

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**O PENSAMENTO DE FRANCO BASAGLIA E A ESTRUTURAÇÃO DA
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NA *PSICHIATRIA DEMOCRATICA ITALIANA*
VISTOS POR UM BRASILEIRO**

Rinaldo Conde Bueno

Belo Horizonte
2011

Rinaldo Conde Bueno

**O PENSAMENTO DE FRANCO BASAGLIA E A ESTRUTURAÇÃO DA
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NA *PSICHIATRIA DEMOCRATICA ITALIANA*
VISTOS POR UM BRASILEIRO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito à obtenção do título de mestre em psicologia.

Área de concentração: Processos de Subjetivação

Linha de Pesquisa: Intervenções Clínicas e Sociais.

Orientador: Prof. João Leite Ferreira Neto

Belo Horizonte

2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

B928p Bueno, Rinaldo Conde
O pensamento de Franco Basaglia e a estrutura da desinstitucionalização na *Psiquiatria Democrática Italiana* vistos por um brasileiro / Rinaldo Conde Bueno. Belo Horizonte, 2011.
120p.

Orientador: João Leite Ferreira Neto
Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

1. Psiquiatria - Itália. 2. Saúde mental. 3. Cidadania. I. Ferreira Neto, João Leite. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 574:371.1

Rinaldo Conde Bueno

O pensamento de Franco Basaglia e a estruturação da desinstitucionalização na *Psichiatria Democratica Italiana* vistos por um brasileiro.

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito à obtenção do título de mestre em psicologia.

João Leite Ferreira Neto (Orientador)

Izabel Friche Passos - UFMG

Maria Stella Brandão Goulart - UFMG

Belo Horizonte, março de 2011

AGRADECIMENTOS

Aos meus 'pequenos' por sempre me presentarem com seus sorrisos. A minha esposa pelo apoio e amor que me norteia. Aos meus familiares pelo prazer de dividir conquistas. Aos amigos e colegas de mestrado pela companhia. Ao meu orientador João Leite pelo afinco, cuidado e incentivo em minhas investigações. Ao Musso Greco pela aposta neste sujeito. Aos companheiros de Itália Luca, Danielle, Fabio e Lorenzo pela presença e pelas extensas discussões que por fim fizeram parte da pesquisa. À CAPES pela possibilidade que me propiciou em ser pesquisador. Aos professores e funcionários da Pós em Psicologia da PUC Minas pela dedicação e simpatia de sempre.

DEDICATÓRIA

Dedico essa conquista aos meus três filhos, Marina, Heitor e César, por serem motores para nossos afazeres em família e mundo afora. Meus caminhos vão rumo a tempos intrigantes e sempre permeados por olhares/sorrisos de infância, pois é nessa etapa da vida que os grandes acontecimentos e conhecimentos se interiorizam. Que minha criança esteja sempre em sintonia com a de vocês!

RESUMO

As transformações na assistência às pessoas que sofrem transtornos mentais tiveram grande repercussão internacional nos anos de 1960. Com as reformas inglesa, norte-americana e francesa iniciadas em anos anteriores a esses, muitos países seguiram os pressupostos destes primeiros e projetaram suas próprias reformas em saúde mental, com características particulares ao seu contexto. A reestruturação da assistência psiquiátrica na Itália pode ser entendida como um marco nesse período de mudanças, uma vez que confrontou uma lógica até então intocável: o poder da ciência psiquiátrica sobre as instituições de assistência à loucura. Basaglia e seu grupo passaram a atuar em um sentido inverso ao *status quo* psiquiátrico logo que assumiram a gerência do manicômio de Gorizia no início dos anos 1960. Os questionamentos da ideologia científica e a invenção de novas formas de tratar fizeram com que muitos países tomassem o modelo italiano como parâmetro para suas próprias reformas. O escopo dessa pesquisa se estrutura na reflexão e compreensão dessa reforma na Itália, tendo como destaque o percurso e o pensamento de Franco Basaglia e seus colaboradores nos lugares por onde passaram e deram mostras da magnitude das mudanças que impetraram. À luz de textos que ilustram tal percurso, a pesquisa vai além da análise da literatura, apresentando a vivência deste pesquisador na Trieste de hoje, local símbolo da reforma inspirada em Basaglia. A busca pela cidadania e o retorno do louco no seio social são pontos fundamentais para o entendimento do percurso basagliano e da fundamentação da Psichiatria Democratica Italiana (PDI), que se mostra atual e inspiradora em vários países, incluindo o Brasil. A estruturação da pesquisa na vivência e entendimento da reforma italiana pelo pesquisador procura mostrar de forma direta a experiência italiana como ela acontece no cotidiano de loucos, técnicos e atores envolvidos diretamente na assistência psiquiátrica na Itália.

Palavras-chave: *Psichiatria Democratica Italiana*; Basaglia; saúde mental; cidadania.

ABSTRACT

The changes in health care to people suffering mental disorders had great international repercussion in the 60s. With the reforms of English, North American and French started in previous years that many countries have followed the assumptions of those countries and designed their own reforms in mental health with particular characteristics to their process of change. The restructuring of psychiatric care in Italy can be seen as a landmark in this period of change because they clashed with the logic that so far remained untouched: The power of science on the psychiatric care institutions to madness. Basaglia and his group started to act in an opposite direction to the psychiatric *status quo* once assumed the management of the asylum of Gorizia in the early '60s. The scientific questions of ideology and the invention of new ways to treat caused many countries to take the Italian model as a parameter for their own reforms. The purpose of this research is structured in the reflection and understanding of this reform in Italy and has as highlight the route and thought of Franco Basaglia and his collaborators in the places where they passed by and have shown the depth of the changes that have filed. In the light of texts that illustrate this route, the research provides an approach grounded in the experience of this researcher in Trieste today, where the reform-inspired Basaglia happened. The quest for citizenship and the return of the insane to the social bosom are key to understanding the basaglian route and grounding of the PSICHIATRIA DEMOCRATICA ITALIANA (PDI) that shows current and inspiring in many countries, including Brazil. The structuring of the research on the experience and understanding of the Italian reform by the researcher seeks to show in a direct way, the Italian experience as it happens in everyday of the insane people, technicians and actors directly involved in psychiatric care in Italy that, in this case is focused in Trieste, the city where the author has made a voluntary social stage.

Key-words: *Psichiatria Democratica Italiana*; Basaglia; Mental Health; Citizenship.

LISTA DE SIGLAS

ASS	Azienda dei Servizi di Salute
AT	Acompanhamento terapêutico (em maiúsculo)
At	Acompanhante terapêutico (em minúsculo)
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CLU	Cooperativa Lavoratori Uniti
CSM	Centro di Salute Mentale / Centro de Saúde Mental
CT	Comunidade Terapêutica
DS	Distretto di Salute / Distrito de Saúde
DSM	Dipartimento di Salute Mentale / Departamento de Saúde Mental
OS	Operador Social
PDI	Psiquiatria Democrática Italiana
UO	Unidade Operativa

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 UMA VIVÊNCIA DO PENSAMENTO BASAGLIANO.....	19
3 BASAGLIA NOS TEMPOS DE GORIZIA, NOVA IORQUE (EUA) E PARMA	24
3.1 A negação da violência institucional em Gorizia: 1961-1968	24
3.2 Aprofundando e ampliando convicções nos EUA: 1968-1969.....	45
3.3 A influência de Basaglia em Parma: 1969-1970.....	52
4 A TRIESTE DE BASAGLIA E TRIESTE HOJE.....	58
4.1 Uma viagem às origens de Trieste	58
4.2 A consolidação de uma luta no período triestino: 1971-1980.....	60
4.3 Trieste e a desinstitucionalização hoje	77
5 UMA EXPERIMENTAÇÃO BRASILEIRA EM TRIESTE	88
6 CONCLUSÃO	111
REFERÊNCIAS	115

1 INTRODUÇÃO

As grandes mudanças acerca de uma nova reorientação dos tratamentos aos pacientes psiquiátricos no século XX aconteceram no período pós-guerra. A crise do *Welfare State* levou os países ocidentais a estabelecerem novas políticas em torno da assistência do Estado aos cidadãos e modificou os investimentos em vários campos. Sob uma avalanche de críticas e mudanças eminentes no contexto social mundial, as certezas e as normas psiquiátricas sofreram grande abalo.

As denúncias das violências sofridas pelos segmentos sociais excluídos, dentre outros fatos, fizeram com que a assistência aos loucos fosse definitivamente reorganizada. Sob forte influência da Antipsiquiatria (FOUCAULT, 2006a) as formas alternativas aos cuidados com o louco ganharam outro tom, tendo em vista a ineficácia das instituições asilares e ao assujeitamento a que os assistidos eram submetidos num local que fora designado para curá-los e restituí-los à normalidade.

