualmente estão cadastrados 19 CAPS III, localizados em 4 Estados e em 11 municípios:

- Minas Gerais: 2 em Belo Horizonte e 1 em Betim;
- Pará: 1 em Belém;
- Paraná: 1 em Londrina
- São Paulo: 4 em Campinas, 1 em Casa Branca, 1 em Jundiaí, 1 em Rio Claro, 1 em Santo André, 5 em Santos e 1 em São Paulo.

Como processo social, a reforma psiquiátrica realiza-se em um campo de embates, entre um conjunto de forças com interesses e proposições distintas. Se, por um lado há inegáveis avanços, por outro o panorama atual é desafiador. Os projetos locais e os serviços substitutivos encontram-se em construção e, podemos dizer que seu fortalecimento e ampliação constituem um dos principais desafios para a efetivação da reforma psiquiátrica no contexto do SUS.

É interessante observar que as denominações *novos* modelos, *novos* serviços são correntemente utilizadas na área. O adjetivo *novo* parece indicar a perspectiva contra-hegemônica dessas práticas, a recusa da institucionalização e seu constante devir. Ao mesmo tempo, revela o campo de incertezas no qual se move, sua condição de não-dado, o desafio da transformação em curso.

Os serviços de atenção psicossocial não necessariamente encontram-se inseridos em políticas de saúde mental pautadas nas diretrizes da reforma, sendo frequente sua presença e ação ao lado e em paralelo aos hospitais psiquiátricos.

Por outro lado, observa-se, em diversas experiências municipais, a tendência para configurar tais serviços – com denominações diferentes nas realidades locais - como a base das novas redes de atenção em saúde mental que, dessa forma, podem ocupar um lugar estratégico na reforma psiquiátrica. As práticas em curso são diversas e, podemos dizer, revelam formas distintas de compreensão do significado de serviço substitutivo que remetem, também, às diferentes perspectivas que norteiam os processos de reforma psiquiátrica em nível local e a produção de novos modelos de atenção no contexto do SUS.

***CAPÍTULO 2***  
***NOVOS MODOS DE PENSAR***  
***E AGIR EM SAÚDE***

## **2-Novos modos de pensar e agir em saúde**

A discussão sobre a reforma psiquiátrica em curso no cenário nacional permitiu compreender que a assunção dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e a superação do modelo asilar constituíram as principais diretrizes do processo. É certo, entretanto, que, se por um lado, essas diretrizes delimitaram um campo, por outro abriram um conjunto de novas indagações e desafios.

Distante de uma perspectiva que reduz a reforma psiquiátrica ao “campo técnico-assistencial” evidencia-se, ao mesmo tempo, que a sua efetivação exige a invenção, a concretização e a ampliação de práticas que possam superar o asilamento psiquiátrico e tecer novas formas de lidar com a experiência da loucura.

A reflexão sobre essa questão convida ao desenvolvimento de diversos caminhos. As vias de construção dos modelos e dos serviços substitutivos são repletas de desafios, entrecruzando múltiplas dimensões: as políticas públicas, os saberes, os modos de fazer saúde, as instituições, os direitos, os processos socioculturais. Sem desconsiderar todas as dimensões que compõem esse processo, consideramos fundamental refletir sobre os modos cotidianos de pensar e agir nos serviços de saúde no contexto do SUS.

### **2.1-Modelo de atenção em saúde para a produção de vida**

Na década de 1990, o processo de implementação das diretrizes do SUS abriu novas possibilidades para o reordenamento global do sistema de saúde, não obstante os inúmeros obstáculos existentes para a concretização de políticas públicas em um contexto de hegemonia do ideário neoliberal. Tratava-se do complexo desafio de construção de um novo sistema de saúde que expressasse, na dimensão institucional, cultural e política, não só as conquistas alcançadas no texto constitucional, mas, também, um processo de reforma que podemos considerar como um movimento contra-hegemônico à ordem política e econômica vigente (CAMPOS, 1992a; SILVA JUNIOR, 1998).

Nas palavras de CAPISTRANO FILHO (2000, p.2),

eu acredito que quando nós estávamos no chamado movimento da reforma sanitária e mesmo após a vitória no congresso constituinte de

1988 no campo da saúde, nós não imaginamos o quanto seria dura e longa a batalha política e cultural que teríamos que vencer para efetivamente constituir o SUS. Nós temos dez anos de avanços nos planos legislativo, no plano da reengenharia organizacional, no plano da descentralização. Nós vamos ter ainda, não sei quantos anos pela frente, para poder, do ponto de vista político – no sentido mais nobre desta palavra – mas, do ponto de vista cultural, nós vencemos a batalha pela construção do SUS.

No curso desses anos, diversas experiências municipais têm sido registradas que, enfrentando a disputa de distintos projetos políticos presentes no campo da saúde, assumiram o desafio de produzir a saúde como bem público, constituindo um amplo conjunto de possibilidades que, embora ainda não sejam predominantes, demonstram a viabilidade de traduzir, em práticas sociais concretas, as diretrizes do SUS. .

O panorama atual é bastante heterogêneo e, dentre as várias perspectivas de análise sobre o processo, CAPISTRANO FILHO considera que as iniciativas de “transformação dos textos constitucionais e legais em realidades vivas” tiveram êxito em maior ou menor grau, alcançaram permanência variável e

demonstraram que é possível reorganizar profundamente a assistência à saúde em nosso país. Provaram que os dizeres constitucionais, não são devaneios, mas pontos de apoio e guias confiáveis para as mudanças necessárias (CAPISTRANO FILHO, 1999, p. 89).

Nesse cenário, os debates se intensificaram, colocando em cena múltiplas questões, dentre as quais: Como viabilizar um sistema de saúde público, democrático, de acordo com os princípios de universalidade, equidade, integralidade e controle social? Como traduzir o direito à saúde em ações, serviços e práticas concretas? Quais modelos de atenção poderiam ser, de fato, alternativos ao modelo hegemônico de produção e organização dos serviços de saúde?

Diferente de uma concepção que identifica o direito a saúde à implantação de serviços de saúde é ao mesmo tempo fundamental que a reforma possa significar uma real transformação dos modos de produção de serviços de saúde, das formas de agir em saúde,

dos princípios que regem as interações entre os cidadãos e os espaços públicos. Para CAMPOS,

a separação, artificialmente idealizada, entre as reformas da estrutura administrativa e do desenho organizacional por um lado, e as do modo concreto de produzir atenção médico-sanitária por outro, tem conduzido inúmeros esforços mudancistas a impasses, a alcançarem pequeno impacto sobre os problemas de saúde e mesmo sobre a eficácia dos serviços [...]. Reformas da estrutura administrativa, ainda que tecnicamente justificadas, mas que não logram alterar o modo de produção e a lógica diretora do modelo, costumam redundar em empreitadas esvaziadas de conteúdo (CAMPOS, 1992a, p. 145).

É nesse contexto que assume relevância a questão dos modelos de atenção em saúde. No campo da saúde coletiva, partindo de distintos referenciais teóricos, diferentes autores têm formulado novos modelos de atenção e de organização dos serviços. SILVA JUNIOR (1998) considera que as proposições da saúde coletiva, pautadas na construção de modelos tecnoassistenciais que contemplam a realidade brasileira, apresentam elementos que oferecem caminhos mais abrangentes que o modelo hegemônico e suas reformas<sup>4</sup>.

No curso dos anos 1990, a partir da análise crítica do modo hegemônico de produção de serviços de saúde e da reflexão sobre diversas experiências, pesquisadores do Laboratório de Planejamento do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP elaboraram a proposição “Em defesa da vida”. Nessa trajetória, discutem e analisam distintas dimensões da produção de saúde, dos serviços e das relações serviços-usuários, dos processos de trabalho e das formas de gestão. Operando com a noção de “caixa de ferramentas”, a produção teórica desenvolvida é extensa, dialogando com diversos autores da saúde e das ciências humanas.

SILVA JUNIOR (1998), em seu estudo sobre as reformas do modelo hegemônico de prestação de serviços em saúde e os modelos tecnoassistenciais, considera que a proposição “Em defesa da vida” representa uma das principais vertentes do campo da saúde coletiva. No cenário de embate entre os diferentes projetos políticos e as proposições de reforma da organização dos modelos e dos serviços de saúde, as diretrizes da proposição

---

<sup>4</sup> Sobre a análise do modelo hegemônico de prestação de serviços em saúde e das proposições de reforma da Medicina Comunitária, a proposta de Sistemas Locais de Saúde e a de Cidades Saudáveis, Cf. SILVA JUNIOR (1998).

“Em defesa da vida” inscrevem-se no campo de construção de políticas públicas comprometidas com a democracia, a universalização dos direitos e a efetiva construção do SUS. Norteadas pelos princípios gerais do movimento sanitário, essa proposição apresenta uma forma singular de pensar e agir em saúde se confrontada com outras formulações desse campo, indicando a possibilidade de superação da forma hegemônica de produção de serviços de saúde (CAMPOS, 1992a; CECÍLIO, 1994).

Sem a intenção de descrever os desdobramentos teóricos e metodológicos que essa proposição enseja para o campo da saúde coletiva, buscamos compreender essa forma diferente de pensar, abordando, em particular, o conceito de modelos de atenção em saúde e o significado da “Defesa da vida” como um eixo estruturante para a reforma do sistema público de saúde.

“Em defesa da vida”, principal consigna da equipe dirigente da Secretaria de Saúde de Campinas durante o período 1989 a 1991, configurou-se como uma diretriz e um desafio:

a defesa da vida é muito mais um caminho, com inúmeras partidas e chegadas do que um lugar onde um sujeito possa estar todo o tempo cheio de certezas [...] deveria funcionar como um eixo estruturante do projeto de construção de um sistema público de saúde, base sobre a qual os sujeitos poderiam apoiar-se para enfrentar as contingências e determinações histórico-estruturais (CAMPOS, 1997a, p. 257).

Nessa perspectiva, a defesa da vida como diretriz para os itinerários de reforma do sistema público de saúde transforma o próprio caminhar e revela a compreensão do direito à saúde em seu sentido mais abrangente. Afirmando a complexidade do movimento da vida no campo da saúde, abre novos horizontes e possibilidades para revisitar as concepções sobre o processo saúde-doença e os serviços de saúde. Em outras palavras, indica uma perspectiva diversa na qual “pensar a saúde, a doença, as políticas sociais, implica pensar os elementos essenciais à reprodução da vida” (MELO, 1991, p. 10).

Para CAMPOS (1997a), a concretização do direito à saúde, compreendido como defesa da vida e pautado na complexidade do processo saúde-doença, requer a combinação de duas perspectivas complementares. A primeira diz respeito à construção de sociedades justas, isto é, à distribuição de renda, trabalho, habitação, lazer e educação. A

segunda perspectiva refere-se à capacidade dos serviços e ações do sistema público de saúde de efetivamente produzir saúde.

Nessa perspectiva, a assunção da defesa da vida como o objetivo central da atenção em saúde delinea um deslocamento significativo, redimensionando as discussões que visam à construção de um sistema público de saúde e suscitando diversas indagações: o que significa saúde como defesa da vida? As atuais políticas públicas se dirigem à defesa da vida? Como traduzir essa consigna no agir cotidiano dos serviços e ações de saúde? Como reordenar e construir as práticas em saúde de forma a ampliar as possibilidades de defesa da vida?

Nessa visada, não se trata de uma intencionalidade exterior às concepções e ao cotidiano das práticas, mas sim de colocar em discussão os saberes, os cuidados e as ações, os serviços, os processos de trabalho, as formas de gestão. Requer repensar os serviços públicos de saúde, redefinindo a sua organização e a totalidade do seu planejamento, enfrentando a burocratização, a anomia dos espaços, inventando novos modos de agir em saúde. Para CAMPOS, o laboratório da experiência de Campinas possibilitou evidenciar:

a necessidade de combinar noções de reforma da estrutura – descentralização, regionalização e hierarquização de serviços – com outras mais ligadas às práticas clínicas e de saúde pública. Denominamos a este movimento de ‘construção de novos modelos de atenção’ (CAMPOS, 1994, p. 40).

E como podemos compreender o significado de modelos de atenção em saúde? No contexto dos debates sobre a definição de modelos assistenciais, MERHY et al. (1991) assinalavam que:

ao se falar de modelo assistencial estamos falando tanto da organização da produção dos serviços de saúde a partir de um determinado arranjo dos saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais (MERHY et al., 1991, p. 84).

Essa formulação buscava superar a parcialidade que os autores identificavam nas formas correntes de conceituação e classificação de modelos assistenciais que tomavam como referência, focalizando de forma isolada:

- os saberes do campo da saúde que informam a organização das ações. Nessa perspectiva, os modelos assistenciais eram classificados com base nas ações

médico-curativas ou médico-preventivas e/ou sanitárias, denominados clínico ou epidemiológico;

- a organização de instituições de saúde. Dessa forma, a classificação dos modelos estava pautada no tipo de instituição prestadora e na hierarquia estabelecida entre as instituições, definindo os modelos como “hospitalocêntrico”, privado ou público, rede “basicocêntrico”, serviços de atenção primária, secundária, etc.;
- a expressão de diretrizes básicas de um determinado projeto de política social para a saúde. Nessa perspectiva, o modelo assistencial remete às relações entre as ações de saúde e o conjunto das práticas políticas existentes em determinado contexto (MERHY et al., 1991).

Considerando que essa parcialidade se expressava também na própria denominação de modelo assistencial, os autores propõem a expressão “modelo tecnoassistencial”, explicitando assim as duas dimensões que o compõem: o aparato institucional utilizado para a organização das ações de saúde e um determinado arranjo dos saberes que configura uma forma de descrever o objeto saúde-doença, que se expressam como um projeto de política articulado a determinadas forças e disputas sociais (MERHY et al., 1991).

A compreensão dos modelos tecnoassistenciais como projetos de políticas evidencia que as escolhas por “determinadas delimitações dos problemas de saúde e de determinadas estratégias de ação no âmbito institucional são politicamente determinadas” (MERHY et al., 1991, p. 84). Dessa forma, é fundamental poder reconhecer que é no processo de articulação de necessidades, demandas e direitos que se expressam as disputas empreendidas pelos diferentes sujeitos sociais para inscreverem seus interesses e demandas como questões sociais, como problemas ou objetos de políticas concretas, dentre as quais as políticas de saúde (CECÍLIO, 1994).

CAMPOS (1992a) identifica diferentes classificações das modalidades assistenciais, dentre as quais, as que seguem o critério do modelo tecnológico utilizado na atenção à saúde, dividindo os serviços entre aqueles que fazem saúde pública, atenção primária ou atendimento hospitalar. Outra forma de classificação adota o critério do tipo de

propriedade, definido em setores: privado, filantrópico, estatal, etc. Existem ainda as classificações de acordo com o grau de incorporação tecnológica, resultando nas noções de níveis assistenciais básico, secundário e terciário.

O autor assinala que essas formas de classificação, quando absolutizadas, limitam a compreensão, induzindo à perda da visão da totalidade e dificultando a análise das principais contradições da forma hegemônica de produção dos serviços de saúde. Explicita, ainda, que a combinação de várias modalidades assistenciais, articuladas conforme uma lógica específica, constituem uma determinada forma de produção de serviços e que é fundamental o reconhecimento destas como partes integrantes de um todo articulado e interdependente (CAMPOS, 1992a).

Nessa linha de análise, opera-se com a noção de “modo ou forma de produção de serviços” como equivalentes aos termos “conformação dos sistemas de saúde” e “modelo assistencial”, presentes na literatura da área (CAMPOS, 1992a, p. 37). Em estudo posterior, CAMPOS compreende modelo de atenção como:

um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político. Como uma dada concretização de diretrizes da política sanitária em diálogo com um certo saber técnico. Uma tradução para um Projeto de Atenção à Saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, sócio-culturais e de leitura de uma conjuntura epidemiológica e de um certo desenho de aspirações sobre o viver saudável (CAMPOS, 1994, p. 58).

Essa proposição é especialmente fértil por considerar as múltiplas dimensões que compõem o projeto de atenção em saúde, explicitando a presença e entrelaçamento de diferentes disciplinas e a compreensão de sua produção como processo histórico e social. Dessa forma, o modelo de atenção não é estático, fixo e se realiza em movimento: “uma síntese cambiante” (CAMPOS, 1994, p. 58).

Diferentemente de concepções normativas e da afirmação de um discurso técnico supostamente neutro que instruiria e determinaria, de forma linear, o curso das práticas, CAMPOS (1994) assinala que o modelo de atenção é, ao mesmo tempo, técnico e político.

Prosseguindo em sua reflexão, explicita que esse apresenta-se como uma categoria de mediação entre a determinação histórico-estrutural de políticas sociais e as práticas de saúde, “uma instância na qual, atores sociais reelaborariam determinantes macro-sociais e determinantes disciplinares em função de seus projetos singulares” (CAMPOS, 1997b, p. 115).

Com esse conteúdo, a reflexão sobre os modelos de atenção, requer duas linhas de análise: uma de ordem macro, que diz respeito aos condicionantes econômicos, políticos e sociais, e outra que, produzida nesse processo, se refere às práticas sanitárias concretamente implementadas (CAMPOS, 1997b).

Nessa perspectiva, os desafios para a transformação do sistema público de saúde certamente são diversos e colocam em cena a nossa capacidade de produzir práticas que dêem sentido às palavras, de construir coletivos que possam indagar:

o sentido efetivo das ações de saúde a partir de interesses orientados e comprometidos por um modelo de atenção à saúde que se pautar pela criação de relações de responsabilização e compromissos com a defesa da vida, individual e coletiva, de modo igualitário e democrático. Temos de aliar nossa capacidade de atuar nos processos macropolíticos com as muitas possibilidades de intervenção nos modos micropolíticos, os quais constroem a maneira como os modelos de atenção efetivamente ‘vivem’ as possibilidades concretas da relação trabalhador-usuário, lugar que, em última instância, atua no e sobre o imaginário em saúde. E, neste caminho, forjar os novos ‘atores sociais’ comprometidos com o público, de modo público (MERHY e ONOCKO, 1997, p. 14).

As formulações dos autores revelam que a compreensão de modelo de atenção requer uma leitura complexa e contextualizada, que possa contemplar as diferentes dimensões que o compõem e, ao mesmo tempo, sua produção como processo histórico e social. Na leitura de SILVA JUNIOR, o conceito de modelo technoassistencial permite:

sistematizar concepções de um mundo diante da problemática de saúde, e o debate em torno da superação desta, em especial na materialização de ações específicas e das formas de organização para isso (SILVA JUNIOR, 1998, p. 32).

A partir das contribuições dos autores, podemos dizer que a discussão de um modelo de atenção revela como uma problemática é percebida como problema de saúde. Em outras palavras, significa compreender como uma determinada questão é formulada como problema de saúde em um contexto singular e quais são as respostas oferecidas na interação com esse objeto.

Nessa linha de análise, a produção de serviços de saúde está sendo compreendida como os caminhos que podem ser pensados para interferir e interagir neste processo. Na perspectiva dos autores, a construção de um sistema de saúde público, universal, equânime, de qualidade e essencialmente comprometido com a defesa da vida individual e coletiva coloca necessariamente em discussão, ao lado das reformas macro-estruturais, o modo concreto de se produzir saúde (CAMPOS, 1994).

Em outras palavras, a construção de novos modelos tecnoassistenciais evidencia uma questão central: a necessidade de transformar o modo como se estruturam as práticas de saúde, a partir das formas cotidianas de operar o trabalho em saúde, da relação entre os serviços e a demanda, da percepção e da relação com o objeto de trabalho: a vida e o sofrimento das pessoas e da coletividade.

É fundamental assinalar a profunda mudança da lógica para a organização dos sistemas públicos de saúde que essa perspectiva afirma e propõe. Esse modo de pensar diferenciado assume, como questão central, o diálogo com a demanda e o redimensionamento da finalidade do projeto de atenção em saúde. Desse modo, a reforma do sistema público de saúde implica necessariamente a mudança do cotidiano dos serviços e da relação entre os profissionais e os usuários, requerendo que se pense em composições de modelos de atenção “mais abertas à produção negociada do viver em sociedade, propiciadoras da construção de sujeitos autônomos” (CAMPOS, 1992a, p. 18).

Nesse sentido, uma questão fundamental emerge: a necessidade de transformar o modo de fazer saúde no qual o usuário é percebido como um objeto despojado de direitos. A reflexão sobre essa questão remete à relação do trabalhador de saúde com o objeto e o objetivo de seu trabalho.

CAMPOS (1997a, p. 235) considera que o trabalhador de saúde encontra-se distante dos resultados de seu trabalho ou, ainda, “encontra-se separado de sua Obra”, compreendendo por Obra, o reconhecimento do resultado do trabalho por parte do trabalhador, do usuário e da sociedade. Analisando a organização do trabalho em saúde, o autor evidencia a fragmentação do processo de trabalho, a concentração em atos parcelares, a perda da visão integral e o distanciamento ou descompromisso com o processo global de promoção da saúde de uma comunidade ou de reabilitação de uma pessoa ou, ainda, com o resultado final.

Essa forma de organização do trabalho acaba por gerar uma relação bastante burocratizada do profissional com o saber e com sua prática e, ao mesmo tempo, uma tendência para se relacionar apenas com a realização adequada do procedimento. A alienação, a progressiva perda de contato do profissional com dimensões potencialmente estimuladoras de sua criatividade, a diminuição do compromisso e da responsabilidade com o objetivo final de sua intervenção produzem danos para os usuários, para o conjunto do projeto de saúde e para o próprio trabalhador (CAMPOS, 1997a).

Uma das expressões concretas desse processo nos serviços de saúde é a forma como se estabelecem as relações entre os trabalhadores de saúde e os pacientes, nas quais a alienação e o desequilíbrio de poder são evidentes. Os usuários “acabam reduzidos à condição de objetos, ou de algo muito mais próximo ao estado de coisa do que de sujeito” (CAMPOS, 1997a, p. 243)

No cotidiano das práticas de saúde desenvolvidas nessa perspectiva, observa-se um significativo empobrecimento da qualidade das ações, a centralidade dos procedimentos, a restrição da capacidade dos serviços de intervir e transformar a realidade e a perda das finalidades da atenção à saúde. Em outras palavras, essa forma de organização do trabalho resulta na perda do objetivo de defesa da vida pautado na produção de um usuário mais autônomo e saudável.

Nessa forma de produção de saúde, os processos terapêuticos são reduzidos aos procedimentos e interpretados como atos isolados, descontextualizados, gerando uma perda de sentido do que se faz, como se faz e para que se faz:

valoriza-se cada vez mais a realização de procedimentos – deificação dos meios – e verifica-se cada vez menos se a mobilização desses meios produziu ou não saúde, se redundou ou não em reabilitação, em reparação ou em prevenção de danos e se isso se efetivou com o menor custo e com a menor imposição de sofrimento e de desconforto às pessoas (CAMPOS, 1997a, p. 252).

O objetivo da qualidade em saúde e da defesa da vida implica necessariamente a análise e a reconstrução das relações entre os profissionais, os usuários, as instituições de saúde e a população. Nessa reflexão, CAMPOS (1997a) assinala a necessidade de religar os trabalhadores à Obra, de estimular a liberdade inventiva e a responsabilidade profissional, de produzir desenhos institucionais que propiciem a adequada combinação de autonomia profissional e responsabilidade e de criar mecanismos institucionais que permitam o envolvimento, a participação e a implicação dos trabalhadores na elaboração de novas maneiras de gerir e produzir as instituições.

Com essa visada, o autor propõe que se criem dispositivos promotores de desalienação e de reaproximação dos trabalhadores com o resultado de seu trabalho. Dentre tais dispositivos encontram-se: a gestão colegiada dos serviços de saúde e o resgate do vínculo entre o profissional e o usuário como princípio fundamental do trabalho clínico (CAMPOS, 1997a).

Certamente, a concretização dessas proposições requer uma transformação radical no atual padrão de funcionamento dos serviços públicos de saúde e expressa uma racionalidade diversa daquela pautada nos critérios de rentabilidade e de produtividade, inscrevendo o desafio de superar os “eternos” impasses dos espaços públicos: ineficácia, burocratização, alienação dos trabalhadores, apropriação privada do espaço público, ausência de valor e perda de sentido (CAMPOS, 1994). E, sobretudo,

esta alternativa aposta na construção de sujeitos sociais com projetos em permanente conflito e negociação; aposta na constituição de serviços públicos como espaços de disputa, capazes de favorecer a progressiva constituição de usuários e de profissionais de saúde com competência para o agir autônomo e solidário (CAMPOS, 1994, p. 64-5).

Essas reflexões são fundamentais quando pensamos em projetos de transformação institucional e na produção de modelos e serviços de atenção em saúde mental que sejam efetivamente substitutivos. Por um lado, a distinção apresentada por CAMPOS (1992a) entre modo de produção e modalidades assistenciais permite constatar que o modelo asilar pode se reproduzir em distintas estruturas, isto é, embora se expresse emblematicamente no hospital psiquiátrico, não se refere apenas a esse.

Ao mesmo tempo, não se trata de soluções normativas e sim de compreender que a noção de modelo de atenção pode contribuir para os processos que visam a negação e a superação das práticas hegemônicas.

Nesse sentido, modelo deveria ser sempre uma negação que afirma, ainda que provisoriamente, já que nunca deveríamos desligar os dispositivos críticos, - produtores de negatividade – e nem daqueles do compromisso com as necessidades do cotidiano – produtores de ações de afirmação, de ações deliberadas dadas determinadas condições. Portanto, para esta concepção, compor um certo Modelo [...] é muito mais um espaço onde se faria necessário a combinação de uma radicalidade apaixonada – quando estiver em jogo a defesa da vida ou da democracia – com uma generosa capacidade de composição de diferentes necessidades e interesses, de possibilidades históricas concretas e de saberes que atravessam todas essas dimensões (CAMPOS, 1994, p. 59).

***CAPÍTULO 3***  
***DESINSTITUCIONALIZAÇÃO***

### **3-Desinstitucionalização**

A produção de projetos e de serviços de atenção em saúde mental no contexto e em consonância com as diretrizes da reforma psiquiátrica e do SUS tem apresentado um conjunto de inovações e contradições em diferentes dimensões.

O conhecimento desse campo, inclusive com a participação em algumas experiências, tem revelado uma questão instigante: as práticas em desenvolvimento mostram-se, muitas vezes, mais complexas e articuladas que os modelos de referência. Em outras palavras, o diálogo com essas práticas parece revelar que sua potencialidade é maior ou, ainda, que se expressa com possibilidades mais amplas no agir cotidiano, no enfrentamento prático, na produção de novos modelos, serviços e modalidades de intervenção. Ao mesmo tempo, podemos observar uma certa dificuldade de denominar o que se faz, de comunicar o que vem sendo transformado, de construir formas de compreensão para as mudanças substantivas que operam. Podemos dizer que as inovações que vêm sendo produzidas parecem não terem sido suficientemente articuladas do ponto de vista teórico, de novas formas de conceitualização, problematização e compreensão.

Em relação a essa questão, SARACENO (1996), discutindo as experiências inovadoras nos campos da saúde mental e da reabilitação psicossocial<sup>5</sup>, considera que a profunda mudança de perspectiva com a qual operam em relação aos modelos tradicionais da clínica e da reabilitação ainda não foi suficientemente teorizada, ou, em outras palavras, ainda não foi formalizada em novos quadros de referência.

Por outro lado, a concretização das novas práticas tem exigido a transformação das formas de pensar e agir em saúde mental, da implementação de serviços públicos, do cotidiano das instituições, da materialidade das políticas e dos direitos, das relações profissionais-usuários e das modalidades de cuidar. Experiências não hegemônicas, que revelam inúmeras diferenças e riquezas e se inscrevem nas possibilidades, nos limites e impasses da implementação do SUS em particular e do conjunto de políticas públicas orientadas para a afirmação e a produção de direitos. Apresentam o complexo desafio da transformação de saberes, instituições, valores e culturas profundamente sedimentados e

---

<sup>5</sup> Dentre os vários autores que ressignificam os saberes e as práticas da reabilitação, SARACENO (1995) desenvolve uma longa e fértil discussão sobre os modelos de reabilitação psiquiátrica e propõe, com base na desinstitucionalização, a perspectiva da reabilitação como cidadania.

confrontam-se com os riscos de reprodução da lógica asilar ou, ainda, da simples modernização do circuito assistencial, da atualização do plano discursivo.

Compartilhando da reflexão de CAMPOS (1994, p. 58) de que modelo de atenção não é equivalente à “conformação de práticas”, não se trata de normativas, e sim de pensar caminhos que possibilitem produzir e indagar as novas práticas, compreender os conflitos e as contradições, refletir sobre os significados que emergem nos processos de transformação.

Consideramos que a perspectiva teórica da desinstitucionalização tem produzido um conjunto de noções, conceitos e proposições que possibilitam uma nova chave de leitura, bem como a elaboração de diversas possibilidades de investigação ao enunciar novos pressupostos para a compreensão dos saberes e práticas psiquiátricas.

A singularidade dessa forma de pensar reside na composição de um caminho de pensamento crítico da psiquiatria profundamente conectado com a transformação da realidade e, neste sentido, possibilita indagar e refletir sobre os saberes, as instituições e os atores das novas práticas, ou, em outras palavras, compreender *o que se faz, como e para quê se faz*.

A desinstitucionalização como desconstrução/invenção expressa-se nas múltiplas dimensões da relação entre as formas de conhecimento, os processos sociais, as instituições, os técnicos e as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico e da exclusão social. Compreender essas dimensões, refletir sobre seu significado, torná-las referências para o diálogo com as ações cotidianas é fundamental para delinear noções norteadoras, novos quadros de referência, para “imaginar bússolas” que possam consentir colocar em movimento a “instituição inventada” (ROTELLI, 1990a).

Para AMARANTE (1996), a “tradição basagliana” possibilita uma ruptura prático-teórica no campo da psiquiatria, contribuindo para a emergência de novas histórias e questões epistemológicas para a reforma psiquiátrica. Para o autor, a produção de Basaglia apresenta-se como um significativo marco de referência de uma “fase de transição” do paradigma psiquiátrico-moderno no contexto de uma transição maior, que é a da ciência da modernidade e considera que

o projeto da desinstitucionalização volta-se para a superação do ideal de positividade absoluta da ciência moderna em sua racionalidade de causa-e-efeito, para voltar-se para a *invenção da realidade* enquanto processo histórico (AMARANTE, 1996, p. 24-5).

No Brasil, as proposições da desinstitucionalização têm sido uma das referências da reforma psiquiátrica em curso. Esse referencial embasa, sob vários aspectos, o processo da reforma, particularmente a partir do final da década de 1980, a proposição do movimento social “Por uma sociedade sem manicômios” e, também, algumas das experiências desenvolvidas ou em curso (AMARANTE, 1996; AMARANTE et al., 1998; NICÁCIO et al., 2000).

No âmbito da legislação, o Projeto de Lei n. 3.657/89 e alguns dos projetos de lei estaduais têm inspiração na Lei 180 e na reforma italiana. Nos debates sobre esses projetos, por exemplo, nas intensas mobilizações e discussões sobre o Projeto de Lei Paulo Delgado, realizados sobretudo nos primeiros anos da década de 1990, o exemplo da reforma italiana foi bastante utilizado, quer para argumentos favoráveis, quer para pareceres contrários à superação dos manicômios.

Não obstante, o conhecimento aprofundado da produção teórica dos principais autores da desinstitucionalização, assim como do desenvolvimento e da situação atual da reforma psiquiátrica italiana, é ainda limitado. A insuficiência de materiais bibliográficos traduzidos frente à amplitude do que vem sendo produzido no campo da desinstitucionalização e da reforma italiana tem dificultado o acesso mais amplo. Muitas vezes a compreensão, que parece difusa, é de certa forma simplificada desse referencial.

Na literatura corrente na área, podemos observar que o termo desinstitucionalização é empregado de duas formas principais: como designação geral para os processos de superação das instituições asilares; e como um campo de proposições que configuram um determinado marco teórico conceitual.

A expressão apresenta, ainda, conteúdos conceituais distintos. A noção de desinstitucionalização surgiu nos Estados Unidos e remete a um conjunto de medidas que integravam uma política de desospitalização (BARROS, 1990; AMARANTE, 1996). Esse significado de desinstitucionalização tem sido, muitas vezes, o mais conhecido e divulgado,

inclusive no cenário brasileiro. AMARANTE (1996) atenta que outra tendência que pode ser verificada, sustentada, principalmente, por opositores da reforma, é atribuir à noção de desinstitucionalização uma crítica simplista ao modelo asilar e, dessa forma, prescindiria da produção de novas formas de intervenção e resultaria em desassistência e abandono.

Dessa forma, é fundamental discutir, inicialmente, a contextualização da produção e do significado de desinstitucionalização que emergiu na experiência italiana de transformação da instituição psiquiátrica. Em seguida, apresentamos e discutimos alguns dos principais conteúdos, conceitos e noções da desinstitucionalização. Essa tarefa se revelou repleta de indagações, isto é, como desenvolver essa discussão, sem mutilar o movimento de sua produção, a prática de transformação da realidade.

Supremacia da prática: a dialética contínua entre (velhos e novos) modelos e necessidades dos pacientes e a crítica das ideologias constantemente reformuladas; [...] privilegamos uma teoria que nos diz que a prática que concerne às necessidades das pessoas é o instrumento verdadeiro para o conhecimento (ROTELLI, 2000, p. 6).

Dentre os diversos caminhos possíveis, tomamos como referência as experiências de Gorizia e de Trieste que, sem dúvida, são as práticas que produziram essa forma de pensar. A desinstitucionalização abre múltiplas possibilidades de análise, ilumina reflexões e temas diversos, fundamentais para a produção de novos modos de pensar e fazer das práticas inovadoras.

### **3.1-Desinstitucionalização, uma outra via<sup>6</sup>**

As propostas reformadoras da psiquiatria, realizadas nos EUA e em diversos países europeus, foram animadas principalmente pela crítica ao modelo asilar clássico, pela intencionalidade de renovação da capacidade terapêutica da psiquiatria e pela crítica das funções de controle social e de segregação desempenhadas pela instituição psiquiátrica (ROTELLI et al., 1990).

Naquele período, desinstitucionalização tornou-se uma noção central, assumindo significados diversos e muitas vezes opostos. Para alguns movimentos de técnicos e políticos, o termo passou a designar a abolição de todas as instituições de

---

<sup>6</sup> Essa expressão intitula o artigo de ROTELLI et al. (1990).

controle social e convergia, em alguns aspectos, com a proposição da antipsiquiatria. Na perspectiva de administradores e políticos, a desinstitucionalização foi muitas vezes compreendida e realizada como política de racionalização administrativa e financeira, de redução de leitos psiquiátricos, de ampliação no número de altas, etc. Nessa visão, desinstitucionalização tornou-se equivalente de desospitalização e revelou-se, nos anos posteriores, coerente com as orientações neoliberais de desmonte do *welfare state* (ROTELLI et al., 1990).

Na Itália, o processo de transformação da psiquiatria difundiu-se no contexto sociopolítico dos anos 1960, marcado pelas lutas setoriais, por amplos questionamentos sobre o papel do Estado e de suas instituições e por demandas de ampliação e afirmação da democracia e da liberdade.

No campo específico da assistência, inscreveu-se nas condições de degradação das instituições psiquiátricas daquele período. A reforma psiquiátrica italiana foi posterior às desenvolvidas na Inglaterra, França e nos EUA e a reflexão crítica sobre essas proposições e os resultados que alcançaram foi uma referência importante no curso de sua implementação.

Algumas experiências italianas de transformação da instituição psiquiátrica atribuíram um conteúdo diverso para a noção de desinstitucionalização, diferenciando-se tanto da perspectiva abolicionista como da desospitalização. No período compreendido entre o início dos anos 1960 e no desenvolvimento das diversas experiências locais inovadoras, tendo como ponto de partida o aprendizado da experiência goriziana, até 1978, ano de promulgação da Lei 180, a desinstitucionalização passou a designar “um percurso complexo de ‘desmontagem’ a partir do interior da instituição psiquiátrica, a começar, naturalmente, do manicômio” (DE LEONARDIS, 1990, p. 64).

Na prática de transformação efetivada no hospital psiquiátrico de Gorizia, Basaglia questionou as bases do saber psiquiátrico e a função social e política desempenhada pela ciência, pelos técnicos e pelo manicômio. No complexo percurso de elaboração crítica da psiquiatria, de seu estatuto científico e de seus fundamentos epistemológicos, os psiquiatras inovadores criticavam o método positivista e renunciaram aos modelos explicativos causais.

Não se tratava de substituir uma causa biológica, psicológica ou social por uma institucional. Era questionada a própria lógica causal e o sentido atribuído à cura e ao tratamento. Seria preciso transformar a demanda, a linguagem reduzida ao saber médico, e torná-la mais rica, própria a sujeitos e não a objetos institucionais, restituindo a estes a complexidade. Tratava-se de definir o campo ético de sua ação (BARROS, 1994, p. 57).

Na experiência goriziana, o significado da particular condição de atraso da assistência psiquiátrica italiana, centrada no modelo custodial, foi colocado em questão. A argumentação desenvolvida enfatizou que essa condição de atraso configurava-se como um “elemento constitutivo da psiquiatria, indicador de seu estatuto especial em relação às outras instituições” (DE LEONARDIS, 1990, p. 66).

Essa forma de compreensão incidiu profundamente na perspectiva que os atores adotaram sobre a transformação institucional, sobre seu papel, os saberes e as modalidades de intervenção psiquiátricas. Para DE LEONARDIS (1990, p. 66) a instituição psiquiátrica foi compreendida como um “lugar de descarga e de depósito de todos os problemas concretos e singulares que, como sofrimento, miséria ou distúrbio social” são expulsos das instituições e da organização social.

Com base nesse reconhecimento, a equipe goriziana recusou as proposições de modernização do circuito assistencial e assumiu a necessidade de trabalhar a partir do interior do manicômio e criar as possibilidades de transformação dos saberes e das práticas psiquiátricas. É exatamente essa perspectiva que vai distinguir e singularizar o caminho da desinstitucionalização em relação às experiências da “psiquiatria reformada” desenvolvidas em alguns países europeus e nos Estados Unidos.

Diferente da informação muitas vezes difusa que considerava que a crítica à instituição asilar resultaria em uma desativação administrativa dos hospitais psiquiátricos, a necessidade de superação do manicômio emergiu no curso da experiência goriziana, a partir de uma prática de transformação cotidiana, artesanal, de trabalhar com as pessoas, as relações, os espaços, os recursos, os saberes, as normas e os contextos.