Foucault (1990) salienta que

As relações de poder constituíam o *a priori* da prática psiquiátrica. Elas condicionavam o funcionamento da instituição asilar, aí distribuíam as relações entre os indivíduos, regiam as formas de intervenção médica. A inversão característica da anti-psiquiatria consiste ao contrário em colocá-las no centro do campo problemático e questioná-las de maneira primordial (FOUCAULT, 1990, p. 127).

As Comunidades Terapêuticas (CT) e a Antipsiquiatria inglesas, a Psicoterapia Institucional e, posteriormente, a Psiquiatria de Setor francesas – focada no pensamento de Tosquelles, se desenvolveram e iniciaram um processo de ruptura com a hegemonia do tratamento hospitalocêntrico das pessoas com transtornos mentais. A década de 1960, que passava por grandes convulsões e protestos civis diversos, acabou incorporando a luta contra a instituição da loucura (GOULART, 2007, p. 56).

Para Rolnik, em suas notas de tradução de textos de Guattari (1985), a Psicoterapia Institucional foi assim denominada por Daumezón para caracterizar o curso de mudanças da psiquiatria francesa do pós-guerra. As situações de confinamento da guerra e, ao mesmo tempo, o senso de solidariedade entre os membros da Resistência Francesa e os trabalhadores e pacientes dos hospitais psiquiátricos, fizeram com que o panorama de assistência fosse alterado, sendo o

confinamento, a hierarquização das relações e a violência dirigida aos loucos questionados desde então. Em Saint-Albain, sob a gestão de Tosquelles – psiquiatra espanhol refugiado da guerra na França – inicia-se então uma mudança focada na humanização e ao mesmo tempo na desmedicalização da assistência psiquiátrica, tendo como uma de suas bases o senso coletivo como definidor das atividades desenvolvidas naquele hospital da região central da França. Esses empreendimentos irão influenciar diversos movimentos na Europa que serão fundamentais para as mudanças políticas e culturais que ocorreriam algumas décadas depois (ROLNIK *apud* GUATTARI, 1985, p.102).

Questionada, a tutela regulada pelos hospitais psiquiátricos e seus desdobramentos tiveram modos diversos de entendimento e atuação. Segundo Pitrelli (2004), as mudanças que ocorriam em importantes centros europeus e norte-americanos, de uma forma geral, mantinham a concepção de reforma como reparos às instituições psiquiátricas e sua lida com o louco, em essência, perpetuava a conexão irreversível com o hospital psiquiátrico como ponto final do circuito: urgência e gravidade dos casos implicam em internação. Ou seja, a reforma se dava em função da assistência do hospital psiquiátrico. A economia também teve papel de destaque nas alterações do sistema assistencial referido: os gastos com as internações foram colocados em pauta e atuaram como definidores das ações governamentais, mais claramente no caso da Inglaterra (BASAGLIA, 1979).

A Itália passou por momentos singulares de pauperização no final do século XIX e início do século XX, com grande contingente emigratório para diversos países da América no intuito de dar novo rumo à situação difícil porque passava a população em suas terras (BEIGUELMAN, 1981; GOULART, 2007; FRANZINA, 2009). Não bastasse este fato social desfavorável, some-se ainda a marca do fascismo nos anos seguintes como um agravante na evolução da assistência aos alienados. Com efeito, era grande o contingente de miseráveis internados, geralmente associados à loucura e à criminalidade (PITRELLI, 2004, p. 42). A primeira lei italiana relacionada com o tema (Lei Giolitti, de 1904), que sanciona as referências a tais cuidados, era profundamente segregadora e favorecia os horrores da violência do tratamento dado ao louco, considerado como um delinqüente incurável e, portanto, sujeito a “correções” respaldadas pela lei e pela ciência de então.

Em meio a uma situação delicada no que se refere à assistência psiquiátrica italiana, de características claramente positivistas e com orientação médico-científica ortodoxa, surge em propostas de reformas sociais e sanitárias uma transformação política que serviu de inspiração a diversos países. A queda do fascismo favoreceu a organização de partidos democráticos e, sob forte pressão da sociedade civil, uma luta para melhorar as condições de vida da população em geral se estruturava (TEIXEIRA, 1995, p. 212). Ao longo de décadas, assim como a reforma sanitária italiana se concretizou, a reforma específica no que se refere à saúde mental traçou seu percurso, mantendo-se em estreita sintonia com o que acontecia nessa renovação dos processos políticos e sociais italianos. Essa transformação culminou na década de 1970 tanto na lei da reforma sanitária quanto na lei da reforma psiquiátrica italianas.

Em função do seu atraso tecnológico e de diversos entraves sociais, a Itália teve uma mudança tardia em relação aos outros centros onde as reformas ocorriam. Basaglia e Gallio (1991) sugerem que a “inércia da miséria” na Itália do pós-guerra, com grandes contingentes migratórios do sul para o norte, com o final do período fascista e de uma guerra devastadora, coloca o país numa situação caótica.

[...] com uma defasagem histórica de quase 20 anos, o movimento de reforma italiano terá, como aquele francês do pós-guerra, a força da indignação e a unidade da denúncia. Pelo atraso e pelas diferenças com que se manifesta, pelos problemas sociais com os quais se depara, fora do manicômio, na sociedade civil, e pelas condições que suscita, a indignação italiana é uma indignação destinada a durar (BASAGLIA; GALLIO, 1991, p. 31).

As transformações em território italiano acerca do trabalho realizado junto aos pacientes psiquiátricos efetivamente se deram com o início das ações e práticas de um grupo que implementou em Gorizia, norte do país, uma forma de entender e tratar a loucura sob outro enfoque, que por princípio questionava a violência da instituição e o saber científico. Foi em torno de seu líder, Franco Basaglia, que tais ações se deram.

O nascimento do movimento da reforma psiquiátrica italiana instaurou uma ruptura total com as formas de relações entre os técnicos da saúde e os pacientes, que impulsionou a recusa do “mandato de cura e de vigilância” dos loucos. Segundo Guattari¹ (2004), a “vanguarda” de Gorizia tinha como ponto fundamental a “reversão

¹ São feitas algumas referências a Félix Guattari ao longo da pesquisa pelo fato deste autor observar em diversos textos seus a evolução do trabalho executado por Basaglia e seu grupo em Gorizia e

institucional” e a “negação da instituição”, o equivalente italiano da Antipsiquiatria de Laing e Cooper na Inglaterra. Para a Antipsiquiatria, a intervenção política constitui o requisito de toda a terapêutica concernente à assistência. O referido autor crê que Basaglia e seu grupo foram levados a ultrapassar algumas de suas formulações, que aos idos dos anos de 1970 eram consideradas bastante radicais, e “flexibilizariam” sua própria escuta da alienação mental sem a reduzir sistematicamente à alienação social (GUATTARI, 2004, p. 340).

É intuito desta pesquisa analisar a trajetória do pensamento de Franco Basaglia, líder maior da reforma psiquiátrica na Itália, iniciada em Gorizia no ano de 1961, seguido da experiência em solo norte-americano e uma breve passagem por Parma, culminando com a emblemática intervenção em Trieste - que dá mostras do diferencial desta reforma ante as demais - e a continuidade da prática italiana ao longo de seus mais de 40 anos. Para tanto, é feita uma análise da produção de textos de Basaglia e seus colaboradores, dos seus sucessores italianos e daqueles que doravante chamaremos de comentadores, que são protagonistas da produção científica acerca dos movimentos de reformas psiquiátricas no mundo. Somado a essa vertente, dou ênfase também à experiência que este pesquisador teve em duas oportunidades de contato com o serviço de saúde mental de Trieste: um estágio de voluntariado social de oito meses em 2002 e um retorno em 2004 para levantamento de material para pesquisa.

Dado o caráter desta pesquisa, parte bibliográfica e parte baseada no contraste entre tal literatura, minhas percepções acerca da reforma manicomial brasileira e de minha experiência em Trieste, peço desde já a complacência do estimado leitor para, em diversos momentos do trabalho, sobretudo nesta introdução e no quinto capítulo, escrever em primeira pessoa. Nesse sentido, é perfeitamente conhecida e compreensível a este autor a relutância da academia em aceitar trabalhos com essa forma de expressão considerada “pessoal”, mas é relevante

Trieste. Porém, vale ressaltar que as ponderações dos basaglianos acerca da Psicoterapia Institucional na França e especificamente em La Borde – onde Guattari foi um dos fundadores em 1953 e atuou até sua morte – não são tão amistosas ou complementares. Muitas vezes Basaglia criticou a tendência de importação dos modelos assistenciais psiquiátricos e insistia sempre que o modelo italiano, apesar de cooptar práticas basilares dos modelos ingleses e franceses, apresentava a diferença fundamental da destruição do manicômio. Este detalhe relevante não ocorreu nos países citados e, para Basaglia, seria impossível progredir sem que isso fosse feito. (Cf. BASAGLIA, 1979; PITRELLI, 2004).

afirmar que de outra forma se perderia muito do relato das experiências, inquietações e motivações deste que vos escreve.

Assim, a pesquisa pretende entender por que o modelo italiano mantém-se como parâmetro de discussão ainda hoje em diversas partes do mundo, com o desmantelamento do hospital psiquiátrico e a invenção de formas de tratamento desvinculadas da ótica psiquiátrica, no sentido científico e medicalizante.

Em seu início, os basaglianos seguiram os modelos franceses e ingleses, implantando em seus serviços sistemas de assistência voltados aos territórios, com forte ênfase na comunidade e na humanização das ações com os pacientes. No campo político Basaglia e seus correligionários se empenharam em mudanças na organização da estrutura hospitalar e posteriormente em leis que garantissem direitos aos cidadãos no que se refere aos cuidados em saúde mental (BARROS, 1994; AMARANTE, 1996; GOULART, 2007; PASSOS, 2009).

A Itália, atrasada em seu processo de reforma que se baseava no modelo positivista alemão, com grandes hospitais aliados aos avanços científicos, inicia na década de 1960 com Basaglia e seu grupo na cidade de Gorizia aquele que seria o rompimento definitivo com a instituição da loucura. Influenciado pelo modelo de horizontalidade hierárquica inglês de tratamento e da reinserção do louco na comunidade, assim como a setorização francesa que priorizava o tratamento fora dos hospitais, organizando tais condutas em centros de saúde mental nos territórios administrativos de suas cidades (apesar de manter o hospital como recurso último e 'necessário' às situações de urgência), Basaglia incorpora as bases desses serviços e vai além. Parte da premissa fundamental de que se persistir a lógica da internação, ainda que diminuída, e a assimetria – a não dialetização – entre o psiquiatra e o doente, o fracasso de qualquer tentativa reformista é iminente (BASAGLIA, 1985).

Para Pitrelli (2004), as tentativas de reformas psiquiátricas, especialmente a francesa, tinham como foco principal o ensaio de transformar as instituições, mas sem renunciar a elas. Basaglia tinha como intuito primordial abolir o manicômio para fazer explodir os problemas da doença mental, antes restritos à instituição, na sociedade (PITRELLI, 2004, p. 45).

Em Nicácio, Amarante e Barros (2005) encontra-se uma explicitação importante quando os autores sintetizam o percurso de Basaglia e seu alcance:

A capacidade de incluir a questão psiquiátrica como parte das questões sociais, transcendendo os limites impostos pelo saber médico-psicológico, colocou em destaque as proposições de Franco Basaglia e do movimento de transformação das experiências italianas, e significa, igualmente, um desafio na busca de novas interpretações para as ciências humanas (NICÁCIO; AMARANTE; BARROS, 2005, p. 212).

Para contextualizar a trajetória de Basaglia, importa reiterar o que posteriormente foi dito por Franco Rotelli (1990), definindo a rota da mudança na Itália em três pilares fundamentais, que serão engendrados à medida que o debate na pesquisa for tomando corpo: negar (as formas de tratamento), desconstruir (o hospital psiquiátrico e o sistema medicalizante) e inventar (outras formas de cuidar). Pode-se arriscar a dizer que a primeira assertiva se deu nos diversos locais onde esteve Basaglia enquanto dirigente. A segunda foi, dentre uma série de contingências, o motivo pelo qual se interrompeu a experiência de Gorizia e a de Parma, pois o poder político local rejeitou as mudanças iminentes. Já a terceira foi possível de forma clara e contundente em Trieste, onde não só Basaglia conseguiu por em prática as anteriores, como operou de forma singular a inventividade de assistência em saúde mental, que transcendeu para o campo da política, da luta de classe e da cidadania, estes últimos apenas embrionários em Gorizia (BARROS, 1994; PASSOS, 2009).

Entender as facetas do movimento basagliano, seus pressupostos estruturais e seu alcance, é fator determinante dessa pesquisa. Pelo pouco acesso que temos a sua extensa produção, além de pouco aprofundamento e discussão acerca da sua prática, consideramos ser relevante um retorno a Basaglia e seus seguidores. Ao longo de minha trajetória em serviços de saúde mental e de atenção básica, experimentei algum desconforto quando ouvia freqüentemente que nossa reforma é pautada no percurso italiano, em Basaglia e na Lei 180 - lei italiana, que foi promulgada em 1978 e serviu de referência em vários países (GOULART, 2007).

Em diversos aspectos pode-se concordar que sim, inclusive ao lermos extensas discussões nos textos dos autores brasileiros acima citados. Mas minha impressão era a de que havia uma lacuna no nosso discurso em relação ao processo de reforma, guardadas as proporções e singularidades de cada país. Resguardo-me aqui de não incorrer em comparações diretas entre as reformas, o que foge ao escopo desta pesquisa, mas discutir os tópicos na reforma italiana desde os seus primórdios que nos levaram a incorporar os postulados da PDI como

margeadores da nossa reforma, apesar disso nem sempre ser evidente ou ser visto de forma bastante diversa nos serviços brasileiros.

Citar Basaglia é suficiente? Como discutir a nossa reforma afirmando-a estruturalmente basagliana ou influenciada por ele sem termos noção aprofundada do que houve na Itália? Esse questionamento me levou, após várias tentativas de por em prática os princípios da PDI nos locais por onde passei o que vivenciei na Itália, a ingressar na Pós-Graduação em Psicologia da PUC Minas para abrir essa reflexão que tanto me interessa. Meu objetivo central é, então, relatar a experiência italiana sob o formato da minha experiência, da minha elucubração e dos meus incômodos e referências, procurando trazer à luz os postulados de Basaglia, da PDI e algumas ponderações sobre a situação atual da Itália sob a luz da desinstitucionalização após a Lei 180, tão caros a diversas reformas e mudanças na assistência psiquiátrica mundial.

Os capítulos da pesquisa dão forma àquilo que proponho elucidar sobre a obra de Franco Basaglia e seus colaboradores. É importante mencionar que Franca Ongaro Basaglia é co-autora de diversos trabalhos com Franco e que sua luta perdurou até meados dos anos 2000 com sua morte. Após a introdução do trabalho, aponto no capítulo 2 o formato da pesquisa, com teorizações sobre minha experiência e o modo com que percorri até concluir com este texto. No capítulo 3 é feita uma abordagem do percurso de Basaglia em locais como Gorizia, Nova Iorque e Parma, permeada pelas produções e evolução da prática da desinstitucionalização que erguia suas bases antes da efetivação do fechamento definitivo do manicômio. Cada local sugere mudanças de foco da ação do grupo de Basaglia, que vai desde a negação da instituição (da loucura), com a constatação da diversidade do que vem a ser o manicômio, multifacetado ante as demandas governamentais e sociais, até a rica e curta experiência parmense, onde o desenho da ação no território começa a se concretizar e ter força no trabalho cooperativo e disperso pela comunidade. No capítulo 4 as mudanças se concretizam com o fechamento do hospital e com ações que visavam efetivamente substituir essa instituição com estruturas de assistência tanto na área sanitária como – e principalmente – na comunidade, com o fomento de atividades laborais e de cuidados com as pessoas que antes eram isoladas do seu meio social. Em Trieste finalmente o objetivo traçado em anos de luta se consolida, inclusive com a criação da Lei 180. Todavia, como pontua Basaglia, a Lei e sua efetivação trazem mais problemas do que soluções, o que faz com que o grupo abra

perspectivas novas e criativas para dar conta da realidade que agora se desponta. Em continuidade ao processo triestino, a desinstitucionalização toma força e mantém o rompimento definitivo com o manicômio, fazendo com que outros projetos sejam produzidos e consolidados para que a cidadania e os direitos civis pudessem de fato serem realidade aos loucos e marginalizados em geral. Por fim, no 5º e último capítulo, discorro sobre minha experiência em Trieste e entrelaço aqui que vivi com o que depois pude teorizar e tirar algumas conclusões.

2 UMA VIVÊNCIA DO PENSAMENTO BASAGLIANO

O presente estudo não foi marcado por uma prévia construção das suas bases metodológicas. Foi sofrendo modificações e ganhando contornos à medida que alternativas e dificuldades se colocavam à frente do pretense caminho da pesquisa, principalmente por não ter uma clara definição *a priori* do percurso a ser feito. Sua construção se consolidou de acordo com as próprias descobertas que este pesquisador foi aglutinando em decorrência do meu percurso e das afetações que em mim se fizeram. O que posso afirmar é que a curiosidade e a busca pelo conhecimento acerca da reforma da assistência em saúde mental italiana foi o marco inicial do processo de pesquisa. O ponto de partida desse percurso foi a leitura de alguns livros (AMARANTE, 1995; BASAGLIA, 1985; DESVIAT, 1999) que tratavam da reforma psiquiátrica brasileira, italiana e de outros países e a decisão de ingressar no estágio de voluntariado social em Trieste. O clareamento dessas ideias se fez com a orientação no mestrado e as ponderações acerca daquilo que poderia ser mais explícito por ser desconhecido de muitos em nosso meio e contribuir para que outras pesquisas possam lançar mão do legado basagliano.