Percurso que, centrado na pessoa internada, na recusa e na transformação de sua condição de objeto e excluído, do mandato social de segregação e custódia da instituição e dos técnicos, transformava, ao mesmo tempo, o conjunto das concepções e práticas

psiquiátricas concretizadas no espaço manicomial. Não se tratou de uma imediata e simples abertura das portas e, diferentemente, o tempo vivido nesta trajetória

transmite a lentidão de um ritmo cotidiano de transformação que correlaciona, passo a passo, as mudanças na prestação de cuidados para cada pessoa à mudança de seus problemas, de seus modos de ser e de sentir o sofrimento e vice-versa; por isto, transmite, também, a dureza da substância da qual a instituição é feita e seu enraizamento em nível subjetivo. E, talvez, indique ainda algo sobre as energias e os recursos depositados na instituição e liberados e ativados pela desinstitucionalização (DE LEONARDIS, 1990, p. 68).

O projeto basagliano não se encerra com as mudanças no interior da instituição asilar e, antes, a recusa, a negação e a transformação da prática real da psiquiatria revelaram a necessidade de, por um lado, decodificar e reconhecer a demanda objetivada no interior do manicômio, e, por outro, interrogar as respostas científicas, institucionais e sociais à problemática da loucura. Compreender esse projeto requer apreender que a instituição a ser negada é

o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: 'a doença', à qual se sobrepõe no manicômio o objeto 'periculosidade' (ROTELLI, 1990a, p. 90).

Nessa perspectiva, a desinstitucionalização significa uma ruptura e configura-se como um processo de crítica, negação e desmontagem que possibilita reconhecer o problema. Para ROTELLI, o objeto da psiquiatria é

a 'existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social'. O mal obscuro da psiquiatria está em haver constituído instituições sobre a separação de um objeto fictício – a doença - da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade (ROTELLI, 1990a, p. 90).

Como desconstrução dos saberes, práticas, culturas e valores pautados na doença/periculosidade, a desinstitucionalização requer desmontar as respostas científica e institucional, romper a relação mecânica causa-efeito na análise de constituição da loucura, para desconstruir o problema, recompondo-o, re-contextualizando-o, re-complexificando-o (DE LEONARDIS, 1987). Nesse sentido, a negação da instituição

foi e é a desmontagem desta causalidade linear e a reconstrução de uma concatenação de possibilidade-probabilidade: como toda ciência moderna nos ensina diante de objetos complexos. O projeto de desinstitucionalização coincidia com a reconstrução da complexidade do objeto que as antigas instituições haviam simplificado (e não foi por acaso que tiveram que usar de violência para consegui-lo) (ROTELLI, 1990a, p. 90-1).

As antigas instituições são criticadas, atravessadas, negadas, por serem cultural e epistemologicamente incongruentes com a complexidade do objeto: “que relação miserável têm as instituições tradicionais com este novo objeto (mas também muitas das novas). Pouco pertinentes, inadequadas, como usar um metro para medir líquidos, ou uma caixa para conter a corrente de um rio” (ROTELLI, 1990a, p. 91).

Com esse conteúdo, a desinstitucionalização não é equivalente à desospitalização ou às proposições da psiquiatria reformada. Pode-se aprender a complexidade, a riqueza e a intensidade dessa proposição na síntese de ROTELLI:

para nós, nunca se tratou de dissolução administrativa das instituições, mas de sair da inércia, de agudização e desvelamentos, de desestabilizações e produções de sentido liberados da crítica prática, de grandes experiências de subjetivação dos papéis, das figuras, de todos os atores [...]. Não desinstitucionalização como desospitalização, mas como vivificação, [...] reapropriação emocionante das riquezas singulares constringidas naquele lugar e reinseridas em um grande jogo de trocas coletivas. Esta era a afirmação da pluralidade de sentidos que emergia no concreto da negação institucional como ruptura do lugar zero da troca social (ROTELLI, 1999a, p. 70-1).

Dessa forma, diferente de uma proposição de *aggiornamento* (CASTEL, 1978), a desinstitucionalização na “tradição basagliana” é crítica das diferentes formas de simples modernização da assistência, não se limita ao manicômio e também não se identifica a um simples deslocamento do *locus* de intervenção. O complexo processo de negação/superação/invenção constitui-se como “ruptura não apenas para com a psiquiatria, mas para com todas as suas reformas” (AMARANTE, 1996, p. 108).

A desinstitucionalização possibilita um conjunto de reflexões sobre os saberes e práticas psiquiátricas e suas relações com a organização social e sobre a loucura no interior das contradições da vida e da existência, propiciando a construção de uma perspectiva inovadora para refletir sobre a instituição psiquiátrica e não apenas sobre o manicômio. Para ROTELLI,

discordo daqueles que dividem os dois períodos: o período manicomial do atual, não só por aquilo que obviamente é diferente (*surplus* de violência, papel da periculosidade social, totalização das pessoas), mas também por aquilo que para nós não mudou: a própria essência da questão psiquiátrica (ROTELLI, 1990a, p. 89).

A complexidade e riqueza da “existência-sofrimento” abrem um novo campo de possibilidades e, ao mesmo tempo, de indagações e incertezas: o novo objeto, “não é mais um objeto em equilíbrio, mas está, por definição, em estado de não equilíbrio” (ROTELLI, 1990a, p. 91). Essa profunda transformação significa que não se está mais diante de um problema dado, ao qual corresponde um percurso linear e uma solução ideal, isto é, requer a problematização e o redimensionamento das concepções e práticas do trabalho terapêutico e do próprio sentido do processo.

Se o objeto não é mais a doença, a questão que se coloca não é a cura como norma ideal e sim a emancipação, a “reprodução social das pessoas, outros diriam, o processo de singularização e ressingularização” (ROTELLI, 1990a, p. 91). Essa forma inovadora de pensar implica ainda superar as concepções de saúde como um abstrato bem-estar físico-psíquico-social ou como reparação do dano, delineando uma nova projetualidade: a “produção de vida”, a “invenção de saúde” (ROTELLI, 1990a, p. 93; ROTELLI et al., 1990, p. 30).

A desinstitucionalização, compreendida como desconstrução, desmontagem da realidade construída, é também “construção, ‘invenção’ de nova realidade” (DE LEONARDIS, 1987, p. 252). Em outras palavras, é um trabalho prático-teórico de crítica, desmontagem, transformação que busca inventar sobre novas bases uma nova realidade; como tal, é um processo em aberto, interminável (DE LEONARDIS, 1987).

Todo esse percurso requer atores plurais, linguagens múltiplas, novas intervenções, ações que se tornam mais complexas no decorrer da própria prática, trabalhar com conflitos, ativar processos, produzir políticas, inventar possibilidades. Dessa forma, a

mobilização e potencialização das pessoas envolvidas, direta ou indiretamente, no sistema de ação institucional como atores da transformação é uma das orientações fundamentais da desinstitucionalização.

Para DE LEONARDIS (1990), nas experiências de Gorizia e Trieste, a desmontagem do manicômio produzida pelos diversos atores institucionais, a partir de dentro, trabalhando com o conjunto de recursos da instituição, com “o que existe” e, ao mesmo tempo, transformando cotidianamente o existente, pode ser configurada como um “percurso de autotransformação”. Um modo singular de operar que negando, desmontando, “não apenas desconstruiu, mas também construiu: tornou a instituição um terreno produtivo de inovações e fez de seus recursos e de seus atores, recursos e atores da produção do novo” (DE LEONARDIS, 1990, p. 68).

Os principais atores desse processo são os profissionais, que podem usar ativamente seu papel para desmontar a estrutura, os recursos, as técnicas, as bases científicas, o tecido institucional. O efetivo investimento no trabalho terapêutico implica a transformação das relações com os pacientes, das bases nas quais se estruturam, do mandato social e a invenção de novas respostas: a transformação institucional somente se configura como tal quando investe na transformação das possibilidades de vida das pessoas internadas (DE LEONARDIS, 1990).

E é exatamente esse investimento que possibilita que os profissionais e os usuários sejam, de fato, protagonistas da experiência inovadora:

o primeiro ato e o primeiro objetivo terapêutico da desinstitucionalização consistem exatamente na transformação da relação entre as instituições e os usuários, de modo tal que esses [...], mais ou menos doentes, sejam, não mais objetos, mas sujeitos desta relação (DE LEONARDIS, 1990, p. 69).

Ao contrário da compreensão tantas vezes corrente, a valorização da transformação da relação e da condição das pessoas internadas, não se refere, em particular, à ativação da organização dos usuários nas diversas formas associativas, ou, ainda, à participação dos usuários no controle democrático das instituições, que são certamente significativas. O fundamental, assinala DE LEONARDIS (1990), é o enraizamento da transformação da relação e do lugar dos usuários nos modos cotidianos de agir, é a

qualidade da relação entre os profissionais e os usuários, na qual esses são reconhecidos como atores do processo, que inscrevem sua singularidade, história, recursos, conflitos, demandas e possibilidades.

O projeto de desinstitucionalização afirma a reentrada das pessoas internadas no mundo das cidades, não mais circunscritas aos muros institucionais. Dessa forma, propicia e requer a potencialização de novos contextos e de novas relações, a ativação de pessoas dos territórios, a produção ou a reconstrução de redes de relações.

Com essa projetualidade, não são apenas os profissionais e os usuários os atores da transformação, mas, também, podem se tornar atores, as diversas pessoas, figuras sociais e institucionais que a desinstitucionalização envolve, articulando formas de participação, indicando novas responsabilidades e agenciando possibilidades de ação (DE LEONARDIS, 1990). A produção de novas possibilidades requer o reconhecimento e a validação de atores plurais, linguagens múltiplas, saberes diversos: entram em cena as diversas pessoas da cidade, os profissionais de outros serviços, os professores, os artistas, os grupos sociais, os movimentos, etc.

Essa forma de compreender e praticar a desinstitucionalização remete a uma questão fundamental: trata-se de afirmar a conjunção da transformação das estruturas e a transformação da cultura dos atores, ou, melhor, a complementaridade e interdependência entre as dimensões estrutural e cultural da transformação institucional (DE LEONARDIS, 1990; ROTELLI et al., 1990).

E como compreender as formas de racionalidade das ações empreendidas na produção de inovações institucionais? DE LEONARDIS (1990, p. 70), discutindo as formas de racionalidade das ações empreendidas na experiência triestina, considera que a superação do manicômio é realizada através de um conjunto de ações e estratégias múltiplas, “estratégias indiretas”, isto é, que fazem emergir na prática de transformação da realidade, a exigência e a perspectiva concreta da possibilidade de produção da ausência do manicômio.

O que se quer enfatizar é que as estratégias indiretas produzem a ausência do manicômio como ausência prática, conceitual e cultural porque e enquanto produzem a presença de algo outro, de “nova realidade, de novos modos de ser da instituição (e de um novo estatuto cognitivo e prático da instituição)” (DE LEONARDIS, 1987, p. 256).

Produção de uma nova realidade, ou melhor, as novas concepções e práticas sobre a doença, a saúde e o terapêutico, as diversas formas de sociabilidade e de cultura que, produzidas por esses serviços, os tornam completamente substitutivos do manicômio.

É essa presença, construída por meio da negação ativa (a desconstrução a partir do interior da instituição), que produz a ausência do manicômio porque libera os pacientes, a instituição (em suma, a sociedade) da necessidade do próprio manicômio. É claro que estou falando de uma profunda transformação cultural, institucional e científica, que, entretanto, como tal, permanece em aberto e, portanto, também reversível: a ausência do manicômio, ainda uma vez não é a ‘solução’ e depende de que a nova cultura e prática institucional continuem a construir uma realidade que torne possível tal ausência (DE LEONARDIS, 1987, p. 256).

Com esse conjunto de significados e conteúdos a desinstitucionalização não se realiza como percurso linear e unívoco. Trata-se de um “processo social complexo” que busca transformar as relações de poder entre as pessoas e as instituições, agenciando diversas pessoas como atores do processo, a partir da desconstrução dos saberes, práticas e culturas, da reconversão dos recursos existentes, da produção de projetos de saúde mental totalmente substitutivos ao modelo asilar, da invenção da saúde e do social, da produção de novos lugares e da complexificação das linguagens, das relações e das possibilidades (ROTELLI et al., 1990).

A experiência italiana produziu, também, efeitos significativamente inovadores no âmbito jurídico e institucional com a promulgação da Lei 180 em maio de 1978, posteriormente incluída na Lei 833 da Reforma Sanitária, que instituiu o serviço sanitário nacional, sancionada em dezembro daquele mesmo ano.

Aprovada por ampla maioria do Parlamento, a 180 inscrevia-se em um contexto singular da sociedade italiana, com a proposição de diversas leis de garantia de direitos e de democratização do Estado, fruto das amplas mobilizações sociais e políticas que caracterizaram o final dos anos 1960 e os primeiros anos da década de 1970. Certamente representou também a força e a vitalidade do movimento antiinstitucional da Psiquiatria Democrática e, sobretudo, das experiências de Gorizia, Arezzo, e particularmente de Trieste que se configurou como referência concreta da viabilidade de superação do manicômio (ROTELLI, 1992).

Os pontos centrais da Lei 180 são:

- proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos e de novas internações nos hospitais existentes; as regiões devem estabelecer os mecanismos e prazos para a realização de um processo gradual de alta das pessoas internadas;
- os serviços territoriais são responsáveis pela saúde mental de uma determinada população e pelas ações de prevenção, de tratamento e de reabilitação; podem existir nos hospitais gerais enfermarias com, no máximo, 15 leitos;
- abolição do estatuto de periculosidade social do doente mental, das tutelas jurídicas e da internação e do tratamento compulsórios. As pessoas com transtornos mentais são reconhecidas como cidadãos plenos;
- o tratamento sanitário é voluntário e devem ser respeitados e garantidos a dignidade da pessoa e seus direitos civis e políticos;
- previsão de Tratamento Sanitário Obrigatório (TSO) para situações excepcionais. A lei estabelece rígidos procedimentos em sua aplicação, define a responsabilidade do serviço e mantém e assegura os direitos das pessoas em TSO. Pode ser realizado nos serviços territoriais e, apenas se necessário, nos hospitais gerais. Requer a autorização de médico do serviço público, do prefeito na qualidade de autoridade pública e sanitária, e do juiz tutelar, enquanto autoridade legal para garantir os direitos do usuário. Qualquer cidadão (inclusive a pessoa em TSO) pode apresentar recurso para a revogação do TSO;
- extensão das medidas previstas na lei às pessoas internadas em hospitais psiquiátricos (ITALIA, 1978; ROTELLI et al., 1990)<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> A Lei 180 encontra-se publicada em DELGADO (1991). O TSO refere-se a diversas situações excepcionais, não apenas aquelas das pessoas com transtornos mentais, e inscreve a necessidade de articular os direitos das pessoas e a responsabilidade do serviço sanitário. Isso significa que não se pode restringir os direitos de uma pessoa tendo como justificativa o tratamento e, ao mesmo tempo, que os serviços de saúde são responsáveis na relação com os usuários que necessitem de sua intervenção, inclusive com aqueles que, por diferentes razões, não a demandem ou a recusem (GIANNICCHEDDA, 1987).

Com essas diretivas, a Lei 180 ratificava as principais proposições das práticas inovadoras, sancionava a superação progressiva do hospital psiquiátrico e a construção de serviços no território, propiciando as vias para a produção de novas formas de relação com a experiência da loucura. Em particular, a suspensão do estatuto de periculosidade social da pessoa com transtornos mentais, a afirmação de seus direitos de cidadão e a supressão da lógica do isolamento e da custódia expressam uma profunda ruptura nas bases conceituais da psiquiatria que vão introduzir transformações e novas questões não apenas no campo dos saberes e das práticas em saúde mental, mas, também, no campo do direito civil e penal, abrindo uma nova ordem de processos sociais e culturais.

É fundamental ainda poder compreender a profunda transformação e redimensionamento da responsabilidade da saúde e dos novos serviços em relação aos usuários que a Lei 180 propôs. É exatamente essa responsabilidade que consente que a extinção gradual dos manicômios não seja traduzida em simples desospitalização e que a afirmação dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais não seja reduzida a uma declaração formal de direitos, exterior às práticas cotidianas das instituições (GIANNICHECKDA, 1987).

A qualidade das proposições do texto legislativo indicava que a desinstitucionalização não se concluíra com a aprovação da Lei e antes, seguia e se ampliava no processo de implementação. A reforma proposta era necessariamente um processo dinâmico, conflituoso, inscrito nas relações sociais que, antes de pretender fixar uma solução, engendrava um “percurso social complexo”, inclusive porque, como discutimos anteriormente, a superação do hospital psiquiátrico é um produto indireto de um conjunto de transformações que atravessam as diferentes dimensões nas quais o sistema psiquiátrico está inserido (DE LEONARDIS, 1990; ROTELLI et al., 1990).

Diferente de uma perspectiva de execução linear e unívoca, o que se quer enfatizar é que, exatamente porque pautada na desinstitucionalização, assume centralidade esse processo social tecido por atores múltiplos. BASAGLIA e GIANNICHECKDA, considerando a qualidade da transformação que a lei propôs, assinalavam que uma normativa pode consentir, promover o processo de reforma, mas não pode, por definição, garanti-lo: “por sua lógica interna e pelas características do terreno no qual age, esta lei

abre mais contradições do que as resolve” (BASAGLIA, F. e GIANNICHECKDA, 1982, p. 465).

A implementação da 180 suscitou um conjunto de conflitos, crises e transformações e enfrentou dificuldades políticas e resistências culturais e corporativas, que se entrelaçaram e de certa forma se potencializaram. Destaca-se ainda que, embora de âmbito nacional, a 180 era uma lei indicativa e sua aplicação dependia também da regulamentação e da iniciativa dos governos das regiões italianas. Somavam-se a essas dificuldades, as advindas da implantação de todo aparato institucional previsto na Lei da reforma sanitária, que reorganizava radicalmente o setor saúde, a fragilidade dos mecanismos de aplicação da Lei e, sobretudo, a profunda transformação cultural a esta conexas (BASAGLIA, F.O., 1996; ROTELLI, 1992).

Nos anos que se seguiram à aprovação da Lei 180, a reforma foi efetivada de forma heterogênea nas diversas regiões italianas e atravessou orientações e contextos sociopolíticos profundamente distintos daquele no qual foi produzida, sobretudo no que se refere às políticas públicas e às mudanças nas proposições do *welfare state*. As práticas inovadoras em desenvolvimento se fortaleceram e, em diversas regiões, a reforma foi substancialmente realizada e nasceram novas experiências com resultados significativos. Por outro lado, a fragilidade e até mesmo a ausência de iniciativas políticas na implementação da Lei produziu, em algumas realidades, uma estruturação de serviços territoriais insuficiente e/ou inadequada e, em outras, uma situação de inércia e de abandono que, por vezes, motivou associações de familiares a manifestarem-se contra a reforma.

No contexto do intenso debate entre as diferentes concepções sobre os significados da 180 e da gestão política e institucional da reforma, foram apresentados diversos projetos de modificação da lei, de “contra-reforma” e, processualmente, outros que visavam a concretização das diretrizes previstas. De acordo com os princípios da reforma, era necessário, sobretudo, construir as condições que viabilizassem a criação e o desenvolvimento de estruturas territoriais qualitativamente eficazes e quantitativamente adequadas: tratava-se, portanto, não de mudar a lei e sim de efetivamente implementá-la.

Foi apenas na década de 1990 que os instrumentos necessários para a plena aplicação da 180<sup>8</sup> foram produzidos, regulamentando, dentre outras questões, a responsabilidade das regiões, o definitivo fechamento dos hospitais psiquiátricos ainda existentes e a definição operativa de organização, financiamento e avaliação das estruturas de saúde mental. Embora aprovados tardiamente em relação às necessidades, esses dispositivos legais reafirmaram a 180, legitimando seus princípios éticos e assistenciais e o inegável reconhecimento e restituição de direitos que esta representou.

Em 1977, um ano antes da promulgação da lei 180, existiam 58 mil pessoas internadas em hospitais psiquiátricos públicos; em 1996, 11.783, e em 1999, permaneciam internadas apenas 221 pessoas (ITÁLIA, 2000). A trajetória de gradual superação dos hospitais psiquiátricos encontra-se, evidentemente, articulada à implantação de um amplo conjunto de novas instituições e de modalidades de intervenção. Dentre as novas estruturas criadas destacam-se: os Centros de Saúde Mental, os Centros Diurnos, os Serviços Psiquiátricos de Diagnóstico e Tratamento nos hospitais gerais e as estruturas residenciais com diferentes modalidades e intensidades de atenção (ITÁLIA, 1998b).

Outro dado de particular relevância no cenário da reforma italiana é a presença das Cooperativas Sociais de Inserção no Trabalho, que se constituíram em um dos instrumentos orientados para a emancipação de diferentes grupos vulneráveis. Essas Cooperativas têm, entre os associados, no mínimo, 30% de pessoas que, por diferentes razões, apresentam dificuldades para participar com igualdade de oportunidades da vida social, dentre as quais aquelas com desabilidades por transtornos mentais e/ou história de longa institucionalização. No ano 2000, registravam-se 1445 Cooperativas Sociais de Inserção no Trabalho com 127 mil associados (ROTELLI, 2000).

O processo não se desenvolveu de forma homogênea; as experiências locais são singulares, inscritas em contextos sociopolíticos diferentes, e o percurso encontra-se em desenvolvimento. A estruturação dos novos serviços, a qualidade das modalidades assistenciais, a dinâmica de funcionamento, os grupos-apartamento e as residências, os percursos formativos para os usuários, as estratégias de produção de acesso aos direitos, a criação de associações e de cooperativas apresentam múltiplas diferenças nas diversas

---

<sup>8</sup> Referimo-nos às *Legge Finanziaria* de 1994, de 1996 e 1997 e aos projetos denominados *Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale*, 1994/1996 e 1999/2000 (ITÁLIA, 1994a, b, 1996, 1997, 1999). A esse respeito Cf. também DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE (2002).

realidades nas quais foram realizadas, representando novas respostas às necessidades e expressando a qualidade da transformação em curso.

A superação dos hospitais psiquiátricos e a produção das novas instituições configuram, inquestionavelmente, um novo panorama de atenção em saúde mental. A síntese do *Ministero della Sanità*, com base nos dados de 1998, é clara: “o processo de superação dos hospitais psiquiátricos públicos é um processo irreversível tanto do ponto de vista formal como substancial” (ITALIA, 1998b, p.2).

Por outro lado, a escolha ético-teórica de transformação da instituição psiquiátrica possibilita revelar os pontos críticos do processo, a complexidade que uma transformação desta ordem comporta:

os procedimentos de verdadeira inclusão ainda são frágeis. a sustentação econômica, afetiva, social e política são ainda largamente insuficientes. As políticas intersetoriais têm sido concretizadas apenas em certas zonas do país. As diferentes formas de regressão, biológicas e psicológicas, são iminentes ao processo (ROTELLI, 2000, p. 8).

Em síntese, a desinstitucionalização não se conclui com a superação do manicômio, mas “implica a transformação do paradigma cultural, teórico e científico da psiquiatria – que necessita como condição indispensável, mas não suficiente, o fim dos hospitais psiquiátricos” (ROTELLI, 2000, p.2). E, nesse percurso, produzir novos modos de pensar e agir que viabilizem os processos de “emancipação [...] que possibilitem a restituição da loucura à cidade, de forma contínua e interminável” (ROTELLI, 2000, p. 9).

### **3.2-A descoberta da liberdade**

A compreensão da desinstitucionalização remete, necessariamente, aos caminhos práticos, teóricos e políticos de Franco Basaglia. A reflexão sobre seus escritos possibilita compartilhar o processo de uma produção forjada no contínuo movimento dialético entre teoria e prática, de imersão e crítica da realidade. De certa forma, pode-se dizer, também, que seu percurso coincide, em diversos momentos, com o próprio processo de transformação da psiquiatria italiana. A singularidade de sua trajetória intelectual, que

marcará profundamente os autores da desinstitucionalização, reside na profunda ligação entre empenho político, reflexão teórica e ação prática.

FRANCA ONGARO BASAGLIA considera que Basaglia buscava, sobretudo, compreender os processos de opressão do homem e, inscrito no processo de transformação da realidade, trilhar e compartilhar as vias de emancipação.

Uma luta de liberação que parte da crítica da ciência, de seus dogmatismos, de suas instituições, de sua falsa neutralidade, configurando-se em uma crítica e um envolvimento da organização social da qual a ciência e instituições são um dos sistemas de controle. Crítica e envolvimento nascidos do confronto com uma realidade que não deve mais existir: o manicômio (BASAGLIA, F.O., 1981a, p. ix).

A trajetória intelectual de Basaglia pode ser compreendida em quatro momentos que expressam as distintas formas de abordagem da ciência e o processo de compreensão da realidade. Diferente de um percurso linear, cada um desses momentos se apresenta como "a negação e, ao mesmo tempo, o desenvolvimento do [momento] precedente" (BASAGLIA, F., 1981a, p. xix). Nos *Scritti*, livros que reúnem os principais textos de Basaglia, esses momentos podem ser identificados nos trabalhos publicados nos seguintes períodos: 1952-1953; 1953-1966; 1965-1969 e 1968-1980.

Os trabalhos escritos em 1952 e 1953, que compõem o primeiro momento, referem-se ao período de aproximação com a cultura psiquiátrica e com a delimitação dos problemas e soluções da clínica psiquiátrica de base positivista.

No curso da década de 1950, lecionando na Universidade de Padova, BASAGLIA buscou uma compreensão global dos problemas humanos e a construção de um novo quadro de referência, que possibilitasse refletir sobre os fundamentos da psiquiatria, da medicina e do conhecimento científico que apresenta "o objeto e os instrumentos de sua análise como dados fixos e indiscutíveis" (BASAGLIA, F., 1981a, p. xix). Esse segundo momento de sua trajetória correspondeu à

tentativa de inserir a medicina em um pensamento que considere o homem em sua globalidade, para liberá-la da natureza objetual de sua relação com o paciente que compromete desde o início a validade de sua intervenção. A natureza objetual do método científico, no qual se

baseia toda a medicina positivista, em psiquiatria é uma contradição explícita, porque o doente e a doença não podem ser considerados como ‘dados’ objetiváveis da ciência, mas envolvem a subjetividade do paciente, assim como aquela do terapeuta e, ao mesmo tempo, o sistema de crenças e de valores no qual ambos fazem referência (BASAGLIA, F., 1981a, p. xx).

Naquele período, suas reflexões encontraram eco no pensamento fenomenológico existencial ao abordar o problema do homem, “não mais como entidade abstrata definível segundo um sistema de categorias fechadas, mas como sujeito-objeto de um sofrimento social” (BASAGLIA, F., 1981a, p. xx). A filiação a esse pensamento filosófico, que buscava “restituir ao homem a subjetividade perdida”, marcou significativamente a formação de Basaglia. No campo psiquiátrico, essa perspectiva contribuía para responder a essa primeira exigência e para encontrar caminhos que, reconhecendo e recusando os limites das definições e configurações sintomatológicas da psiquiatria positivista, possibilitassem aproximar-se da pessoa doente a partir da “compreensão de suas diversas modalidades de existência” (BASAGLIA, F., 1981a, p. xx).

Os diversos artigos então produzidos aprofundavam a crítica e a recusa do método objetivante e da hipótese de incompreensibilidade da doença mental, ao mesmo tempo em que expressavam o reconhecimento do valor prioritário do “encontro” com a pessoa doente para conhecer e aproximar-se de sua modalidade existencial, acolher e compreender seu sofrimento e sua subjetividade (PIRELLA, 1982; COLUCCI e DI VITTORIO, 2001). O diálogo com o pensamento fenomenológico existencial possibilitou, também, a discussão dos fundamentos da psiquiatria e, de uma forma mais ampla, uma primeira forma de crítica epistemológica e de negação do terreno ideológico no qual a ciência se funda (BASAGLIA, F., 1981a).

As reflexões sobre os limites da fenomenologia do ponto de vista teórico e metodológico potencializaram-se no confronto com a realidade das pessoas internadas no manicômio. BASAGLIA iniciava a crítica à abordagem fenomenológica, considerando que esse modo de se aproximar do problema pode se tornar

ideológico se aceita limitar-se à simples elaboração modal dos dados, sem colocar em discussão as relações que determinam e condicionam sua natureza; ou resulta insuficiente ou não suficientemente crítico [...] para proceder a uma crítica posterior da realidade. A insuficiência desse método de investigação da ação terapêutica torna-se evidente no momento em que a elaboração intelectual confronta-se com a realidade do doente mental, tal como se apresenta na instituição psiquiátrica designada para seu tratamento: o manicômio (BASAGLIA, F., 1981a, p. xxi).

A crítica à fenomenologia não pode ser interpretada em uma perspectiva linear: a relação entre o pensamento fenomenológico-existencial e a prática institucional é presente e se manifesta em diferentes momentos da trajetória basagliana. Podemos dizer que o modo como Basaglia operou este diálogo revela a originalidade de sua produção no contexto dos debates sobre “ultrapassar a fenomenologia“ que marcaram sua época (COLUCCI e DI VITTORIO, 2001).

Em 1961, Franco Basaglia assumiu a direção do hospital psiquiátrico de Gorizia, cidade de fronteira com a Iugoslávia. O encontro com essa instituição produziu um forte impacto: Basaglia recordou sua prisão como *partigiano* durante a Resistência e considerou que deveria usar todo seu poder como diretor para mudar aquela realidade (DELL'ACQUA, 1980).

O confronto com o estado de destruição das pessoas internadas e com a violência do manicômio, que em muito diferia das clínicas psiquiátricas universitárias, gerou novos caminhos práticos e teóricos. Os estudos empreendidos buscaram compreender o processo da pessoa internada e o significado do manicômio e, a partir desse ponto de vista, questionar a psiquiatria, os elementos nos quais se baseia, os seus instrumentos e a sua finalidade como ciência (BASAGLIA, F., 1981a).

Nessa trajetória, as obras de Foucault (*Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique* foi publicado em 1961), Goffman (*Asylums* também publicado em 1961 e, em 1969, traduzido para o italiano, com prefácio de Franca e Franco Basaglia) e Maxwell Jones, embora partindo de perspectivas teóricas significativamente distintas, constituíram-se como referências fundamentais.

A radicalidade da crítica à instituição psiquiátrica empreendida por BASAGLIA marcou profundamente esse terceiro momento de sua produção, que em síntese pode ser compreendido como:

negação institucional que redundará na negação da psiquiatria como ideologia, na medida em que essa tende a fornecer justificativas teóricas e respostas práticas a uma realidade que a própria ciência contribuiu para produzir na forma mais adequada à conservação do sistema geral no qual está inserida (BASAGLIA, F., 1981a, p. xxii).

O primeiro artigo desse momento, elaborado em 1964, *La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo de istituzionalizzazione. Mortificazione e libertà dello 'spazio chiuso'. Considerazioni sul sistema 'open door'*<sup>9</sup>, registrava a atualidade do manifesto escrito em 1925 por artistas franceses, dentre os quais Artaud, endereçado aos diretores de manicômio e afirmava que os limites forçados, a burocracia e o autoritarismo seguiam sendo a regra das instituições asilares (BASAGLIA, F., 1981b).

BASAGLIA problematizava o trabalho em desenvolvimento no manicômio de Gorizia, sem, entretanto, restringir a discussão ao interior da instituição e do saber psiquiátrico, inscrevendo-a no campo da reflexão sobre as relações humanas. Essa forma de pensar a questão da loucura como dimensão da existência humana configura uma originalidade da obra basagliana que, nos anos posteriores, vai se expressar na produção dos principais autores da desinstitucionalização.

Contemporaneamente à ação prática de transformação, BASAGLIA buscava compreender o processo “do que se tornou a pessoa internada” à luz da afirmação da liberdade, temática que estará presente em toda sua obra. A transformação da condição da pessoa internada, afirmava, exige a elaboração de novas proposições que possam contemplar “o homem no seu livre estar no mundo” (BASAGLIA, F., 1981b, p. 249).

Para BASAGLIA, todas as organizações de caráter coletivo violam, em certo sentido, os projetos individuais. Entretanto, nessas organizações, existe, também, uma margem pessoal à vida de relação de cada pessoa e é exatamente essa margem que é anulada nas instituições manicomialis. O trabalho da equipe goriziana desvelava o

---

<sup>9</sup> “A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização. Mortificação e liberdade do ‘espaço fechado’. Considerações sobre o sistema ‘open door’.

manicômio como “lugar de anulação completa da sua individualidade [do doente], como lugar de sua total objetivação” (BASAGLIA, F., 1981b, p. 250).

Embora apresentado como proposição de tratamento, o isolamento e o “esquema institucionalizante” no qual se baseia a vida asilar configuram, para a pessoa internada, a suspensão dos vínculos com o mundo, a ruptura com qualquer projeto, a impossibilidade de viver a própria vida, “impedindo-a de continuar a se colocar em situação, de projetar-se no futuro, inibindo a ‘conquista’ da própria subjetividade” (BASAGLIA, F., 1981b, p. 250). O encontro com a pessoa internada revelava que “a partir do momento que ultrapassa os muros do manicômio, o doente entra em uma nova dimensão de vazio emocional” (BASAGLIA, F., 1981b, p. 250).

Para compreender esse processo, e tendo como referência o conceito de “*institutional neurosis*” de Burton e os estudos de Goffman sobre as “instituições totais”, BASAGLIA (1981c) construiu as noções de “institucionalização” e de “poder institucionalizante”. A institucionalização é:

o complexo de ‘danos’ derivados de uma longa permanência coagida como aquela no hospital psiquiátrico, quando a instituição baseia-se em princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, dos quais as regras que o doente deve submeter-se incondicionalmente são expressão, determinam nele uma progressiva perda de interesse que, através de um processo de regressão e de restrição do Eu, o induz a um vazio emocional (BASAGLIA, F., 1981c, p. 259).

Na reclusão institucional, a pessoa internada é constricta pelo “poder institucionalizante da internação a objetivar-se nas próprias regras que o determinam, em um processo de redução e restrição de si que – originariamente sobreposto à doença – não é sempre reversível” (BASAGLIA, F., 1981b, p. 250).

As noções de “institucionalização” e de “poder institucionalizante” podem ser compreendidas, para AMARANTE (1996, p. 89), como as “bases mais primitivas do projeto que se delineia em torno da noção de desinstitucionalização, que será uma das linhas condutoras mais fundamentais do projeto basagliano”.

A nova proposição operada em Gorizia visava, sobretudo, produzir um clima de liberdade considerando que, para BASAGLIA (1981b, p. 252), é somente através da apropriação da própria liberdade que seria possível para o homem destruído pelo poder da

instituição projetar a “busca de si mesmo, a reconquista da própria individualidade, [...] se não se quer que ele continue a identificar o seu vazio interno com o espaço limitado e ameaçador do manicômio”. A descoberta da liberdade é

a mais óbvia com a qual a psiquiatria deve se confrontar, tão óbvia que não deveria suscitar nenhuma discussão; mas, o óbvio é, evidentemente, a matéria mais difícil de enfrentar quando coloca o homem face a face consigo mesmo, sem proteção nem refração (BASAGLIA, F., 1981b, p. 251).

A temática da liberdade não era estranha à própria história da psiquiatria. BASAGLIA retomava a questão, afirmando que também Pinel invocara a liberdade para os alienados. Entretanto, citando Foucault, assinalava que no final do século XVIII não ocorreu um processo de liberação dos loucos, mas uma

‘objetivação do conceito de sua liberdade’, objetivação que, desde então, levou o doente a identificar-se com as regras e o esquema da instituição, a institucionalizar-se. Despojado de todo elemento pessoal, possuído pelos outros, prisioneiro de seus próprios medos, o doente deveria ser isolado em um mundo fechado em que, através da gradual anulação de qualquer possibilidade pessoal, a sua loucura não teria mais força (BASAGLIA, F., 1981b, p. 252).

Podemos dizer que a “óbvia” descoberta da liberdade é o projeto e, ao mesmo tempo, a base na qual se produz a experiência goriziana. No percurso de transformação do manicômio, a busca de caminhos que possibilitassem a sua produção engendrou um conjunto de problematizações, delineando as bases das novas relações entre a equipe e as pessoas internadas. Em outras palavras, a afirmação da liberdade não dizia respeito apenas às pessoas internadas, mas envolvia o conjunto das pessoas presentes no processo; requeria que os profissionais tivessem conhecimento de sua liberdade e, ao mesmo tempo, pudessem reconhecer a pessoa internada como uma pessoa com sua própria subjetividade e liberdade. Essa profunda mudança de ótica significava

a superação de uma relação objetivante com o paciente, na qual [o psiquiatra] não pode ver senão um isolado objeto de estudo e de análise [...] em uma relação alienante de servo-senhor (que manteria, sempre, o clima de pseudo-liberdade a Pinel) (BASAGLIA, F., 1981b, p. 253).

Nessa perspectiva, o processo de produção de liberdade era continuamente colocado em questão pela equipe goriziana. Era necessário que este permeasse o conjunto da transformação institucional, incidisse nas relações e na estrutura do manicômio e em suas regras e normas institucionalizantes, na ruptura do sistema coercitivo e na transformação das relações autoritárias e hierárquicas. Em um movimento de constante verificação e crítica da realidade, BASAGLIA indagava, por exemplo, a potência do princípio de liberdade para destituir o princípio de autoridade. Sem definições *a priori*, assinalava, entretanto, uma significativa indicação da trajetória em curso: o envolvimento conjunto de médicos, pacientes e enfermeiros inscritos em uma mesma crise, na qual “encontram sua base humana comum” (BASAGLIA, F., 1981b, p. 258).

Ao mesmo tempo, BASAGLIA (1981b, p. 256) reconhecia que o hospital psiquiátrico – “lugar de institucionalização e de alienação” – poderia tornar-se “um outro lugar de alienação, se organizado como um mundo em si, completo, no qual todas as necessidades são satisfeitas, como em uma gaiola de ouro”. Em sua linha de reflexão, argumentava que se a relação de força for substituída por uma relação de liberdade doada pelo médico, vinda do exterior, cedida pela figura do “bom profissional”, ao qual o paciente continua submetido, se observará uma nova forma de institucionalização, mais frágil que a anterior, “*istitutionalizzazione molle*”, mas também, institucionalização da pessoa internada que,

não irá além do limite que lhe foi imposto anteriormente: o desenho do corredor permanece na sua mente e a porta aberta é para ele, ainda, uma porta fechada. Está ali, à espera de que alguém pense e decida por ele porque não sabe, ou não se quer que ele saiba, que pode recorrer a sua iniciativa, a sua responsabilidade, a sua liberdade. Aceitando esta liberdade com uma dádiva da parte do médico, ele permanecerá sempre, no seu confronto, na precedente relação alienante de servo-senhor (BASAGLIA, F., 1981b, p. 257).