Minha passagem por diversos locais onde a rede de assistência triestina se faz presente possibilitou que eu pudesse assimilar na prática vários conceitos com os quais depois teria mais familiaridade. Assim sendo, a construção dessa pesquisa se dá em uma tentativa de conhecer o percurso de Basaglia e seu grupo, no período que pode ser considerado como inicial, passando pelo marco de Trieste, e a evolução dos “pós-basaglianos” até os dias de hoje, numa perspectiva edificada sob a minha percepção da reforma italiana e dentro daquilo que pude observar e vivenciar quando estive lá. Considero Trieste como a referência principal de todo esse processo, mas sem desprezar as passagens precedentes. Por esse motivo faço algumas imersões na trajetória acadêmica de Basaglia, nas passagens por Gorizia, EUA, Parma e finalmente na concretização daquilo que podemos chamar de consolidação da Reforma Psiquiátrica Italiana, com a atuação dos “basaglianos” em Trieste e a continuidade desse trabalho até os dias atuais.

A teorização desta pesquisa foi sendo feita em consonância com meu interesse e envolvimento no processo de reforma italiano que para mim foi paulatinamente sendo clarificado. Meus problemas de pesquisa apareceram quando

busquei compreender a reforma brasileira e seus desdobramentos tendo como uma das principais influências aquela italiana. Por isso, as tentativas de por em prática meu aprendizado prático em terras brasileiras, quando retornei do meu estágio em Trieste em 2002, foram bastante difíceis. Como afirma Basaglia (1979), é inviável importar modelos de reforma pelo fato de se desconsiderar as particularidades de cada país, ou até mesmo de regiões de determinado país. Aliado a este fato, percebi que uma parte significativa dos trabalhadores em saúde mental que tive contato não tinha muitas informações acerca do legado de Basaglia e seus colaboradores, o que praticamente inviabilizava, no meu entendimento, discussões e inferências práticas pautadas na experiência italiana. Como então dizer que a maior influência da nossa reforma é aquela ocorrida na Itália? De que forma progredir ainda mais em nossa reforma se nós que lidamos cotidianamente com as instituições e os pacientes não temos claro o processo de reforma italiano e também sua interseção com os demais movimentos de assistência psiquiátrica internacionais?

Minayo (1994) enfatiza que

[...] nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática. As questões da investigação estão, portanto, relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente condicionadas. São frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos (MINAYO, 1994, p. 17).

A autora afirma ainda que teoria é o que se pode conceber pela compreensão de um ou vários fenômenos, onde ver e saber constituem a base da pesquisa no ocidente. Pela teoria é possível então clarear o objeto de investigação e levantar hipóteses que possam auxiliar a elucidar os dados de pesquisa. Somam-se a esse processo as proposições, onde

[...] a teoria busca uma ordem, uma sistemática, uma organização do pensamento, sua articulação com o real concreto, e uma tentativa de ser compreendida pelos membros de uma comunidade que seguem o mesmo caminho de reflexões e ação (MINAYO, 1994, p. 19).

Para que o leitor destas linhas compreenda minha exposição teórico-prática, lanço mão de uma pesquisa bibliográfica sobre o tema da reforma psiquiátrica italiana, como pré-requisito da pesquisa, inserindo comentários e reflexões de outros autores sobre este tema. Julgo esclarecedor localizar algumas inferências de autores e pesquisadores que influenciaram o pensamento de Basaglia, reproduzindo partes de seus textos para que, literalmente, eles possam esclarecer os elos da

trajetória reformista italiana. Entendo ser útil citar tais passagens e referenciar os autores, pois além de elucidar algumas dúvidas, trazemos para o texto reflexões que podem invocar inspiração no leitor e serem úteis para outras pesquisas. Indo ao encontro dessas referências e influências que teve Basaglia e seu grupo, pude perceber que eu mesmo pouco sabia da profundidade e da potência dos ensinamentos que a reforma italiana nos oferece.

Início esta parte da minha pesquisa com leituras dos textos basaglianos (BASAGLIA, 1979; 1981; 1982; 1985; 1994; 1997; 2005; 2009) e capturando neles aquilo que pretendo expor como uma discussão do diferencial da reforma iniciada com Franco Basaglia. Há a intenção da minha parte em favorecer um percurso pela exposição dos fatos em função das datas e ações que estavam acontecendo, algumas vezes com inserções de textos e reflexões com datas posteriores que julguei interessantes para fixar melhor o percurso, tanto teórico quanto prático, do psiquiatra italiano em questão e o entendimento que se constituía à medida que as tentativas e feitos se faziam reais.

Lima e Mito (2007, p. 39) apontam para a importância do pesquisador em escolher sua narrativa teórica e transmitir seu modo de entender a realidade, mostrando como são os movimentos feitos na pesquisa pelo seu mentor. Desta forma, destaco as produções que vejo como fundamentais na obra de Basaglia, circulando com comentários de outros autores que concebo como importantes para a compreensão da pesquisa, apesar de não explorar exaustivamente tais obras e tendo-as como breves referenciais para a compreensão do autor citado. Essa foi a forma que me trouxe elucidacões importantes e que podem ser úteis a outros pesquisadores e leitores interessados no tema desta pesquisa.

Encontramos em alguns trabalhos de pesquisadores brasileiros importantes descrições e discussões acerca do período histórico mundial e especificamente italiano sobre reforma psiquiátrica, tais como Amarante (1994; 1995; 1996), Barros (1994), Nicácio (2003), Goulart (2004; 2007) e Passos (2009). Essas referências serão citadas na medida em que forem integradas na discussão do percurso de Basaglia e seus correligionários, mas não serão aprofundadas por já terem cumprido sua função, tanto como divulgadoras da reforma italiana quanto como inspiração nessa e em diversas pesquisas, que trataram dos avanços da prática concernente à reforma psiquiátrica brasileira. Possíveis imersões são possíveis, além de muito instigantes, nessas obras, todavia nosso objetivo fundamental será percorrermos a

trajetória de Basaglia – especialmente tendo como âncora o livro “Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica” (BASAGLIA, 2005), organizado por Paulo Amarante, que reuniu alguns dos principais textos de Basaglia do original italiano *Scritti I* (BASAGLIA, 1981) e *Scritti II* (BASAGLIA, 1982) – e fixarmos nos períodos em que se deram os eixos de considerável mudança e diferencial da *Psichiatria Democratica Italiana* (PDI), desde sua fase embrionária na década de 1960 até hoje. Além de consultas nos *Scritti* (nos textos inéditos em português) foram feitas outras que contém alguns capítulos desta coletânea em edições separadas e sob a organização de Basaglia e seus colaboradores (BASAGLIA, 1985; 1997; 2009). A organização dos textos será feita com alguma coerência cronológica para facilitar a compreensão da obra de Basaglia. Não há intuito em priorizar fatos e acontecimentos históricos e, quando eles acontecem, é precisamente para trazer à tona as produções que ocorriam em função do trabalho dos basaglianos, seus colaboradores e seus comentadores.

Destaca-se ainda que a minha experiência em Trieste é contada fazendo conexão com o percurso da reforma italiana e a consolidação do seu processo, sendo as referências feitas de acordo com o que compreendi durante minha estada em terras italianas. Procuro destacar na teoria aquilo que absorvi na prática enquanto voluntário da rede de assistência triestina.

São discutidos os períodos da atuação *in loco* de Basaglia, dispostos em tópicos localizados nas cidades e nos anos em que se deram: “A negação da violência institucional em Gorizia, de 1961 a 1968”; “A guinada de pensamento nos EUA, de 1968 a 1969”; “A influência de Basaglia em Parma, de 1969 a 1970”; e “A consolidação de uma luta no período triestino: 1971 a 1980”. Em seqüência, abordo a continuidade do processo de mudança assistencial em Trieste pautado pela desinstitucionalização dos anos de 1980 em diante e algumas reflexões sobre a Trieste de hoje: “Trieste e a desinstitucionalização hoje”. Esse estudo não tem como finalidade aprofundar em questões históricas, mas buscar nesses elementos alguns conteúdos que possam dar acesso a uma compreensão mais clara das mudanças ocorridas na Itália.

Tracei uma referência da minha experiência vivida em Trieste e as querelas que me levaram até lá, passando por um relato das minhas impressões e discutindo a minha experimentação em concatenação com o pensamento de Basaglia e outros autores ligados à fundamentação da pesquisa.

Por fim, concluo a pesquisa abordando alguns acontecimentos mais recentes da PDI e sobre alguns pontos atuais em que se encontram as discussões da política de saúde mental em Trieste.

Ressalvo que considere importante contextualizar o período de Parma, onde Basaglia esteve por breve tempo, apesar de suas produções teóricas pouco se referirem a esse momento. Todavia, mesmo não sendo um “período” de produção como os demais a que me refiro, as considerações de Franca Ongaro Basaglia – esposa de Basaglia – e da trajetória que ela propõe de Mario Tommasini acerca da experiência de Parma, são de uma riqueza significativa, de tal forma que a influência direta de Basaglia fica demonstrada nas ações revolucionárias empreendidas naquela cidade, para além da questão da saúde mental.

Iniciamos com Gorizia, onde Basaglia iniciou suas atividades como Diretor do Hospital Psiquiátrico de lá entre 1961 e 1968. Em 1969, Basaglia rumava para os Estados Unidos, onde permaneceu por seis meses como professor convidado de um centro de saúde mental de Nova Iorque. Voltou à Itália e assumiu a direção do hospital de Parma, pelo período de um ano. Ali, mesmo com um governo de esquerda, Basaglia não conseguiu cumprir seus objetivos, tendo também restrições e “temores” na esfera política, aceitando então, no final de 1971, a gestão do “Comprensorio San Giovanni”, o hospital psiquiátrico de Trieste, que perdurou de 1971 até sua morte, em 1980. Nesse ano, Basaglia seguiu para Roma, onde assumiria o cargo de Diretor da *Azienda di Salute Mentale*² da capital italiana.

² Serviço de Saúde Mental

3 BASAGLIA NOS TEMPOS DE GORIZIA, NOVA IORQUE (EUA) E PARMA

Este capítulo é dividido em três partes e tem como proposta principal investigar a trajetória de Basaglia nas diferentes cidades onde ele atuou e desenvolveu seu pensamento de acordo com as ações que presenciara. Parto da premissa de que pode ser mais rico o entendimento do processo de mudança ocorrido na assistência psiquiátrica italiana se tivermos uma leitura dos momentos que antecederam a chegada de Basaglia a Trieste. É possível afirmar que o que pôde ser concretizado nesta cidade foi graças a um trabalho contínuo e de muitos revezes (GOULART, 2007) que aconteceram desde os tempos de cátedra de Basaglia até sua saída de Parma. Assim sendo, as intenções quanto ao que deveria ser feito em Trieste já estavam definidas teoricamente para serem efetivadas quando Basaglia e seu grupo aportaram ali. As dificuldades em acordos com os partidos políticos, as investidas na mídia por meio de publicações e participações em reuniões com público diversificado, a convicção de que a desmontagem do aparato psiquiátrico seria imprescindível para a efetivação da ruptura com a instituição, tudo isso foi praticado de forma contundente em Trieste. Mesmo assim o fechamento definitivo do hospital teve que esperar seis anos até que o último pavilhão fosse esvaziado.

O que se segue é a descrição da trajetória dessa “interminável” luta para que o fim dos manicômios na Itália, pela forma de lei nacional em 1978, pudesse acontecer. Passemos então a este período, que se estende de 1961 a 1971.

3.1 A negação da violência institucional em Gorizia: 1961-1968

Em 1961 Basaglia é transferido de Padova, onde atuou como professor universitário desde 1949, para a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, uma pequena cidade ao norte da Itália com 45 mil habitantes. Abarcado pela influência que tivera como ativista político e simpatizante dos movimentos de esquerda, Basaglia sente grande incômodo logo que entra nas dependências do hospital, fato

que remete-lhe ao período em que estivera preso por ser ativista de um grupo de estudantes antifascistas (GOULART, 2007, p. 36). As condições precárias de assistência e o modo coercitivo como eram tratados os pacientes do hospital fizeram com que Basaglia suspendesse imediatamente as ações que considerava desumanas e violentas, tais como o castigo, a camisa de força, as grades, a cela forte, o eletrochoque, dentre outras formas de contenção aos doentes.

O ambiente fechado é visto por Basaglia como um elemento extremamente negativo para o tratamento dos doentes mentais. Influenciado por Goffman (1974) em seus escritos sobre a “carreira institucional” e por Barton (1959) em seu trabalho acerca da “neurose institucional”³, Basaglia parte do pressuposto que sem liberdade não há possibilidade de tratamento.

Goffman aborda em seu livro “Manicômios, prisões e conventos” (1974) a ocorrência da “carreira moral”, diferenciando a entrada para o “tratamento” em um hospital psiquiátrico em duas fases: a de “pré-paciente” e a de “internado”. Diz ele:

[...] o estudioso de hospitais psiquiátricos pode descobrir que a loucura ou o “comportamento doentio” atribuídos ao doente mental são, em grande parte, resultantes da distância social entre quem atribui isso e a situação em que o paciente está colocado, e não são, fundamentalmente, um produto da doença mental (GOFFMAN, 1974, p. 113).

Mantendo em sintonia as inspirações de Basaglia com os autores citados, recorro à publicação de Russel Barton de 1959. Este autor desenvolve sua pesquisa durante quatro anos de trabalho num hospital psiquiátrico de Londres, o *Shenley Hospital*. Partindo de autores que tratavam dos sintomas das pessoas institucionalizadas, o psiquiatra inglês refere-se às denominações dadas por eles, datadas de 1938 a 1955. São elas: o “Estupor da Prisão”, a “Psicose da Prisão”, o “Institucionalismo Psicológico” e a “Institucionalização”⁴. As descrições e referências dos autores relacionam-se a sintomas de apatia, comportamento passivo, submissão, falta de individualidade, *vacuum* motivacional, dentre outros. Em relação a sua escolha pelo termo “Neurose Institucional”, Barton afirma que optou por tal referência em função de se tratar de uma síndrome que poderia ocorrer em uma ou mais doenças, de forma que se conhecesse melhor sua incidência em suas diversas formas de acometimento aos pacientes. O termo “Institucional” não se refere

³ Original em inglês: *Institutional neurosis*.

⁴ Original em inglês, respectivamente: *Prision Stupor*, *Prision Psychosis*, *Psychological Institutionalism* e *Institutionalization*.

necessariamente a uma instituição, mas somente nelas é que se podem verificar tais sintomas. Em relação ao termo “Neurose”, que pode ser observado inclusive em casos de psicose, é uma alusão meramente descritiva, e aponta para a postura passiva das pessoas na realidade institucional (BARTON, 1959, p. 11).

O que se pode constatar em uma instituição psiquiátrica, à luz dessas ponderações, é o aniquilamento do sujeito e sua transformação em objeto, alguém servil e dócil frente à força de um poder imposto. Nota-se ainda neste período uma clara alusão de Basaglia ao trabalho recém publicado à época de Michel Foucault (1978), “A história da loucura na idade clássica”, baseado em sua tese de doutoramento, que foi fonte de referência para o psiquiatra italiano desde os primórdios em Gorizia como no final do seu período triestino.

As indagações de Foucault acerca do processo de alienação ao longo da história apontam para uma arqueologia do processo de banimento do louco na sociedade. Essa premissa torna-se evidente no percurso basagliano que encontra, como uma das propostas do texto de Foucault, a necessidade de

[...] saber como esse gesto foi realizado, isto é, que operações se equilibram na totalidade por ele formada, de que horizontes diversos provinham aqueles que partiram juntos sob o golpe da mesma segregação e que experiência o homem clássico fazia de si mesmo no momento em que alguns de seus perfis mais costumeiros começavam a perder, para ele, sua familiaridade e sua semelhança com aquilo que ele reconhecia sua própria imagem. Se esse decreto tem um sentido, através do qual o homem moderno designou no louco sua própria verdade *alienada*, é na medida em que se constitui, bem antes do homem apoderar-se dele e simbolizá-lo, esse campo da alienação onde o louco se vê banido, entre tantas outras figuras que para nós não mais têm parentesco com ele (FOUCAULT, 1978, p. 81).

Foucault pondera ainda que essas contingências determinaram a ideia de internamento aos loucos e constituíram o que se pode chamar de experiência da loucura. Basaglia recorre a esta obra de construção acerca da concepção histórica da loucura em alguns textos dos *Scritti* traduzidos e organizados por Amarante (BASAGLIA, 2005) para fundamentar a incompatibilidade do tratamento dessa doença aos moldes científicos vigentes, localizando os irrefutáveis equívocos do homem moderno para justificar a necessidade do tratamento, que parte de inferências míticas e balizadas em um saber que é aliado a mecanismos sociais de interesses mercantis oriundos da burguesia.

Para Basaglia, era mais do que necessário propor outras formas de tratamento tendo em vista que o asilamento, em qualquer forma que se dê, não

favorece a melhora dos pacientes em questão. Ao contrário, potencializa a miséria da vida dos que ali estão e evidencia o que Foucault enfatiza sobre a necessidade da sociedade em asilar suas ameaças e os perigos que enxerga frente à miséria social.