A equipe goriziana buscou organizar o cotidiano do hospital como uma comunidade terapêutica: transformar o “lugar da completa anulação da individualidade da pessoa internada, o lugar de sua total objetivação” para transformar a institucionalização da pessoa internada, a “carreira moral” da institucionalização total na denominação de Goffman (BASAGLIA, F., 1981c, p. 269). Apenas dessa forma seria possível transformar a

condição de objeto da pessoa internada, condição na qual “a sua loucura não tinha mais força”.

É o homem imóvel, sem um futuro, sem um objetivo, um projeto, uma expectativa, sem uma esperança em direção a qual se voltar. [...] Para este homem, não existe senão a apropriação, ou melhor, a reconquista da própria liberdade, para estimulá-lo na busca da própria individualidade perdida, se não se quer que ele continue a identificar a perda da liberdade da qual já sofre, com a liberdade que nós o privamos (BASAGLIA, F., 1981c, p. 269).

A ruptura do sistema coercitivo-punitivo, a transformação da estrutura hierárquico-autoritária e a produção de uma intensa vida comunitária teciam as possibilidades de encontro e de novas relações que, processualmente, rompiam a inércia institucional e a anulação das pessoas internadas. Esse processo exigiu uma profunda transformação que BASAGLIA (1981c, p. 266) denominou de “luta contra a institucionalização interna”, uma vez que essa não dizia respeito apenas à pessoa internada, mas ao conjunto das relações que eram fortemente institucionalizadas.

Em relação à institucionalização dos médicos, eles eram responsáveis pelo hospital, ocupavam o lugar de poder na estrutura hierárquica e, ao mesmo tempo, praticamente não construíam uma relação direta com o doente. Para BASAGLIA, é exatamente nessa ambigüidade do papel do médico, nesse limite de sua ação que podemos compreender os conflitos de seu papel, muitas vezes expressos em uma forma de ceticismo. Era necessário buscar formas que propiciassem ao médico sair de seu isolamento, e o primeiro passo nessa direção foi o de “colocar em plano de paridade com o doente, dividindo com ele o ‘risco’ de sua liberdade” (BASAGLIA, F., 1981c, p.267).

A situação de institucionalização dos enfermeiros era diversa: mais próximos do doente, viviam o cotidiano no hospital lado a lado com o internado e, por isso, não podiam limitar-se ao isolamento. Entretanto, por defesa ou por dificuldade de se relacionar, também eles eram distantes do doente, considerando, muitas vezes, que a pessoa internada poderia oferecer-lhes apenas loucura. Dessa forma, assinalava BASAGLIA, o enfermeiro procurava se colocar em uma condição na qual as pessoas internadas não se aproximassem,

não invadissem sua individualidade, criando uma outra forma de isolamento que se concretizava na ausência absoluta de diálogo com o doente,

com o qual, todavia, continuava a viver face a face, em uma relação alienante de coisa entre as coisas. Nesse sentido, o enfermeiro não pode, de nenhum modo, se vincular a sua missão e, tendo como objeto de seu trabalho o homem, ele não pode considerá-lo senão como uma coisa para deslocar, para limpar, para nutrir, com a qual não pode estabelecer a mínima relação, uma vez que faz parte de um mundo do qual ele participa somente como simples executor (BASAGLIA, F., 1981c, p. 268).

O percurso operado no manicômio de Gorizia implicou a radical transformação do papel de mero vigia do enfermeiro, já que no cotidiano era ele quem assumia, de fato, a concretização da custódia, da vigilância e da violência da instituição asilar. Participante ativo da nova ordem institucional, referência para a construção das relações interpessoais entre as pessoas internadas, o enfermeiro tornou-se também responsável e dessa forma pode, de um lado, colocar em crise seu papel e, de outro, perceber que ocupava um novo lugar que poderia tornar “mais humana, digna e apaixonante a sua própria atividade” (BASAGLIA, F., 1981c, p. 268).

A partir dessas considerações, a equipe basagliana buscou provocar uma ruptura das relações institucionalizadas e dos papéis cristalizados, de forma a propiciar que os três pólos da vida hospitalar - médicos, enfermeiros e doentes – “entrassem em uma dinâmica de tensão e contra-tensão, na qual todos estão envolvidos e são responsáveis. Significava entrar no ‘risco’, [...] colocar doentes e *staff* no mesmo plano, unidos na mesma causa e com um objetivo comum” (BASAGLIA, F., 1981c, p. 270).

Longe de uma visão simplista, BASAGLIA considerava que esse processo era necessariamente gerador de crise, mas, ao mesmo tempo, assinalava que era sobre essa tensão que deveria se apoiar a base da nova estrutura a ser construída, sem a qual todo o processo retornaria à anterior situação institucionalizada. A partir das novas possibilidades e contradições que se revelavam no cotidiano, o papel das pessoas internadas, dos enfermeiros e dos médicos era “continuamente colocado em discussão, reconstruído e novamente destruído” (BASAGLIA, F., 1981d, p. 401).

O intenso processo de transformação do hospital em seu conjunto, dos papéis cristalizados e da forma de relação com as pessoas internadas tecia, processualmente, novas relações, pautadas na reciprocidade. BASAGLIA (1981d, p. 399) considerava fundamental partir das necessidades da pessoa internada e criar possibilidades nas quais fosse possível a aproximação recíproca em uma relação entre pessoas, na qual “as contradições da realidade representem o húmus no qual se produz a ação terapêutica”.

FRANCA BASAGLIA, revisitando a experiência de Gorizia expressa a riqueza e a qualidade de relações que a produção de um projeto compartilhado e o próprio movimento de negação prática do manicômio engendrava.

Juntos, internados, enfermeiros, médicos, psicólogos e administradores, estavam em busca de novas identidades, de papéis e relações qualitativamente diversas, mas, sobretudo, do que então se apresentava como a óbvia negação da própria essência da realidade e da lógica manicomial: liberdade, responsabilidade, disponibilidade, confiança, confronto, verificação, crítica e autocrítica, que estão na base de uma possível recíproca terapêutica (BASAGLIA, F. O., 1997, p. 5).

Essa perspectiva não se referia a uma forma simplista de ‘comunitarismo’ ou de negação das relações de poder. O projeto basagliano implicava a transformação da lógica manicomial pautada nas relações de força, no impedimento da contestação da pessoa internada, no isolamento que resultava na anulação das contradições, na construção de uma “realidade separada”. Em suas palavras:

viver dialeticamente as contradições do real é, portanto, o aspecto terapêutico de nosso trabalho. Se tais contradições – antes de serem ignoradas ou programaticamente distanciadas na tentativa de criar um mundo ideal – fossem enfrentadas dialeticamente; [...]. Mas a dialética existe somente quando exista mais de uma possibilidade, isto é uma alternativa (BASAGLIA, F., 1981d, p. 399-400).

Indicador fundamental da ação em curso de superação da lógica custodial era a transformação da condição das pessoas internadas. A conquista de liberdade, autonomia e responsabilidade implicava a transformação da qualidade das interações, a produção de novas oportunidades para a pessoa internada, a possibilidade de pertencimento a um

coletivo, “de sair da serialização institucional, em direção à constituição de um grupo no qual possa definir e afirmar a legitimidade de sua existência” (BASAGLIA, F., 1981d, p. 407).

Com esse conteúdo, as diversas mudanças que se processavam na instituição, desde os gestos mais elementares, configuravam-se como tais quando propiciavam transformações significativas para a vida das pessoas e, dessa forma, não se identificavam a um elenco de habilidades e de direitos. Tratava-se de um processo complexo que esboçava também os contornos de uma diversa terapêutica.

A liberação da pessoa, o emergir de um sujeito pleno de necessidades daquele mundo de ‘coisas’ que o manicômio continha e ao mesmo tempo produzia, foram os primeiros gestos terapêuticos em direção à liberação do internado do manicômio material que o aprisionava e da lógica manicomial que ele mesmo havia incorporado (BASAGLIA, F. O., 1997, p. 10).

Distante de um pensamento simplificador de liberdade abstrata, a equipe goriziana operava com a produção de liberdade como conquista, produção, conflito, participação, responsabilidade e ampliação de possibilidades, que implicava, de um lado, a assunção do risco e, de outro, a intensidade de relações de reciprocidade. Nas palavras de FRANCA BASAGLIA:

liberação que contemplava, como primeiro passo, o risco da liberdade do doente. Tratou-se e trata-se, todavia, de uma liberdade contrabalançada e apoiada pela força agregadora do grupo, pela capacidade dos operadores e da comunidade de sustentar o conflito que toda pessoa produz e pela capacidade de torná-lo positivo, como elemento de recíproca responsabilidade. Responsabilidade que se adquire apenas com a possibilidade de crescer, desenvolver-se e se confrontar em um clima de liberdade (BASAGLIA, F. O., 1997, p. 10).

Essa perspectiva de transformação operada em Gorizia problematizando a liberdade, a responsabilidade, as relações de reciprocidade, continuará a ser, para os autores de “tradição basagliana”, o eixo condutor fundamental para as relações entre profissionais e

usuários tanto nos processos de transformação do manicômio como no dia a dia das novas instituições.

A intencionalidade do projeto em Gorizia não poderia encerrar-se no limite dos muros do manicômio. Desde o início, a equipe goriziana não restringia o processo apenas à transformação das relações e dinâmicas internas e problematizava a separação entre interno e externo. BASAGLIA (1981c, p. 270) criticava a simples criação de uma "ilusória vida social coletiva", embora reconhecesse que aspectos dessa perspectiva estavam presentes em alguns momentos do processo e de forma transitória.

Ao lado das ações de "luta contra a institucionalização interna" era necessário enfrentar a "institucionalização externa", uma vez que esta incide de forma negativa, despotencializando a projeção do trabalho para fora (BASAGLIA, F., 1981c, p. 264). As ações de "luta contra a institucionalização interna", necessariamente aliadas e complementares às intervenções que diziam respeito à "luta contra a institucionalização externa", expressavam a singularidade da transformação do manicômio de Gorizia. Iniciava-se, assim, o distanciamento da proposição de comunidade terapêutica que, nos anos posteriores, será intensamente problematizada pela equipe goriziana.

A "luta contra a institucionalização externa" buscava envolver a população da cidade e, de alguma forma, torná-la partícipe do processo. As ações realizadas nesse sentido eram, sobretudo, práticas que possibilitavam a ruptura da segregação, a restituição do direito das pessoas internadas de participar dos espaços públicos e, ao mesmo tempo, a convivência dos internados com as pessoas da cidade. Essa via da prática de convívio, marcando a presença dos internados na cidade, como uma das formas de transformar a percepção da loucura, apresentava-se como uma das estratégias fundamentais no percurso da desinstitucionalização. Isso não significava que simplesmente fosse possível destruir a imagem do manicômio na cidade, mas que era necessário propiciar condições para que as pessoas pudessem perceber que esse também era um problema seu e, processualmente, gerar uma mudança dos familiares e da população nos confrontos com as pessoas internadas.

Nessa perspectiva, a transformação da relação entre profissionais, pessoas internadas e a sociedade assumiu centralidade no processo operado em Gorizia. Era fundamental transformar o modo como a sociedade se relacionava com a loucura, problematizando a função social do manicômio e da psiquiatria.

Essa compreensão do sentido da transformação institucional ampliava e redimensionava a reflexão sobre o papel dos técnicos. Tomando como situação exemplar o papel dos psiquiatras, BASAGLIA (1981e, p. 284) indagava: “quais podem ser as ações do psiquiatra na abordagem do paciente? Quais são as demandas do paciente à sociedade e ao psiquiatra que é seu representante? Qual é o mandato da sociedade ao psiquiatra?”.

A discussão dessas indagações requer a compreensão das respostas sociais à experiência da loucura. Os manicômios concretizam, também, o sentido preciso da separação, da fratura, do limite, e essa necessidade de isolamento pode ser compreendida como “expressão do estado de fragilidade e de restrição de uma sociedade que tende a eliminar tudo o que pode confrontar a sua expansão sem considerar sua responsabilidade nesses processos” (BASAGLIA, F., 1981e, p. 283). Dentre as diversas perspectivas de discussão do significado desse isolamento, BASAGLIA assinalava:

os hospitais psiquiátricos surgem na periferia da cidade, do mesmo modo que o homem tende a colocar na periferia de si mesmo tudo aquilo que desvia da norma, que, mediante a perturbação do desenvolvimento regular do seu existir, o constringiria a empenhar-se, a enfrentar o imprevisto, a mudar, a considerar os outros (BASAGLIA, F., 1981e, p. 283).

BASAGLIA (1981e, p. 284) evidenciava esse significado do manicômio como expressão da resposta social à experiência da loucura para argumentar que essa relação é também a base que conforma o mandato social dos profissionais que operam um equivocado papel de ambigüidade. Dessa forma fazia-se necessário também transformar a delegação da sociedade aos profissionais, delegação ao mesmo tempo de tratamento e de segregação.

O tratamento do doente mental deveria tender à reconquista de uma liberdade perdida, de uma individualidade oprimida, o que é exatamente o oposto daquilo que o conceito de tutela, de defesa, de separação, de segregação significa (BASAGLIA, F., 1981e, p. 284).

A transformação do papel dos profissionais, operada a partir dos eixos de afirmação da liberdade e da responsabilidade e da produção de relações de reciprocidade com as pessoas internadas, deveria contemplar, também, a transformação da evidente contradição do mandato social, entre mandato terapêutico e de controle, entre tratamento e exclusão. A problematização do papel dos técnicos será retomada de forma contínua e se tornará mais complexa nos anos posteriores, constituindo uma das questões centrais da desinstitucionalização.

As novas necessidades da pessoa internada que o processo revelava, a compreensão do significado do manicômio, e a problematização do papel dos técnicos colocavam em tela a perspectiva de construção de novas possibilidades fora do manicômio. Nos primeiros anos da experiência de Gorizia, BASAGLIA (1981c, p. 261) já enfatizava a discussão sobre a relação entre a transformação do hospital e a construção de serviços externos, argumentando que era necessário efetivar a transformação do núcleo central desses serviços que seguia sendo o hospital psiquiátrico. Do contrário, seriam construídos serviços ambulatoriais que conservariam o caráter passivo na relação com a pessoa doente.

Enquanto o hospital psiquiátrico permanece ‘nas costas’ das novas estruturas extra-hospitalares, como espaço fechado e segregador, a ação de um serviço psiquiátrico de tipo setorial se perderia, resultando isolada e, de certa forma, destacada do contexto psiquiátrico que continuaria [...] a agir como força ameaçadora [...] (BASAGLIA, F., 1981c, p. 261).

A ação de um serviço de saúde mental eficaz poderia ser relevante no sentido de evitar o ingresso de algumas pessoas no hospital psiquiátrico, mas, de forma geral, esse continuaria a operar no clima institucionalizante do medo da internação no manicômio, que permaneceria “a medida extrema a qual se estará constricto se os outros meios não estiverem em grau de resolver a situação” (BASAGLIA, F., 1981c, p. 262).

A reflexão sobre a construção dos serviços externos em paralelo aos hospitais e sobre qual relação é estabelecida entre eles foi sucessivamente retomada por Basaglia. Nos anos posteriores vai configurar-se como um dos temas centrais dos debates no campo das reformas psiquiátricas, presente até mesmo no processo brasileiro. Podemos dizer,

inclusive, que o modo como essa questão foi problematizada na perspectiva basagliana é uma das singularidades do caminho italiano de desinstitucionalização.

O que é fundamental enfatizar neste momento é o sentido e a intencionalidade do projeto de transformação institucional. BASAGLIA afirmava que, no manicômio, “o valor do sistema superava o do objeto de sua intervenção” (BASAGLIA, F., 1981b, p. 249). E, nessa perspectiva considerava que uma nova proposição dos serviços psiquiátricos deveria considerar, primeiro, o “homem e, depois, a construção em torno dele de uma dimensão que lhe seja adequada”, no sentido que deverá ser produzida a partir de suas necessidades, de seu “mover-se, de seu viver com os outros” (BASAGLIA, F., 1981b, p. 257).

Em outras palavras, o projeto de transformação institucional e de produção de novas instituições é centrado na pessoa e as diversas formas de intervenção devem se pautar em suas necessidades, movimentos e relações. Ao mesmo tempo, essas intervenções se entrecruzam, mesclando-se com o próprio processo de transformação da instituição que, necessariamente, deve contemplar a transformação das formas de conhecer e de interagir, do papel dos profissionais e da relação com a sociedade.

Certamente um desafio: os primeiros anos da experiência de Gorizia expressavam a complexidade desse processo e apresentavam a questão da transformação da realidade asilar, da condição da pessoa internada, da produção de novas alternativas, como problemas a serem conhecidos e investigados. Para BASAGLIA, a questão principal era a invenção de uma prática em contínuo movimento de transformação da realidade. Em suas palavras:

é aqui que aqueles que estão agindo se encontram - cada um por vias diversas, as vias da própria experiência – a ‘inventar’ um novo modo de organizar aquilo que não pode e nem deve ser organizado, a buscar um método de tratamento que não deve, necessariamente, institucionalizar-se em regras e em uma ordem codificada [...] frente à necessidade de uma organização e à impossibilidade de concretizá-la, frente à necessidade de formular um esboço de sistema ao qual se referir, para logo depois transcendê-lo e destruí-lo; [frente] ao desejo de provocar do alto os acontecimentos e a necessidade de esperar que esses se elaborem e se desenvolvam a partir da base [...] (BASAGLIA, F., 1981e, p. 292-3).

### 3.3- Encontro com a pessoa internada

A liberdade comunitária como base do processo de transformação produzia uma instituição em contínuo movimento: abriam-se as portas e as grades, eliminavam-se as contenções, as terapias de choque e as diversas formas de violência presentes na instituição asilar e afirmavam-se novas relações com as pessoas internadas pautadas na reciprocidade e no risco da liberdade.

Nas reuniões diárias entre a equipe e os internados, buscava-se restituir a voz aos internados e ampliar as possibilidades de entrar em relação. Rompendo os papéis cristalizados e as respostas pré-formadas, procurava-se também produzir formas conjuntas de compreensão e de transformação da realidade. A organização das enfermarias, as situações de crise, as relações interpessoais, a questão do trabalho, o desejo de sair do hospital, a aproximação com os familiares, o significado da abertura da instituição e as tensas relações com a cidade eram temas continuamente problematizados. As discussões tornavam-se mais ricas, expressando, por um lado, as necessidades das pessoas internadas que se ampliavam dia a dia e, por outro, o fortalecimento de seu poder de contratualidade e de contestação de sua condição.

O processo produzia uma profunda transformação em todos, colocando em crise a estrutura hierárquico-autoritária e as relações objetivantes do manicômio e gerando novas indagações. O doente institucionalizado – “o homem objetivado, anulado e destruído” – evidenciava a distância entre a psiquiatria e o que deveria ser sua finalidade, exigindo a produção de uma abordagem diferente da pessoa internada e a reproposição da questão psiquiátrica em termos globais (BASAGLIA, F., 1981f, p. 428).

À luz dos estudos fenomenológicos desenvolvidos na academia, Basaglia recusava a “objetivação do homem em síndromes operada pela psiquiatria positivista” e afirmava que era necessário, primeiro, “colocar ‘entre parênteses’ a doença e o modo no qual foi classificada para poder considerar o doente” (BASAGLIA, F. e BASAGLIA F.O., 1981, p. 309-10).

A *suspensão do juízo*, ou *epoché*, inscrita na prática de transformação do manicômio emergiu da necessidade, anterior a qualquer forma de classificação, de “poder começar a ver o doente e o seu modo de mover-se” (BASAGLIA, F., 1981f, p. 439). Os

diagnósticos psiquiátricos, assinalava BASAGLIA (1981g, p. 384), assumiram um valor de categoria, correspondendo a “um etiquetamento, além do qual não existe possibilidade de ação ou de saída”.

Nessa perspectiva, colocar entre parênteses a doença mental enquanto definição abstrata e como uma das “categorias que contribuiu para o processo de exclusão e de institucionalização do doente” visava possibilitar o encontro com a pessoa internada, aproximar-se de sua experiência de sofrimento sem os esquemas que a definem *a priori*, conhecer a pessoa e entrar em relação (BASAGLIA, F. et al., 1981a, p. 411). Para BASAGLIA,

a esquematização das síndromes, a codificação abstrata puramente quantitativa de uma série de sintomas, a classificação asséptica de comportamentos, [...] tudo isso conduziu à ampliação do interesse na doença em si (que nestes termos resulta controlável e dominável), inversamente proporcional ao interesse, sempre mais raro, dirigido ao doente [...] Se o doente entra na instituição como portador de uma etiqueta [...] será muito mais simples estabelecer com ele uma relação no nível da etiqueta com a qual foi marcado e definido; portanto uma relação de uma via apenas, dado que exclui *a priori* toda problematidade de um dos termos da relação (BASAGLIA, F., 1981h, p. 445-6).

Frente à realidade do que se tornou a pessoa internada era necessário compreender, também, “que parte teria jogado, no processo de destruição do doente, a doença e que parte a instituição” (BASAGLIA, F., 1981a, p. xxii). Dessa forma, na experiência goriziana, aproximar-se da pessoa significava e, ao mesmo tempo, exigia a transformação da lógica institucional produtora de institucionalização, a ação prática de “desmantelamento das incrustações institucionais” (BASAGLIA, F., 1981a, p. xxii).

A afirmação da necessidade de “colocar entre parênteses a doença” foi muitas vezes interpretada como negação da existência da doença mental, interpretação que Basaglia refutou em sucessivas ocasiões. Indagado, por exemplo, se a equipe goriziana operava como se a doença não existisse, BASAGLIA reafirmou a intencionalidade de sua proposição:

pensamos que para estabelecer uma relação com um indivíduo é necessário considerá-lo independentemente de qual que pode ser o rótulo que o define. [...] O importante é tomar consciência daquilo que tal indivíduo representa para mim, de qual é a realidade social em que vive, qual o seu relacionamento com essa realidade (BASAGLIA, F., 1985b, p. 28).

Distante de uma perspectiva simplificadora, tratava-se de iniciar a construção de uma forma de pensar diferente e de uma abordagem que afirmava, a partir da crítica e da recusa da codificação, da institucionalização e da objetivação da pessoa internada, a centralidade da pessoa e, ao mesmo tempo, colocava em crise o conceito de doença mental e a resposta institucional do manicômio. Em outras palavras, o princípio de colocar entre parênteses “não significa a negação da doença mental, mas é uma recusa à aceitação da positividade do saber psiquiátrico em explicar e compreender a loucura/sofrimento psíquico” (AMARANTE, 1996, p. 84).

Na trajetória da desinstitucionalização, a leitura foucaultiana sobre as condições que possibilitaram a emergência do manicômio como instituição médica, do saber psiquiátrico e da distinção entre doença mental e loucura é fundamental. Todavia, para os autores italianos, reconhecer essa distinção não é equivalente a uma visão simplista que propõe como solução substituir a noção de doença mental pela de loucura, mas implica “jogar sobre a ‘diferença’ entre essas, sobre a irreduzibilidade da loucura à doença mental” (COLUCCI e DI VITTORIO, 2001, p. 88).

A operação da *epoché* expressava uma perspectiva teórica, concretizando um modo de agir e uma escolha ética. Para ROTELLI, no confronto com a realidade do manicômio, Basaglia recusou-se a ser o intelectual distanciado e separado e propôs-se à verificação:

na escolha prática entre entrincheirar-se ao redor da doença, ‘*epochizzando*’ o doente e reproduzindo abstratos e separados poderes e saberes, ou ‘*epochizzare*’ a doença como reificação do outro para aceitar o risco do encontro com o sujeito doente, Basaglia [...] aceita o risco (ROTELLI, 1999b, p. 42).

A radicalidade da *epoché* realizada em Gorizia apresentava essa singularidade: não permaneceu em um plano teórico, inscrevia-se no processo de transformação da realidade. No cotidiano institucional, “colocar entre parênteses” traduzia-se na prática em

um conjunto de intervenções desenvolvidas com as pessoas internadas, no intenso trabalho de ocupar-se efetivamente da pessoa doente, de individualizar suas reais necessidades, de aproximar-se de seu sofrimento, de compreender seu “modo de mover-se”. Era a afirmação de um princípio norteador para a ação que, ao mesmo tempo desvelava, questionava e buscava transformar a prática psiquiátrica na qual “o doente foi isolado e colocado entre parênteses pela psiquiatria” (BASAGLIA, F., 1985a, p. 125).

O exercício teórico e prático da *epoché* e a transformação da realidade asilar abriram novas perspectivas para a compreensão da pessoa internada. A crítica desenvolvida pela equipe de Gorizia revelou o doente mental também como um excluído social e exigiu interrogar o significado dos processos de exclusão e, ainda uma vez, colocar a doença mental entre parênteses para possibilitar a análise das relações com o contexto social no qual se desenvolve (BASAGLIA, F. e BASAGLIA, F. O., 1981, p. 318). Com esse objetivo, FRANCO E FRANCA BASAGLIA<sup>10</sup> problematizaram a modalidade do excluir e do ser excluído e consideravam que:

toda sociedade, cuja estrutura se baseia em diferenças culturais, de classe e em sistemas competitivos, cria no seu interior áreas para compensar as próprias contradições internas, nas quais concretizar a necessidade de negar ou de fixar em uma objetualização uma parte da própria subjetividade (BASAGLIA, F. e BASAGLIA, F. O., 1981, p. 310).

---

<sup>10</sup> Em *Un problema di psichiatria istituzionale. L'esclusione come categoria socio-psichiatrica* publicado originalmente em 1966, FRANCO E FRANCA BASAGLIA desenvolvem uma longa e fértil discussão sobre a modalidade do excluir e do ser excluído (BASAGLIA, F. e BASAGLIA, F. O., 1981). Dialogando com as contribuições de Sartre sobre a questão judia, do psiquiatra Franz Fanon sobre a questão do Outro como excluído, no caso, os negros, e de Hegel sobre a dialética servo-senhor, abordam o problema antropológico da exclusão, a perspectiva mais propriamente clínica do excluir como modalidade psicótica e neurótica do ponto de vista fenomenológico e a questão da exclusão do ponto de vista sociológico. Nos anos que se seguiram, BASAGLIA retoma, em diversos escritos, a reflexão sobre a temática da exclusão/inclusão no contexto da produção da norma e do desvio, da organização social baseada na produção capitalista e das chamadas minorias/“maiorias marginalizadas”. A esse respeito Cf. em particular: *Esclusione, programmazione e integrazione* em colaboração com Gianfranco Minguzzi e Franca Basaglia, publicado em 1967 (BASAGLIA, F. et al., 1981a); *Le istituzioni della violenza* publicado em 1968 (BASAGLIA, F., 1981i); *La malattia e il suo doppio. Proposte critiche sul problema delle devianze* em colaboração com Franca Basaglia, publicado em 1970 (BASAGLIA, F. e BASAGLIA, F.O., 1982a); *La maggioranza deviante* em colaboração com Franca Basaglia, publicado em 1971 (BASAGLIA, F. e BASAGLIA, F. O., 1982b). Os artigos encontram-se em *Scritti I e Scritti II*, organizados por Franca Basaglia (BASAGLIA, F.O., 1981b, 1982a).

Nessa perspectiva, o manicômio pode ser compreendido como um dos espaços definidos, no qual a sociedade exclui e objetiviza o que poderia contrastar seu equilíbrio, assim como o homem “tende a objetivar no outro o que não sabe dominar e o que lhe produz medo” (BASAGLIA, F. et al., 1981a, p. 412).

Com base em *Reflexões sobre a questão judia*, de Sartre, Franco e Franca entendem que a modalidade da exclusão que projeta fora do próprio horizonte um grupo no qual se situa o mal do mundo não pode ser interpretada apenas no âmbito individual, mas expressa uma tomada de posição global: “a escolha de um mundo maniqueísta onde a parte do mal é sempre representada pelo outro, exatamente pelo excluído; onde apenas nesse excluir afirmo a minha força e me diferencio” (BASAGLIA, F. e BASAGLIA, F. O., 1981, p. 311).

A questão do excluído pode ser entendida, do ponto de vista antropológico, na perspectiva da dialética servo-senhor de Hegel. Nesse sentido, a produção da relação de exclusão expressa os limites do campo de possibilidade mais de quem exclui do que daquele que é excluído: “objetivizando-se no outro que se exclui, o campo das próprias experiências subjetivas é processualmente reduzido [...]” (BASAGLIA, F. e BASAGLIA, F. O., 1981, p. 313).

Do ponto de vista sociológico, a análise da relação da pessoa doente no contexto social evidencia a exclusão institucional, o isolamento no qual a sociedade constringiu o doente, “como expressão de ruptura da norma”, e a função de custódia do manicômio. Ao mesmo tempo, a segregação e a condição de institucionalização das pessoas internadas expressam a falência da psiquiatria clássica, uma vez que, diante do “problema do doente mental, ela o resolveu negativamente, excluindo-o do contexto social e excluindo-o, portanto, de sua própria humanidade” (BASAGLIA, F. e BASAGLIA, F.O., 1981, p. 319).

A exclusão do doente mental é um processo complexo, uma vez que este foi “duplamente excluído”: ao ser considerado incompreensível e como tal perigoso, o que o saber psiquiátrico acaba por confirmar, legitimando a necessidade do manicômio para a tutela da sociedade. E, ao ser “socialmente excluído, com base nessa incompreensibilidade, cientificamente reconhecida, do seu mundo doente” (BASAGLIA, F. e BASAGLIA, F.O., 1981, p. 319). Nessa dupla exclusão, o doente mental “excluído porque incompreensível,

excluído porque perigoso, [...] continua a ser mantido além do limite do humano, como expressão da nossa desumanização e da nossa incapacidade de compreender” (BASAGLIA, F. e BASAGLIA, F. O., 1981, p. 316).

A particularidade do processo de exclusão do doente mental pode ser compreendida também se considerarmos que a pessoa internada não tem o mesmo poder de oposição que os outros grupos de excluídos, uma vez que todos os seus atos são circunscritos e interpretados como doença. A configuração de qualquer ato de contestação da realidade como um ato doente impede a pessoa internada de “reconhecer uma possibilidade dialética, sem a qual não existe relação humana”, remetendo-a sempre a si mesma (BASAGLIA, F. e BASAGLIA, F. O., 1981, p. 312).

A leitura das diversas dimensões presentes nesse processo indica que o problema do doente mental como excluído da sociedade não pode ser interpretado de forma isolada, mas implica os processos de inclusão/exclusão, as relações sociais e a produção da norma. Para BASAGLIA, o enfrentamento da exclusão, compreendida como problema social e político, necessariamente transcende o campo específico, o que não anula, mas evidencia a responsabilidade da psiquiatria e dos profissionais.

O saber psiquiátrico legitimou cientificamente a exclusão social e, nesse processo, a doença não é compreendida como um acontecimento, mas envolve toda a pessoa, reificando-a em um papel uma vez que “[...] o diagnóstico [...] torna-se então apenas um juízo de valor que ratifica, antes de tudo, o seu pertencimento a uma categoria particular: a de doente mental enquanto presença a ser excluída” (BASAGLIA et al., 1981a, p. 413). Entretanto, é exatamente a partir do duplo papel da psiquiatria, médico e social, e da negação do mandato de custódia e exclusão que é possível revelar os processos sociais de exclusão, possibilitando, ao mesmo tempo, que a pessoa internada possa tomar consciência de sua condição: “[...] excluído porque incompreensível, recluso porque perigoso” (BASAGLIA, F. e BASAGLIA, F. O., 1981, p. 312).

O reconhecimento da pessoa internada como um excluído social não conduz a uma solução simplista de “integração” enquanto mudança aparente, que mantém inalterados o lugar e o valor atribuído à pessoa doente e que não enfrenta o etiquetamento psiquiátrico, a segregação e a exclusão e o que significam e revelam do sistema psiquiátrico e da organização social. BASAGLIA criticava as proposições de reorganização da

assistência psiquiátrica que não colocavam em discussão a condição de objetivação e a exclusão da pessoa doente, respostas que, anulando a dimensão social e política da questão psiquiátrica, tenderiam à adaptação da pessoa internada (BASAGLIA et al., 1981a, p. 418).

A perspectiva da desinstitucionalização exige reconhecer a pessoa como presença a ser vivida no corpo da realidade social e não circunscrita aos “espaços reservados à loucura”, espaços que concretizam a exclusão e, em última instância, testemunham a nossa incapacidade de compreender a loucura como uma dimensão da experiência humana e da nossa realidade (BASAGLIA et al., 1981a, p. 411).

Diferente de pensar a resposta de integração, o que se quer enfatizar é a complexidade dos processos de inclusão/exclusão social, a necessidade de problematizar o conjunto de pré-conceitos como periculosidade, incompreensibilidade, irrecuperabilidade, inferioridade e, sobretudo, a centralidade da transformação dialética da relação entre loucura e sociedade. Trata-se de revelar os sentidos da exclusão da loucura do universo humano, da separação entre “mundo da saúde” e “mundo da doença”, de explicitar e questionar a produção social da norma e dos processos de exclusão e, ao mesmo tempo, de transformar a relação entre a pessoa, seu sofrimento, suas necessidades e a organização e racionalização das respostas sociais e institucionais.

A partir das novas indicações que a experiência de Gorizia propiciava sobre a compreensão da pessoa internada e as possibilidades, limites e contradições que a ação de transformação gerava, BASAGLIA problematizava o saber psiquiátrico e a função social do manicômio. Frente à verificação do modo concreto como a psiquiatria era praticada na instituição asilar e do que se tornou a pessoa institucionalizada, BASAGLIA interroga: “O que é a psiquiatria?”<sup>11</sup> (BASAGLIA, F., 1973a).

A indagação, uma analogia com o ensaio de Sartre “O que é a literatura?”, apresentava-se como uma exigência diante da realidade e visava provocar a discussão sobre as bases de um saber que, “nos confrontos com o objeto de sua pesquisa, soube apenas

---

<sup>11</sup> O artigo *Che cos'è la psichiatria?* integrou a primeira coletânea, de mesmo título, organizada por BASAGLIA (1973a). Publicada originalmente em 1967, reuniu ensaios e discussões da equipe goriziana e marcou o início do debate público sobre a situação da psiquiatria asilar na Itália. Os artigos de Basaglia nessa coletânea, “*Che cos'è la psichiatria?*” e “*La libertà comunitaria come alternativa alla regressione istituzionale*”, foram, posteriormente, incluídos no *Scritti I* (BASAGLIA, F. O., 1981b).

definir a diversidade e a incompreensibilidade, traduzindo-as concretamente em uma estigmatização social” (BASAGLIA, F., 1981g, p. 384).

BASAGLIA (1981g) considerava que, na relação que se estabelece entre o psiquiatra e o paciente com vistas à formulação do diagnóstico, nos limites dos parâmetros e método da psiquiatria positivista, o psiquiatra não poderia ser reconhecido como “entrevistador situado” e o entrevistado, o paciente, acabava por ser anulado no momento de sua codificação. Com base nas reflexões desenvolvidas por Sartre em “*Crítica à razão dialética*”, BASAGLIA discutia a necessidade de participação direta do observador no campo de sua pesquisa e afirmava que a distância do psiquiatra do campo da própria investigação é especialmente relevante: pode-se constatar a fratura existente entre a rigorosa elaboração nosográfica e a realidade da pessoa internada nos manicômios à qual se refere (BASAGLIA, F., 1981g, p. 385).

Evidenciando a distância entre o discurso teórico e o objeto - a pessoa doente, seu sofrimento, sua condição de institucionalizado e de excluído, entre a psiquiatria e a realidade, entre o campo de elaboração teórica e o terreno de trabalho prático, a crítica basagliana questionava a finalidade da psiquiatria, qual a relação que estabelecia com o objeto de sua investigação e se esta se ocupava da pessoa doente ou apenas de síndromes, limitando-se à codificação da doença e a uma interpretação ideológica e, portanto, a problemática e adialética (BASAGLIA, F., 1981 g, h).

No cotidiano institucional, assinalava BASAGLIA, os profissionais deveriam realizar uma escolha: aceitar os parâmetros e o método de abordagem da psiquiatria tradicional e com estes interpretar e delimitar o problema, destacando-se da realidade e anulando o conflito entre a teoria e a prática, somente a favor da teoria; ou aproximar-se da pessoa internada para compreender o que se tornou e quais parâmetros e processos legitimaram a institucionalização e estigmatizaram a diversidade, “dando, desta vez, precedência à realidade, como única fonte de verificação” (BASAGLIA, F., 1981g, p. 388).

Mas como produzir essa aproximação sem transformá-la em imersão total, em uma prática destituída de elementos críticos, reproduzindo, assim, embora de forma distinta, o observador “de-situado” de seu campo? (BASAGLIA, F., 1973a, p. 8).

Para pensar essa questão, BASAGLIA (1981g, p. 389) citava a entrevista de Sartre<sup>12</sup> sobre o papel da literatura no confronto com a fome, na qual afirmava “a distância incomensurável entre a fome da criança e o livro”, assinalando por um lado, a impossibilidade de superar esse vazio quando o ato de escrever é motivado apenas pela emoção desse confronto e por outro, o papel da literatura, embora secundário, na luta contra a fome, luta que exige a transformação do sistema político e econômico. Para Sartre, há uma ambigüidade nas palavras: de um lado, são apenas palavras - “literatura” - e, de outro, designam e, por vezes, podem agir, modificando aquilo que designam. Para fazer verdadeira literatura, “uma contestação que contesta a si mesma”, é necessário lidar com essa ambigüidade, recusando a simples anulação ou a potencialização de um desses dois aspectos das palavras, isto é, superando tanto a produção da “literatura de propaganda” como a redução da literatura ao nada (SARTRE *apud* BASAGLIA, F., 1981g, p. 389-90).

O doente institucionalizado “é, de fato, a realidade que contesta a psiquiatria, assim como a criança que morre de fome contesta a ‘literatura’” (BASAGLIA, F., 1981g, p. 390). Tal como na reflexão sartriana, era necessário, portanto, reconhecer e partir dessa realidade sem que isso significasse um pragmatismo como resposta imediata à emoção. Em outras palavras, BASAGLIA recusava a atitude acrítica assim como a “literatura psiquiátrica”, afirmando a possibilidade de outro caminho.

O singular projeto teórico-prático proposto por BASAGLIA requer criticar o discurso psiquiátrico e a segregação manicomial, recusar a relação objetivante com a pessoa doente, reconhecer o objeto e, a partir da realidade das pessoas internadas, exigir uma forma de pensar que busque constantemente “encontrar a sua verificação na realidade e que na realidade encontre os elementos de contestação para contestar a si mesma” (BASAGLIA, F., 1981g, p. 390). Ao mesmo tempo, é fundamental lutar para transformar o sistema social que legitima e sustenta a instituição psiquiátrica e confrontar os processos sociais de exclusão do doente mental.

Ampliando a discussão, iniciada em seus trabalhos precedentes, sobre a contradição do mandato dos técnicos, BASAGLIA afirmava que a tarefa é ao mesmo tempo teórica e política e inscreve um relevante ensinamento de como operar com a contradição

---

<sup>12</sup> SARTRE, J. P. *Jean Paul Sartre répond*. L’Arc, n. 30, 1966

psiquiátrica, transcendendo a atitude dilemática ou a resolução do conflito através da anulação de um de seus pólos:

Se, de fato, o doente é a única realidade à qual devemos nos referir, deve-se enfrentar as duas faces das quais tal realidade é precisamente constituída: a do seu ser um doente, com uma problemática psicopatológica (dialética e não ideológica) e a do seu ser um excluído, um estigmatizado social (BASAGLIA, F., 1981g, p. 391).

A complexidade da questão psiquiátrica compreendida nessa perspectiva interrogava o próprio percurso da experiência goriziana. Sem negar a importância que a experimentação da comunidade terapêutica propiciou para o desvelamento prático do conjunto de contradições que o manicômio encerrava, BASAGLIA compreendia que tal comunidade representava um momento transitório do processo, uma estratégia do processo de transformação, um instrumento e não uma finalidade em si ou o objetivo final a ser alcançado.

Para BASAGLIA, o enunciado de Sartre “as ideologias são liberdade enquanto se fazem, opressão quando estão feitas” apresentava-se como uma das premissas fundamentais para refletir as contradições abertas na prática de transformação, enfatizando que: “aquilo que nasce como recusa de uma realidade dada, deve encontrar, na realidade, o sentido de seu contínuo renovar-se para não se transformar em opressão de si” (BASAGLIA, F., 1981g, p. 384).

Com essa referência, BASAGLIA discutia que a comunidade terapêutica significava liberdade em seu fazer-se, isto é, produção na qual as pessoas são co-participantes

no processo de transformação que envolve a inteira comunidade em direção a um único projeto: a destruição da realidade manicomial e a recusa da funcionalidade da instituição psiquiátrica no sistema do qual é expressão. Mas tornar-se-ia uma opressão quando fechada em um esquema fixo que [...] recobriria todas as contradições da primeira negação (BASAGLIA, F., 1982a, p. 65).

Nessa perspectiva, na ação de desmontagem do manicômio, a proposição da comunidade terapêutica, inicialmente desenvolvida como hipótese, crítica e enfrentamento da realidade asilar e da psiquiatria, corre o risco de fechar-se em uma “ideologia comunitária”, definida como o modelo de organização institucional e apresentada como a

solução para o problema psiquiátrico e, dessa forma, “transforma-se em um valor absoluto em que não há mais necessidade de verificações na realidade” (BASAGLIA, F., 1982b, p. 3).

Em outras palavras, afirma-se o processo permanente de crítica, verificação e transformação da realidade, o movimento de “viver as contradições do real” que requer indagar a nova realidade produzida, confrontando e recusando o traduzir em ideologia, os esquemas estabelecidos e validados *a priori*, que, ao anular as contradições, resultam na cristalização do processo, paralisando-o como prática de transformação, em sua possibilidade instituinte de produção e invenção de novas realidades.

Os limites da trajetória até então empreendida concretizavam-se no dia-a-dia da experiência goriziana: a prática concreta de partir da pessoa e não do etiquetamento da doença, a reapropriação da liberdade e dos direitos pelos internados, o reconhecimento de seu ser excluído social, a urgência de produção de novas alternativas frente às necessidades das pessoas anteriormente anuladas, a recusa em fechar-se em uma nova ideologia, legitimando a construção de uma realidade separada, uma comunidade protegida e artificial, que confirmaria a exclusão da loucura, exigiam delinear novas respostas.

Não obstante a profunda transformação das relações e da instituição, as pessoas internadas e a equipe permaneciam “prisioneiros do próprio papel institucionalizado, funcional a uma sociedade que marginaliza e exclui” (BASAGLIA, F. O., 1997, p. 6).

Momento fundamental na trajetória de transformação institucional e, mais que uma simples comunidade terapêutica, Gorizia transformou-se em um laboratório de tomada de consciência coletiva que permitiu problematizar a ligação entre a psiquiatria e a ordem pública, a pretensão de neutralidade da ciência e o significado da origem de classe social das pessoas internadas. Basaglia aprofundou a análise sobre as implicações do sistema social, político e econômico no qual a instituição manicomial se insere e interrogava: a que responde, senão à reprodução de domínio? (ROTELLI, 1999b, p. 43).

Para BASAGLIA, a ação de transformação do manicômio revelou uma nova face da doença, da pessoa doente e da instituição, evidenciando o significado e a função social da instituição psiquiátrica. O reconhecimento da origem de classe das pessoas internadas esclarecia a função das instituições manicomiais “em uma ação explícita de

contenção e de controle dos elementos de distúrbio social, em que a doença tem um papel muito marginal” (BASAGLIA, F., 1981a, p. xxiii).

Esse conjunto de reflexões colocou em crise a experiência goriziana e a equipe indagava o caminho a seguir. Distante de uma definição *a priori*, BASAGLIA assinalava que era necessário enfrentar a crise do modelo de referência tradicional e buscar produzir uma nova realidade (BASAGLIA, F. et al., 1981b, p. 424).

Por outro lado, não obstante o fortalecimento do processo, demonstrando a possibilidade de uma outra forma de conhecer e de interagir com a experiência da loucura, a equipe goriziana enfrentava um conjunto de resistências na cidade e no cenário da tradicional assistência psiquiátrica italiana. Era uma experiência isolada que se iniciou como a história de uma *ilha*,

[...] de uma utopia de liberdade, exatamente no lugar do isolamento, da exclusão [...]. Tratava-se, de fato, de uma *ilha*, isto é, de um projeto prático e teórico isolado [...] que se desenvolvia em um estado de confronto da parte do mundo externo [...]. Isolamento e confronto que não tiveram, todavia, o efeito de reduzir [...] a paixão pelo ‘fazer’ [...]. Ao contrário, estimularam a concentração de todas as forças - intelectuais e afetivas - no empreendimento e na criação de laços profundos, intelectuais e afetivos, entre os protagonistas do acontecimento, pacientes, operadores, companheiros de percurso, unidos, conflituosamente, na busca incessante de uma finalidade comum: a utopia prática das liberdades (BASAGLIA, F. O., 1992, p.1-2).

Prosseguir a “utopia prática das liberdades”, não se institucionalizar como realidade separada e nos limites da liberdade concedida, partir da experiência vivida na “ilha” sem, entretanto, fechar-se em si mesma, implicava transcender os muros institucionais, produzir novas alianças, comunicar-se com outros sujeitos da sociedade civil e política, construir, de fato, possibilidades de vida na cidade e, sobretudo, arriscar a “liberdade de poder ser de novo cidadão” (MEZZINA, R. et al., 1998, p.150).

Partindo das bases da experiência goriziana, a trajetória da desinstitucionalização requer construir as utopias das liberdades em diversos lugares, afirmar e comunicar o significado da *ilha* e, ao mesmo tempo, confrontando-se com as

contradições, transcendê-la, a partir da invenção de novos percursos institucionais, múltiplos “percursos de defesa das liberdades” para transformar as relações entre pessoas, instituições e política: práticas que ousem transitar, atravessar e produzir o movimento entre utopia e realidade (BASAGLIA, F. O., 1992, p. 3).

### 3.4-A escola do manicômio

Uma fábula oriental conta a história de um homem em cuja boca, enquanto ele dormia, entrou uma serpente. A serpente chegou ao seu estômago, onde se alojou e de onde passou a impor ao homem a sua vontade, privando-o assim da liberdade. O homem estava à mercê da serpente: já não se pertencia. Até que uma manhã o homem sente que a serpente havia partido e que era livre de novo. Então se dá conta de que não sabe o que fazer de sua liberdade: 'no longo período de domínio absoluto da serpente, ele se habituara de tal maneira a submeter à vontade dela a sua vontade, aos desejos dela os seus desejos e aos impulsos dela os seus impulsos, que havia perdido a capacidade de desejar, de tender para qualquer coisa e de agir autonomamente'. 'Em vez de liberdade ele encontrava o vazio', porque 'junto com a serpente saíra a sua essência, adquirida no cativeiro', e não lhe restava mais que reconquistar pouco a pouco o antigo conteúdo humano de sua vida<sup>13</sup> (DAVYDOV<sup>14</sup> *apud* BASAGLIA, F., 1985a, p. 132).

Desde o seu primeiro contato com o manicômio, BASAGLIA referia-se muitas vezes a essa fábula, uma vez que considerava surpreendente a analogia que se poderia estabelecer com a condição de institucionalizada da pessoa internada, que, constringida às relações objetivantes da instituição asilar, incorpora o que a destrói com a mesma força e violência com que o homem da fábula foi dominado pela serpente (BASAGLIA, F., 1981f, p. 433).

---

<sup>13</sup> A fábula, relatada por Jurij Davydov é citada por Basaglia em: “Corpo e istituzione. Considerazioni antropologiche e psicopatologiche in tema di psichiatria istituzionale” (BASAGLIA, F., 1981f) e no livro *Instituição negada* (BASAGLIA, F., 1985a, p. 132). A esse respeito Cf. AMARANTE (1996).

<sup>14</sup> DAVYDOV, J. *Il lavoro e la libertà*. Torino: Einaudi, 1966.

Ao mesmo tempo, o aprendizado produzido na “escola do manicômio” colocou em cena não só a institucionalização da pessoa internada, mas a complexidade de um processo que requer a transformação das relações:

se, se quer transformar a realidade – e a realidade que dispomos é esta e somente esta – é sempre presente o problema da contemporânea transformação de nós mesmos e o discurso vale obviamente para todos. Mas a transformação do homem é a mais difícil, impregnados, como somos, de uma cultura que nos conduz a fechar todas as contradições, inclusive as nossas [...] (BASAGLIA, F. e BASAGLIA, F. O., 1982d, p. 299).

A questão da liberdade e da opressão, a transformação das diversas formas de objetivação, a produção de relações de reciprocidade diziam respeito a todos: “nosso encontro com o doente mental também nos mostrou que somos todos escravos da serpente e que, se não tentarmos destruí-la ou vomitá-la, nunca veremos o tempo de reconquista do conteúdo humano de nossa vida” (BASAGLIA, F., 1985a, p.133).

A crise da comunidade terapêutica e as contradições que emergiram na prática goriziana configuravam uma realidade mais complexa e contraditória que exigia uma nova projetualidade de trabalho e a construção de um “novo horizonte metodológico”, que, tomando como ponto de referência e ressignificando as questões da “subjetividade do paciente, da relação desigual médico-paciente e a objetivação metodológica conseqüente ao nosografismo dominante” aprofundasse a compreensão da função da psiquiatria, do manicômio e do papel dos técnicos na organização social (PIRELLA, 1982, p. 7).

Nesse percurso, Basaglia pautava-se em uma perspectiva marxista fortemente enriquecida e em constante diálogo com Sartre e Gramsci. Sua reflexão revela um pensamento crítico que, recusando a afirmação de certezas confortantes e explicações teóricas deterministas, propõe questões fundamentais para a problematização dos processos de invenção e de transformação das instituições: a centralidade das práticas e não das ideologias, uma complexa leitura do significado das instituições, que deveriam ser indagadas, atravessadas e superadas, e ao mesmo tempo, a singular atenção às relações humanas concretas e aos processos de reificação não apenas da pessoa doente, mas do Outro, a dialética e a contradição entre saber e poder, entre o movimento de liberação, que

emerge da ação crítica, e a opressão em seu fazer-se ideologia, a prática como dimensão por excelência da verificação da realidade (PIRELLA, 1982; ROTELLI, 1999b; PSICHIATRIA DEMOCRATICA, 2003).

A experiência goriziana afirmava que a possibilidade de encontro com a pessoa doente pressupõe liberdade, direitos e reciprocidade, em nítida contraposição com a codificação da doença, as relações hierárquico-autoritárias, a condição de objeto e de excluído da pessoa internada e a forma de tutela como defesa da sociedade concretizadas no manicômio. A ação cotidiana de encontro, verificação e transformação da realidade asilar revelou que a condição de destruição das pessoas internadas não poderia ser atribuída ao curso natural da doença ou, ainda, que “a doença não é o elemento determinante da condição do doente mental tal como o vemos em nossos asilos psiquiátricos” (BASAGLIA, F., 1985a, p. 107).

Analisando a situação das pessoas internadas, BASAGLIA (1985a) considerava que o problema central a ser discutido era o conjunto de relações que se estabelecem entre a pessoa doente, os profissionais, a instituição psiquiátrica e a sociedade, colocando em cena as relações de poder, a contratualidade, os direitos, a produção da norma, do valor e dos processos de inclusão/exclusão social.

A prática de transformação no interior do manicômio mudou significativamente o estado de destruição da pessoa internada, o que, entretanto, não operava efetivamente na transformação de suas relações e lugar no contexto social, uma vez que a pessoa internada era, antes de tudo “um homem sem poder social, econômico ou contratual: uma simples presença negativa, reduzida a ser aproblemática e acontraditória, ocultando as contradições da nossa sociedade” (BASAGLIA, F., 1981i, p. 485).

Nesse caminho de reflexão, a leitura do manicômio centrada apenas na compreensão do interior da instituição mostrava-se insuficiente para discutir a condição de objeto da violência e da exclusão das pessoas internadas. Para BASAGLIA (1985a, p. 101), a principal característica das instituições organizadas na codificação dos papéis com base na divisão do trabalho é a evidente separação entre quem tem e quem não tem poder. Enfatizando a relação de violência entre poder e não poder, que se traduz na exclusão dos que não têm poder, o manicômio foi compreendido como uma das “instituições da

violência” que expressam e legitimam a exclusão e a violência, nas quais se fundam as relações sociais em uma sociedade competitiva e excludente.

E como compreender o papel dos técnicos nas “instituições da violência”? A ação técnica, aparentemente de reparação, acaba por confirmar a relação de exclusão e de violência. A superação deste papel requer a compreensão da modalidade do excluir e do ser excluído nas relações sociais e a tomada de consciência dos técnicos de serem, também excluídos, próprio porque objetivados no papel daquele que exclui. E, também, implica a recusa do mandato social da exclusão, dialetizando, na prática, essa negação: “negando o ato terapêutico como ato de violência mistificada”, que resultaria em legitimar a adaptação da pessoa internada à condição de excluído (BASAGLIA, F., 1985a, p. 103).

FRANCO e FRANCA BASAGLIA (1982d) aprofundaram a discussão sobre o papel dos técnicos e seu mandato social, problematizando a produção da hegemonia e o lugar que ocupam na divisão do trabalho em uma sociedade dividida em classes<sup>15</sup>. Considerando os técnicos como intelectuais, no sentido gramsciano de “funcionários do consenso”, ou “técnicos do saber prático”, na formulação de Sartre, discutiram seu papel na construção do consenso, na legitimação das ideologias e as possibilidades de manutenção ou transformação das instituições.

No contexto do debate sobre a função dos intelectuais na sociedade e sobre a natureza de seu engajamento político, particularmente intenso no final dos anos 1960 e início da década de 1970, a crítica basagliana contrastava com a postura dos intelectuais que consideravam a prática política de esquerda apenas no plano da atividade partidária, anulando-a ou, colocando-a em nítida oposição com o exercício da ação cotidiana no específico institucional.

Tratava-se, como técnicos do saber prático, “[...] executores materiais das ideologias e dos crimes da paz [...], que enfrentam problemas teórico-práticos, traduzindo a abstração da teoria na prática institucional”, de colocar em discussão a própria

---

<sup>15</sup> A coletânea *Crimini di pace. Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'opressione*, organizada por FRANCO e FRANCA BASAGLIA, foi publicada em 1975 com artigos de pensadores de diversas disciplinas e diferentes formações, dentre os quais: Castel, Foucault, Lourau, Laing, Goffman, Sartre, Szasz (BASAGLIA, F. e BASAGLIA, F. O., 1975) O texto “Crimini di pace” apresenta um rico diálogo entre Basaglia e Sartre e foi, posteriormente, publicado também no *Scritti II* (BASAGLIA, F. e BASAGLIA, F. O., 1982d)

profissionalidade e as relações que estabelecem em sua prática, de reconhecer os nexos saber-poder, de recusar a violência exercida nas instituições, indagando o sentido de sua ação e a quais necessidades responde no contexto da organização social (BASAGLIA, F. e BASAGLIA, F. O., 1982d, p. 239).

Na experiência goriziana, os técnicos confrontaram-se com a evidente distância entre a “ideologia - o hospital é uma instituição de tratamento” e a “prática - o hospital é um lugar de segregação e de violência” e com a função de controle da instituição na organização social, considerando o pertencimento de classe das pessoas internadas e indagaram: qual a finalidade terapêutica do manicômio, considerando seu resultado concreto? O que significa o saber e a ação dos técnicos nessa instituição e em nome do que a exercem? Qual a função social do manicômio, uma vez que não responde às necessidades das pessoas internadas? (BASAGLIA, F. e BASAGLIA, F. O., 1982d, p. 239).

O processo de transformação, ao criar as condições para encontrar, dialogar e buscar respostas às necessidades e ao sofrimento das pessoas internadas, colocou em crise o mandato social de exclusão e controle social, evidenciando, na prática, a delegação de poder implícita nos saberes. Era necessário recusar a legitimação técnica das instituições da violência, recusa que comporta o uso dialético do papel e do mandato social, revelando o significado do manicômio para a sociedade e criticando teórica e praticamente o discurso ideológico da ciência e a organização social que o sustenta (BASAGLIA, F. e BASAGLIA, F. O., 1982d).

Ciente da complexidade do significado social das instituições da violência, do mandato dos técnicos e da psiquiatria, a equipe goriziana criticava as proposições orientadas para a reforma do interior do manicômio e as soluções parciais, tecnicistas, para o problema psiquiátrico, aprofundando a discussão da comunidade terapêutica. A prática de transformação evidenciou o problema da pessoa doente em seu ser excluído e a natureza sociopolítica da instituição psiquiátrica. Por outro lado, a liberdade das pessoas internadas era um “ponto de não retorno” e exigia enfrentar o problema da vida da pessoa internada fora do manicômio e, nesse sentido: “a descoberta da liberdade faz irrupção no contexto social, fazendo explodir a contradição psiquiátrica, em particular, e o problema entre a

produção de verdade e o sistema de poder em geral” (COLUCCI e DI VITTORIO, 2001, p. 121).

Diante da nova realidade institucional, existiam duas alternativas para a equipe goriziana: delimitar-se ao âmbito institucional e à “ideologia comunitária”, estruturando a organização comunitária e, dessa forma, aceitar a inevitável involução e cristalização do movimento de transformação, ou transcender os muros, ampliando a ação e questionando a produção social da exclusão (BASAGLIA, F., 1985c, p. 10). Nas palavras de BASAGLIA:

começamos a evidenciar que havia uma outra possibilidade de relação, mas, sobretudo, víamos que continuando na lógica de comunidade terapêutica, havíamos fechado, tanto nós quanto os ingleses, na nova ideologia comunitária, uma instituição que teria que ser aberta. [...] Nós continuamos na posição de manter aberta a contradição. Qualquer que fosse a forma de administrar o manicômio, este seria sempre um lugar de controle e não de tratamento (BASAGLIA, F., 1979, p. 87).

A equipe goriziana escolheu manter aberta a contradição, e, assim, o caminho não poderia ser o de afirmação da comunidade terapêutica como um novo modelo institucional, que significaria a afirmação, mesmo que de forma distinta, da realidade asilar, ou seja, apenas “um aperfeiçoamento técnico no interior do sistema psiquiátrico tradicional e do sistema sociopolítico geral” (BASAGLIA, F., 1985a, p. 129). Para BASAGLIA, a experiência goriziana poderia prosseguir apenas

no sentido de uma dimensão negativa que é, em si destruição e ao mesmo tempo superação. Destruição e superação que vão além do sistema coercitivo-carcerário das instituições psiquiátricas e do sistema ideológico da psiquiatria enquanto ciência para entrar no terreno da violência e da exclusão do sistema sociopolítico, negando-se a se deixar instrumentalizar por aquilo que se quer negar (BASAGLIA, F., 1985a, p. 131).

Nessa perspectiva, afirmava-se a negação da violência institucional e do discurso científico que a legitima, a negação da doença como codificação abstrata e da condição de objeto da violência da pessoa doente e a negação da função social de exclusão da instituição psiquiátrica e do mandato dos técnicos de tutela e custódia. Ao mesmo tempo, era necessário questionar a exclusão, a violência e os processos sociais que as

produzem. “Como não passar do excluído ao excludente?” indagava BASAGLIA (1985c, p. 10).

Diferente da interpretação muitas vezes difusa, a dimensão negativa não assumia as características de um projeto abolicionista de todas as instituições e, também, não se codificava em um ceticismo prático ou teórico. Como “destruição e ao mesmo tempo superação”, indicava uma radical transformação da instituição psiquiátrica, compreendida como um “processo dialético” de “negação-superação-invenção” (AMARANTE, 1996, p. 79).

A experiência goriziana projetava as bases de uma prática diversa que vai exigir superar a comunidade terapêutica, repensar o papel dos técnicos, abrir o manicômio, estender a ação de transformação para a cidade e, a partir da afirmação da liberdade da pessoa doente e de sua presença no corpo da realidade social, buscar novas formas de lidar com a experiência da loucura. Por outro lado, essa prática também colocava em questão o significado da psiquiatria, a finalidade da existência do manicômio e a modalidade dessa existência no contexto social.

Distinguindo-se de outras proposições de comunidade terapêutica, a perspectiva política projetada e desenvolvida pela equipe goriziana transformou profundamente o curso da própria experiência, pois inscrevia e implicava a “pólis em sua inteireza” (MEZZINA et al., 1998, p.150).

Nessa visada, o enfrentamento do manicômio transcendeu o campo específico psiquiátrico e envolveu as estruturas sociais que o sustentam. Ao questionar, na prática, as contradições que o manicômio encerrava e revelá-las para a sociedade, o trabalho de Gorizia possibilitava, a partir da instituição psiquiátrica compor uma análise das relações saber-poder, das instituições e da organização social e delinear os principais contornos do movimento antiinstitucional que então se configurava.

A singularidade desse movimento pode ser compreendida na busca em tecer as vias de uma luta que contemplasse, ao mesmo tempo: a crítica ao “sistema psiquiátrico como sistema científico e institucional”, a invenção de novas possibilidades de relação entre a pessoa com a experiência do sofrimento psíquico, os profissionais e a sociedade, a luta pela emancipação ao lado da pessoa internada e a articulação dessa luta específica com

os movimentos de contestação da norma e da organização social (BASAGLIA, F., 1985a, p. 103; COLUCCI e DI VITTORIO, 2001).

Inscriver a questão psiquiátrica no contexto das questões sociais não é equivalente ao reenvio a um genérico social ou a um político abstrato: o discurso basagliano opera com a tensão crítica entre os denominados campos “específico” e “global” e, pautado na verificação e transformação da realidade, busca produzir o diálogo, ressignificar, articular e atravessar as fronteiras de específico/global, psiquiátrico/social, técnico/político (COLUCCI e DI VITTORIO, 2001).

Os movimentados anos de 1968 e 1969 no cenário europeu ampliaram a ressonância da experiência de Gorizia: “Basaglia reconheceu 68 e por 68 foi reconhecido” (ROTELLI, 1999b, p. 46). Naquele período, as lutas estudantis e operárias abriram novos horizontes ao questionarem as formas de existência social, as relações de poder, a pretensão de neutralidade da ciência, o papel dos intelectuais e as relações entre Estado, instituições e as diferenças de classe.

No contexto sociocultural italiano daqueles anos, a vitalidade da prática goriziana demonstrava a recusa das relações de violência e a viabilidade de novas formas de relação entre as instituições e os cidadãos pautadas na reciprocidade, na liberdade e nos direitos. Nesse sentido, configurava-se como “símbolo prático” da possibilidade de transformação não apenas no campo psiquiátrico, mas para as questões que envolvem o problema da exclusão (BASAGLIA, F. O., 1992, p. 2). A forte repercussão das proposições basaglianas ampliava o debate e foi um período marcado por intensas críticas e polêmicas sobre o significado da experiência de Gorizia<sup>16</sup>

A equipe propôs à administração local o fechamento do manicômio e a concomitante abertura de centros de saúde mental na cidade. Frente à recusa do projeto e ciente de que a continuidade da experiência da comunidade terapêutica, do “hospital aberto”, justificaria a necessidade da existência do manicômio, confirmando a legitimidade do isolamento e da exclusão das pessoas internadas, a equipe abriu publicamente o debate e Basaglia se retirou de Gorizia. A intensidade da crise político-institucional concretizava a

---

<sup>16</sup> A publicação de *L'istituzione negata* em 1968 ampliou a divulgação da experiência goriziana e, de certa forma, demarcou o início do movimento antiinstitucional em torno da experiência concreta de transformação da realidade asilar. A edição brasileira foi publicada apenas em 1985 (BASAGLIA, F., 1985d).

complexidade da proposição de superação do manicômio e, poucos anos mais tarde, em 1972, a experiência de transformação se concluiu. Em carta dirigida às pessoas internadas, a equipe apresentava as razões de sua demissão e, de certa forma, uma síntese da intencionalidade de seu projeto.

O Hospital Psiquiátrico de Gorizia deu nestes anos uma indicação prática sobre como enfrentar os problemas do homem doente e de seu sofrimento. Todos nós, juntos, enfrentamos cansaço, incompreensões, lutas, mas conseguimos até agora levar adiante uma ação que teve um valor demonstrativo tal, da fazer renascer em muitos a esperança da possibilidade de uma relação diferente entre os homens. [...]. Na Província de Gorizia e para além de suas fronteiras, é agora o cidadão, o potencial internado, o potencial usuário [...] que falam e discutem do hospital aberto, do hospital fechado, da necessidade de uma reforma sanitária que responda às necessidades dos doentes. Isto significa que é o cidadão que se apropriou [...] da problemática da sua doença e de seu tratamento. Este último gesto que conduz ao nosso distanciamento do hospital não é senão a coerente demonstração prática da recusa em aceitar os limites que nos são impostos do externo e que interferem no nosso trabalho [...]. Nestas condições, nós mesmos, frente as vossas legítimas demandas: ‘quando vou para casa?’, deveríamos retomar as mentiras dos velhos manicômios que respondiam ‘amanhã’, sabendo bem, que este amanhã não existia no vosso calendário (BASAGLIA, F. e BASAGLIA, F. O., 1982d, p. 264-5).

A articulação com os movimentos políticos, sindicais e sociais potencializou o movimento antiinstitucional e foi fundamental no processo italiano de reforma psiquiátrica. Entretanto, cabe destacar que, na perspectiva basagliana, a luta pela superação do manicômio e pela emancipação e afirmação dos direitos das pessoas com transtornos mentais não é “orgânica” aos movimentos operários e das classes subalternas, não deve dissolver-se ou ser absorvida no movimento político global, mas operar como movimento singular, inscrito e dialogando com o movimento político global (COLUCCI e DI VITTORIO, 2001, p. 92).

No final dos anos 1960 e, particularmente na década de 1970, diversas experiências foram implementadas em outras cidades, algumas com orientações semelhantes à proposição goriziana e outras distintas. Com base nas diferentes práticas,

desenvolveram-se significativas discussões sobre a estratégia de transformação da instituição psiquiátrica, com posições que priorizavam o trabalho no interior do manicômio e outras que consideravam que a abertura dos centros externos desativaria, progressivamente, a instituição asilar (ROTELLI, 1986).

Nos anos que se seguiram, iniciava-se o quarto e último momento da trajetória intelectual de BASAGLIA (1981a, p. xxvi), ou seja, de “abertura ao externo do conjunto da problemática psiquiátrica, [no qual] busca-se um passo que ultrapasse a crítica e que envolva e pressuponha a compreensão crítica da sucessiva evolução”. Dentre as diversas e ricas reflexões produzidas nesse período, BASAGLIA buscava aprofundar os temas que emergiram ou foram potencializados nos processos de compreensão e transformação das instituições psiquiátricas, problematizando as questões abertas nos modelos de alternativa ao manicômio em curso naquele período. BASAGLIA desenvolveu também uma extensa discussão sobre a questão da exclusão na sociedade capitalista, a relação entre produção, norma e desvio e as respostas sociais, institucionais e científicas, evidenciando as elaborações e as respostas ideológicas que não respondem, efetivamente, às reais necessidades das pessoas<sup>17</sup>.

O aprendizado da experiência goriziana se constitui como base fundamental para refutar as propostas aparentemente modernizadoras da instituição asilar. Pautado na reflexão sobre as ideologias que, criadas como hipóteses, acabam por se configurar em definições absolutas que prescindem da verificação na prática, BASAGLIA retomava a crítica à comunidade terapêutica, identificando que, dessa forma, tornava-se uma técnica em si mesma

[...] que tende a encobrir, através de uma nova ideologia, as contradições sociais que tentou tornar explícitas. Neste caso, as velhas instituições manicomiais, definíveis como instituições da violência, podem facilmente traduzir-se em instituições da tolerância, nas quais os termos da relação, implícita na realidade manicomial, são mudados sem que de fato seja transformada a relação entre interno e externo (BASAGLIA, F., 1982c, p. 80).

---

<sup>17</sup> Dentre os artigos de BASAGLIA Cf. em particular *Malattia e il suo doppio e Maggioranza deviante* (BASAGLIA, F. e BASAGLIA, F. O., 1982 a, b). Cf. também AMARANTE (1996).

A substituição da violência do manicômio por uma suposta tolerância da comunidade terapêutica não significava uma transformação efetiva da instituição psiquiátrica e BASAGLIA (1982c, p. 80) afirmava que violência e tolerância “são os dois pólos nos quais o nosso sistema se funda e um assume significado no ser o oposto dialético do outro”. Nessa linha de reflexão, as “instituições da tolerância” reconfirmam, embora de outro modo, a mesma função de segregação e de tutela, mantendo inalterados os processos de exclusão social e de ausência de valor da pessoa internada (BASAGLIA, F., 1982c).

Para transformar, efetivamente, a relação entre interno e externo, entre loucura e sociedade, é necessário colocar em discussão os saberes e as práticas psiquiátricas e o contexto social no qual se inserem. Em outras palavras, “se a relação entre loucura e exclusão não é dialetizada, a tolerância torna-se mera atualização do mecanismo de exclusão na sociedade moderna” (AMARANTE, 1996, p. 95).

No contexto dos debates sobre os projetos de reforma em curso naquele período, é particularmente significativa a reflexão sobre a psiquiatria comunitária americana que BASAGLIA pôde conhecer durante sua visita como professor convidado de um *Community Mental Health Center* e do *Maimonides Hospital* de Brooklin. Seu particular interesse na experiência americana residia em compreender uma proposição “extra-institucional do problema psiquiátrico” e o seu significado em um país de desenvolvimento tecnológico-industrial diferente do contexto italiano. A análise da situação concreta possibilitaria verificar “qual poderia ser a ação técnica (como ação específica de um setor particular) e o significado político (como funcionalidade institucional no âmbito do sistema geral) de uma nova instituição no velho contexto social no qual está inserida” (BASAGLIA, F., 1982d, p. 96).

A ambigüidade do sistema psiquiátrico americano mostrava-se evidente com a coexistência das “instituições da violência” e as “instituições da tolerância” pautadas na psiquiatria social e comunitária e na interdisciplinaridade (BASAGLIA, F., 1982d).

Na leitura da organização psiquiátrica comunitária da instituição na qual se encontrava, BASAGLIA afirmava que a presença e a ação do manicômio como “lugar de descarga” desresponsabilizava a nova instituição e os técnicos de assumir, de fato, sua

principal tarefa, a de cuidar das pessoas com transtornos mentais de sua área de referência, enfatizando a complementaridade de ação, isto é, a própria permanência do manicômio é que consentia a criação de unidades aparentemente mais abertas e não excludentes. Mostrava também, que, nesse contexto, a prevenção não incidia na transformação da “cultura da doença mental, continuando a manter vivo o pré-conceito de sua incurabilidade, contra o qual se presume lutar” (BASAGLIA, F., 1982d, p.99).

A ação de prevenção das novas unidades, desenvolvida na proposição americana, criava uma nova categoria de doentes, os “*emotional patients*”, entre os “desadaptados”, restringindo o conceito de norma e incorporando problemas diversos, articulados claramente a fatores sociais e econômicos, no campo da doença mental.

A “nova psiquiatria”, criticava BASAGLIA, não apenas não superava o significado e a função de controle e exclusão das instituições da violência, como as novas instituições psiquiátricas, de orientação “social”, antes de transformar os modos de intervenção, criavam uma rede de controle técnico-social mais sutil e muito mais enraizada, na qual as fronteiras entre norma e desvio se apresentam mais frágeis. Nessa linha de reflexão, a experiência americana evidenciava a impossibilidade de uma ação exclusivamente técnica para um projeto efetivo de transformação da instituição psiquiátrica e a estreita articulação entre as instituições e o contexto socioeconômico no qual se inscrevem.

“Instituições da violência”, “instituições da tolerância”, complementaridade entre a ação de serviço na comunidade e o hospital psiquiátrico, novas modalidades de controle social. Sem desconsiderar a diversidade de contextos e as problemáticas sociais singulares, podemos dizer que a crítica basagliana colocava em cena questões que, de diferentes formas, permanecem atuais. O que parece fundamental enfatizar é que, nesse percurso, Basaglia interrogava os caminhos de superação do manicômio e duas tendências complementares: a manutenção da presença do manicômio e o risco de reprodução e extensão da lógica manicomial nos novos serviços e na comunidade (COLUCCI e DI VITTORIO, 2001).

A crítica prático-teórica desenvolvida na experiência goriziana coloca o desafio do movimento de “negação-superação-invenção” que necessariamente atravessa as diferentes disciplinas, as instituições, o papel dos técnicos, as modalidades de intervenção,

as relações sociais, abrindo um campo de novas possibilidades e, ao mesmo tempo, de incertezas. Ciente da crise do modelo de referência tradicional, não se trata de uma simples reorganização técnico-administrativa da assistência, de reforma do manicômio e também não é equivalente a uma crítica que se descola da realidade e da escolha de estar ao lado das pessoas internadas. Trata-se de um projeto que requer, a partir da contínua verificação das contradições da realidade, produzir uma nova realidade que não se limite a ser simplesmente “um não-modelo”, mas projete-se como “anti-modelo” que inscreve a necessidade e a vontade de indagar a realidade que produz e, ao mesmo tempo, de criticar a tendência à cristalização em um novo esquema de referência (BASAGLIA, F. et al., 1981b, p. 424).

### 3.5-A liberdade é terapêutica

*-Venite a vedere!*, [Venham ver!], tantas vezes, Basaglia assim respondia à indagação: mas como é possível viver sem manicômio?

Como estudante, participei, entusiasmada, das conferências de Basaglia no Brasil, em 1979. Não me surpreendia a afirmação da necessidade de superação do manicômio. Realmente havia muito, muito que conhecer para compreender a crítica, o significado, o processo, o que fazer, mas a necessidade de sair do manicômio e tecer novas relações com a experiência da loucura soava-me plena de sentido. Entretanto, parecia inalcançável ou, ainda, não parecia possível...

As múltiplas inquietações frente à proposição apresentada por Basaglia produziram minha viagem a Trieste. Habitar no “*ex-O.P.P.*”, como ficou conhecido o *Ospedale Psichiatrico Provinciale di San Giovanni* após a abertura, aprender uma nova prática no cotidiano dos centros de saúde mental, participar das sempre acaloradas discussões de equipe, entrar em contato com os loucos nas ruas de Trieste possibilitaram-me, antes de tudo, uma experiência singular. Caminhar nas alamedas do imenso e belo parque do “*San Giovanni*”, agora parque de todas as pessoas, almoçar no *Posto delle Fragole*<sup>18</sup> tem um sabor de múltiplas sínteses: as paredes dos antigos pavilhões grafitadas

---

<sup>18</sup> O bar-restaurante *Posto delle Fragole*, situado no parque de *San Giovanni*, é um dos lugares representativos da prática triestina. É lugar de encontro cotidiano de ex-internos idosos que habitam apartamentos no *San Giovanni* e também de jovens da cidade. Faz parte de uma das Cooperativas e alguns dos cooperados viveram um longo período no manicômio (GOERGEN, 1993, p. 87).

*La libertà è terapeutica*, faziam recordar, ao mesmo tempo, o manicômio e o processo de transformação. O espaço da exclusão é agora habitado por diversas práticas, é um lugar de produção de possibilidades e de direitos, de tantas vidas e histórias, de compartilhar diversos modos de existência.

Muitas vezes indagava novamente: como é possível a produção de uma realidade na qual o manicômio não é a realidade? Mais que um convite, “*Venite a vedere*” começava a fazer sentido: significava, ou melhor, traduzia algo de indizível das experiências de transformação:

[...] uma certa forma de incomunicabilidade, no plano da abstração ou da racionalização das experiências em ato – narrava-se a realidade através das assembléias e, portanto a palavra e a voz dos doentes anteriormente considerados irrecuperáveis, mais que construir e transmitir teorias que apenas a transformação da condição de vida e das relações poderia estimular e produzir. [...] É presente, portanto, a necessidade de um envolvimento direto no campo como modo de transmissão de conhecimento, da experiência, [...], como contágio intelectual, emocional e afetivo: os novos parceiros se produziram no plano da prática, do ‘fazer junto’, da transformação em ato, e não a partir de slogans facilmente repetíveis, mas, entretanto, não facilmente traduzíveis nos fatos. Assim, a importância da ‘prática’, como meio de compreensão e de transmissão do saber e ao mesmo tempo, do ‘como’ daquele saber. E, também, como lugar de verificação cotidiana dos conhecimentos que estavam sendo conquistados e transmitidos (BASAGLIA, F. O., 1992, p. 2).

Em 1971, Franco Basaglia assumiu a direção do hospital psiquiátrico de Trieste, a convite da administração provincial<sup>19</sup>. A organização do espaço manicomial revelava a função de custódia, gestão e controle total da vida do internado: *San Giovanni* era como uma “cidadela” com diversos pavilhões de internação, igreja, lavanderia, cozinha e teatro, situados em um imenso parque cercado por muros altos que delimitavam as fronteiras com a cidade.

---

<sup>19</sup> O bar-restaurant *Posto delle Fragole*, situado no parque de *San Giovanni*, é um dos lugares representativos da prática triestina. É lugar de encontro cotidiano de ex-internos idosos que habitam apartamentos no *San Giovanni* e também de jovens da cidade. Faz parte de uma das Cooperativas e alguns dos cooperados viveram um longo período no manicômio (GOERGEN, 1993, p. 87).