Em contestação ao tipo de tratamento destinado ao doente, é instaurado no hospital de Gorizia o sistema *open-door* (portas abertas) e o início do trabalho “em liberdade”, na acepção husserliana, do louco com sua comunidade e com o mundo exterior, quebrando a barreira intramuros. Desta maneira, baseado na experiência das CT inglesas, é estruturado o Hospital Dia como ferramenta indispensável à assistência aos loucos, possibilitando uma passagem do “dentro” da instituição para o “fora”, fomentando a criação de alternativas de cuidado juntamente com a cidade.

Essa alusão ao novo sistema praticado na experiência inglesa aponta para uma mudança de estratégia em relação ao tratamento dos pacientes psiquiátricos, que terá forte ressonância na assistência psiquiátrica ocidental. Barton (1959) aborda claramente em seu trabalho que a reversão dos sintomas da “neurose institucional” tem bom prognóstico quando se mantém o paciente fora dos hospitais e com o restabelecimento de suas relações comunitárias e familiares (BARTON, 1959, p. 54). Em um formato esquemático, o autor inglês propõe uma gradativa mudança nos hábitos e tratamento do paciente, mudança essa que se inicia com uma remoção do seu estado de apatia – como exemplificado no livro: “paciente sentado em algum lugar e fazendo nada” (BARTON, 1959, p.25) – até culminar com a não submissão ao hospital, com relações amistosas e em atividade laboral.

Vislumbrando a possibilidade de o doente ser tratado em liberdade, Basaglia enfatiza suas críticas ao modelo vigente de tratamento da loucura. Ele reitera que, asilado, o doente perde sua capacidade de fazer escolhas, de existir enquanto homem e fadado a alinhar-se aos moldes institucionais, torna-se objeto, com rótulos e estigmas criados pelo saber científico no intuito de validar a doença. De forma contrária, o italiano sugere posteriormente que “O doente não é apenas um doente, mas um homem com todas as suas necessidades” (BASAGLIA, 1979, p. 17), premissa esta que se deu desde os tempos de Gorizia. Balizado pelo pensamento fenomenológico existencial de Binswanger, Basaglia aponta que não será possível se aproximar de um doente para tratá-lo se a ótica for a de uma codificação de sintomas, como preconiza a nosografia tradicional, objetivando a pessoa a partir da doença. Nasce aqui uma contestação basagliana que percorrerá toda sua prática no

que concerne à fundamentação de um fenômeno, aquele que se refere ao problema do doente mental. Separar o homem da realidade para a construção de um fenômeno e considerar a análise psicológica como neutra, sem dar peso às características individuais e ao contexto antropológico em questão, torna o processo como algo que invalida o doente-homem.

Sobre essa forma de ação, localizamos nos estudos de Biswanger (1977) acerca da evolução de casos de esquizofrenia a necessidade de se retirar a ênfase da psiquiatria em avaliar tais casos sob o “quadro estreito de juízo de valor biológico” (BINSWANGER, 1977, p. 10). Sua intenção é a de desviar a análise dos sintomas focados na doença e na morbidez para a amplitude da estrutura existencial do *ser-no-mundo*, sob a influência da analítica existencial heideggeriana. A condição humana passa a ocupar lugar de destaque nas investigações de Biswanger. Observando casos de pessoas com codificação de quadro psicótico (foram estudados casos onde são atribuídas três formas de “frustração” da existência, que foram respectivamente, a extravagância, a excentricidade e o amaneiramento), o autor destaca que pretende tratar do “homem puramente como homem” e que os casos estudados revelam-se “como ameaças humanas universais, isto é, *imanentes* à existência humana” (BISNWANGER, 1977, p. 10). Ao final de suas indagações e análises, Biswanger conclui que, levando em conta o entendimento de suas ponderações, talvez possamos ser “mais prudentes com os artifícios teóricos que buscam explicar a ‘esquizofrenia’ a partir de dados diagnósticos” (BINSWANGER, 1977, p. 212).

Em consonância com o argumento anterior, Basaglia cita Husserl (BASAGLIA, 2005) em alguns dos seus *Scritti* e infere que, tendo o doente seu corpo invadido pelo outro, sem possibilidade dele mesmo apropriar-se desse corpo e, ademais, invadido pelo espaço do asilo, a possibilidade de uma dialética interna é praticamente nula. Mais ainda, com seu corpo indefeso e à mercê do corpo único e rígido da instituição, o doente torna-se um ponto de passagem, dócil e objeto do sistema institucional.

Husserl (1996) em suas exposições sobre a fenomenologia infere que é preciso fazer uma *redução fenomenológica* nas investigações dos fatos para operarmos na “região da consciência” das pessoas, “pondo entre parênteses” a existência do mundo exterior para que não se caia no equívoco de evidenciar se o que é posto pela consciência realmente existe. Isso porque cada indivíduo tem a sua

“tese do mundo”, diferindo das de outros. Se for considerada a tese de que o mundo é “posto” aprioristicamente, não teremos como abordar a forma com que a consciência funciona e tampouco como ela se estrutura perante a realidade.

Seguindo com a visão husserliana Basaglia aponta que, ao contrário das classificações, é preciso vislumbrar o doente e seu modo de agir, precedente ao processo de comunicação entre as pessoas - este sobremaneira influenciado pela visão hierarquizada da sociedade - e focar na homogeneidade dos membros da sociedade (BASAGLIA, 2005, p. 86)⁵.

Tanto a referência binswangeriana sobre a construção de uma análise sob a égide do *ser-no-mundo*, como a husserliana de liberação do doente e da forma subjetiva de pensar e conceber o mundo permitem a Basaglia engendrar um enfrentamento pontual para o problema da ideologia científica:

[...] pôr “entre parênteses” a doença e o modo pela qual ela foi classificada, para considerar o doente no desdobramento em modalidades humanas que – justamente enquanto tais – nos pareçam abordáveis (BASAGLIA, 2005, p. 36)⁶.

Em diversas participações em congressos e encontros internacionais, Basaglia estrutura sob a forma de textos os avanços alcançados no Hospital de Gorizia. É enfático ao demonstrar como vem sendo feito o trabalho, ainda que de forma incipiente, contrariando os ditames das normas psiquiátricas. Nesse período, entre 1961 e 1968, é incansável sua tentativa de desmistificar a periculosidade atribuída à loucura. Sem tratamento adequado e sem progressos em relação à doença, o asilamento acaba expondo um *acting out* da sociedade frente àquele que se quer negar: o louco. São nos limites das cidades que nascem os manicômios, com o intuito de tornar invisíveis aquelas pessoas que são o retrato daquilo de ruim que queremos negar em nós mesmos. Diz Basaglia:

A figura do doente mental, como expressão de uma ruptura da norma, é uma imagem que deve ser mantida à distância, para que não venha perturbar o ritmo de uma sociedade que necessita de áreas de compensação sobre as quais descarregue as forças agressivas que não pode canalizar de outra forma (BASAGLIA, 1966/2005, p. 47)⁷.

Segundo Barros (1994), Basaglia iniciou um processo de humanização da instituição psiquiátrica, eliminando métodos coercitivos e violentos que permeavam

⁵ O original dessa obra foi publicado pela primeira vez em 1967 mas a edição consultada é de 2005.

⁶ O original dessa obra foi publicado pela primeira vez em 1966 mas a edição consultada é de 2005.

⁷ Idem.

as ações cotidianas nesses lugares. E não somente com os loucos, mas fundamentalmente com o corpo técnico e os profissionais ligados aos serviços de assistência psiquiátricos, responsabilizando a todos, juntamente com a comunidade, pelo tratamento deles. Numa acepção gramsciana, sua crítica ao papel do técnico/intelectual estaria voltada para uma redefinição do fazer profissional (BARROS, 1994, p.176). Basaglia, referindo-se aos pressupostos de sua luta iniciada em Gorizia, converge com a assertiva de Gramsci em uma de suas conferências no Brasil:

O técnico, seja qual for sua especialidade, jamais deve pensar que as coisas vão terminar mal e que mais do que aquilo não se pode fazer. O novo técnico deve ter um objetivo bem preciso: conduzir seu trabalho no otimismo da prática (BASAGLIA, 1979, p. 89).

Para Gramsci, não existe uma diferenciação precisa entre o *homo faber* e o *homo sapiens*. Toda atividade humana pressupõe uma intervenção intelectual. Desta forma, o novo intelectualismo proposto requer novos conceitos no desenvolvimento real da vida:

O modo de ser do novo intelectual não pode mais consistir na eloquência, motor exterior e momentâneo dos afetos e das paixões, mas num imiscuir-se ativamente na vida prática, como construtor, organizador, “persuasor permanente”, já que não apenas orador puro – e superior, todavia, ao espírito matemático abstrato; da técnica-trabalho, eleva-se à técnica-ciência e à concepção humanista histórica, sem a qual se permanece “especialista” e não se chega a “dirigente” (especialista mais político) (GRAMSCI, 1968, p. 8).