Com base na experiência goriziana, o projeto de Basaglia em Trieste não objetivava a organização de uma comunidade terapêutica: o hospital psiquiátrico não poderia ser reformado. Tratava-se, desde o início, de destruir o manicômio: transformar, desmontar, expandir a ação de transformação, assumindo o desafio de superar o modelo asilar e de produzir possibilidades de vida na comunidade real, na cidade.

Um projeto completamente novo: as proposições de reforma psiquiátrica em curso no cenário europeu e americano naquele período, não concretizavam efetivamente a superação da centralidade do manicômio tanto no que se refere ao circuito da assistência, como, e principalmente, enquanto expressão do modelo cultural de relação com a experiência da loucura.

A complexidade do desafio expressava sua riqueza: desmontar a tutela institucional, afirmar a singularidade das pessoas internadas e sua possibilidade de participar da vida das cidades, inscrever-se no circuito das trocas sociais, produzir as bases efetivas “de seu existir no corpo social” (BASAGLIA, F. e GALLIO, 1976, p. 1).

A experiência triestina é construída pela diversidade de atores, multiplicidade de processos e conteúdos significativos e, sobretudo, pela riqueza de muitas histórias de vida:

uma aventura paciente e coletiva, fundamentalmente prática e por isto quase impraticável, impaciente e obsessiva, específica e global [...] não se deixa narrar. [...]. As palavras se sobrepõem para buscar explicar aquilo que a prática modificou, revirou e recriou, os significados que neste caminho se produziram como efeitos de conhecimento (ROTELLI, 1983, p. 11).

Distante de uma perspectiva de percorrer o conjunto da trajetória de transformação realizada em Trieste<sup>20</sup> ou, ainda, de aprofundar a reflexão sobre o momento atual, discutimos alguns dos principais conteúdos, noções e conceitos que emergiram nessa prática e que são fundamentais para compreender a desinstitucionalização. Nessa visada,

---

<sup>20</sup> Sobre a trajetória da experiência de Trieste e o momento atual, entre os diversos materiais produzidos, Cf. em particular: DELL' ACQUA (1978, 1998a, b); BASAGLIA, F. (1979b); BATTISTON (1980); BASAGLIA, F. O. (1982); MAURI (1983); ROTELLI (1987b, 1999c); DE LEONARDIS et al. (1990); ROTELLI et al. (1990); BARROS (1994); COMUNE DI TRIESTE (1998); DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE (2002).

abordamos momentos significativos da experiência triestina, no sentido de apreender um modo de pensar e de agir construído na prática de transformação, ou melhor, um saber prático como “saber crítico que nasce de uma reflexão e de um fazer coletivo” (COLUCCI e DI VITTORIO, 2001, p.269).

Os primeiros anos da experiência triestina consistiram na desmontagem do manicômio e na produção de múltiplas estratégias que visavam a “criação de um ‘estado de direito’ para as pessoas internadas” (GALLIO, 1983, p. 22). A equipe, integrada também por novos profissionais contratados por Basaglia, animados com a repercussão nacional do movimento antiinstitucional, trabalhava na transformação das regras e da lógica asilar e na progressiva restrição e redimensionamento dos espaços institucionais, projetando-os como “comunidades abertas” (TREBICIANI e GALLIO, 1983, p. 259).

A criação de diversos coletivos e de possibilidades de encontro e discussão nas assembléias de pavilhões, nas assembléias gerais e dos operadores envolvia todos os atores da instituição e buscava colocar em crise a estrutura hierárquico-autoritária na qual se baseiam as relações asilares. Vivenciava-se um clima de efervescência institucional, de intensa mobilização de recursos e de envolvimento de todos os participantes em debates tensos sobre os diferentes modos de transformar o manicômio.

Orientadas para a restituição dos direitos das pessoas internadas, as distintas práticas desenvolvidas naquele período conjugavam a produção da revisão do estatuto de internação e a crítica e redefinição das concepções e do significado de terapêutico (GALLIO, 1983). Práticas conexas que buscavam operar e transformar a complexa articulação entre modos de cuidar, saberes, direitos, tutela, significado institucional e organização social.

Em *San Giovanni*, 1182 pessoas estavam internadas e a maioria delas não usufruía a possibilidade legal da internação voluntária<sup>21</sup>. A indicação desse regime de internação foi enfatizada pela equipe triestina como um dos instrumentos fundamentais para a restituição dos direitos civis dos internados, garantindo sua liberdade de movimento dentro e fora do hospital. Essa redefinição do estatuto de internação significava também

---

<sup>21</sup> A lei n. 431, de 1968, instituiu a internação voluntária e a possibilidade de transformação da internação compulsória em voluntária. A esse respeito Cf. GIANNICCHEDDA (1982); DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE (2002).

atribuir/restituir poder às pessoas internadas, ampliando sua contratualidade na relação com a equipe e na instituição (DELL'ACQUA, 1998b; DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE, 2002).

A produção de novas formas de sociabilidade, a transformação dos papéis cristalizados, a processual supressão das medidas coercitivo-punitivas, a progressiva abertura dos pavilhões, a democratização das relações e as reuniões com os familiares visavam criar uma nova cultura de relações entre a equipe e as pessoas internadas, entre a própria equipe, entre o interno e o externo, entre a instituição e a cidade (ROTELLI, 1986). Diferente do percurso goriziano, desde o início do processo, a prática de transformação no interior da instituição manicômio é projetada no sentido de produzir as possibilidades de vida fora do manicômio.

Dentro e fora, aberto e fechado, a doença como codificação abstrata e as pessoas, a normalidade e a anormalidade, o espaço reservado à loucura e a cidade: em uma prática de constante atravessar, buscava-se produzir um movimento de ruptura da inércia institucional e da segregação, que, partindo das necessidades das pessoas internadas, transformasse a condição de objetos da tutela institucional, desvelando as necessidades, as histórias, os projetos e os direitos das pessoas e, nesse percurso, transcendesse os muros.

No trabalho cotidiano com as pessoas internadas produzia-se uma profunda transformação da abordagem pautada na codificação da doença, no diagnóstico psiquiátrico e no isolamento da pessoa de seu contexto. A afirmação da liberdade e dos direitos, a centralidade e a valorização das pessoas, de suas histórias e relações e a possibilidade de sua participação nas trocas sociais delinearam os contornos de uma prática terapêutica diversa que prossegue e se complexifica nos serviços territoriais. Abrir a instituição, dizia BASAGLIA, “não é abrir a porta, é abrir a cabeça frente a ‘esse’ doente” (BASAGLIA, F., 1983, p. 44).

No percurso de crítica e desmontagem da instituição, os operadores construíam a relação com a pessoa internada a partir de suas necessidades e da valorização da singularidade, buscando, em conjunto, compreender sua história e as contradições de sua existência e produzir novas possibilidades de estar no mundo.

A reapropriação do próprio corpo, a aquisição de objetos pessoais, a produção de diversas formas de comunicação, a reativação dos laços familiares e sociais, a restituição de recursos econômicos, a reconexão das relações com a comunidade, a construção de direitos e a invenção de novos contextos de trocas conjugavam-se para compor percursos, com as pessoas internadas, que possibilitassem e sustentassem “seu existir no corpo social” (BASAGLIA, F. e GALLIO, 1976, p. 1).

Processualmente, desmontava-se a lógica do pavilhão, constituindo unidades comunitárias menores e unidades de moradias mais autônomas. Abriam-se as portas de todos os pavilhões e foram suspensas as terapias de choque e todas as formas de contenção física. Desde o início do processo, a equipe investiu na contínua transformação dos espaços institucionais em lugares de encontro e de convivência. O dia-a-dia das pessoas internadas se enriquecia com a produção de inúmeras iniciativas culturais, festas, laboratórios artísticos, jornal dos internados, passeios, viagens.

O conjunto dessas proposições visava potencializar as relações dentro-fora, possibilitar que as pessoas de “dentro” se reapropriassem do “fora” e, sobretudo, afirmar uma estratégia fundamental da desinstitucionalização: “a vida grupal como necessidade de todos” (BARROS, 1994). Dentre essas iniciativas destaca-se a criação do *Laboratorio P*. Situado no antigo pavilhão P, se tornou um lugar de realidade e fantasia, de vida, de aprender as possibilidades de estar junto e compartilhar: um “laboratório aberto [...] espaço no qual todos podem entrar, inventar e comunicar” (SCABIA, 1976, p. 179).

Nesse laboratório, a partir da idéia dos internados e em conjunto com diversos artistas e pessoas da cidade, foi construído, coletivamente, *Marco Cavallo*, um grande cavalo azul de madeira e papel prensado, recordando a figura do cavalo que transportava uma carroça com a roupa suja do hospital e, agora, levava os desejos, sonhos e algo das histórias dos internados. Em uma manifestação pública de denúncia das condições de vida das pessoas internadas e das condições de trabalho dos enfermeiros, *Marco Cavallo*, representando as possibilidades e as contradições da transformação em curso, saiu do manicômio, acompanhado por todos, circulou pelas ruas da cidade e passou a simbolizar o processo de liberação no/do manicômio e a luta por dignidade de trabalho e de existência.

A ativação e a resignificação da noção de recursos e de sua finalidade são fundamentais no processo triestino. Em relação aos recursos econômicos, a equipe buscava restituir o acesso e a autonomia de gestão às pessoas internadas, mobilizando a necessidade de revisão da interdição e da tutela e a ativação de pensões e aposentadorias. Operava-se, também com a lógica de reconversão dos recursos da instituição para as pessoas, como, por exemplo, através dos subsídios.

Inicialmente, os subsídios substituíram o prêmio ergoterápico, expressando a transformação da lógica da caridade à lógica do direito (DE LEONARDIS et al., 1990, p. 73). A concessão de recursos, os critérios e modalidades de subsídios, a criação de bolsas, em síntese, a temática do direito ao acesso e à produção de recursos passou por modificações importantes ao longo da experiência triestina. Essa temática inscreve-se, de forma mais ampla, na complexa articulação entre o mundo do trabalho e o mundo da assistência no contexto das políticas do *welfare state* e, em particular, na crítica à lógica de assistido. O que é fundamental enfatizar é a compreensão dos subsídios como um dos instrumentos para a transformação das relações de privação e de dependência institucional, isto é, como um recurso no processo de produção de acessibilidade aos intercâmbios sociais.

A reorganização dos pavilhões com base no critério da área geográfica de moradia das pessoas internadas não foi uma simples reestruturação administrativa. Por um lado, rompia a tradicional lógica manicomial de divisão por diagnósticos e entre “agudos” e “crônicos”. Por outro, afirmava a projeção do trabalho para o externo: superar a separação entre o manicômio e a cidade, multiplicar a invenção das “comunidades possíveis” no território, projetar o trabalho nas comunidades reais (MEZZINA et al., 1998).

As unidades do hospital foram organizadas em cinco áreas correspondentes às regiões da cidade. O conjunto dos operadores se agrupou em cinco equipes e cada uma delas era operante em uma área delimitada, assumindo integralmente os novos usuários, a continuidade terapêutica no território e a construção da relação com as instituições e os habitantes daquela região. A redefinição do conjunto do processo e o trabalho territorial propiciaram significativas transformações na prática terapêutica, constituindo-se, de fato, como “escola de formação para os profissionais” (DELL’ACQUA, 1998b, p. 34).

Na ação de transformação, a equipe defrontava-se com a presença da ergoterapia: 280 pacientes trabalhavam no *San Giovanni*, contribuindo concretamente para a manutenção da instituição (OPERATORI DELL' O.P.P. DI TRIESTE, 1980). A ergoterapia, consubstancial à lógica asilar, foi fortemente criticada pela equipe triestina como mistificação, exploração do trabalho dos internados e expressão da lógica institucional: “meio de controle, de sujeição, que afirma ao internado seu lugar de excluído” (BASAGLIA, 1974, p. 3). Ao mesmo tempo, o trabalho das pessoas internadas foi reconhecido e valorizado como trabalho real e, nessa perspectiva, era necessário produzir uma nova possibilidade, inventar e construir uma resposta: surgia a idéia da criação da primeira cooperativa, a *Cooperativa Lavoratori Uniti*, juridicamente reconhecida em 1974. Constituída inicialmente por sessenta pessoas, ex-internados, hóspedes e trabalhadores da cidade, a cooperativa estabeleceu um contrato com a administração provincial para desenvolver os serviços de limpeza do hospital, dentro e fora dos pavilhões<sup>22</sup>.

Não obstante as diversas resistências políticas e administrativas enfrentadas pela Cooperativa, sua produção era significativa da prática em curso e abriu novas perspectivas: a criação de um novo estatuto e a presença de ex-internados entrando em cena na cidade como trabalhadores geravam uma profunda transformação dos pré-conceitos e da ausência de valor atribuídos e associados à experiência da loucura. Por outro lado, para os cooperados, partindo de uma experiência concreta, possibilitava experimentar um modo diverso de estar no mundo, uma afirmação de seus direitos, de sua subjetividade e de sua participação nas trocas sociais.

Buscando produzir novas respostas a partir da centralidade das pessoas, foram criados os primeiros “grupos-apartamentos” para as pessoas internadas. Embora funcionassem nas dependências do *San Giovanni*, os “grupos-apartamentos”, organizados como casas, possibilitavam a produção de novas relações, diferentes daquelas pautadas na custódia e na lógica do pavilhão, tanto para os hóspedes como para os enfermeiros.

---

<sup>22</sup> Sobre a experiência da *Cooperativa Lavoratori Uniti* desenvolvida no curso desses anos Cf. GALLIO (1997). Na década de 1980 as cooperativas se expandem e se fortalecem e no contexto dos debates sobre o mundo da produção e o mundo da assistência, as transformações nas relações de trabalho, a crise do *welfare state* e as políticas públicas para um novo *welfare*, a experiência triestina opera com a noção de *impresa sociale* na perspectiva da desinstitucionalização. Sobre este tema Cf. GALLIO (1991); ROTELLI (1992); DE LEONARDIS et al. (1994); SARACENO (1995).

Com base nessa experiência, foi aprovada, pela Província de Trieste, a criação da hospitalidade e do hóspede no âmbito institucional. Essa deliberação instituía que a hospitalidade poderia ser diurna, noturna, noturna/diurna e poderia ser oferecida a todos os pacientes, com alta do hospital, que apresentassem necessidade de proteção, alojamento e assistência até sua efetiva reinserção social (TREBICIANI e GALLIO, 1983).

O hóspede é uma nova figura institucional, diferente e, de certa forma, contraditória, uma vez que não é mais um internado e também não se identifica com o internado voluntário, pode entrar e sair voluntariamente. É um “sujeito de direitos” e sua presença concretizava uma nova ruptura no universo manicomial de objetivação e homogeneização.

Os hóspedes “usam o manicômio como uma casa” mas, ao mesmo tempo, “o manicômio não é uma casa”. A hospitalidade era um recurso e, também, concretizava a ausência de alternativas, de sustentação e de possibilidades de vida no tecido das trocas sociais e, dessa forma, “a hospitalidade expressa uma contradição aberta” (DE LEONARDIS et al., 1990, p. 72).

A invenção desse conjunto de estratégias visava mediar e responder, de forma cada vez mais articulada, à complexidade e multidimensionalidade das necessidades, desejos e projetos das pessoas que emergiam no processo de transformação. A singularidade dessa prática residia na forma de pensar os processos de inclusão/exclusão social<sup>23</sup>. Diferente da perspectiva de reinserção social compreendida como um percurso linear, de adaptação, baseado em reaprendizagem de hábitos, tratava-se de produzir o conjunto de condições que possibilitasse a reinscrição no circuito das trocas sociais, a produção de validação e a construção de direitos. E é exatamente esse processo, como “construção de realidade”, o mais complexo de ser produzido. (BASAGLIA, F. e GALLIO, 1976, p. 2).

No curso dos primeiros anos da experiência triestina, embora o manicômio fosse o centro de irradiação do trabalho, a concretização de dispositivos dentro-fora gerava a redefinição do campo de possibilidades, isto é, o “dentro” e o “fora” se transformavam reciprocamente: cada um desses âmbitos de experiência colocava limites, possibilidades e

---

<sup>23</sup> Diversos autores do campo da desinstitucionalização problematizam e redimensionam as noções de inserir, incluir, habilitar, reabilitar e criticam as concepções e os modelos tradicionais de reabilitação psiquiátrica. A esse respeito Cf. em particular: BASAGLIA, F. (1982e); SARACENO (1995); ROTELLI (1999d).

necessidades e, ao mesmo tempo, com a processual mudança de respostas, modificavam-se também as demandas (BASAGLIA, F, e GALLIO, 1976).

Todo esse processo produzia diversas crises na equipe. Não se tratava de um processo de mudança administrativo, de respostas *a priori*: “viver as contradições do real”, reafirmava BASAGLIA. Considerava-se fundamental que os conflitos pudessem ser vivenciados e debatidos de forma coletiva, aprofundando os significados da prática de transformação. Era necessário criticar o próprio papel, o mandato social, revelar as relações saber-poder, confrontar as diferenças de contratualidade, inclusive de classe social dentro da equipe, e inventar, na produção cotidiana de relações com os internados, novos modos de encontro e de produção de relações de reciprocidade, tecendo as bases de uma diversa profissionalidade.

Os conflitos gerados no processo de transformação não se referiam apenas aos obstáculos e dificuldades no interior do manicômio, mas, junto, entrelaçadas e sobrepostas a esses, enfrentavam-se as resistências do ‘fora’, da organização social na qual a instituição se insere. A nova forma de gestão, a abertura do manicômio, a hospitalidade, os cooperados, o regime de internação voluntária a suspensão da separação entre homens e mulheres durante o período de internação, a presença de egressos em episódios de ruptura da ordem pública, motivavam constantes discussões na cidade, envolvendo as diferenças forças políticas e institucionais, inclusive com a intervenção da magistratura local e a instauração de numerosos processos jurídicos (BASAGLIA, F. e GALLIO, 1976; COLUCCI e DI VITTORIO, 2001).

Por outro lado, em conjunto com associações políticas e culturais da cidade, foram organizados concertos, teatro e festas com ampla participação de pessoas. Os portões do San Giovanni se abriram e a cidade entrava no manicômio: o parque tornava-se um lugar público. Iniciava-se um novo momento da experiência triestina:

a instituição abre-se, abre seus batentes e começa a difundir-se para além dos muros fechados, devendo confrontar-se com as problemáticas sociais, fazendo-se, ela mesma, social. Começa a destruir a sua institucionalização e a socializar-se naquilo que os anglo-saxões denominam comunidade, naquilo que nós denominamos território (BASAGLIA, F., 1983, p. 43).

O trabalho da equipe se transformava: de um lado, um momento de crise institucional, que se traduzia na necessidade de uma prática que pudesse operar “entre uma instituição que não existe mais e uma organização ainda não reconhecida e legitimada” (GALLIO, 1983, p. 23). De outro, o agir cotidiano se deslocava e intensificava para fora, exigindo uma projetualidade completamente nova, mais rica e complexa: da “tutela ao contrato”. A possibilidade de abertura do manicômio requeria a produção de novas práticas capazes de reconhecer e dialogar com a complexidade e multiplicidade das demandas que a instituição ocultava.

A superação da relação de tutela institucional impõe reconhecer no doente um sujeito portador de necessidades e de direitos que são o conteúdo material de sua reconquistada personalidade jurídica: dentro e além dela, é necessário restituir-lhe a vida. É necessário abandonar ‘a casa declarada inabitável’ e, ao mesmo tempo, reconstruir-lhe os fragmentos fora, com grupos de permanência diária, apartamentos, intervenções domiciliares, cooperativas (DE LEONARDIS et al., 1990, p. 72).

Na trajetória de transformação, um momento particularmente significativo e pleno de invenções: a partir da emergência dos problemas cotidianos e da busca de possibilidades alternativas ao manicômio, os operadores construíram, artesanalmente, possibilidades ao lado e com as pessoas internadas, assumindo o desafio da desinstitucionalização e o confronto com a miséria do território. Nas palavras de BASAGLIA tratava-se da construção de um “*welfare* de emergência” (GALLIO, 1983, p. 23).

A produção de respostas concretas que viabilizassem a saída das pessoas internadas evidenciava a necessidade de ativação de recursos, as resistências culturais, os processos de exclusão social, as diversas formas de sofrimento, a negação de direitos e exigia a invenção de novas instituições:

[...] nascem assim os centros territoriais. E então o deserto se povoa; os operadores, apenas enquanto se reconhecessem e se reconstituem como instituição, descobrem que a cidade é tecida por instituições e que é necessário poder institucional para usá-las, persuadi-las, transformá-las (DE LEONARDIS et al., 1990, p. 74-5).

Progressivamente, os centros de saúde mental assumiam a responsabilidade por uma área delimitada com, em média, 50 mil habitantes e o funcionamento 24 horas. Cada um dos centros passou a ser referência para uma rede de “apartamentos” situada na cidade, inicialmente para ex-internos do manicômio e, posteriormente, como uma das possibilidades e recursos da prática terapêutica territorial (DELL’ACQUA, 1998b).

Em 1977, Basaglia anunciou a possibilidade de fim do hospital psiquiátrico, e a administração provincial regulamentou a modificação da organização da assistência psiquiátrica com a oficialização administrativa dos centros territoriais de saúde mental.

A efetiva cessação das funções do *San Giovanni* em 1980 e a restituição do parque para a cidade como bem público não constituem um ato formal: a possibilidade de fechamento foi produzida ao longo do processo de transformação, o manicômio foi desmontado “pedaço por pedaço”. Em outras palavras, são as práticas concretas que tornam possível o objetivo da superação do manicômio e, nesse sentido, é fundamental “não trocar o processo por um objetivo” (GALLIO, 1983, p. 20).

Nos anos que se seguiram, a experiência triestina investiu no fortalecimento da rede territorial, na produção de novos contextos, na ativação de recursos da cidade e multiplicação de atores envolvidos, na ampliação de possibilidades e garantia de direitos, na formação de profissionais. Dentre essas iniciativas, cabe destacar a produção de múltiplos laboratórios, percursos de formação para os usuários, programas e processos de atenção aos familiares, associações, cooperativas sociais, rede de moradias, atenção em saúde mental na prisão e o serviço para atenção aos usuários de drogas.

Superar, atravessar, transformar, inventar instituições. Diferente da desospitalização, que ao criar um vazio afirma o existente, a radical transformação operada em Trieste produziu um amplo arco de instituições e estratégias para mediar, dialogar e responder, em movimento, às necessidades dos cidadãos: “instituições da desinstitucionalização” (ROTELLI, 1987).

***CAPÍTULO 4***  
***A PRODUÇÃO DE UMA NOVA***  
***REALIDADE***

## **4-A produção de uma nova realidade**

### **4.1-As novas instituições na experiência santista de saúde mental**

A experiência santista de saúde mental, desenvolvida no período de 1989 a 1996, no contexto de dois mandatos de gestão democrático-popular, teve início com a intervenção do poder público municipal na Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico privado conveniado com a previdência social. A partir das denúncias da imprensa local sobre as diversas situações de maus-tratos, mortes e violação dos direitos humanos das pessoas internadas e de um Relatório do SUDS-52, a Secretaria de Higiene e Saúde (SEHIG) exigiu providências imediatas e abriu a discussão para a cidade (SANTOS, 1989a; SÃO PAULO, 1989b; NICÁCIO, 1994; KINOSHITA, 1996a).

A realização de uma vistoria no Anchieta por uma Comissão formada por várias organizações da sociedade civil, parlamentares, jornalistas, participantes da Plenária dos Trabalhadores em Saúde Mental de São Paulo e membros da administração municipal, em 03 de maio de 1989, constatou as diversas denúncias e, sobretudo, as condições desumanas do Anchieta. Considerando que a situação de violência a que estavam submetidas as pessoas internadas não poderia ser compreendida apenas como irregularidades de gestão técnica e administrativa, a Prefeita decretou a intervenção por 120 dias prorrogáveis<sup>24</sup>

O debate sobre o significado do manicômio na organização social e as formas de lidar com a experiência da loucura foi aberto publicamente e a ação da prefeitura inscreveu a questão psiquiátrica como questão ética e sociopolítica. KINOSHITA (2001) considera que um dos aspectos da particularidade da experiência santista reside exatamente no fato de seu início ter sido marcado pela atitude, essencialmente política, da intervenção.

Concretizando a responsabilidade do poder público municipal na defesa e na garantia dos direitos dos cidadãos, a intervenção expressava, também, uma determinada concepção sobre o papel dos municípios. Em contraste com a cultura político-

---

<sup>24</sup> Durante os meses de maio e junho a intervenção foi suspensa, reiniciada e posteriormente novamente ameaçada de ser suspensa. Foram realizadas diversas manifestações na cidade, dentre as quais o ato público “Pela intervenção municipal, em defesa da dignidade humana”. Na data de três de julho, o Tribunal de Justiça de São Paulo determinou a continuidade da intervenção. A esse respeito ver: SANTOS (1989b, c); NICÁCIO (1994).

administrativa hegemônica que os considerava como um “poder menor”, CAPISTRANO FILHO (1995a) enfatizava a atuação do poder público local e afirmava que a Constituição de 1988, ao incorporar diversos dispositivos de fortalecimento da autonomia do poder local, propiciou uma profunda transformação do papel dos municípios, ampliando suas competências, responsabilidades e possibilidades.

Nos anos que se seguiram, essa concepção norteou a elaboração e a implementação de um conjunto de políticas públicas inovadoras orientadas para a construção e afirmação de direitos, o desenvolvimento local e a redução das desigualdades sociais. Com esse conteúdo e marcado pela ousadia, pela vontade política apaixonada e pelo compromisso intransigente com as necessidades da população, o processo de construção do sistema público de saúde em Santos buscou criar as condições para viabilizar a tradução das diretrizes do SUS em práticas concretas e singulares (CAPISTRANO FILHO, 1995b; BRAGA CAMPOS e HENRIQUES, 1996). Nas palavras de CAPISTRANO FILHO:

para o êxito da construção de cada sistema municipal de saúde, do SUS como um todo, para que os brasileiros tenham mais saúde e vivam mais, a *paixão*, a capacidade de indignar-se e de se emocionar, de ter rompantes de cólera contra os agravos à vida, é indispensável. A paixão que deve nos possuir na nossa atividade de dirigentes municipais de saúde aparece às vezes como uma espécie de voluntarismo. Não faz mal: é mesmo preciso uma férrea vontade, pertinácia, persistência, insistência, para vencer os inúmeros obstáculos postos à nossa frente (CAPISTRANO FILHO, 1995c, p. 41).

O projeto ético-teórico-político da experiência santista operou, desde o início, com a proposição de construir uma rede de saúde mental no território que, a partir da afirmação dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e da desconstrução do manicômio, propiciasse a produção de uma nova cultura na relação com a experiência da loucura. A estratégia dessa experiência foi a de superação progressiva do manicômio e sua substituição por uma rede de núcleos de atenção psicossocial, estruturas de suporte social e projetos de intervenção cultural (LEAL, 1994; NICÁCIO, 1994; NASCIMENTO, 1997; REIS, 1998; BRAGA CAMPOS, 2000; ROBORTELLA, 2000).

Certamente, na escolha das diretrizes do projeto santista de saúde mental, a desinstitucionalização e a experiência triestina eram referências fundamentais. E, exatamente por isso, diferentemente da perspectiva de um percurso linear de execução de objetivos, trata-se de um “processo social complexo”, multidimensional que implica os diversos participantes como atores da transformação, operando com diferentes perspectivas e abrindo múltiplas contradições e conflitos (ROTELLI et al., 1990).

Com a intervenção no Anchieta, iniciaram-se diversas ações de ruptura da ordem asilar baseada na estrutura hierárquico-autoritária e na violência como forma de relação. Práticas pautadas, sobretudo, na produção de novas possibilidades de relação com as pessoas internadas e na afirmação de seus direitos. Em outras palavras, a afirmação de um novo campo ético delineou as bases para o agir em saúde mental.

A intensidade do trabalho cotidiano e a emoção experimentada no “fazer coletivo” marcaram intensamente todos os participantes, trabalhadores, pessoas internadas e visitantes. O Anchieta configurou-se como um laboratório de experimentação e de reflexão coletiva. A negação do mandato de exclusão, a ruptura da inércia institucional, a busca de superação das diferentes formas de codificação, a afirmação da liberdade e dos direitos, o compromisso com o sofrimento do outro, a centralidade das necessidades das pessoas e a recusa em aceitar verdades absolutas delinearam as bases de uma nova prática, intramuros e extramuros.

As novas instituições e ações produzidas no território foram criadas e projetadas a partir das questões abertas no processo de transformação, criticando os saberes e valores que as legitimavam, reconvertendo recursos antes depositados na instituição asilar, recusando a segregação e inventando percursos dentro-fora. Instituições construídas em diálogo com a exigência e a urgência de produzir novas respostas às necessidades das pessoas internadas em seus contextos de vida.

A dialética entre o projeto de superação do manicômio, compreendido como síntese da “instituição a ser negada”, e o trabalho cotidiano e artesanal das equipes, desmontando o Anchieta e montando, passo a passo, as novas instituições, constituiu um dos principais desafios da experiência santista. E foi exatamente esse movimento que possibilitou que, a partir de algumas diretrizes comuns, as equipes criassem práticas

distintas, singulares, inscritas na realidade local, processo e produto das múltiplas interações entre os trabalhadores, os usuários, os familiares e o território.

Partindo do laboratório do "Anchieta sob intervenção" foram articulados e projetados cinco Núcleos de Atenção Psicossocial, a Unidade de Reabilitação Psicossocial, o Centro de Convivência TAM-TAM, o atendimento psiquiátrico no Pronto-Socorro Central e a República "Manoel da Silva Neto" (NICÁCIO, 1994; REIS, 1998).

Os NAPSs constituíam a base da rede de atenção, responsáveis pela demanda de saúde mental de um território determinado com, em média, 90.000 habitantes (SANTOS, 1995). O NAPS da Zona Noroeste foi criado em setembro de 1989, o NAPS do Centro em 1990, o NAPS da Orla e o NAPS Vila Belmiro em 1992 e o NAPS Campo Grande/Marapé em 1994. O funcionamento 24hs/dia, 7 dias/semana, e os múltiplos recursos existentes nos NAPSs criavam as condições para a atenção diversificada e integral e, dessa forma, o atendimento psiquiátrico no Pronto-Socorro Central da cidade ocupava o lugar de retaguarda do sistema na atenção às situações de urgência/emergência, em particular no período noturno e nos finais de semana.

A Unidade de Reabilitação Psicossocial, formada no Anchieta como "Núcleo do Trabalho", coordenava, promovia e desenvolvia os "projetos de inserção no trabalho". A partir da negação da ergoterapia, operava-se com a compreensão dos "projetos" inscritos em complexos processos de ampliação das contratualidades e das possibilidades de participar das trocas sociais. Diferente da concepção de reabilitação centrada no trabalho, a orientação fundamental consistia na busca de construção de vias que superassem as diversas formas de "trabalho protegido", enfrentando o campo contraditório das relações de inclusão/exclusão social.

Com essa perspectiva, durante o ano de 1993, realizaram-se diversas assembléias de usuários e trabalhadores articuladas a percursos formativos que teceram, artesanalmente, a constituição de uma cooperativa. Integrada por usuários dos NAPSs e do Centro de Atendimento à População, a "Cooperativa Paratodos" iniciou suas atividades em

outubro de 1994 e foi oficializada pela Junta Comercial do Estado em 1995<sup>25</sup> (SANTOS, 1994b; 1996).

O Centro de Convivência TAMTAM, criado também no interior do Anchieta, configurou-se como “rádio livre” no sentido de produção de novas mensagens em relação à loucura, de crítica das concepções de normalidade/anormalidade e de ruptura com a cultura de exclusão da diversidade (NICÁCIO, 1994). Com projetos artísticos e culturais inovadores e formas diversas de intervenção no espaço urbano, agenciava atores plurais e buscava produzir múltiplos diálogos com a cidade. Nas palavras dos locutores da Rádio TAMTAM, “Quem não tem loucura, não é equilibrado”.

A "República Manoel da Silva Neto", moradia assistida para catorze pessoas com longa história de internação em hospitais psiquiátricos e com ausência e/ou fragilidade das redes sociorelacionais, foi inaugurada em 1993 e era vinculada técnica e administrativamente ao NAPS Vila Belmiro.

Em outubro de 1991, foi fundada a “Associação Franco Rotelli”, reunindo usuários, familiares, trabalhadores e cidadãos. Projetada a partir das proposições do grupo de familiares do NAPS da Zona Noroeste, envolveu usuários, familiares e trabalhadores das várias instituições do projeto de saúde mental. A Associação agenciava a discussão e a participação no Movimento da Luta Antimanicomial, nas instâncias de controle social do SUS e nos diversos fóruns e movimentos da cidade. A articulação conjunta entre usuários, familiares e trabalhadores, como cidadãos, propiciou o aprofundamento da discussão sobre as diversas dimensões presentes nas relações familiares e institucionais.

Em 1994 o Anchieta foi definitivamente fechado como hospital psiquiátrico e o espaço institucional ocupado por outros serviços e atividades da SEHIG e da Prefeitura Municipal. O projeto tornava-se mais complexo: até então, era a partir do laboratório do “Anchieta sob intervenção” que as instituições eram construídas, era do manicômio e de seu processo de transformação que as mensagens culturais eram produzidas. A rede no território tornava-se, cada vez mais, o centro. Em outras palavras, a complexa rede de saberes, práticas, valores e mensagens produzidos nos novos serviços e projetos

---

<sup>25</sup> Sobre os projetos de inserção no trabalho e a Unidade de Reabilitação Psicossocial, ver: NICÁCIO e KINKER (1996); KINKER (1997); NOGUEIRA (1997); OGAWA (1997); OLIVA (2000).

possibilitariam a ausência do manicômio - compreendida como ausência “material, conceitual e sociocultural” - na invenção de novas possibilidades de produção de vida para as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico e das bases que viabilizassem a sua efetiva presença e participação nas trocas sociais: “instituições da desinstitucionalização” (ROTELLI, 1987).

#### **4.2-Caminhos se fazem caminhando: o NAPS da Zona Noroeste**

Um dos tantos dias no NAPS...

“Chegando na Zona Noroeste as ruas já são diferentes e, também, não parecem tão desertas como nos primeiros anos. João caminha, falando sozinho, cabisbaixo, algumas pessoas têm o olhar intrigado, é uma figura que produz estranheza... Maria com suas sacolas e guarda-chuva, anda animada, decidida, está surpreendentemente bem. Joana caminha lentamente, apoiada por sua mãe, sempre sorridente e próxima, embora tão cansada nos últimos meses... Como poderíamos pensar novas possibilidades para essa situação?

Subindo as escadas, ouvem-se tantas vozes, sons, múltiplas melodias... Regina pergunta quando vai para Minas, nem deu tempo de iniciar a conversa e Pérola interrompe, dizendo que o plantão noturno foi super difícil, três chamados e a ambulância atrasou em todos. Quer conversar sobre isso na reunião das 12:30. Regina pergunta novamente quando vai para Minas; de repente não sei o que responder, como entrar em contato com ela, incrível como temos tido dificuldade de produzir uma comunicação... Regina dirige-me o olhar fixamente, por instantes parece uma estátua, depois começa a cantar e vai embora.

Alice e Benedita estão no plantão, acompanhando as pessoas que chegaram à noite: Ana não está nada bem, precisará ser acompanhada lado a lado e no momento Josefina está tomando café com ela, talvez precise de revezamento; Roberto estava alcoolizado e ainda dorme; Augusto se desentendeu com o pai, por isto chamou o NAPS. Alice já conversou com ele, está mais tranquilo; o pai ligou e está vindo, quer uma reunião, estava muito irritado, acha que Augusto não melhorou nada desde que está no NAPS. Bem, nós também achamos, que fazer???

Algumas pessoas estão vendo televisão, outras foram jogar futebol no ginásio de esportes e o grupo de mulheres está começando, nossa, sala lotada. Clara e Helena foram para as visitas domiciliares; irão também na casa de Francisca que ontem não veio ao NAPS e a proposta era de vir todos os dias.

Precisa de mais alguém no plantão porque o PS ligou, uma chamada de emergência em casa. Paula se propõe a ir junto, Antônio não veio como combinado e o grupo de referência é mais tarde. Os estagiários chegam hoje, lembra Paula, e o Grupo de Rap confirmou a reunião para hoje à noite. Nossa quanta coisa, isto tudo só andando no corredor... Pérola, agora mais tranqüila com os ocorridos noturnos, dá a boa notícia: ontem à noite Severino estava muito angustiado, não conseguia dormir, assistiram TV até tarde; hoje acordou cedinho, parecia ainda ansioso, mas se arrumou, estava todo bonito e foi para o Núcleo para começar a trabalhar: - ‘A gente não tinha combinado isto, mas fui até o ponto de ônibus, sabe, para dar uma força, fomos conversando sobre o trabalho, acho que ele gostou’...

Não constitui tarefa fácil apresentar, discutir e refletir sobre o Núcleo de Atenção Psicossocial da Zona Noroeste. Difícil colher a riqueza e a complexidade de saberes, linguagens, contradições e projetos que foram sendo produzidos em um caminho de intensa prática, tecida por uma multiplicidade de autores/atores ao longo de oito anos. Caminhos que se fizeram ao caminhar...<sup>26</sup>

À luz do referencial da desinstitucionalização e em diálogo com as proposições de novos modos de pensar e agir do campo da saúde coletiva, buscamos delinear e refletir sobre as principais temáticas em seu fazer-se cotidiano como serviço aberto, territorial, 24 horas e substitutivo. Temáticas que se entrecruzavam, se complementavam e se potencializavam na produção do NAPS e que expressam e conjugam, ao mesmo tempo, algumas das principais inovações e contradições que emergiram no processo.

---

<sup>26</sup> “Caminante, no hay camino, se hace camino al caminar” da poesia de MACHADO (1981). Expressão citada também por MORIN que assinala: “Na origem, a palavra ‘método’ significava caminho. Aqui [na recusa de um pensamento simplificador] temos de aceitar caminhar sem caminho, fazer o caminho no caminhar”. Ver também: AMARANTE (1996); FREIRE e HORTON (2003).

### **Pessoas, lugares, recursos**

O NAPS foi produzido no movimento de negação do manicômio e de acompanhar, de perto, cada um dos usuários, moradores da Zona Noroeste que estavam internados no Anchieta. Processos que buscaram aproximar-se de cada uma das pessoas, entrar em relação, compreender suas histórias, algumas delas narradas a partir de fragmentos, lembranças. Encontrar os familiares de alguns usuários implicou, às vezes, andar pelas ruas de um bairro e começar a indagar se esse ou aquele morador poderia dar informações. Com outros usuários, o contato era mais difícil e requeria diversas formas para produzir comunicação e, processualmente, tecer possibilidades de encontro. Percursos diversos e complexos orientados para produzir as “condições subjetivas, materiais, culturais e sociais que viabilizassem a saída do manicômio” (DE LEONARDIS et al., 1990).

Com uma equipe inicial e vinte usuários, o NAPS foi aberto, desativando a enfermaria no Anchieta correspondente a sua área territorial. A proposição era que, processualmente, o NAPS assumisse a responsabilidade pela demanda de saúde mental da Zona Noroeste, uma região com aproximadamente 120.000 habitantes.

A idéia era que os NAPSs pudessem se situar em casas comuns, em espaços mais próximos do viver e do habitar na cidade, rompendo com o sentido da separação, do limite e da necessidade de isolamento que o manicômio concretiza. Entretanto, a necessidade urgente de criação do NAPS da Zona Noroeste se sobrepôs ao tempo que seria necessário para concretizar essa proposta. “Quem tem necessidade tem pressa”, dizia Capistrano Filho, então Secretário de Saúde, referindo-se à prioridade das necessidades da população. Compartilhando dessa perspectiva, tantas vezes afirmada no curso da experiência santista, a equipe, em conjunto com alguns usuários moradores da Zona Noroeste, ainda internados no Anchieta, começou a ocupar o espaço disponível naquele momento, o primeiro andar do Centro de Saúde da Areia Branca.

Motivados pela alegria de sair do Anchieta e criar uma nova instituição e, também, pela insuficiência de recursos institucionais, trabalhadores e usuários recolhiam objetos, móveis e utensílios para o NAPS. Adequando os ambientes às necessidades, desmontando, montando e singularizando cada sala, o espaço foi transformado de tal forma que se distinguia da arquitetura interna dos serviços públicos, tantas vezes impessoal e

inóspita: “estruturas sem sentido, sem face, sem história, sem qualidade, [...] inadequadas a acolher, a promover práticas sociais” (ROTELLI, 1991a, p. 238).

As imagens pintadas pelos participantes do TAM-TAM imprimiam algo das muitas histórias das pessoas: com coloridos intensos e figuras fortes, às vezes pareciam transmitir momentos de experiências da loucura, outras, um protesto contra os anos de institucionalização e diversas, aludiam ao novo e à liberdade. Não por acaso, ao construir esse novo lugar, o grupo se recordava como era o Anchieta e, em contraste com o espaço asilar, podia-se perceber, em cada detalhe da montagem do NAPS, a afirmação da presença das pessoas e a interação entre culturas diversas.

A centralidade da transformação das relações de poder entre as pessoas e as instituições, proposta na desinstitucionalização, indica a necessidade de repensar a relação entre os lugares e as pessoas. Para ROTELLI (1991a, p. 242), a qualidade do *habitat* dos serviços sociosanitários e assistenciais e dos novos lugares da saúde mental pode ser compreendida como “desconstrução dos espaços inertes, invalidantes, desqualificadores” e sua produção como lugares sociais vivos, coletivos, espaços públicos “com sentido social”.

O envolvimento da equipe, trabalhadores, usuários e familiares na construção de um espaço como lugar compartilhado seguirá presente nos anos posteriores. Movimentos afetivos, às vezes conflitivos e de negociação coletiva entre proposições diferentes dos vários atores, outras, trabalhosos, uma vez que era um serviço freqüentado por tantas pessoas, o que parece fundamental enfatizar é, exatamente, o investimento coletivo na produção da qualidade do *habitat* como expressão de uma nova forma de relação entre usuários, equipe e território. Diferente de estar em instituições anônimas e estáticas, tratava-se de, continuamente, gerar as possibilidades de apropriação material e simbólica, de “subjetivação do espaço”, habitando-o e “transformando-o em lugares” (SARACENO, 1995).

O NAPS ocupava uma área de pequenas dimensões: um corredor central, uma sala adaptada para posto de enfermagem, uma sala com televisão, uma cozinha com refeitório, um salão, dois quartos com três camas em cada, cinco salas e dois banheiros. Os ambientes eram de múltiplo uso, permaneciam abertos, eram de livre acesso aos usuários e

familiares, com exceção de uma das salas que, processualmente, foi transformada em espaço administrativo.

A equipe, inicialmente composta por cinco profissionais universitários e dez auxiliares de enfermagem, foi sendo ampliada e, quando completa, era formada, em média, por três médicos psiquiatras, duas enfermeiras, duas assistentes sociais, três psicólogos, três terapeutas ocupacionais, três acompanhantes terapêuticos, 22 auxiliares de enfermagem, dois auxiliares administrativos, três merendeiros, três auxiliares de serviços gerais e dois guardas municipais.

A partir da proposta de trabalho criada pela equipe inicial do NAPS, a distribuição da carga horária de 40 horas/semanais dos trabalhadores foi organizada de modo a contemplar as exigências de um serviço aberto, territorial, centrado no usuário e, ao mesmo tempo, de garantir boas condições de trabalho. Com esse objetivo, para os trabalhadores universitários, a carga horária era distribuída de segunda a sexta, em cinco períodos, das 8:00 às 14:30 horas ou das 12:30 às 19:00 horas, mais um plantão mensal de 12 horas que poderia ser no final de semana ou nos feriados, e quatro horas/semana de estudo. Os auxiliares de enfermagem faziam quatro períodos, das 7:00 às 14:00 horas ou das 12:00 às 19:00 horas e mais um plantão noturno semanal de 12 horas, das 19:00 às 7:00 horas.

Diferente de uma reorganização administrativa de horários, essa operacionalização foi profundamente significativa para o processo ao criar as condições objetivas para garantir a construção de relações de continuidade entre a equipe e os usuários e o encontro diário da maioria da equipe, tanto no sentido de trabalho conjunto como de reflexão - a reunião das 12:30 horas. Essa estruturação visava, também, a ampliação de responsabilidade dos trabalhadores pelo conjunto da prática institucional e a não-fragmentação entre o trabalho desenvolvido durante a semana e o dos plantões<sup>27</sup>. Particularmente, no que se refere aos auxiliares de enfermagem, essa proposição gerou, inicialmente, alguns conflitos, uma vez que alterava a lógica predominante de organização do trabalho em saúde em regime de turnos de 12/36 horas, mas sua concretização propiciou

---

<sup>27</sup> Essa proposta não pode ser efetivada para os guardas municipais uma vez que suas escalas de trabalho respondiam às necessidades definidas pela coordenação da Guarda-Municipal para o conjunto da cidade

a transformação de um lugar tradicional de plantonista para o de participante de uma equipe.

A reunião diária das 12:30 horas era a base fundamental da organização do trabalho e da busca de produção da equipe como coletivo. Abertas à participação de todos, trabalhadores, estagiários, aprimorandos e visitantes, as reuniões eram, em sua maioria, centradas na discussão dos problemas que emergiam no dia-a-dia, na reflexão sobre os percursos terapêuticos e os projetos em curso, e na programação do trabalho. Era o momento para contar o primeiro contato com um usuário, as vivências de tensão no atendimento de uma determinada situação de crise, os problemas do plantão noturno, as dúvidas e incertezas em como seguir um projeto, os conflitos de uma situação familiar, as riquezas de um grupo. Ao mesmo tempo, era o momento de identificar questões que mereciam ser aprofundadas, tomar decisões, redefinir o processo de trabalho, divergir, expressar os conflitos, falar do cansaço do dia-a-dia, protestar contra os salários e a insuficiência de recursos, avaliar e elaborar propostas para o NAPS e para a saúde mental, repensar os projetos para a cidade.

Distintas das reuniões temáticas, de mini-equipes e de seminários internos, as reuniões das 12:30 horas eram fortemente atravessadas pelo cotidiano do NAPS. O investimento de todos os participantes para legitimar as narrativas de cada um e para buscar dialetizar os conflitos possibilitava um clima intensamente afetivo. Aparentemente confusa, essa dinâmica gerava uma construção singular: diferente de “reunir para”, de agendamento de pautas, era um momento e lugar de conviver, conversar, compartilhar, discordar, discutir, explodir. Podemos dizer também, que era lugar de verificação cotidiana da prática e de construção de um “saber crítico” pautado na reflexão e no fazer coletivo. Esse momento diário, a centralidade do trabalho em equipe, o fazer junto a prática cotidiana, a constante atenção às relações saber-poder, a recusa em verdades pré-estabelecidas foram fundamentais para a produção da equipe como coletivo.

O NAPS realizava um conjunto de ações e de modalidades de atenção: atendimento individual, atendimentos grupais, espaços coletivos, oficinas, atendimentos domiciliares, atendimentos familiares, ações comunitárias e territoriais, atenção às situações de crise no NAPS e no território, hospitalidade diurna, noturna e integral, ações conjuntas

com instituições do território. Era freqüentado diariamente por cerca de 80 pessoas, entre usuários e familiares. Oferecia refeições para os usuários e, em algumas situações, também para os familiares: no café da manhã e no jantar, em geral estavam presentes cerca de 30 usuários; no almoço, em média 60 a 80 pessoas e no lanche da tarde em geral 50 usuários. Oferecia, também, passes de ônibus e, na segunda gestão da administração democrático-popular passou a contar com transporte diariamente.

A forma artesanal de trabalho, particularmente intensa nos primeiros anos, foi, passo a passo, adquirindo novos contornos e implicou “cair na real”, como então se dizia. E o que era “a real”? A real era o dia-a-dia, a ampliação da demanda, a constituição do NAPS como referência no território, as possibilidades e dificuldades de traduzir nas práticas concretas as proposições, os impasses em projetos terapêuticos, a miséria das condições de vida da maioria dos usuários, a presença de profissionais não necessariamente identificados *a priori* com o projeto de saúde mental. E essa passagem, de uma forma artesanal de agir e de organizar o trabalho para um processo cotidiano, constituiu um dos principais desafios do NAPS.

Em outras palavras, como transitar no cotidiano institucional reinventando a possibilidade da invenção? Como produzir uma instituição que possa ser aberta, produtora de relações de troca, lugar de concreto exercício de afirmação da liberdade e dos direitos? Cotidianamente acolher o sofrimento, a loucura e a diversidade, buscando, entretanto, não circunscrevê-los em espaços fora da cidade ou em entidades absolutas, negando as diversas formas de codificação e de invalidação do outro. No mosaico das redes que se produzem nas relações, cultivar as infindáveis tessituras de compor, recompor, decompor as relações institucionais... Criticar a reprodução de saberes e práticas simplificadoras, reconhecer as complexas relações saber-poder. Inventar novas linguagens que possibilitem comunicação entre atores tão distintos: nos diálogos, e não concordância, emergem conflitos nem sempre produtores de dialetizações... Ousar cuidar e produzir com os usuários as bases efetivas de novas possibilidades para “seu existir no corpo social” (BASAGLIA, F. e GALLIO, 1976, p.1). As múltiplas reflexões e indagações revelavam que, diferentemente da instituição asilar, a produção do NAPS implicou confrontar-se com um campo complexo.

O processo de construção do NAPS colocou em questão, também, os modos tradicionais de organização dos espaços públicos, em particular dos serviços de saúde, nas quais os usuários “acabam reduzidos à condição de objetos, ou de algo muito mais próximo ao estado de coisa do que de sujeito” (CAMPOS, 1997, p. 243). Nesse sentido, tratava-se de buscar, continuamente, transformar o cotidiano do serviço, as formas de gestão, a relação entre os usuários, a equipe e o território e pensar em composições “mais abertas à produção negociada do viver em sociedade, propiciadoras da construção de sujeitos autônomos” (CAMPOS, 1992, p. 18).

### **A produção de liberdade**

Nos momentos iniciais de construção do NAPS, apenas quatro meses após a intervenção, vivenciava-se um clima de intensidade e de mobilização de todos, trabalhadores e usuários, em torno da possibilidade real de “libertar-se do manicômio”, de sair do Anchieta. A “escola do manicômio” ensina que a descoberta da liberdade é um “ponto de não retorno” (COLUCCI e DI VITTORIO, 2001).

A afirmação da liberdade como ponto de partida e a ruptura com o sistema coercitivo-punitivo e com a estrutura hierárquico-autoritária na qual se baseia a lógica asilar significavam buscar produzir a nova prática terapêutica pautada em relações de reciprocidade. E, exatamente esse o desafio porque “significava viver em um estado de tensão recíproca, no qual, reciprocamente se considere a necessidade de liberdade do outro” (BASAGLIA; F. e BASAGLIA, F.O., 1981, p. 327).

O reconhecimento da liberdade do outro implica transformar radicalmente os saberes e as práticas pautados na ausência de valor do louco, na sua anulação como um dos pólos da relação e sua “condição de objeto de violência” e de ser um homem sem direitos e “sem poder contratual” (BASAGLIA, F., 1985a, p. 113). O exercício cotidiano de buscar a superação desse olhar foi uma das principais transformações presentes no NAPS e atravessou o conjunto da prática terapêutica.

Com esse conteúdo, a liberdade nos serviços substitutivos não é dada e tampouco simples de ser produzida. Na experiência do NAPS, afirmar a liberdade significou, ao mesmo tempo, projeto e contextura, um movimento contínuo de produção de

uma cultura de liberdade que, embora distinto daquele no interior da instituição asilar, ainda uma vez, retomando BASAGLIA (1981b, 251), exatamente porque óbvio “é, evidentemente, a matéria mais difícil de enfrentar quando coloca o homem face a face consigo mesmo, sem proteção nem refração”.

Nesse sentido, a afirmação intransigente da liberdade envolvia todos os participantes da instituição, atravessando o conjunto das relações e dos processos institucionais e indagando as diversas formas de relações de poder. Isso não quer dizer negar as diferenças de poder, mas arriscar-se a produzir relações que, criticando e buscando transformar as diversas formas de cristalização, sejam tecidas no “fio do risco recíproco e da recíproca contestação” (BASAGLIA, F e BASAGLIA, F. O., 1981, p. 328).

A afirmação da liberdade, a validação do outro e a impossibilidade de sua anulação como um dos pólos da relação requereu aprender a dialetizar contradições, a lidar com diferenças e, sobretudo, compreender que a expressão dos conflitos era base do trabalho. Exercício difícil. Essa perspectiva era necessariamente geradora de crise: as relações eram continuamente questionadas, construídas e reconstruídas a partir das múltiplas possibilidades e interrogações que emergiam no cotidiano.

Para ROTELLI (2000, p. 6), a transformação das normas e das instituições é necessariamente conflitiva e apenas a prática pode produzi-la e, ao mesmo tempo, revelar a necessidade permanente de sua transformação. Em outras palavras, a profunda transformação institucional e cultural que a desinstitucionalização gera requer a “aceitação do conflito”, buscando dialetizar os pólos que todo conflito comporta e a “aceitação do risco” da inscrição da liberdade “sem o qual a emancipação não é possível”.

Diferente de um princípio abstrato, era esse exercício cotidiano que possibilitava buscar enfrentar o campo complexo de cuidar em liberdade. Em outras palavras, traduzir cuidar em liberdade em práticas concretas não significa imaginar um campo sem tensões e contradições, mas desnaturalizar as diversas formas de restrição da liberdade. Compreendida como produção, processo, conquista, conflito, ampliação de possibilidades, participação, a afirmação da liberdade no NAPS requeria, necessariamente, a construção de relações e a recusa de qualquer forma de abandono dos usuários, supostamente em defesa de sua liberdade.

Nessa perspectiva, não se trata de liberdade abstrata, mas de produzir as condições e as relações que possibilitem, em cada situação, dialogar, problematizar, dialetizando, liberdade, reciprocidade, responsabilidade, autonomia. Por exemplo, a liberdade do usuário para recusar a medicação, a liberdade para ir para casa estando em hospitalidade integral eram temáticas e discussões presentes cotidianamente no NAPS que não têm respostas *a priori*, mas exigiam a construção de relação com os usuários e com os familiares, singularizando e contextualizando o campo de possibilidades e de significados no qual se inscrevem.

O horizonte de afirmação e produção de liberdade não poderia delimitar-se ao interior da instituição. O risco de fechar-se na instituição é sempre presente e, na trajetória do NAPS, não foram poucos os momentos nos quais nos deparamos com essa questão.

ROTELLI (1991b, p. 19), discutindo o processo de desinstitucionalização na perspectiva de empreendimento social, assinala a passagem do “libertar-se de à liberdade para”, no sentido do movimento contínuo e indissociável do libertar-se do manicômio, desconstruindo os saberes, os papéis profissionais e as práticas psiquiátricas e a “liberdade para” a construção do novo, da projetualidade do trabalho territorial e tudo que comporta e implica.

Desafio certamente complexo, um movimento contra-hegemônico. Trata-se, ainda uma vez, de assumir construir, na prática, as “utopias das liberdades” como possibilidades reais de vida nas cidades.

Nesse sentido, e compreendendo o serviço substitutivo como uma das “instituições da desinstitucionalização”, assume centralidade o lugar que podem ocupar na invenção de percursos que promovam, sustentem e viabilizem a efetiva presença e participação das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico nas relações sociais, enfrentando, em conjunto, a complexidade dos processos relacionais, institucionais e políticos de exclusão, construindo direitos e compartilhando da criação de novos contextos de relações de troca que possibilitem “mover-se no mundo”. Nas palavras de ROTELLI:

As instituições da desinstitucionalização são os eixos de sustentação da extensão possível do estado de liberdade. Essa é a ‘liberdade terapêutica’. Outra via não nos parece viável no interior de um projeto

de emancipação concreta. [...] A utopia continua, isto é, que existam tantas diferenças e que nenhuma diferença seja excluída: [...] Considero que existem itinerários, mediações materiais e processos que podem ser produzidos para essa utopia (ROTELLI, 1987. p. 66).

### **Instituição aberta / Instituição fechada**

Buscamos produzir o NAPS como serviço aberto, transitável, que possibilitasse o livre acesso das pessoas: serviço público que reconhece o usuário com sujeito de direitos.

A *porta aberta* constituiu uma noção fundamental do projeto santista. Difícil de ser codificada, com múltiplos significados, a porta aberta referia-se às múltiplas interações usuários-famíliares-equipe-território, à própria dinâmica e à afirmação da liberdade. Nesse sentido, atravessava o conjunto das relações institucionais e implicava um movimento contínuo de produzir *as portas abertas* (NICÁCIO, 1994).

Essa noção significava, em primeiro lugar, literalmente *portas abertas*: o espaço do NAPS não reproduzia as diversas formas de controle e de segregação presentes nas instituições asilares como muros, grades, portas fechadas, lugares de contenção. Pode-se dizer que essa estrutura, embora fundamental na proposição dos novos serviços, não garante, em si mesma, uma instituição aberta.

Ocupando o primeiro andar do Centro de Saúde, não existia propriamente uma porta de entrada no NAPS, mas, a chegada nesse andar, delimitava o espaço, configurando, de certa forma, uma porta invisível. A proposição era que todas as portas permanecessem abertas, com exceção do período das 21:00 às 7:00 no qual a porta do Centro de Saúde permanecia fechada. Neste período, os usuários e familiares que chegavam ao NAPS utilizavam uma campainha.

A porta de entrada do Centro de Saúde e a porta invisível do NAPS são importantes para a compreensão da *porta aberta* no fazer-se cotidiano do NAPS, uma vez que, em algumas ocasiões, essas adquiriam o sentido de matizar o movimento de abertura/fechamento de portas. Por exemplo, a porta invisível do NAPS estava aberta, mas a porta do Centro de Saúde estava fechada ou, ao contrário, a porta invisível “era fechada” e a porta do Centro de Saúde aberta.

Na perspectiva basagliana, abrir as portas dos hospitais psiquiátricos, como ação inscrita no processo de transformação, simboliza que os profissionais não vivem mais no culto do pessimismo da sociedade e de sua delegação de exclusão e que os usuários percebem o conteúdo desse ato, antes mesmo de sua repercussão social. A abertura das portas significava, ainda, a abertura ao mundo da dialética, a superação das relações de força e a produção de novas formas de encontro com as pessoas pautadas na reciprocidade, na afirmação de sua presença nas relações sociais e na intransigente afirmação da liberdade.

Esses conteúdos se potencializam e se ampliam nos novos serviços: porta aberta expressa e projeta cuidar em liberdade, a ruptura com as diferentes formas de isolamento e controle, a recusa da articulação entre cuidado e segregação, a possibilidade de uma nova experiência de relação com a loucura.

Na perspectiva da desinstitucionalização, *porta aberta* é uma diretriz central dos serviços territoriais e um dos princípios que compõe a estratégia de produção de saúde mental comunitária, coletiva e territorial (ROTELLI, 1987, 1999e) Compreendida como *instituição aberta à demanda* significa uma nova forma de pensar e de interagir com a demanda que, afirmando sua centralidade, busca transformar as relações de poder entre usuários e instituições que permeia a organização dos serviços e das práticas cotidianas.

Forjada na experiência triestina, essa noção se traduziu na invenção de centros de saúde mental abertos 24 horas por dia, sete dias por semana, “em condições de acolher as pessoas a qualquer momento do dia e da noite. [...] O Centro está sempre aberto e qualquer um pode ter acesso quando quiser”. A essa acessibilidade corresponde elevada permeabilidade às diferentes formas de utilização do centro pelos usuários (ROTELLI et al., 1990, p. 38-9).

Na experiência do NAPS, a *porta aberta* requereu produzir uma forma de organização do processo de trabalho plástica, flexível, sensível e permeável à demanda que possibilitasse acolher as pessoas 24 horas/dia, 7 dias/semana, em diferentes lugares e momentos de seu processo. Não era necessária qualquer forma de encaminhamento para o primeiro atendimento e esse poderia ser realizado, quando necessário, no domicílio, na rua, e em qualquer outro espaço do território.

Com essa perspectiva, escolhemos estruturar o dia-a-dia do NAPS, no período das 7:00 às 19:00 horas, com uma dupla de trabalhadores - um profissional universitário e um auxiliar de enfermagem -, disponíveis para atender todas as pessoas que chegassem ao NAPS, as situações de crise (dentro e fora do NAPS) e os chamados por telefone de usuários, familiares e dos serviços sociosanitários.

No período noturno e nos finais de semana, todos os usuários em atendimento e as pessoas de seu contexto relacional poderiam se referir ao NAPS, sendo o atendimento no pronto-socorro psiquiátrico indicado apenas às pessoas que não estavam em atendimento no NAPS. Os plantonistas eram as pessoas de referência para o cotidiano, disponíveis para escutar os usuários, atender as demandas que emergiam, algumas imprevistas; ao mesmo tempo, uma particular atenção para o conjunto, buscando decodificar a multiplicidade de demandas presentes no NAPS cotidianamente.

Com o sentido de produção de uma diversa relação com a demanda *porta aberta* implica garantir atenção a todas as pessoas que chegam ao serviço e, sobretudo, a validação do outro, a disponibilidade à intermitência da experiência de sofrimento psíquico, a agilidade para a urgência da dor, a escuta para as diversas formas de expressão da demanda.

A dupla de plantão recorria, quando considerava necessário, à equipe. Evidentemente, essa estruturação implicou diversas discussões e, sobretudo no início do trabalho, era freqüente a dupla de plantão propor a participação do psiquiatra nos primeiros atendimentos considerados mais difíceis. As possibilidades e as dificuldades de cada equipe de plantão dar respostas eram diferenciadas e remetiam a diversas questões, dentre as quais, a formação dos trabalhadores, a experiência em saúde mental, as relações entre os trabalhadores que compunham a equipe de plantão e, sobretudo, às possibilidades/impossibilidades da produção de relações entre os trabalhadores e os usuários. Entretanto, é fundamental enfatizar que, processualmente, a partir da prática e da reflexão conjunta, a possibilidade das duplas de plantão de responder às diversas demandas, ampliou-se, produzindo um saber-fazer coletivo.

Em alguns momentos da experiência do NAPS, que, por diferentes razões, resultavam em insuficiência de profissionais, particularmente de médicos psiquiatras, a equipe optava por “fechar as portas”, reeditando o agendamento. Em geral, essa atitude era

precedida de discussões tensas que pareciam expressar mais o cansaço dos trabalhadores e uma forma de manifestação de protesto em relação à insuficiência de recursos do que propriamente um conflito em relação à proposição da *porta aberta*. E, inclusive por isto, colocar em prática o agendamento acabava por reafirmar o sentido da *porta aberta* e o compromisso da equipe. Por exemplo, o agendamento começava a ser “furado” por vários membros da própria equipe que argumentavam e defendiam a necessidade dos usuários.

A *porta aberta* significava não apenas uma nova forma de recepção do usuário, mas delineava as bases das relações do serviço com os usuários, colocando em movimento a própria instituição e interrogando as diversas formas de distanciamento e de fechamento das portas que se produzem no cotidiano. Neste sentido, a *porta aberta* concreta e simbólica requer uma dinâmica de trabalho que, distante de concepções burocráticas, seja capaz de operar no movimento de ordem-desordem, instituinte-instituído na qual as ações são construídas, desmontadas, reconstruídas a partir das necessidades dos usuários em seu contexto de relações.

O ‘ambiente’ se apresenta ao centro [de saúde mental] levado pela subjetividade de cada usuário e de sua vida, toda inteira; autorizado a entrar (visto que este é o primeiro gesto de tratamento), ele efetivamente coloca em crise a organização; e esta crise produz uma transformação real da própria organização (DE LEONARDIS et al., 1990, p. 85).

CAMPOS (1994, p. 63) propõe a noção de “acolhida” tanto no sentido de abertura dos serviços públicos para a demanda como de responsabilização pelos problemas de saúde de uma região e considera que o “coeficiente de acolhida” poderia ser avaliado segundo as possibilidades de acesso de usuários novos e em atendimento e, também, de acordo com a “plasticidade” do modelo de atenção, isto é,

conforme sua capacidade de mudança, de adaptação de técnicas e de múltiplas combinações de atividades, objetivando sempre dar conta da variedade dos problemas de saúde, da inconstância dos recursos disponíveis e ainda do entrelaçamento da saúde com aspectos sócio-econômicos e culturais (CAMPOS, 1994, p. 63).

Nessa perspectiva, a produção de novas formas de relação entre o serviço e a demanda é central para a garantia de acessibilidade. Na experiência do NAPS, a questão da acessibilidade/inacessibilidade mostrou-se articulada, também, à hegemonia do modelo

asilar, aos sentidos que a loucura adquire social e institucionalmente e à própria contratualidade da demanda. Por um lado, a condição de exclusão, a fragilidade de poder contratual dos usuários e dos familiares, a mobilidade restrita presente, por diferentes razões, em diversos momentos dos processos das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico, as diferentes interpretações e percepções socialmente construídas dessa experiência e, por outro, o enraizamento cultural do hospital psiquiátrico como solução, expressa na difusa concepção, inclusive entre os trabalhadores sociosanitários, da internação como a principal resposta técnica, podem limitar, *a priori*, o acesso aos novos serviços no território.

Dessa forma, a garantia de universalidade do acesso requer *porta aberta* em seus múltiplos significados e, ao mesmo tempo, a elaboração de estratégias para ir ao encontro da demanda. Em outras palavras, a *porta aberta* não se circunscreve ao interior do serviço e implica adentrar nos territórios, reconhecer os processos de produção da demanda psiquiátrica, os caminhos que usuários e familiares percorrem nos serviços sociosanitários, as diversas formas de desassistência e abandono.

Diferente da perspectiva preventivista-comunitária de ampliação do campo de intervenção psiquiátrica, trata-se da iniciativa e da capacidade do serviço de conhecer e interferir no circuito psiquiátrico, intervindo, concretamente no encaminhamento para o hospital psiquiátrico. Em termos de imagem, poderíamos pensar em instituições de *portas abertas*, com duplo movimento, para dentro e para fora.

A *porta aberta* é uma produção coletiva e cotidiana. Na reflexão sobre a instituição aberta/instituição fechada, BASAGLIA (1983) costumava contar sua visita em uma instituição da Inglaterra quando perguntou ao colega inglês:

O que quer dizer instituição? Ele não sabia dar uma resposta... [...] e olhando-me respondeu: - 'A instituição é... olhando em volta... essa, indicando-me com as mãos'. [...] E assim, eu tive a iluminação com a qual compreendi que a instituição, naquele momento, éramos nós dois, lá, naquele lugar que era o manicômio e, portanto, eu comecei a entender que todos os discursos que nós fazíamos, naquele momento, eram discursos que abriam ou fechavam essa instituição que éramos nós dois (BASAGLIA, F., 1983, p. 42).

## Projetos para a vida

Como primeira instituição produzida no processo de transformação e desconstrução do Anchieta, o momento de criação do NAPS da Zona Noroeste concentrou um conjunto de indagações e discussões que sintetizavam o desafio de projetar a rede e os novos serviços substitutivos.

O aprendizado e a reflexão sobre as experiências desenvolvidas na implantação da política de saúde mental no Estado de São Paulo na década de 1980 demonstraram que, para viabilizar a superação do manicômio como paradigma institucional e sociocultural, era necessário elaborar novas referências para produzir a rede e os serviços territoriais.

Na análise das proposições da psiquiatria reformada, ROTELLI et al. (1990) assinalam que os serviços na comunidade que funcionam com alta seletividade e nível de especialização não apenas não substituem o manicômio, como reafirmam sua necessidade. A compreensão do funcionamento do sistema de saúde mental como um circuito indica que existe uma relação de complementaridade entre as estruturas na comunidade e as de internação. Nas proposições da psiquiatria reformada, a “estática” da segregação do modelo asilar é substituída pela “dinâmica” de circulação da demanda nos serviços com ofertas especializadas e fragmentadas, nas quais os locais de internação, organizados segundo a lógica do *revolving door*, representam, sobretudo, “um ‘ponto de descarga’ necessário, recorrente e temporário” (ROTELLI et al., 1990, p. 23).

Diferente da lógica de hierarquização de serviços pautada na psiquiatria preventiva-comunitária, principal referencial da reforma e das políticas de saúde mental desenvolvidas na “trajetória sanitarista”, a proposição de “serviços fortes” com a diretriz de *presa in carico* da experiência triestina possibilitava pensar uma nova forma de projetar a rede e os serviços no território.

*Presa in carico*<sup>28</sup> significa fazer-se responsável pela saúde mental de uma população de um território determinado, assumir um papel ativo na sua promoção e a responsabilidade pelo cuidado global de uma pessoa, recusando as diferentes formas de abandono da demanda. Representa, também, a transformação da lógica de fragmentação

---

<sup>28</sup> De difícil tradução que corresponda ao sentido construído na experiência triestina, a expressão *presa in carico* tem sido traduzida também por assumir o encargo, encarregar-se e por tomada de responsabilidade.

das necessidades e das respostas e de seleção da demanda. A lógica seletiva de organização dos serviços, com base em sua própria competência, resulta em constantes reenvios da demanda a outras estruturas assistenciais, restrição e ausência de respostas aos problemas e sofrimentos das pessoas, desconhecimento das necessidades presentes no território e, sobretudo, desresponsabilização e abandono das situações e dos usuários considerados graves (ROTELLI et al., 1990; DELL' ACQUA e MEZZINA, 1991; MEZZINA et al., 1992).

Na experiência santista, consideramos que, para construir uma rede territorial efetivamente substitutiva, era fundamental produzir a estruturação dos NAPS como “serviços fortes” (GIANNICHECKDA, 1984; ROTELLI, 1987). Ao mesmo tempo, era estratégico, prioritariamente, assumir a responsabilidade pelo cuidado global da demanda dos “usuários graves” de um território.

A noção de “usuários graves“, embora correspondente, em termos gerais, aos transtornos mentais severos e persistentes, é uma noção imprecisa e, dessa forma, abriu um campo fértil de discussões que possibilitou o aprofundamento de seu significado, problematizando-a nas situações singulares e em diálogo com as necessidades das realidades locais. Ao mesmo tempo, “usuários graves“ de um território, coloca uma nova perspectiva de responsabilização, indicando a necessidade de conhecer, interferir e buscar transformar o circuito psiquiátrico.

CAMPOS (1994, p. 62) considera que “responsabilizar a equipe pelo cuidado integral da saúde coletiva e individual” e “vínculo de acolhida” constituem as principais diretrizes para garantir a “qualidade do cuidado e a legitimação dos serviços públicos pelos usuários” e deveriam sobredeterminar os desenhos de modelos de atenção. Nessa perspectiva, o autor assinala que essas diretrizes representam um certo antagonismo com as noções de hierarquização e de regionalização:

Sempre que dividamos as atribuições e as responsabilidades dos serviços segundo as fases mais ou menos complexas da história de cada caso, estaremos sempre empurrando os pacientes a um circuito cinzento, onde perde-se a centralidade do vínculo e relativiza-se o império da acolhida (CAMPOS, 1994, p. 64).

Na experiência do NAPS, as proposições de responsabilidade pelo cuidado global dos “usuários graves” do território, de produção de uma instituição pautada na relação com as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico em seu contexto relacional e não na doença, de afirmação da liberdade e da cidadania, e de produção de emancipação e de vida colocaram o desafio de pensar novas formas de projetar o conjunto de dimensões que compõem o trabalho da equipe, o cotidiano institucional e a prática terapêutica.

Dentre essas diversas dimensões, essas proposições se traduziram, também, na singularização dos projetos terapêuticos e da relação equipe-usuário-familiares com uma dupla de referência formada por um trabalhador universitário e um auxiliar de enfermagem.

O lugar de referência era compreendido como um lugar a ser construído, produzido em relação, criado e recriado, em diálogo com as exigências, as necessidades, os afetos e os conflitos que emergiam nesse movimento. Buscando superar as formas de pensar e de agir pautadas na impossibilidade de contratualidade nas relações com o louco, anulando sua singularidade e, também, os diversos modos de isolar os familiares, invalidando seus saberes e recursos, operava-se com a noção de contrato de projetos com os usuários e familiares.

A produção das relações e dos projetos terapêuticos foi tema constante de discussão e reflexão nas reuniões diárias de equipe. Buscava-se, a partir das diferentes perspectivas, construir conjuntamente – não necessariamente consensualmente – a reflexão sobre os processos com usuários, os familiares e a equipe. Diversos foram os desafios, riquezas, contradições e limites que emergiram na produção das relações e dos projetos singularizados na prática do NAPS.

Na experiência santista “não optamos por nenhuma teoria *a priori* como mais válida que qualquer outra” (KINOSHITA, 2001, p. 204). Por outro lado, a possibilidade de todos os participantes da equipe de entrar em contato com todos os usuários – a partir das práticas da *porta aberta*, da convivência, dos diversos espaços coletivos e grupais e, ao mesmo tempo, de responsabilizar-se por projetos singulares, produzia uma multiplicidade de relações e de perspectivas. Assim, diferentemente das proposições de discussão em equipe para adotar uma conduta homogênea, buscava-se discutir, muitas vezes de forma

conflitiva, as diversas leituras, tendo como critério fundamental as necessidades dos usuários e dos familiares e as suas possibilidades concretas de vida e de participação nas trocas sociais.

A proposição da equipe não identificava a dupla de referência como o único interlocutor do usuário e dos familiares e, tampouco, considerava que a essa coubesse a construção de todas as dimensões e momentos do projeto terapêutico. Entretanto, algumas vezes, percebíamos o movimento de delegar às referências tudo que se referisse a um determinado usuário. A problematização dessas situações evidenciava, não por acaso, que essa delegação ocorria, sobretudo, na relação com os usuários considerados “difíceis”. Poderíamos dizer que reproduzíamos, nesses momentos, os processos de distanciamento, exclusão e delegação que criticávamos.

A reflexão coletiva buscava compreender os significados dessas relações, os movimentos da equipe e contextualizar a expressão “difícil” para aquele usuário e, processualmente, desconstruir as relações cristalizadas e delinear novas possibilidades para que outros trabalhadores, e não apenas as referências, pudessem entrar em relação.

Na prática cotidiana do NAPS produzia-se, processualmente, uma profunda transformação da abordagem pautada na codificação da doença. Tomando como ponto de partida as necessidades dos usuários em seu contexto sociorelacional, a validação de sua singularidade, e a afirmação de direitos, buscava-se entrar em relação, aproximar-se de seu sofrimento, compreender sua história, escutando, produzindo vínculo, cuidando, ressignificando, mediando relações, ativando recursos, produzindo novas possibilidades de trocas. Diferente de um elenco de procedimentos, buscava-se operar com a noção de projeto terapêutico como processo: construído, reconstruído, repensado, redimensionado, em relação com os usuários e com os familiares e em equipe. Um processo que, criticando as distâncias produzidas pelas hierarquias e pelas diversas formas de objetivação, implica proximidade, intensidade de redes de afetos e de relações.

A transformação do olhar para as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico e a projetualidade de produção de autonomia colocaram o desafio de buscar produzir uma prática terapêutica centrada no usuário e orientada para o “enriquecimento de sua existência global, complexa e concreta” (ROTELLI et al., 1990, p. 36).

Dessa forma, entravam em cena a multidimensionalidade e a complexidade da vida cotidiana dos usuários e dos familiares. No dia-a-dia do NAPS, os projetos traduziam-se em um conjunto complexo de estratégias, algumas simples, elementares, outras complexas, de longo percurso que buscavam cuidar do sofrimento, possibilitar a participação na vida social, potencializar o poder contratual, construir/reconstruir as redes sociais e de suporte, promover o acesso e o exercício de direitos.

Com essa perspectiva, as múltiplas possibilidades e recursos do NAPS combinavam-se no processo, isto é, tratava-se de contextualização e singularização das possibilidades de respostas terapêuticas, projetadas, reconstruídas a partir do reconhecimento, da aproximação e do diálogo com os usuários e com os familiares. Tratava-se, também, de aprender a reconhecer e a validar os recursos dos usuários, dos familiares e do território. Um desafio cotidiano.

Na experiência do NAPS, assumir a responsabilidade pelo cuidado global e singular significava efetivar a prática terapêutica nos diferentes momentos do processo dos usuários. Com essa perspectiva, as diferentes formas de atenção às situações de crise no NAPS e nos contextos reais de vida, de hospitalidade integral, de hospitalidade diurna e/ou noturna são recursos a serem singularizados no processo sem a necessidade de procedimentos formais de passagem ou de definição de tempo *a priori*.

Para DELL'ACQUA (1998, p. 42) a *presa in carico* implica revisitar as noções de tempo e de lugar, que “não poderiam mais ser os lugares e os tempos da psiquiatria clínica”.

Os lugares e os tempos são projetados, isto é, produzidos nos percursos singulares, em relação. Essa perspectiva significa redefinir, ressignificar e enriquecer os lugares da prática terapêutica, e requer, contemporaneamente, aprender a operar em tempo real e em lugares distintos, às vezes desconhecidos: “lugares específicos, lugares diversificados, lugares vastos, lugares da imaginação” (DELL'ACQUA, 1998, p. 42).