Indo de encontro ao que propõe Gramsci, Guattari (1985) infere que a horizontalidade das relações, entendidas no processo de “transversalidade”, dá às pessoas a ascensão ao grupo sujeito, onde ocorre uma redefinição no que se refere aos papéis de cada membro e uma reorientação do conjunto. Ao contrário do que se propõe no modelo verticalizado, a mudança para a vertente transversal alude a uma dimensão contrária e complementar aos processos hierarquizantes. Segundo Guattari,

A transversalidade é uma dimensão que pretende superar os dois impasses, o de uma pura verticalidade e o de uma simples horizontalidade; ela tende a se realizar quando uma comunicação máxima se efetua entre os diferentes níveis e sobretudo nos diferentes sentidos. É o próprio objeto da busca de um grupo sujeito (GUATTARI, 1985, p. 96).

Partindo de discussões e assembleias da equipe com os loucos, abertas à comunidade, começa a ser pensada a contratualidade⁸ dos pacientes, de forma a questionar de forma contundente o tipo de assistência dada até então. Evidencia-se assim o cunho político que permeará a luta anti-institucional basagliana, transcendendo a ação social e sanitária.

Desta feita, em plena conexão com a comunidade e quebrando a estigmatização e a violência impetradas pelas formas de asilo, os técnicos e os doentes estabelecem uma forma diversa de cuidado, proporcionando um aumento de poder – “por empréstimo” – aos ex-asilados.

Em Gorizia a proposta de Basaglia é então aquela de se distanciar da psiquiatria tradicional, que destaca os papéis hierárquicos e a categorização das doenças e seus sintomas. Há uma ênfase no trabalho basagliano em buscar compreender o que o paciente se tornou após a internação e enxergar quem é doente e como ele interage com o mundo, priorizando a liberdade e, por conseguinte, a vertente terapêutica desse ato.

Seremos nós, psiquiatras, a sair em busca de um papel que ainda não tivemos e que – na medida do possível – nos situe em paridade com o doente, numa dimensão em que a doença, como categoria dada, seja colocada entre parênteses (BASAGLIA, 2005, p. 86).

Ainda calcado neste raciocínio, Basaglia postula que seu enfoque se dará numa liberalização tanto do doente como do psiquiatra e sua equipe. Partindo do doente, a liberdade poderá ser encontrada, por intermédio e não por imposição, em paridade com a equipe técnica e com a instituição dita terapêutica. O saber sobre o doente deve ser deposto e a dialetização entre técnicos e pacientes colocada em evidência. Esse apontamento, assim como a negação da violência institucional, conferem ao período goriziano as estruturas fundamentais de sua realização.

Em uma discussão de clara nuance sartreana (BASAGLIA, 1977), Basaglia enfatiza que temos que lutar contra os resultados de uma ciência ideológica no

⁸ Sobre contratualidade, Kinoshita escreve: “Entendemos que a vida social é pautada por processos de trocas e intercâmbios, particularmente *trocas de mensagens, afetos e bens*. Cada participante da relação pressupõe um valor pré-atribuído aos outros, isto é, **um poder contratual**. No caso dos pacientes psiquiátricos, este poder contratual é socialmente anulado pelo seu enquadramento no *status* do doente mental. [...] Diante deste quadro a função dos profissionais é precisamente a de **emprestar poder contratual** aos pacientes, até que estes recuperem algum grau de **autonomia** (KINOSHITA, 1996, p. 46), (grifos do autor).

sentido de inverter a sustentação do sistema. Essa luta percorre tanto o campo científico como o político. A intervenção sobre o doente deve se dar então nas duas realidades que compõem tal constituição, a saber, a da realidade acerca da doença, com uma problemática psicopatológica (dialética e não ideológica) e a da exclusão, considerando o doente em seu contexto de estigmatização.

Uma comunidade que quer ser terapêutica deve levar em conta esta dupla realidade – a doença e a estigmatização – para poder reconstruir gradualmente a face do doente como deveria ter sido antes que a sociedade, com os seus numerosos atos de exclusão, e o instituiu por ela inventado, agisse sobre o doente com a sua força negativa (BASAGLIA, 1997, p. 25, tradução nossa⁹).

Sartre em seu texto “Questões de método” (2002) esclarece que as ciências do homem estudam o desenvolvimento e as relações dos fatos humanos, ao invés de declinar-se sobre o próprio homem. Este é assim determinado por significações oriundas de fatos particulares. E sublinha que:

[...] ainda que supuséssemos que a experiência nos tivesse dado a coleção completa dos fatos relativos a um grupo qualquer e que as disciplinas antropológicas tivessem ligado esses fatos por relações objetivas e rigorosamente definidas, a “realidade humana”, como tal, não nos seria mais acessível do que o espaço da geometria ou da mecânica pela razão fundamental de que a pesquisa não visa desvelá-la, mas constituir leis e revelar relações funcionais ou processos (SARTRE, 2002, p. 126).

Basaglia reitera que as CTs são um passo fundamental no processo de reforma e evolução do Hospital Psiquiátrico, mas não devem ser o objetivo final no enfrentamento do problema do doente mental. É crucial que haja uma recusa da solução final para a questão. E somente com a incômoda presença do doente e da sociedade nessas discussões pode-se ventilar a possibilidade de inventar novos tipos de intervenção e de estruturas terapêuticas. Nas palavras de Sartre, a ciência do homem, no momento em que percebe que o nega a partir do seu saber, precisa superar a contradição que atinge o sentido da realidade humana (SARTRE, 2002). É no cerne das contradições existentes na sociedade que é imperioso trabalhar para que se revelem as soluções para o dilema da doença mental. Ou seja, incluindo a questão da loucura como parte das diversas contradições sociais, será negada a artificialidade da condição em que se encontram os asilados e a dialetização com a

⁹ Original em italiano: *Una comunità che vuol essere terapeutica deve tener conto di questa duplice realtà – la malattia e la stigmatizzazione – per poter ricostruire gradualmente il volto del malato così come doveva essere prima che la società, con i suoi numerosi atti di esclusione, e l’istituto da lei inventato, agissero su di lui con la loro forza negativa.*

loucura não será relegada como desvio, e sim como parte integrante e real das questões dissonantes da própria sociedade.

Uma vez inserida em tais contradições sociais, a loucura passará a ter nova concepção entre seus atores. A ideologia do hospital, enquanto lugar de cura, de tratamento, acaba por se tornar uma incongruência nesse sentido, cedendo lugar à dialetização, confinando, agora, a própria querela da sociedade em crer-se sã.

Sobre as CT, diz Basaglia:

[...] aquela que surgiu como uma exigência de renovação fundamental das instituições psiquiátricas caiu no perigo de constituir-se, nas diversas atuações práticas e nas conseqüentes especulações teóricas, em um novo tipo de instituição, mais moderna, mais eficiente, portanto aceita pelo sistema devido ao fato de que, neste, as relações de poder continuam as mesmas (BASAGLIA *et al*, 1994, p. 15).

Apesar da crítica ao modelo seguido nas CT, Basaglia não nega as profundas mudanças por que foram responsáveis. Ele evidencia as contradições institucionais que a CT colocou em choque e o dano irreparável que os hospitais psiquiátricos causam em seus assistidos. Um dado relevante é então reconhecido no movimento europeu das reformas: o hospital psiquiátrico não é um lugar de cura, mesmo que mantido como último subterfúgio dos serviços psiquiátricos. Ou seja, mesmo que a ênfase seja dada a outras estruturas, sempre que houver o hospital ele será o irradiador de todo o circuito manicomial pelo simples fato de existir e manter a lógica da institucionalização da loucura. Esse foi o sinal mais evidente da diferenciação da reforma italiana com as demais: refutar a possibilidade de existir o hospital como uma das formas de tratamento da doença mental. Sem o hospital, há que se pensar em outras formas, sem normatizar, sem pressupor exatidão no modo de executar a ação, inventando saídas à medida que se impõem as dificuldades de assistência.

O enfoque basagliano insiste que se deve subverter a ordem dada pelo poder. Isso porque em seu raciocínio a violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade (BASAGLIA, 1985). O autor diz que a função maior dos técnicos da psiquiatria consiste em administrar a violência através do poder. Assim, adapta os indivíduos em sua condição de “objetos de violência”, dando por acabado que a única realidade que lhes cabe é ser objetos. O poder determina então as diretrizes da ciência psiquiátrica e normatiza de forma objetivante a vida dos doentes, estigmatizados e sem qualquer identidade própria, subjetiva, dentro da instituição.