A centralidade das necessidades e do diálogo com as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico em seu contexto sociorelacional, ao colocar em cena a multidimensionalidade e a complexidade da vida cotidiana, expressam e, ao mesmo tempo, requerem uma profunda transformação de ótica. Podemos dizer que o movimento de

ruptura das formas de pensar e agir pautadas na doença como codificação abstrata e de busca de novas formas de perceber e interagir com a “existência-sofrimento” constituiu um desafio cotidiano e inscreve, necessariamente, a “prática de transformação da realidade, da qual pode nascer uma nova cultura”

poder-se-ia dizer que o usuário como fim, assumido como critério guia da organização e da resposta institucional, ambas direcionadas em uma tensão cotidiana à reconstrução e restituição da complexidade do ambiente; rompendo a uniformidade, aqueles códigos e sistemas normativos que deram forma à demanda e aos usuários, recompondo desta última o mosaico estilizado das necessidades e dos vínculos com o mundo, a identidade complexa de seu sofrimento, a sua identidade que sofre. Complexidade como diferença, irreduzível e incontrolável (DE LEONARDIS et al., 1990, p. 85).

Cuidar-se, comunicar-se, reativar as possibilidades de laços familiares e sociais, apropriar-se de recursos econômicos, ampliar as possibilidades de contratualidade, habitar, trabalhar, potencializar as redes de suporte, construir e exercer direitos, inventar contextos de trocas, combinam-se para compor itinerários que busquem a produção das bases efetivas de “existir no corpo social”, os “diferentes modos de andar a vida”, os processos de “produção de vida” e de “invenção de saúde”.

Nessa perspectiva, diferente de um plano a ser executado ou, de uma somatória de respostas pré-formadas, fragmentadas e descontextualizadas, pode-se compreender projetos em processo, tecidos em relação e nesse sentido, co-produzir projetos terapêuticos singulares com os usuários e com os familiares. A co-produção de projetos implica a interação entre pessoas, recursos e contextos: invenção de percursos compartilhados, de projetos transformadores das possibilidades reais de vida. Inventar práticas terapêuticas complexas, na perspectiva de SARACENO (1998) “arte de co-gerar sentido”.

A estruturação do NAPS como “serviço forte” foi fundamental para produzir novas possibilidades para o conjunto de necessidades que a ruptura com a tutela asilar revela. Ao mesmo tempo, seria equivocado pensar a noção de “serviço forte” como uma estrutura em si mesma que resultaria em novas formas de estruturas auto-referentes.

Nessa visada, fazer-se “serviço forte” significa a produção de um movimento cotidiano de riqueza de relações entre os serviços e os usuários, de uma diversa relação de poder com a demanda, negando a miséria e a violência das relações institucionalizadas, os saberes, as regras e os códigos nos quais se baseiam (ROTELLI, 1987). O serviço se torna “serviço forte” porque reconhece e valida o usuário em sua singularidade, diversidade e complexidade.

Compreender que a desinstitucionalização é, a um só tempo, transformação das estruturas e da cultura de todos os atores envolvidos implica reconhecer que as instituições tendem a responder mais às necessidades de sua auto-reprodução e é necessário um movimento contínuo de autocrítica. Esse movimento, por si só desafiador, torna-se ainda mais instigante, conflitivo e complexo quando estamos operando nas instituições “produzidas por nós” e, podemos dizer, tornava ainda mais potente a compreensão de que desinstitucionalizar as instituições significa, sempre, desinstitucionalizar a nós mesmos.

O cotidiano de uma instituição como o NAPS não é simples. Difícil descrever as inúmeras conversas, os encontros e desencontros, a intensidade afetiva das discussões e do fazer junto que o caminhar ia produzindo. Difícil, ainda, traduzir as diferentes formas que foram sendo inventadas no sentido de dialetizar os conflitos, de compartilhar e transformar situações que, em alguns momentos, se mostravam impraticáveis. De certa forma, podemos dizer que a compreensão e vivência de empobrecimento de todas as relações quando “as portas se fechavam”, a relação de compromisso e responsabilização e, ao mesmo tempo, o lugar de problematização construído nas reuniões diárias do NAPS e nas reuniões do projeto, a processual ampliação de contratualidade dos usuários e dos familiares e, sobretudo, o compromisso ético e afetivo da equipe com o sofrimento do outro e com a co-produção de projetos de vida representaram “interlocutores desinstitucionalizantes” que possibilitavam despertar de novo, indagar a nós mesmos.

É a riqueza dos caminhantes singulares, diversos e complexos que produzem caminhos ao caminhar. “Instituições da desinstitucionalização”: invenção dos serviços substitutivos, de “serviços produtores de sociabilidade, de transformação das relações sociais” capazes de assumir a responsabilidade e a relação com a complexidade da

existência-sofrimento, com a complexidade da vida das pessoas nos territórios e nas cidades (ROTELLI, 1987).

### **A urgência das experiências de sofrimento e a crise das situações**

A responsabilidade pelo cuidado global dos “usuários graves” do território colocou a necessidade de conhecer o circuito psiquiátrico e de elaborar estratégias para ir ao encontro da demanda. Nessa perspectiva, desde o início do processo, assumiu centralidade buscar a estruturação do conjunto da prática do NAPS de forma a produzir respostas ágeis e consistentes à diversidade das situações de crise.

Na Zona Noroeste, a maioria das situações de urgência/emergência psiquiátrica era referenciada para o Pronto-Socorro da região situado ao lado do NAPS. Vinculadas à periculosidade, eram conhecidas pela chamada de emergência código 13 correspondente à doença mental/ periculosidade. O atendimento era realizado pela equipe do PS e, freqüentemente, em conjunto com policiais: o automatismo - doença mental, periculosidade, violência, contenção e internação no Anchieta - repetia-se (NICÁCIO, 1994).

A desinstitucionalização desse circuito requer, necessariamente, a transformação das possibilidades de resposta. Com esse objetivo, a equipe do NAPS propôs atender, em conjunto com as equipes do PS, todas as chamadas de código 13 e, para os usuários em atendimento no NAPS, as chamadas poderiam ser diretas para a equipe, inclusive no período noturno e nos finais de semana. Processualmente, as chamadas para o PS eram remetidas diretamente para a equipe do NAPS.

Não é simples definir o conjunto de situações e problemáticas denominadas de “crise”, “emergências”, “demanda de internação psiquiátrica” nas quais o NAPS era chamado a intervir.

DELL’ACQUA e MEZZINA (1991) consideram que é difícil uma conceituação única de crise em psiquiatria e que a problematização do tema requer compreender que o ingresso de “pessoas em crise” no circuito psiquiátrico remete às respostas da organização sanitária e psiquiátrica, e a um certo valor-limite construído

socialmente e de acordo com os sistemas de reconhecimento e de percepção sobre normalidade/anormalidade, sofrimento, periculosidade, miséria, ruptura das relações familiares, sociais e/ou de trabalho.

Com base em estudo realizado em um centro de saúde mental triestino, os autores reconhecem como situações de crise aquelas nas quais pode-se identificar pelo menos três dos seguintes parâmetros: grave sintomatologia psiquiátrica aguda; grave ruptura de relações familiares e/ou sociais; recusa das intervenções, mas aceitação do contato com a equipe; recusa de qualquer forma de contato; e situações emergenciais no contexto familiar e /ou social ou, ainda, impossibilidades pessoais de enfrentá-las (DELL'ACQUA e MEZZINA, 1991).

Essas reflexões evidenciam a complexidade das situações presentes na atenção à crise, desvelando que múltiplas necessidades e relações assumem significados distintos na configuração das situações como urgência/emergência psiquiátrica: os diferentes modos de expressão do sofrimento, as diversas formas de percepção e interpretação dos processos saúde-doença mental, a presença/fragilidade das redes de suporte, a presença/ausência de respostas institucionais e sociais.

Inscrita no conjunto e na continuidade da prática terapêutica, a atenção às situações de crise no NAPS e, sobretudo, nos contextos reais de vida das pessoas, constituiu um campo de aprendizagem que envolveu o conjunto dos atores: a equipe do NAPS, as equipes do PS, os policiais, os usuários, os familiares e as pessoas do território.

A reflexão coletiva sobre as situações de crise, as diferentes leituras sobre os significados e os modos de intervenção presentes na equipe por vezes conjugavam-se e, por outras, eram temas de debates intensos. Na prática cotidiana de construir e sustentar a atenção à crise foram fundamentais: a possibilidade de trabalho conjunto da equipe, a elaboração de novas formas de articular tutela, direitos e responsabilidade e a compreensão de que “à condição de crise corresponde uma complexa situação existencial e complexos devem ser os instrumentos e os recursos para enfrentá-la” (DELL'ACQUA e MEZZINA, 1991, p. 55).

Nas discussões de equipe, buscava-se conversar, também, sobre o medo e a angústia presentes nas situações de atenção à crise: medo e angústia que expressavam a construção cultural da associação entre loucura e periculosidade, mas também, medo e

angústia em lidar com o imprevisto, com o desconhecido, com a loucura, com o não saber, com as situações de agressividade. A afirmação da possibilidade de expressar e conversar sobre o medo não é, todavia, simples de ser efetivada: requer uma construção cotidiana que, a partir da recusa da identificação desses sentimentos à invalidação, possa ampliar as possibilidades de comunicação e gerar redes de relações na equipe que potencializem o agir cotidiano.

Particularmente nos momentos iniciais do processo, era comum ir atender uma situação de crise no domicílio e depois telefonar, pedindo a presença de outros colegas. Em diversas situações, os auxiliares de enfermagem do plantão noturno telefonavam para pessoas da equipe, em alguns momentos para discutir conjuntamente qual a melhor forma de lidar com o usuário que chegava e, em outros, para compartilhar os acontecimentos. Essa construção coletiva da equipe foi base fundamental para produzir novas formas de lidar com as situações de crise.

Na atenção às situações de crise, a equipe buscava, através de diversas estratégias de contato, aproximar-se da pessoa e, sobretudo, comunicar a possibilidade de um diálogo construído em relações de contratualidade e de reciprocidade. Escutar, buscar compreender a pessoa e a situação, perceber brechas para entrar em relação, reconhecer as formas singulares de expressão do sofrimento, dos desejos, dos conflitos, das necessidades e das demandas de cuidado. Com esse conteúdo, atender as situações de crise requereu indagar e transformar os modos de pensar e agir pautados na invalidação e, sobretudo, na impossibilidade de produzir relações de troca com as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico em momentos de crise.

Diferente de pensar a atenção à crise como restrição – de espaços, de pessoas, de possibilidades, de direitos - tratava-se da ampliação das possibilidades para entrar em relação, expressa em ações, gestos, linguagens e recursos diversos. Nesse sentido, nas situações de impossibilidade de entrar em contato, buscava-se, por exemplo, uma pessoa de confiança do usuário. Em outras, os diferentes recursos existentes no NAPS podem propiciar novos contextos.

A partir da prática concreta de buscar a construção de uma relação com o usuário, buscava-se emitir novas mensagens que se confrontavam com as diferentes formas de anulação e invalidação da palavra louca, do gesto louco, enfim da sua impossibilidade de

existir. Em sua maioria, a atenção às situações de crise expressava a singularidade de um trabalho artesanal: em cada uma das cenas, era necessário tatear formas de aproximação, escutar as modalidades de comunicação do usuário, perceber as brechas de entrada, criar pontes de contato. Outras situações requeriam agilidade, coordenação rápida das ações dos trabalhadores.

O que é fundamental enfatizar é que a escuta, a aproximação, a presença e a disponibilidade da equipe nas situações de crise, transformando as respostas, geravam um novo contexto de relações e possibilitavam novas formas de comunicação entre os atores envolvidos. A partir de uma situação codificada e invalidante “ele é louco” emergiam, processualmente, as experiências de sofrimento, as necessidades, os problemas, os conflitos entre as pessoas com a experiência de sofrimento psíquico e as pessoas de sua rede de relações, entre as diversas demandas presentes, entre as distintas avaliações da situação, a desigualdade das contratualidades. Em outras palavras: “mais respostas, mais oportunidades, mais interlocutores, ampliam e complexificam as exigências, matizam ‘a’ demanda inicial, emergem ‘as demandas’” (GIANNICHECKDA, 1984, p. 237).

A equipe buscava possibilitar a entrada em cena das pessoas e construir uma leitura conjunta e complexa da situação e o delineamento de um contrato que, desde o início, propõe a efetiva participação do usuário e das pessoas de seu contexto relacional. Leitura conjunta e participação das pessoas envolvidas não significam leituras consensuais e participações convergentes, mas tecer diálogos a partir da validação dos diferentes modos de perceber, vivenciar e interpretar a situação e da recusa de anulação de um dos pólos do conflito.

Diferente do olhar e das respostas unidirecionais, a disponibilidade da diversidade de modalidades de atenção e da multiplicidade de recursos do NAPS era base fundamental para a proposição de contratos diversos, construídos em relação, isto é, pautados nas necessidades e possibilidades da singularidade daquele contexto. Desta forma, por exemplo, o distanciamento usuário-contexto pode ser matizado através das diversas formas de hospitalidade, o acompanhamento intensivo pode ser realizado na casa do usuário ou no NAPS, as necessidades urgentes podem ser não apenas dos usuários, mas das pessoas de sua rede relacional. Em síntese, modos diferentes de interferir nas situações que consentem a produção de um campo de negociação, de abertura de novas possibilidades de

relações entre os usuários, os familiares, a equipe e as pessoas presentes do contexto relacional.

Na experiência santista, a hospitalidade integral significava reconhecer o direito do usuário ao cuidado e a responsabilidade ética, sanitária e do poder público de garantir esse direito. Nesse sentido, “direito de asilo” compreendido como possibilidade de distanciamento, proteção, suporte, continência, “que não pode ser realizado com a negação de direitos do usuário, mas também não pode ser negado em nome de uma liberdade abstrata” (CREPET et al., 1984; KINOSHITA, 1996a).

Nessa perspectiva, trata-se, também, de uma profunda mudança da noção de internação no hospital psiquiátrico: significa assumir os direitos das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico e, criticando as formas de tutela que anulam e invalidam a pessoa, buscar produzir autonomia e emancipação (BASAGLIA, F.O., 1987).

A hospitalidade integral compreendida como direito, recurso a ser singularizado e contextualizado, em relação com os usuários e com os familiares, inscrita nos processos terapêuticos, possibilitava, por um lado, decodificar as necessidades presentes na demanda de internação no hospital psiquiátrico. Por outro, significa que a hospitalidade integral tem que ser produzida para configurar-se como direito, proteção, continência, distanciamento, suporte e requer buscar “ativar múltiplas possibilidades de permeabilidade entre dentro e fora do serviço” (GALLIO e MEZZINA, 1988).

A prática cotidiana do NAPS evidenciava as possibilidades de produção desses novos significados para a hospitalidade integral. Entretanto, em alguns momentos, identificava-se uma certa naturalização, uma homogeneização e um empobrecimento da hospitalidade integral, constituindo indicador importante para a reflexão coletiva sobre o momento do trabalho e da relação com os usuários.

Na prática cotidiana, buscava-se decodificar os sentidos das experiências singulares e, processualmente, construir novas formas de compreensão das situações, reinscrevendo “as crises” no contexto complexo no qual emergem. As situações de crise não naturalizadas e descontextualizadas na “evolução do quadro”, na “gravidade do caso”, na “família difícil”, colocam em cena novas necessidades que requerem novos movimentos

da equipe com os usuários e com os familiares. Em outras palavras, a transformação das respostas abre novas perspectivas para reconhecer e interagir com o problema:

[...] propondo níveis diversificados de resposta pode-se operar um descentramento ampliado da ação terapêutica, colocando em movimento recursos que a hospitalização não permitiria. Decodificando a crise através da mediação das diversas necessidades das pessoas em campo, é talvez menos improvável agir a potencialidade de saúde que a crise contraditoriamente contém (GALLIO e MEZZINA, 1988, p. 216).

Na prática cotidiana de atenção à crise e de hospitalidade integral, algumas situações colocaram o problema ético, teórico e institucional de intervir sem ter o consentimento do usuário mesmo após sucessivas tentativas. Compreender a hospitalidade integral como direito do usuário e, ao mesmo tempo, como responsabilidade ética, sanitária e do poder público em garantir esse direito significa operar, nas situações que, por diferentes razões, apresentam-se como situações-limite, em um campo complexo e contraditório: reconhecer a liberdade e os direitos dos usuários, inclusive o de recusar o cuidado e, ao mesmo tempo, o dever ético-sanitário de intervir e de não abandoná-lo em nome de liberdade abstrata. Com esse conteúdo, afirma-se, ao mesmo tempo, a necessidade ética da discussão sobre quando e de que forma um ato de saúde, pautado no dever do poder público de garantir os direitos dos cidadãos, pode ser realizado sem o seu consentimento.

A realização de intervenções nas situações nas quais não foi possível o consentimento do usuário abria constantes discussões na equipe. Era exatamente a presença desse debate que possibilitava que a situação não fosse naturalizada e sim problematizada e compreendida de forma contextualizada. Essas intervenções não podem substituir ou invalidar a percepção e interpretação do usuário e antes, devem intensificar as diferentes formas de comunicação, repensar a relação, inscrever outras pessoas no processo, ativar novos campos de negociação. Em outras palavras, diferente de naturalizar a resposta articulando-a à “gravidade do usuário”, as intervenções sem o consentimento do usuário devem ser configuradas como “eventos sentinela” que indagam o conjunto da relação usuário-familiares-equipe-contexto e o da prática terapêutica.

A ocorrência dessas situações no NAPS propiciava, também, um novo campo de possibilidades para os usuários que poderiam ampliar e propor a presença de pessoas, inclusive de outros usuários, percebidos como interlocutores. Por outro lado, estar em uma instituição aberta favorece visibilidade e transparência, oferecendo, para o usuário, garantias do “olhar público” (GIANNICHECKDA, 1987).

E, sobretudo, ampliava o questionamento dos usuários ou, até mesmo, o controle dos usuários sobre a equipe. Apesar da forte presença cultural da palavra dos trabalhadores como critério de verdade, os usuários do NAPS, puderam, processualmente, indagar as atitudes da equipe, transformando, dessa forma, a ausência de poder dos internados na instituição asilar e, também, o campo de contratualidades da relação usuário-equipe.

Processualmente, o NAPS se constituiu como referência no território para as situações de crise e não apenas para aquelas configuradas como emergência social, ruptura da ordem pública. São inúmeros os momentos que usuários, familiares e pessoas do bairro buscavam a equipe com demandas diversas como: “acho melhor você ir lá porque a minha vizinha não tem saído de casa para nada, nem para a feira e ela mora sozinha”; “eu trouxe meu amigo, ele não queria vir, você sabe, ele tem preconceito que NAPS é lugar de louco, mas ele não está nada bem”.

O que se quer enfatizar é que a permeabilidade da gestão das situações de crise, as intervenções no território e, sobretudo, a presença da equipe nas situações de crise articulando novas respostas, mediando relações, transformando a intervenção violenta, produzindo novas possibilidades de significação de conflitos, consentiam, processualmente, a modificação da percepção dos usuários e das pessoas de sua rede de relações, propiciando a produção de novas possibilidades de interação com a experiência do sofrimento psíquico, abrindo brechas na construção cultural da ausência de valor do louco e no imaginário da periculosidade.

A atenção às situações de crise evidenciou, também, a contradição do mandato social e a complexidade de lidar com a delegação de controle, de custódia e de exclusão. Trata-se, ainda uma vez, de buscar a dialetização, a partir do reconhecimento das implicações sociais da produção desse mandato, da crítica prática em conjunto com os

usuários de seu significado, ampliando a percepção de todos os atores, e, em síntese, assumir a delegação para poder transformá-la.

Nessa perspectiva, a “defesa social” dos usuários pode tornar-se uma forma potente de enfrentar o problema do controle social, buscando transformar o existente, configurando uma outra relação com os usuários em seu contexto relacional e com as instituições do território, mobilizando, com o poder social dos técnicos, o conjunto de recursos, possibilidades e projetos para a reprodução social das pessoas, para a “invenção da saúde” (ROTELLI 1987).

### **Banalidade e riqueza do cotidiano**

Uma das marcas do cotidiano do NAPS era a presença de muitos usuários, familiares e visitantes que entravam e saíam, diversas relações e ações que aconteciam simultaneamente. À primeira vista a impressão poderia ser até mesmo de um lugar algo caótico, em desordem. Um olhar mais próximo poderia distinguir, dentre diversas cenas, pessoas conversando animadamente em uma roda, outras aparentemente sem fazer nada, isoladas, algumas dormindo; ou, então, cenas diversas de pessoas cuidando de outras, às vezes uma pessoa chorando e em outras, gritando, algumas pessoas escrevendo, outras discutindo. Em outras cenas, o som de um violão, a pipoca que de repente lotava a sala de TV, um grupo iniciando a discussão sobre um passeio na praia, o refeitório repleto de pessoas que aguardavam o almoço.

Diversidade de presenças, muitas vezes inquietante, outras, silenciosa e ao mesmo tempo comunicativa; algumas cenas agitadas, outras repetitivas. Alguns usuários em crise, em hospitalidade integral ou diurna; outros participavam de grupos ou de oficinas, alguns frequentavam o NAPS como lugar de referência cotidiana, outros iam fazer as refeições ou, ainda, conversar, encontrar amigos. Forte presença dos usuários que representava, também, uma contradição aberta.

Buscava-se construir o NAPS como serviço com livre acesso, lugar terapêutico e social, espaço para encontro, trocas sociais, lugar de referência, lugar de produção de relações. Presença e ações dos plantonistas, disponibilidade difusa da equipe e ações projetadas combinavam-se na produção cotidiana de um campo aberto para a escuta, para ir

ao encontro dos usuários, para tecer redes de relações e de projetos, denominada, na experiência do NAPS, de “convivência”.

Em diversos momentos de nossa trajetória, a convivência era vivenciada em toda sua riqueza e potencialidade. Com mais ou menos conflitos, o NAPS tornava-se um lugar de proximidade afetiva, de elaboração de múltiplos projetos, de acolhimento de sofrimento, de criação de redes de pertencimento, de ressignificação de histórias, de linguagens e encontros plurais.

Qualquer um que tenha participado, mesmo que por pouco tempo, da vida de um centro ou em geral de um serviço [de saúde mental] foi envolvido na afetividade que emanava e percebeu estar em um laboratório de tratamento porque laboratório de sentido, também para si, se quisesse (DE LEONARDIS et al., 1990, p. 84).

Diferente de um procedimento, tecer a convivência implicava uma prática de constante atravessar a instituição, rompendo as diferentes formas de objetivação do outro, de cristalização de relações, e multiplicando escuta, disponibilidade, afetividade, validação. Desinstitucionalizar as cenas, recusar as respostas simplificadoras desvelava, muitas vezes, um novo olhar para velhas questões: reaproximar-se dos usuários que, embora todos os dias no NAPS, tornaram-se “objetos invisíveis”; decodificar as diversas demandas, problematizar os conflitos, perceber dores silenciadas, crises mudas, necessidades não ditas e “recursos escondidos”.

Estar-com os usuários, aproximar-se das pessoas em crise, inventando novos projetos ou, então, simples gestos de cuidado. Às vezes, convidar para tomar um sorvete, ler uma poesia e, em outras, apenas estar próximo, abriam novas possibilidades de entrar em relação. As contradições presentes na convivência configuravam-se em campo para a reflexão coletiva da equipe: repensar o conjunto da prática terapêutica, redimensionar projetos singulares, redesenhar o trabalho no território, compreender os avanços e os impasses daquele momento do trabalho. .

Em outros momentos, a tensão na relação com a intensa presença dos usuários, com as diversas formas de estar/habitar o NAPS e com as dificuldades de produção de novas respostas gerava iniciativas intempestivas de definição de espaços grupais que deveriam ser iniciados ou, ainda, de formulação e reformulação de “grades de atividades”.

Por vezes, a angústia era tal que a discussão coletiva reduzia-se à tematização sobre a frequência dos usuários no NAPS e, dessa forma, acabava-se discutindo questões como “quem deveria e quem não deveria estar no NAPS e com qual frequência”.

Em geral, logo essas discussões esvaziavam-se: as propostas de ordenação do espaço/tempo e de definição da frequência dos usuários de forma descontextualizada, embora aparentemente diversas, mostravam-se como faces da mesma moeda, isto é, revelavam as impossibilidades e dificuldades do enfrentamento da situação. Retomava-se a reflexão coletiva e buscava-se reconhecer novos caminhos.

A produção da convivência, aparentemente banal, revela-se uma prática complexa. Expressão cotidiana da multidimensionalidade do NAPS, pode evidenciar as possibilidades e os impasses. Aprender a ler os diferentes sentidos das presenças dos usuários, lidar com a multiplicidade de significados das demandas e, sobretudo, compreender a complexa interação entre o estar no NAPS, as histórias dos usuários e seus contextos de vida, os projetos singulares e o lugar da instituição nas relações sociais, constituiu um aprendizado constante.

Nessa perspectiva, a problematização da convivência implica o aprofundamento de diversas questões. Em primeiro lugar, remete ao próprio desafio de produzir o serviço como lugar terapêutico e social, lugar de encontro e de referência, lugar de produção de relações.

As diversas formas de convivência informal ou de espaços grupais não significam, necessariamente, a ruptura com a lógica manicomial do “lugar zero de trocas”. Algumas vezes, essas intervenções ocupavam o lugar de simples absorção de demandas e, em outras, operavam como ordenação do espaço/tempo institucional. Assim, antes de se configurarem como convivência, lugares produtores de relações e de projetos, acabavam por reafirmar o vazio e a inércia institucional: espaços empobrecidos de trocas, de relações afetivas, descontextualizados, privados de sentido.

Tomando como referência as reflexões desenvolvidas por SARACENO (1995, p. ix), podemos dizer que uma questão central a ser enfrentada nos novos serviços é o entreter, tanto no sentido de “manter dentro” como no de “passar o tempo de forma agradável”. Discutindo o problema do entretenimento na psiquiatria, o autor considera que

esse pode ser realizado por meio de formas duras - “dentro” do hospital psiquiátrico, dentro do quarto de isolamento, dentro da contenção, dentro da solidão, dentro da miséria e da violência – mas, também, por meio de formas menos duras com psicofármacos, com colóquios psicoterapêuticos, com atividades recreativas, ergoterápicas, criativas, “dentro” dos ambulatórios, hospitais-dia, e até mesmo dentro da própria família (SARACENO, 1995).

Nessa linha de reflexão, coloca-se um duplo desafio: reconhecer a “miríade de micro-entretenimentos” e, ao mesmo tempo, buscar teórica e praticamente “os caminhos cotidianos para operar micro-rupturas na miríade de micro-entretenimentos” (SARACENO, 1995, p. x).

Uma segunda questão que a reflexão sobre a convivência permite evidenciar refere-se à institucionalização dos usuários no NAPS. Uma primeira aproximação dessa questão pode apresentar o problema da institucionalização associado, de forma genérica, ao tempo: o tempo de atendimento de um usuário no NAPS e a frequência de sua participação.

A perspectiva de BASAGLIA (1981c) de utilização do termo institucionalização com um significado mais amplo ao discutir a “luta contra a institucionalização interna” e a “luta contra a institucionalização externa”, compreendendo-o como relações interpessoais inscritas em processos institucionais e sociais, permite ampliar e redimensionar a reflexão sobre a institucionalização nas/das instituições abertas.

Com esse conteúdo, a abordagem da institucionalização a partir do tempo revelava-se redutora da complexidade dos processos singulares dos usuários no NAPS e até mesmo equivocada considerando as situações de usuários e familiares que, por diferentes razões, podem implicar um acompanhamento de longo percurso. Torna-se necessário colocar em discussão os processos e as relações entre serviço-equipe-usuários-familiares-contexto social e indagar as diversas formas de reprodução, mesmo que *soft*, de relações institucionalizantes.

Nesse sentido, opera-se um deslocamento fundamental: não se trata de uma discussão sobre um usuário como objeto isolado, descontextualizado, um objeto institucional e sim sobre os processos e as relações presentes em seu contexto de vida e no contexto institucional. E, ainda, a reflexão sobre a institucionalização como processos e

relações envolve todos os atores, implica diálogo entre perspectivas diversas e, sobretudo, transformar essas relações e esses processos.

Dessa forma, a indagação central diz respeito aos significados das relações e dos processos usuário-familiar-equipe na produção de projetos de transformação e de enriquecimento das possibilidades concretas de vida dos usuários e dos familiares, de ampliação de redes de pertencimento, de potencialização de poder contratual e de validação do saberes e dos recursos de usuários e de familiares.

Algumas discussões podem trabalhar com a referência do tempo também no sentido de considerar que a presença constante desse ou daquele usuário revela uma relação de dependência do NAPS.

Na experiência santista, autonomia configurou-se como uma noção fundamental. KINOSHITA (1996b, p. 57) discute a autonomia no campo da saúde mental como a “capacidade do indivíduo para gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”.

Com esse conteúdo, diferente de uma visão de autonomia como auto-suficiência ou independência, o autor assinala que um dos problemas dos usuários é a “dependência restrita/restritiva” e que autonomia e dependência de relações/coisas articulam-se no sentido de “possibilitar a ampliação de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para vida” (KINOSHITA, 1996b, p. 57).

Essa transformação de ótica tem implicações fundamentais na prática terapêutica e, podemos dizer, abre uma nova perspectiva para redimensionar e ressignificar a discussão sobre a dependência de usuários no/do NAPS e propicia aprofundar o sentido da produção do serviço como lugar de múltiplos recursos e de referência cotidiana para a produção de relações.

Diferente da oposição simplificadora entre autonomia e dependência, a compreensão de autonomia como relacional, em interação e associada às “dependências múltiplas” implica compreender a autonomia de uma pessoa “e a sua dependência existencial de tudo aquilo que é necessário á sua autonomia, como de tudo aquilo que ameaça a sua autonomia” (MORIN, s/d, p. 159).

Superando a perspectiva de autonomia e dependência como termos absolutos, pode-se trabalhar com a correlação e a conexão autonomia-dependência para refletir sobre as relações usuário-familiar-equipe-serviço-contexto. Nesse sentido, importa compreender os processos dos usuários e dos familiares no NAPS em relação com a produção de projetos transformadores de suas possibilidades de vida.

A terceira questão que a problematização da convivência possibilitava evidenciar refere-se à contradição aberta que a presença de muitos usuários representa. Em outras palavras, convergem para o NAPS demandas múltiplas de ausência de lugares de troca, de empobrecimento das redes sociais, de fragilidade de redes de suporte, de vivência de relações invalidantes, de impossibilidades de comunicação, de dificuldades de ter ou de “habitar” a própria casa e de “produzir e trocar mercadorias e valores” (SARACENO, 1995).

Evidentemente, esse conjunto de demandas não encontra respostas simples e, não por acaso, muitas vezes sua expressão na convivência é geradora de tensão e angústia no cotidiano institucional.

O reconhecimento dessas demandas não é equivalente a uma simples absorção no NAPS ou, ainda, a respondê-las integralmente no interior do NAPS, reatualizando novas formas de “instituições da tolerância” (BASAGLIA, F., 1982c). Por outro lado, a negação dessas demandas impossibilita o enfrentamento da contradição e, ainda uma vez, a compreensão das pessoas em seu contexto e a complexidade das relações loucura e exclusão.

A contradição aberta requer, de um lado, compreender o lugar dos serviços substitutivos nas relações sociais e na produção de movimentos e projetos transformadores das possibilidades de vida de usuários e familiares. E, de outro, significa produzir o NAPS como lugar de produção de relações e de projetos, superando as armadilhas de constituir-se como “espaço reservado à loucura” e, ao mesmo tempo, transcendendo suas fronteiras e, em conjunto com os usuários e os familiares, enriquecer as possibilidades de convivência nos contextos sociorelacionais e produzir, na cidade, redes de lugares inventados para as trocas sociais.

## **Habitar os territórios**

Na implantação do NAPS, a equipe inicial produziu um conjunto de reuniões na Zona Noroeste para discutir o significado social do manicômio, as diferentes percepções sobre a experiência da loucura, os processos de inclusão/exclusão social e os direitos de cidadania.

Algumas dessas discussões foram articuladas com os grupos organizados da região, e outras foram realizadas de forma totalmente artesanal: com um carro, uma televisão e um vídeo, os trabalhadores paravam em pontos estratégicos do território e convidavam os moradores para participar do debate e da projeção de vídeos sobre a intervenção. Aos poucos, as pessoas se aproximavam, narravam suas histórias, criticavam a internação no Anchieta e, até mesmo, demandavam atendimento. Outras pareciam surpresas com a proposta de criação do NAPS, questionavam essa possibilidade e distanciavam-se.

As discussões ampliavam-se. O Anchieta não era uma realidade desconhecida das pessoas. Tampouco a exclusão, o desenraizamento sociocultural da migração, a ausência de direitos e de políticas públicas. A Zona Noroeste, área distante do centro da cidade, depois dos morros, era percebida por seus moradores e os da orla da praia como não fazendo parte de Santos. A ocupação desordenada, resultado do crescimento urbano acelerado e do deslocamento de populações menos favorecidas, produziu uma significativa presença de habitações sem infra-estrutura urbana, moradias de palafitas sobre o mangue e favelas concentradas em “bolsões de miséria” (NICÁCIO, 1994).

Iniciava-se, assim, a proposição de construção do NAPS como serviço no/do território. Articulado à responsabilização pela demanda, à *porta aberta*, à atenção às situações de crise, o trabalho territorial expressa e compõe a própria transformação da prática terapêutica: responsabilidade e relação da equipe com pessoas que vivem em um território e não com objetos isolados e descontextualizados.

A presença do serviço no território não significa, em si mesma, um indicador de desinstitucionalização, isto é, o serviço configura-se como territorial nas práticas concretas de interação com os usuários, com os familiares, com as pessoas e as instituições. Dessa forma, o trabalho no território não é deslocamento do *locus* de intervenção e requer a

ruptura com os muros do manicômio, mas, também, com os muros que se produzem cotidianamente nas formas de conhecer e de interagir com a demanda. Nas palavras de SARACENO (1995, p. 68), “o muro do manicômio a ser derrubado é qualquer muro que impede de ver (e usar) outros saberes e recursos”.

Distante de uma visão de comunidade como totalidade homogênea e sem conflitos, a compreensão do território como lugares sociais vivos, atravessados por múltiplas instituições, poderes contratuais, culturas, redes de relações e processos de produção de sentido e de valores, inscreve a multidimensionalidade do trabalho territorial.

A partir das necessidades dos usuários que emergiam nos percursos terapêuticos, a presença e a implicação da equipe nos contextos reais de vida buscava reconhecer as possibilidades de produção e de potencialização das redes sociais no sentido de operarem como redes de trocas e de suporte para os projetos com os usuários.

Com essa perspectiva, entravam em cena os familiares, mas também os vizinhos, os amigos, os colegas de trabalho, o dono da padaria, os participantes da associação de moradores do bairro. A equipe buscava aproximar-se das pessoas, entrar em relação, mediar conflitos, produzir novas formas de comunicação e de interação. Uma prática artesanal, processual, com diversas idas e vindas e, ao mesmo tempo, produtora de infinitas possibilidades de combinações de relações e recursos: o familiar, embora com diversas dificuldades de contato com o usuário, assume acompanhá-lo todos os dias ao NAPS; o vizinho, inicialmente muito crítico da proposta, aproxima-se e, com muitas conversas, aos poucos, parece começar a interagir de forma diferente com a usuária; os representantes de uma associação oferecem o espaço para a realização de iniciativas comunitárias; o Corpo de Bombeiros apresenta uma proposta para a festa na praça; o Grupo de Rap é muito receptivo aos usuários.

Por outro lado, o encontro com as dificuldades revela novas necessidades e exige, muitas vezes, a elaboração de respostas provisórias: a situação da casa de um usuário requer uma reforma, mas sem a disponibilidade de recursos, será necessário pensar em hospitalidade no NAPS; os conflitos gerados em uma situação de crise requerem recomeçar o trabalho com os vizinhos, mas não nesse momento.

A ruptura da tutela asilar suscita e requer o envolvimento de diversas pessoas que têm diferentes responsabilidades, potencialidades e impossibilidades de ação, que estão próximas ou distantes, presenças pontuais ou de longo percurso, mais ou menos conflitiva. Tomando como referência a reflexão desenvolvida por DE LEONARDIS (1990) sobre os atores da desconstrução do manicômio, podemos dizer que, também na produção dos serviços no território, a mobilização das pessoas expressa a qualidade e a complexidade da transformação em curso.

A perspectiva de ampliar os atores envolvidos para multiplicar respostas para as necessidades dos usuários requereu, também, ativar a responsabilidade do conjunto das instituições que compõem o circuito sociosanitário. O trabalho com as equipes do pronto-socorro, das policlínicas, dos serviços municipais de esportes e de educação, com os conselheiros tutelares, foi construído, passo a passo, acompanhando os usuários em projetos singulares, interferindo no encaminhamento para internação no Anchieta e participando de reuniões, e possibilitou reconhecer e ativar novas alianças no território.

Ao mesmo tempo, esse percurso significou, também, confrontar-se com as diversas formas de filtro da demanda, de invalidação e exclusão das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico. Enfrentar e buscar transformar as respostas institucionalizadas - “não sei”, “não pode”, “paciente psiquiátrico?” - engendrou um conjunto de conflitos e requereu o envolvimento de setores da administração municipal e a construção do NAPS como ator protagonista de mudanças. Para atravessar as instituições do território “é necessário poder institucional para usá-las, persuadi-las, transformá-las” (DE LEONARDIS et al., 1990, p. 74-5).

Esse conjunto de práticas constituiu, processualmente, um processo de aprendizagem: “aprender a ativar e a descobrir recursos” (SARACENO, 1995), a reconhecer e a validar os saberes das pessoas. Com esse conteúdo, o trabalho territorial implica a recusa de atribuir legitimidade apenas ao saber técnico e de anular os repertórios de saberes dos usuários, dos familiares e das pessoas do território.

Por outro lado, a participação de todos os atores, pautada em relações de reciprocidade e de contratualidade, gera, necessariamente, diálogos, conflitos, negociação. Nas palavras de SARACENO:

O hospital psiquiátrico é um dispositivo eficiente para silenciar o conflito gerado pelo paciente (na família, na comunidade e no interior do hospital) e, ao mesmo tempo, o conflito gerado pela família e pela comunidade do paciente: conflitos que dizem respeito a interesses diversos e freqüentemente contrastantes. A desinstitucionalização é também liberação e escuta do conflito (dos interesses contrastantes): o paciente não mais recluso, a família aliviada e a comunidade tutelada (SARACENO, 1995, p.74).

A prática do trabalho territorial e da atenção à crise revelou, também, as diversas formas de abandono, de violência e de confinamento domiciliar. Situações complexas que exigiam a articulação entre os setores da administração municipal e abriam um conjunto de indagações. De certa forma, podemos dizer que o trabalho no território apenas se iniciava, isto é, tratava-se de começar a empreender, também, projetos para os territórios. Nas palavras de ROTELLI (2000): “ocupar-se do sofrimento das pessoas coloca, necessariamente, a questão do desenvolvimento local”.

A experiência do NAPS revela que são múltiplos os desafios no fazer-se cotidiano serviço aberto, territorial, 24 horas, efetivamente substitutivo.

O toque, o abraço, o convite: “vem cá, vamos tomar um café”, outras vezes, a fala afetiva, mas firme e decidida, às vezes “apenas” estar junto; em outros momentos, caminhar pela Zona Noroeste, descobrindo, inesperadamente, novos lugares afetivos dos usuários, o trabalho coletivo e a cotidiana possibilidade de fazer junto teceram algumas das mais belas passagens do NAPS. Aprendemos, sobretudo, a caminhar junto com os usuários e com os familiares: encontrar atalhos, perder-se nas florestas, ir e voltar, descobrir pontes, atravessar rios, ver novas paisagens. Os desafios são muitos, mas infinitas são as possibilidades de produção de novas relações com a experiência da loucura.

***5 - FINALIZANDO***

A compreensão sobre a reforma psiquiátrica como processo social, multidimensional, revela a riqueza dos percursos trilhados, em particular nos anos 1990: a vitalidade do movimento social, a ampliação e o fortalecimento do protagonismo e da contratualidade dos usuários e dos familiares, a produção de novas instituições e de diversas experiências locais e a aprovação das leis nacional, estaduais e municipais expressam a qualidade e a complexidade do processo de transformação.

Atualmente, não obstante a difusão das proposições da reforma psiquiátrica, o panorama nacional é heterogêneo e evidencia a centralidade do modelo asilar e o movimento instituinte de criação de novos serviços e projetos locais. A realidade da maioria das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico segue sendo a violência, a ausência de direitos, a invalidação, a exclusão, as internações de longa permanência ou as temporárias e recorrentes nos hospitais psiquiátricos, as diferentes formas de abandono e reclusão domiciliar.

Distante de reduzir o processo ao campo técnico-assistencial, compreendemos que a efetivação da reforma psiquiátrica, no contexto da implementação do sistema de saúde público, universal, equânime e com controle social, coloca em cena a construção de políticas públicas orientadas para a produção de cidadania e para a redução das desigualdades sociais e, ao mesmo tempo, a transformação das práticas concretas, a produção de “novos modos de pensar e agir em saúde”.

Nessa perspectiva, podemos dizer que a ampliação, o fortalecimento e a produção de projetos locais constituem um dos principais desafios do momento atual da reforma psiquiátrica e, nesse contexto, a produção dos serviços de atenção psicossocial e, em particular, dos serviços de atenção psicossocial 24 horas, pode ocupar um lugar estratégico na “invenção de novas realidades”.

Diversas experiências vêm buscando transformar o modelo asilar, criando novos serviços, projetos e ações, construindo os direitos das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico e produzindo novas respostas à complexidade e à multidimensionalidade das necessidades que emergiram com a ruptura da tutela asilar. Experiências singulares que compõem um rico conjunto de possibilidades inovadoras.

São múltiplos os desafios na produção de serviços substitutivos. Dentre os diversos caminhos possíveis para refletir sobre esses desafios, compreendemos que o saber crítico construído nas práticas de transformação da realidade das experiências de Gorizia e de Trieste expressa e propõe uma diferente perspectiva ética, teórica e política para compreender a questão da loucura e as relações produzidas no contexto social e possibilita uma nova forma de pensar a invenção de serviços substitutivos

Ancorada nessa perspectiva e em diálogo com as proposições de novos modos de pensar e agir em saúde, buscamos, sobretudo, elaborar e refletir sobre algumas das dimensões presentes na produção do NAPS como serviço aberto, territorial, 24 horas e substitutivo. Um processo complexo que colocava cotidianamente o desafio de superação do manicômio, compreendido como superação material, conceitual, sociocultural e de produção de novas realidades.

Com base no conjunto de reflexões e nas discussões desenvolvidas em cada uma das temáticas, podemos dizer que os serviços tornam-se substitutivos na *invenção de uma nova realidade* que possibilite a criação de novos diálogos com a complexidade da *existência-sofrimento*, de itinerários de exercício de direitos e de um novo lugar social para a experiência da loucura.

E, exatamente esse o desafio: inventar uma nova realidade. Retomando BASAGLIA, a produção de novas proposições requer um processo contínuo de crítica, de verificação e de transformação da realidade: “viver as contradições do real”, questionando a realidade produzida, recusando os diversos esquemas validados *a priori* que, anulando as contradições, acabam por resultar na cristalização do processo, isto é, perdem sua possibilidade de diálogo e de transformação da realidade.

Para BASAGLIA, projetar novos serviços, inscritos na produção de uma nova ética e de novas relações entre cidadãos-instituições-sociedade, a partir da transformação da realidade na qual se age, implica, também, revisitar a relação entre realidade e utopia, transitar entre utopia e realidade, utopia como desenho que transcende a realidade dada para transformá-la: “utopia da realidade” (BASAGLIA, F. e BASAGLIA, F.O., 1982c).

***6 – REFERÊNCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS***

ALVES, D. S. N. Impasses e desafios da reforma psiquiátrica. In: CONGRESSO DE SAÚDE MENTAL DO RIO DE JANEIRO, I, 1996, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1996a. 12p.

ALVES, D. S. N. Reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO MUNDIAL DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL, V, 1996, Rotterdam. Holanda, 1996b. 11p.

ALVES, D. S. N. Entrevista. **Jornal “O COFFITO”**. Publicação do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Brasília, 1996c. p. 7-10.

ALVES, D. S. N. Por um Programa de Apoio à Desospitalização: o PAD enquanto estratégia nacional de reabilitação. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996d. p.27-30.

ALVES, D. S. N.; SEIDL, E. F.; SCHECHTMAN, A.; SILVA, R. C. Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 195-201.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. 141p.

AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 163-85.

AMARANTE, P.; CARVALHO, A. L.; UHR, B.; ANDRADE, E. A.; MOREIRA, M. C. N.; SOUZA, W. F. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. 132p.

BARRIENTOS, G.; SÁNCHEZ, J. R.; MIER, M. V.; MARTÍNEZ, C. La reorientación de la atención psiquiátrica en Cuba. In: SALUD MENTAL HACIA LA ATENCIÓN PRIMARIA, 1995, Habana. **Memorias**: reorientación de la psiquiatria hacia la atención primaria. Cuba: Ed. Cooperazione Italiana, 1996. p. 23-35.

BARROS, D. D. A desinstitucionalização é desospitalização ou desconstrução? **Rev Ter Ocup Univ**, 1/2: 101-6, 1990.

BARROS, D. D. **Jardins de Abel**. Desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: EDUSP/Lemos Editorial, 1994. 155p.

BASAGLIA, F. O. Premessa. In: BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Franco Basaglia. Scritti I (1953-1968)**. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia. Torino: Einaudi, 1981a. p. ix-x.

BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Franco Basaglia. Scritti I (1953-1968)**. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia. Torino: Einaudi, 1981b. 521p.

BASAGLIA, F. O. (A cura di) **Franco Basaglia. Scritti II (1968-1980)**. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica. Torino: Einaudi, 1982. 485p.

BASAGLIA, F.O. Tutela, diritti e disuguaglianza dei bisogni. In: GIANNICHECKDA, M. G.; BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Psichiatria, tossicodipendenze, perizia**. Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio. Milano: Franco Angelli, 1987. p. 38-52.

BASAGLIA, F. O. **Mario Tommasini**. Vida e feitos de um democrata radical. São Paulo: Hucitec, 1992. 105p.

BASAGLIA, F. O. Apresentação. In: AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 13-4.

BASAGLIA, F. O. Prefazione. In: BASAGLIA, F. (Org.). **Che cos'è la psichiatria?** 3. ed. Milano: Baldini & Castoldi, 1997. p. 5-14.

BASAGLIA, F. Che cos'è la psichiatria? In: BASAGLIA, F. (A cura di). **Che cos'è la psichiatria?** Torino: Einaudi, 1973a. p. 3-13.

BASAGLIA, F. **A psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão, a favor do otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates, 1979a. 158p.

BASAGLIA, F. Prefazione. In: VENTURINI, E. (A cura di). **Il giardino del gelsi**. Torino: Einaudi, 1979b. p. vii-xiii.

BASAGLIA, F. Introduzione generale ed esposizione riassuntiva dei vari gruppi di lavoro. In: BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Franco Basaglia. Scritti I (1953-1968)**. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia. Torino: Einaudi, 1981a. p. xix-xliv.

BASAGLIA, F. La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione. Mortificazione e libertà dello "spazio chiuso". Considerazioni sul sistema "open door". (1964). In: BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Franco Basaglia. Scritti I (1953-1968)**. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia. Torino: Einaudi, 1981b. p. 249-58.

BASAGLIA, F. La "comunità terapeutica" come base di un servizio psichiatrico. Realtà e prospettive. In: BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Franco Basaglia. Scritti I (1953-1968)**. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia. Torino: Einaudi, 1981c. p. 259-82.

BASAGLIA, F. La libertà comunitaria come alternativa alla regressione istituzionale. In: BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Franco Basaglia. Scritti I (1953-1968)**. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia. Torino: Einaudi, 1981d. p. 394-409.

BASAGLIA, F. Potere ed istituzionalizzazione. Dalla vita istituzionale alla vita di comunità. In: BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Franco Basaglia. Scritti I (1953-1968)**. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia. Torino: Einaudi, 1981e. p. 283-93.

BASAGLIA, F. Corpo e istituzione. Considerazione antropologiche e psicopatologiche in tema di psichiatria istituzionale. In: BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Franco Basaglia. Scritti I (1953-1968)**. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia. Torino: Einaudi, 1981f. p. 428-41.

BASAGLIA, F. Presentazione a Che cos'è la psichiatria? In: BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Franco Basaglia. Scritti I (1953-1968)**. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia. Torino: Einaudi, 1981g. p. 384-93.

BASAGLIA, F. Crisi istituzionale o crisi psichiatrica? In: BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Franco Basaglia. Scritti I (1953-1968)**. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia. Torino: Einaudi, 1981h. p. 442-54.

BASAGLIA, F. Le istituzioni della violenza. In: BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Franco Basaglia. Scritti I (1953-1968)**. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia. Torino: Einaudi, 1981i. p. 471-505.

BASAGLIA, F. L'ideologia del corpo come espressività nevrotica. In: BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Franco Basaglia. Scritti I (1953-1968)**. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia. Torino: Einaudi, 1981j. p. 342-75.

BASAGLIA, F. Appunti di psichiatria istituzionale. In: BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Franco Basaglia. Scritti II (1968-1980)**. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica. Torino: Einaudi, 1982a. p. 47-72.

BASAGLIA, F. La comunità terapeutica e le istituzioni psichiatriche. In: BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Franco Basaglia. Scritti II (1968-1980)**. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica. Torino: Einaudi, 1982b. p. 3-13.

BASAGLIA, F. Le istituzioni della violenza e le istituzioni della tolleranza. In: BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Franco Basaglia. Scritti II (1968-1980)**. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica. Torino: Einaudi, 1982c. p. 80-6.

BASAGLIA, F. Lettera da New York. Il malato artificiale. In: BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Franco Basaglia. Scritti II (1968-1980)**. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica. Torino: Einaudi, 1982d. p. 96-104.

BASAGLIA, F. Riabilitazione e controllo sociale. In: BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Franco Basaglia. Scritti II (1968-1980)**. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica. Torino: Einaudi, 1982e. p. 199-208.

BASAGLIA, F. Lezione/conversazione con gli infermieri. In: MAURI, D. (A cura di). **La libertà è terapeutica? L'esperienza psichiatrica di Trieste**. Milano: Feltrinelli, 1983. p. 41-7.

BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: BASAGLIA, F. (Org.). **A instituição negada**. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985a. p. 99-133. Título original: L'istituzione negata.

BASAGLIA, F. A instituição negada. In: BASAGLIA, F. (Org.). **A instituição negada**. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985b. p. 13-98. Título original: L'istituzione negata.

BASAGLIA, F. Apresentação. In: BASAGLIA, F. (Org.). **A instituição negada**. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985c. p. 9-11. Título original: L'istituzione negata.

BASAGLIA, F. (Org.). **A instituição negada**. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985d. 326p. Título original: L'istituzione negata.

BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Crimini di pace**. Ricerche sull'intellettuali e sui tecnici come addetti all'opressione. 2. ed. Torino: Einaudi, 1975. 478p.

BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F. O. Un problema di psichiatria istituzionale. L'esclusione come categoria socio-psichiatrica (1966). In: BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Franco Basaglia. Scritti I (1953-1968)**. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia. Torino: Einaudi, 1981. p. 309-28.

BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F. O. La malattia e il suo doppio. Proposte critiche sul problema delle devianze In: BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Franco Basaglia. Scritti II (1968-1980)**. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica. Torino: Einaudi, 1982a. p. 126-46.

BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F. O. La maggioranza deviante. In: BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Franco Basaglia. Scritti II (1968-1980)**. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica. Torino: Einaudi, 1982b. p. 155-84.

BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F.O. L' utopia della realtà. In: BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Franco Basaglia. Scritti II (1968-1980)**. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull' assistenza psichiatrica. Torino: Einaudi, 1982c. p. 339-48.

BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F. O. Crimini di pace. In: BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Franco Basaglia. Scritti II (1968-1980)**. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica. Torino: Einaudi, 1982d, p. 235-338.

BASAGLIA, F.; GALLIO, G. **La chiusura dell'ospedale psichiatrico**. Testo elaborato nel quadro del Subprogetto Prevenzione Malattie Mentali/CNR. Trieste: Archivio del Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale, 1976. 3p.

BASAGLIA, F.; GIANNICHECKDA, M. G. Legge e psichiatria. Per un'analisi delle normative in campo psichiatrico. In: BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Franco Basaglia. Scritti II (1968-1980)**. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica. Torino: Einaudi, 1982. p. 445-66.

BASAGLIA, F.; MINGUZZI, G. F.; BASAGLIA, F. O. Esclusione, programmazione e integrazione. Appunti sulla realtà psichiatrica italiana. In: BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Franco Basaglia. Scritti I (1953-1968)**. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia. Torino: Einaudi, 1981a. p. 410-423.

BASAGLIA, F.; MINGUZZI, G. F.; BASAGLIA, F. O.; SCALIA, G. Dare um nome all'opressione. In: BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Franco Basaglia. Scritti I (1953-1968)**. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia. Torino: Einaudi, 1981b. p. 424-7.

BRAGA CAMPOS, F. C. **O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos**. Campinas. 2000. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

BRAGA CAMPOS, F. C.; HENRIQUES, C. M. P. (Org.). **Contra a maré, à beira mar: a experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Scritta, 1996. 251p.

BRASIL. **Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934**. Dispõe sobre a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas. Rio de Janeiro, 1934.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social/CONASP. **Anais do CONASP**. Atas das reuniões e anexos principais. 24 novembro 1981 a 28 junho 1983. Rio de Janeiro, 1983. v. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF, 1988. 40p.

BRASIL. Projeto de Lei 3.657/89. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. **Diário do Congresso Nacional**, Brasília, 29 setembro, 1989.

BRASIL. Portaria SNAS 189 de 19 de novembro de 1991. **Diário Oficial da União**, 11 de dezembro de 1991. Brasília, 1991.

BRASIL. Portaria SNAS 224 de 29 de janeiro de 1992. **Diário Oficial da União**, 30 de janeiro de 1992. Brasília, 1992a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenadoria de Saúde Mental. **Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF, 1992b. 63p.

BRASIL. Portaria SAS 407 de 30 de junho de 1992. **Diário Oficial da União**, 07 de janeiro de 1993. Brasília, 1993a.

BRASIL. Portaria SAS 408 de 30 de dezembro de 1992. **Diário Oficial da União**, 07 de janeiro de 1993. Brasília, 1993b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 93, de 2 de dezembro de 1993**. Brasília, DF, 1993c. 1p.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenadoria de Saúde Mental. **Minuta de Portaria de criação do Programa de Apoio à Desospitalização**. Brasília, DF, 1995a. 15p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 159, de 6 de julho de 1995**. Brasília, DF, 1995b. 1p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenadoria de Saúde Mental. **Minuta de Portaria de Lares Abridados**. Brasília, DF, 1997. 5p.

BRASIL. Redação final do Substitutivo do Senado ao Projeto de Lei da Câmara n. 8, de 1991 (n. 3.657, de 1989, na Casa de origem). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Transformado na Lei n. 10.216. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1999a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 299, de 2 de dezembro de 1999**. Brasília, DF, 1999b. 1p.

BRASIL. Portaria GM 1.077 de 24 de agosto de 1999. **Diário Oficial da União**, 25 de agosto de 1999. Brasília, 1999c.

BRASIL. Portaria GM 106 de 11 de fevereiro 2000. **Diário Oficial da União**, 14 de fevereiro de 2000. Brasília, 2000a.

BRASIL. Portaria GM 799 de 19 de julho de 2000. **Diário Oficial da União**, 20 de julho de 2000. Brasília, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental. **Caderno Informativo**. Brasília, DF, 2001. 85p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental**. 1990-2002. Série E. Legislação em saúde. 3. ed. rev. e atual. Brasília, DF, 2002a.

BRASIL. Lei n. 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Legislação em saúde mental**. 1990-2002. Série E. Legislação em saúde, Brasília, 3. ed. rev. e atual., 2002b.

BRASIL. Portaria GM 336 de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, 20 de fevereiro de 2002. Brasília, 2002c.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992a. 219p.

CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. **Saúde em Debate**, 37: 16-19, 1992b.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-87.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997a. p. 229-66.

CAMPOS, G. W. S. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva para a organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997b. p. 143-61.

CAPISTRANO FILHO, D. A casa dos horrores. In: CAPISTRANO FILHO, D. **Da saúde e das cidades**. São Paulo: Hucitec, 1995a. p. 99-120.

CAPISTRANO FILHO, D. **Da saúde e das cidades**. São Paulo: Hucitec, 1995b. 155p.

CAPISTRANO FILHO, D. O otimismo da vontade e a defesa da vida. In: CAPISTRANO FILHO, D. **Da saúde e das cidades**. São Paulo: Hucitec, 1995c. p. 40-1.

CAPISTRANO FILHO, D. O programa de saúde da família em São Paulo. **Revista de Estudos Avançados**, 13(35): 89-99, 1999.

CAPISTRANO FILHO, D. Conferência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, VI, 2000, Salvador. Bahia, 2000. 6p.

CAPISTRANO FILHO, D.; TYKANORI, R. O programa de saúde mental da cidade de Santos, Brasil. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Reestruturação da assistência psiquiátrica**: bases conceituais e caminhos para sua implementação. Caracas, Conferência Regional, 11 a 14 novembro 1990. Brasília, Programa de Prevenção de Saúde, 1992. p. 20-2.

CASTEL, R.; EL KAIM, M. La costituzione del Reseau. In: BATTISTON, E.; COSTANTINO, M.; FAORO, F.; PICCARDO, C.; REALI, M. **Il circuito del controllo**: dal manicomio al decentramento psichiatrico. Atti e documenti del Reseau di alternativa alla psichiatria. Trieste: Ed. Cooperativa Libreria, 1980. p. 11-21.

CECÍLIO, L. C. O. Prólogo. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 11-28.

COLUCCI, M; DI VITTORIO, P. **Franco Basaglia**. Milano: Bruno Mondadori, 2001. 328p.

COMISSÃO NACIONAL DE REFORMA PSIQUIÁTRICA. **Declaração da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica no Dia Mundial da Saúde**. Brasília, DF, 1997. 2p.

COMUNE DI TRIESTE. Assessorato alla Cultura. **Trieste dei manicomi**. Antologia precaria di un cambiamento epocale – diciannove fotografi raccontano. Trieste: Cultura Viva, 1998. 199p.

CREPET, P.; DE PLATO, G.; GIANNICHEDDA, M. G. Il dipartimento di salute mentate: linee di attuazione della riforma. In: CREPET, P.; DE PLATO, G.; DE SALVIA, D.; GIANNICHEDDA, M. G. (A cura di). **Fra regole e utopie**. Ipotesi e pratiche per una identificazione del campo psichiatrico. Milano: Feltrinelli, 1984. p. 109-23.

DE LEONARDIS, O. Decostruzione, innovazione: strategie cognitive della deistituzionalizzazione. In: **La pratica terapeutica tra modello clinico e riproduzione sociale**. Pistoia: Cooperativa Centro Documentazione Editrice, 1987. p. 248-58.

DE LEONARDIS, O. **Il terzo escluso**: le istituzioni come vincoli e come risorse. Milano: Feltrinelli, 1990. 229p.

DE LEONARDIS, O.; MAURI, D.; ROTELLI, F. Prevenir a prevenção. In: NICACIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 65-87.

DELGADO, J. **A loucura na sala de jantar**. Santos: Edição do autor, 1991. 125p.

DELGADO, P. G. G. No litoral do vasto mundo: lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica. In: VENANCIO, A. T.; CAVALCANTI, M. T. (Org.). **Saúde mental: campo, saberes e discursos**. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001. p. 283-90.

DELL'ACQUA, G. **Non ho l'arma che uccide il leone**. Storie del manicômio di Trieste. Trieste: Cooperativa Editoriale Via Gambini, 1978. 155p.

DELL'ACQUA, G. Sulla necessità del cambiamento. Vent'anni dopo. **Fogli di informazione**. Documenti e ricerche per l'elaborazione di pratiche alternativa in campo psichiatrico e istituzionale, Pistoia, n. 178, p. 1-9, jul./set. 1998a.

DELL'ACQUA, G. Trieste vent'anni dopo. Dalla critica alle istituzioni della psichiatria alle istituzioni della salute mentale. In: BUTTURINI, G. **C'era una volta volta l'ospedale psichiatrico**. Brescia: Areamarket, 1998b. p. 33-43.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. Estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: DELGADO, J. **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Ed. Autor, 1991. p. 53-79.

DESVIAT, M. **La reforma psiquiátrica**. Madrid: DOR Ediciones, 1994. 197p.

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE **La Guida ai Servizi di Salute Mentale**. Trieste: Confini-Cooperativa Sociale, 2002. 114p.

**EM NOME da razão**. Produção de Helvécio Ratton. Belo Horizonte, 1979. I fita de vídeo (25 min), VHS, son., p&b.

FREIRE, P.; HORTON, M. **O caminho se faz caminhando**. Conversas sobre educação e mudança social. Petrópolis, Vozes, 2002. 229p.

FURTADO, J.; PACHECO, R. Moradias extra-hospitalares em Campinas: Reflexões sobre uma experiência. In: VENANCIO, A. T.; LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. G. (Org.). **O campo da atenção psicossocial**. Anais do I Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1997. p. 85-94.

GALLIO, G. Fasi della de-istituzionalizzazione: alcune parole chiave. In: MAURI, D. (A cura di). **La libertà è terapeutica?** L'esperienza psichiatrica di Trieste. Milano: Feltrinelli, 1983. p. 17-40.

GALLIO, G. (A cura di). **Nell'impresa sociale**. Cooperazione, lavoro, ri-abilitazione, culture di confine nelle politiche di salute mentale. Trieste: Edizione E, 1991. 305p.

GALLIO, G.; MEZZINA, R. Il funzionamento del servizio psichiatrico territoriale sulle 24 ore. In: RIGHETTI, A. (A cura di). **La questione psichiatrica**. I dieci anni della 180. Pordenone: Centro Studi per la Ricerca, la Formazione, L'Educazione Sanitaria nel campo della Salute Mentale Regione Friuli-Venezia Giulia, 1988. p.209-21.

GIANNICHEDDA, M. G. Sul servizio psichiatrico forte. In: CREPET, P.; DE PLATO, G.; DE SALVIA, D.; GIANNICHEDDA, M. G.; (A cura di). **Fra regole e utopie**. Ipotese e pratiche per una identificazione del campo psichiatrico. Milano: Feltrinelli, 1984. p. 231-38.

GIANNICHEDDA, M. G. Forme di tutela, diritti, modelli di servizio. In: GIANNICHEDDA, M. G.; BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Psichiatria, tossicodipendenze, perizia**. Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio. Milano: Franco Angeli, 1987. p. 17-37.

GOERGEN, R. Il Posto delle Fragole. Un'esperienza di lavoro. In: **La foresta di pietra**. Conferenza dei servizi di salute mentale. Trieste, 13/14 maggio di 1992. Trieste: Edizioni E, 1993. p. 80-7.

GOLDBERG, J. **Clínica da psicose**: um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1994. 168p.

- ITALIA. **Legge n. 180 di 13 di maggio di 1978**. Norme per gli accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori. Itália, 1978. 5p.
- ITÁLIA. **Legge Finanziaria 1994**, di 23 di dicembre di 1994. Itália, 1994a.
- ITÁLIA. **Progetto Obiettivo “Tutela della salute mentale 1994-1996”**. Itália, 1994b.
- ITÁLIA. **Legge Finanziaria 1996, di 23 di dicembre di 1996**. Itália, 1996. .
- ITÁLIA. **Legge Finanziaria 1997, di 27 di dicembre di 1997**. Itália, 1997.
- ITÁLIA. Ministero della Sanità. **Stato di realizzazione dei Dipartimenti di Salute Mentale**. Data di rilevazione: 31 di marzo di 1998. Itália, 1998a. 100p.
- ITÁLIA. Ministero della Sanità. Sintesi della relazione sullo stato di attuazione del processo di superamento degli ospedali psichiatrici. Roma, 24 febbraio 1999. In: ASSOCIAZIONE CENTRO DI DOCUMENTAZIONE **Fogli di Informazione**, n. 179, anno XXVI, p. 1-14, ott./dic. 1998b.
- ITÁLIA. **Progetto Obiettivo “Tutela della salute mentale 1998-2000”**. Itália, 1999..
- ITÁLIA. Ministero della Sanità. Giornata di Preparazione alla Conferenza Nazionale di Salute. **Riepilogo del monitoraggio sul superamento degli ex O. P. dal 31/12/96 al 31/12/99**. Roma, 2000. 7p.
- KINKER, F. Trabalho como produção de vida. **Rev Ter Ocup Univ**, 8(1): 42-8, 1997.
- KINOSHITA, R. T. Em busca da cidadania. In: BRAGA CAMPOS, F. C.; HENRIQUES, C. M. P. (Org.). **Contra a maré, à beira mar: a experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Scritta, 1996a. p.39-49.
- KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996b. p.55-9.
- KINOSHITA, R. T. **O Outro da reforma: contribuições da teoria da autopoiese para a problemática da cronicidade no contexto das reformas psiquiátricas**. Campinas, 2001. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).
- LANCETTI, A. (Org.). **Saúde mental e cidadania**. São Paulo: Mandacarú/ Plenária dos Trabalhadores em Saúde Mental, 1987. 93p.

- LEAL, M. E. **A noção de cidadania como eixo da prática clínica**: uma análise do programa de saúde mental de Santos. Rio de Janeiro, 1994. (Dissertação – Mestrado – Universidade do Estado do Rio de Janeiro).
- LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. **Physis**, 1(1): 77-96, 1991.
- MACHADO, A. **Poesia**. Madrid, Alianza Editorial, 1981. 143p.
- MÂNGIA, E. F. Terapia ocupacional em ambulatório de saúde mental: subsídios para avaliação. **Rev Ter Ocup Univ**, 1/2: 87-100, 1990.
- MELMAN, J. Centro de atenção psicossocial: a metamorfose como estratégia. **Rev Ter Ocup Univ**, 3: 54-9, 1992.
- MELO, J. A. C. Apresentação. In: CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991. p. 9-10.
- MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O.; NOGUEIRA FILHO, R. C. Por um modelo tecnoassistencial em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Saúde em Debate**, 33: 83-93, 1991.
- MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. 385p.
- MEZZINA, R.; COLUCCI, M.; DELL’ACQUA, G. La comunità possibile. In: FERRUTA, A.; FORESTI, G.; PEDRIALI, E.; VIGORELLI, M. **La comunità terapeutica**. Tra mito e realtà. Lugar: Raffaello Cortina Editore, 1998. p.144-63.
- MEZZINA, R.; CASAGRANDE, D; DELL’ACQUA, G.; NORCIO, B.; PULLIA, G.; REALI, M. et al. Critiche e logiche di intervento nella pratica terapeutica territoriale. In: DEBERNARDI, A.; MEZZINA, R.; NORCIO, B. (A cura di). **Salute mentale**. Pragmatica e complessità. Trieste: Dipartimento di Salute Mentale/Centro Studi e Ricerche Regionale per la Salute Mentale, 1992. p. 651-81. v.2.
- MORIN, E. **O Método I**. A natureza da natureza. Mira-Sintra, Europa-América, s/d. 363p.
- MORIN, E. **Ciência com consciência**. Mira-Sintra, Europa-América, s/d. 255p.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL. O Manifesto de Bauru. **Jornal do Psicólogo**, 7(21):04, 1987.

MOVIMENTO NACIONAL DE LUTA ANTIMANICOMIAL. **Carta ao Congresso Nacional: “Senado: manicômio, não. (A) gente cidadão”**. Brasília, DF, 1996. 2p.

MOVIMENTO NACIONAL DE LUTA ANTIMANICOMIAL. Carta de princípios do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial. In: MOVIMENTO NACIONAL DE LUTA ANTIMANICOMIAL. **Dossiê: a trajetória da reforma psiquiátrica e a trajetória do Movimento**. Belo Horizonte, MG, 1997a. 125p.

MOVIMENTO NACIONAL DE LUTA ANTIMANICOMIAL. **Relatório da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica**. Brasília: MNLA, 1997b.

MOVIMENTO NACIONAL DE LUTA ANTIMANICOMIAL. **Saúde mental: por uma lei precisa e justa**. Belo Horizonte, MG, 2001. 2p.

NASCIMENTO, S. P. S. O caminhar na desconstrução do modelo de atenção asilar em saúde mental: a experiência de Santos. **Rev Ter Ocup Univ**, 8(1): 5-14, 1997.

NICÁCIO, F. **O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura**. São Paulo. 1994. (Dissertação – Mestrado – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo).

NICÁCIO, F.; AMARANTE, P.; BARROS, D. D. Postfazione. I movimenti per la salute mentale in Brasile dagli anni ottanta. In: BASAGLIA, F. O.; GIANNICHECKDA, M. G. **Franco Basaglia**. Conferenze brasiliane. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2000. p. 233-57.

NICÁCIO, F.; KINKER, F. O desafio do viver fora: construindo a Cooperativa Paratodos. In: BRAGA CAMPOS, F. C.; HENRIQUES, C. M. P. (Org.). **Contra a maré, à beira mar: a experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Scritta, 1996. p. 121-31.

NOGUEIRA, F. O direito ao trabalho: um instrumento no processo de desconstrução do manicômio em Santos, São Paulo. **Rev Ter Ocup Univ**, 8(1): 53-6, 1997.

OGAWA, R. Trabalho: liberdade versus exclusão. **Rev Ter Ocup Univ**, 8(1): 49-52, 1997.

OLIVA, S. E. **Trabalho e existência na instituição inventada.** Estudo sobre um projeto de reabilitação através do trabalho para pacientes de saúde mental na Prefeitura Municipal de Santos, no período de 1992 a 1997. São Paulo. 2000. (Tese – Doutorado - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo).

OPERATORI DELL' O.P.P. DI TRIESTE (A cura di). Relazione dell'ospedale psichiatrico di Trieste 1971-1977. In: BATTISTON, E.; CONSTANTINO, M.; FAORO, F.; PICCARDO, C.; REALE, M. (A cura di). **Il circuito del controllo.** Dal manicomio al decentramento psichiatrico. Atti e documenti di Reseau di Alternative alla Psichiatria. Trieste: Cooperativa Libreria-Centro Culturale Via Gambini, 1980. p. 36-49.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Reestruturação da assistência psiquiátrica:** bases conceituais e caminhos para sua implementação. Caracas, Conferência Regional, 11 a 14 novembro 1990. Brasília: Programa de Prevenção de Saúde, 1992. 127p.

PIRELLA, A. Il giovane Basaglia e la critica della scienza. **Sapere**, p. 4-9, nov./dic. 1982.

PITTA, A. M. F. Avaliação dos serviços e a produção da cidadania. In: KALIL, M. E. X. (Org.). **Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde.** Anais de um encontro. Santos/SP, 18 a 21 junho 1991. São Paulo/Salvador: Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde, 1992. p. 151-72.

PITTA, A. M. F. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? **J Bras Psiq**, 43(12): 647-54, 1994.

PSICHIATRIA DEMOCRATICA. ASSOCIAZIONE MEDITERRANEO. **Basaglia, la psichiatria e oltre.** Convegno Bilanci: Livorno, 2003. 2p.

RED DE SALUD MENTAL COMUNITÁRIA. Documento de Criação. In: ENCUESTRO LATINOAMERICANO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA, I, 1997, HAVANA. Cuba, 1997. 3p.

REIS, S. L. C. **Da desconstrução do manicômio à construção de um novo modelo de atenção em saúde mental, município de Santos no período de 1989 a 1996.** São Paulo. 1998. (Dissertação – Mestrado – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).

ROBORTELLA, S. C. **Relatos de usuários de saúde mental em liberdade:** o direito de existir. Campinas. 2000. (Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).

ROTELLI, F. Prefazione. In: MAURI, D. (Org.). **La libertà è terapeutica?** L'esperienza psichiatrica di Trieste. Milano: Feltrinelli, 1983. p. 11-3.

ROTELLI, F. Conferência. **Cadernos Polêmicos I.** Plenária dos Trabalhadores em Saúde Mental. São Paulo, 1986.

ROTELLI, F. Le istituzioni della desistituzionalizzazione. In: GIANNICHECKDA, M. G.; BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Psichiatria, tossicodipendenze, perizia.** Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio. Milano: Franco Angeli, 1987. p. 55-68.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.) **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 1990a. p. 89-99.

ROTELLI, F. Cultura degli interni, habitat dei servizi. In: GALLIO, G. (A cura di). **Nell'impresa sociale.** Cooperazione, lavoro, ri-abilitazione, culture di confine nelle politiche di salute mentale. Trieste: Edizione E, 1991a. p. 237-245.

ROTELLI, F. Lo scambio sociale. In: GALLIO, G. (A cura di). **Nell'impresa sociale.** Cooperazione, lavoro, ri-abilitazione, culture di confine nelle politiche di salute mentale. Trieste: Edizione E, 1991b. p. 19-39.

ROTELLI, F. A lei 180 e a reforma psiquiátrica italiana: história e análise atual. Entrevista. In: BEZERRA JUNIOR, B.; AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria sem hospício. Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. p. 91-7.

ROTELLI, F. Modelli scientifici e complessità. In: ROTELLI, F. **Per la normalità.** Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma. Scritti 1967-1998. 2. ed. Trieste: Asterios, 1999a. p. 69-73.

ROTELLI, F. L'uomo e la cosa. In: ROTELLI, F. **Per la normalità.** Taccuino di uno psichiatra. Scritti 1967-1993. Trieste: Asterios, 1999b. p. 39-47.

ROTELLI, F. **Per la normalità.** Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma. Scritti 1967-1998. Trieste: Asterios, 1999c. 174p.

ROTELLI, F. Ri-abilitare la ri-abilitazione. In: ROTELLI, F. **Per la normalità**. Taccuino di uno psiquiatra negli anni della grande riforma. Scritti 1967-1998. Trieste: Asterios, 1999d. p. 103-13.

ROTELLI, F. Otto piú otto principi. In: ROTELLI, F. **Per la normalità**. Taccuino di uno psiquiatra negli anni della grande riforma. Scritti 1967-1998. Trieste: Asterios, 1999e. p. 93-101.

ROTELLI, F. Rapport introductif au Congrès WAPR Paris mai 2000. In: WORLD CONGRESS WAPR (Psychosocial Rehabilitation: Promoting diversity and ensuring equality), VII, mai. 2000, Paris. França, 2000. 10p.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa e dos “países avançados”. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

SADER, E. **Quando novos personagens entraram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo 1970-1980**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988. 329p.

SANTOS (Município). **Diário Oficial do Município**. DO Urgente, 04 de maio de 1989. Santos, SP, 1989a.

SANTOS (Município). **Diário Oficial do Município**. DO Urgente, 11 de maio de 1989. Santos, SP, 1989b.

SANTOS (Município). **Diário Oficial do Município**. DO Urgente, 01 de agosto de 1989. Santos, SP, 1989c.

SANTOS (Município). Prefeitura Municipal. **Carta de direitos de usuários e familiares de serviços de saúde mental**. Santos, SP, 1994a. 11p.

SANTOS (Município). **Diário Oficial do Município**. DO Urgente, 20 de outubro de 1994. Santos, SP, 1994b.

SANTOS (Município). Prefeitura Municipal. **Programa de saúde mental**. A experiência santista. Santos, SP, 1995. 2p.

SANTOS (Município). **Diário Oficial do Município**. DO Urgente, 16 de janeiro de 1996. Santos, SP, 1996.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde e ambulatórios de saúde mental. **Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo**. São Paulo, 1983. XLIII (nº. especial).

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Saúde Mental. **Para compreender a atual política de saúde mental do governo democrático e popular da cidade de São Paulo**. São Paulo, SP, 1989a. 18p.

SARACENO, B. **La fine dell'intrattenimento**. Manuale di riabilitazione psichiatrica. Milano: ETASLIBRI/RCS Medicina, 1995. 132p.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: PITTA, A M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 150-4.

SARACENO, B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as Intervenções terapêuticas em saúde mental. **Rev Ter Ocup Univ** , 9(1): 26-31, 1998.

SCABIA, G. (A cura di). **Marco Cavallo**. Una esperienza di animazione in un ospedale psichiatrico. Torino: Einaudi, 1976. 195p.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1998. 143p.

TREBICIANI, M.; GALLIO, G. Cronologia. In: MAURI, D. (A cura di). **La libertà è terapeutica? L'esperienza psichiatrica di Trieste**. Milano: Feltrineli, 1983. p. 259-91.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Psychosocial rehabilitation**: a consensus statement. Geneva: WHO/MNH/MND, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, 1996. 9p.

YASUI, S. **CAPS: aprendendo a perguntar**. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde Loucura I**. São Paulo: Hucitec, 1989. p.47-59.