O perfeccionismo técnico-especializado da psiquiatria consegue que o rejeitado aceite sua inferioridade com a mesma eficiência com que antes impunha de maneira menos insidiosa e refinada, o conceito de diversidade biológica, que sancionava por outra via a inferioridade moral e social do *diferente*. Desta forma, a ciência se impõe como ato terapêutico e confirma sua norma, criada para se defender de sua ação discriminatória.

A proposta basagliana é a de agir no interior da instituição de violência, o que significa recusar o mandato social desta, dialetizando sua prática, e propondo a negação do sistema vigente. Negar o ato terapêutico como ato de violência mistificada com o objetivo de unir a consciência do técnico de ser simples preposto da violência - portanto excluído - à consciência de que se deve estimular os excluídos, sem contribuir de nenhuma maneira para sua adaptação a essa exclusão (BASAGLIA, 1985).

Basaglia propõe a negação do sistema partindo da desestruturação e do questionamento do campo de ação onde nos encontramos, confrontando as teorias técnico-científicas. Isso porque, diante desses questionamentos, ficaram evidentes os elementos que remetem a mecanismos que são estranhos à doença e sua cura (GOFFMAN, 1974), ou seja, a superestimação dos sintomas da doença após a internação do louco. Independentemente do que tiver o paciente, ele desenvolverá na instituição sintomas comuns aos asilados, que tendem a cronificar-se pela inércia da vida ali. Goffman e Barton contribuem significativamente para que Basaglia desenvolva seu conceito de “institucionalização”, de onde surgirá todo um movimento em prol de sua desconstrução, para além do simples esvaziamento de um hospital psiquiátrico.

Para Rotelli (1999, p. 154), a obsessão dos italianos em destruir o hospital consistia no fato deste concentrar a raiz do saber psiquiátrico. Portanto, qualquer forma de manutenção do aparato institucional psiquiátrico deixaria intacta a relação entre tratamento e custódia. A mudança de enfoque provocou a prática da desinstitucionalização, de tal forma que a estratégia passa a ser a terapêutica na comunidade, com modificação substancial nas relações de poder.

O trabalho escrito mais emblemático de Basaglia nesse período é o livro “A Instituição Negada” (1985), onde são publicados diversos textos dos protagonistas do grupo de Gorizia. Devido à repercussão que teve na Itália e em outros países ocidentais pelo momento em que foi lançado, abarcou movimentos operários,

estudantis e intelectuais (GOULART, 2007). Ele se tornou uma espécie de referência para estudantes que protestavam contra as formas de dominações sociais e ajudou a difundir no país as ideias que os basaglianos praticavam em Gorizia. Mais ainda, a ressonância dos textos possibilitou ao grupo participar de diversos debates, tanto no meio estudantil como em conferências e congressos nacionais e internacionais.

Ainda nas páginas de *A Instituição Negada*, Basaglia enfatiza que até mesmo as teorias psicodinâmicas e o pensamento fenomenológico não foram capazes de quebrar a ação objetalizante impetrada pela ciência ao longo da história contemporânea. Em Gorizia os basaglianos já têm uma crítica formada sobre as reformas inglesa e francesa, além das teorias predominantes nesses países. Em relação às primeiras teorias citadas, o autor considera que houve apenas uma troca de objeto, do corpo para a pessoa, sob a forma de desvendar o *sentido* dos sintomas pela investigação do inconsciente, mas mantendo o paciente na posição objetalizante. Sobre o pensamento fenomenológico, apesar da “busca desesperada pela subjetividade do homem”, ele continua objetalizado, sendo apenas um dado sobre o qual não é possível intervir a não ser através de uma vaga *compreensão* (BASAGLIA, 1985, p. 104). Com essa leitura, Basaglia indica seu distanciamento substancial da psicanálise e transcende o pensamento fenomenológico que muito lhe foi útil para perceber a “catalogação” feita pela ciência para conceber seu doente fabricado. Num primeiro momento, influenciado pelo pensamento de Binswanger e de Husserl, assim como as experiências de Laing e Cooper na Inglaterra, o autor depura sua prática ao não enxergar mais o louco apenas como doente. A proposição de colocar a doença entre parênteses permitiu a Basaglia inverter a lógica clínica da psiquiatria instituída e deslocou seu trabalho para o enfoque do tratamento do homem com sua existência-sofrimento.

Sobre tais críticas acerca das técnicas empregadas até então nos manicômios, Basaglia interroga:

Se essas “técnicas” houvessem penetrado efetivamente nas organizações hospitalares, se se tivessem submetido ao questionamento e à contestação que lhes oporia a realidade do doente mental, deveriam ter-se transformado, por uma questão de coerência, ampliando seu escopo, até que viessem a abranger todos os atos da vida institucional. Tal coisa teria minado inevitavelmente a estrutura autoritária, coercitiva e hierárquica sobre a qual se apóia a instituição psiquiátrica (BASAGLIA, 1985, p. 104).

O avanço dessas discussões transcende a questão da instituição psiquiátrica a um plano de reflexão política. Segundo Bezerra Junior (1992), a intervenção junto

a uma pessoa que sofre requer ações no campo ético, ou seja, deve-se referir aos valores de uma organização social e acerca das relações sociais entre os homens, o que nos coloca diante de inúmeros questionamentos. O que Basaglia propõe de fato é o alargamento da questão para uma nova concepção de sociedade, pautada pela cidadania. E aí temos uma contundente ponderação de Bezerra Junior. (1992, p.115): “Como articular a reivindicação de autonomia e práticas emancipatórias com intervenções terapêuticas, cuidado, proteção?” Este autor concorda com Basaglia quando, de forma paradoxal, o italiano afirma que o louco tem duas inscrições, a experiência psicopatológica e a condição de exclusão. Seria então impossível reduzir, referindo-se à psiquiatria biológica, psicologia e psicanálise, o problema da doença mental a intervenções no campo “objetivador”, como o *corpo*, a *pessoa* ou o *sujeito psíquico*:

Basaglia queria insistir no fato de que por mais que o sofrimento individual abarque uma dimensão biológica e um registro intrapsíquico, ele só adquire existência para o sujeito como uma experiência vivida na relação com outros homens, mediada pelo conjunto de dispositivos que a sociedade lhe oferece: vocabulários, técnicas assistenciais, normas culturais, leis, instituições, etc. (BEZERRA JUNIOR, 1992, p. 115).

Nessa vertente, Basaglia aponta para o fato de que somente com o doente mental em liberdade é que se pode aspirar uma relação terapêutica, sem interferências do autoritarismo e da violência. O autor aprofunda suas reflexões, ainda em andamento com o fechamento gradual do hospital de Gorizia, acerca da realidade do louco com o sistema econômico e do impacto que haveria com o retorno integral do louco à comunidade, além de abordar temas como a contratualidade e exclusão social, esta marcada pelo destino que o louco/pobre tem quando eclode sua crise ou necessidade de tratamento.

Aproximando-se ao postulado de Goffman (1974), Basaglia enfatiza que as formas com que são desencadeadas as doenças dependem mais da ótica e do tipo de abordagem que faz o psiquiatra do que propriamente como a evolução direta da doença. O alto grau de institucionalização derivado de uma instituição total, com perda de contato com o exterior e também com a sua própria subjetividade, faz com que o doente se torne alguém sem direitos, sem possibilidade de obter uma posição social. Isso implica uma estigmatização do doente mental e sua perda de valor social enquanto indivíduo, sem qualquer chance de inclusão e sem poder contratual. O autor esclarece que este poder está diretamente relacionado com a condição do

doente em termos social e econômico. Portanto, sem direitos, sem poder, sem história, subjugado e, por isso, rotulado, o tratamento voltado a essas pessoas no manicômio evidencia uma intencionalidade da sociedade, via psiquiatria, em manter isolados os sócio-economicamente insignificantes. Esse “refugio” social, improdutivo e escandaloso, é alvo de uma violência da sociedade que tenta impedir que se vejam suas próprias contradições. Sob a forma de doença, e só desta forma, se confirma a necessidade de exclusão e separação, “sem que a menor dúvida intervenha no reconhecimento do significado discriminatório do diagnóstico.” (BASAGLIA, 1985, p. 109).

Respalhada pela sociedade, cabe à psiquiatria rechaçar a doença mental, enquadrada em códigos e conceitos, onde o que passa a ser relevante é a relação entre o doente e a sociedade, e esta delegando ao psiquiatra a cura e a tutela do doente, produzindo sua objetivação. Sob esta ótica, Basaglia sugere que só se conseguirá inverter a lógica da violência – inclusive aquela a que estão sujeitos os psiquiatras que atendem ao papel imposto pelo poder e suas determinações – quando houver a negação, tanto do ato terapêutico que pretende resolver conflitos sociais adaptando a eles suas vítimas, quanto do manicômio. Neste ponto, é reiterada a influência que as CT tiveram nos primeiros passos de transformação da nova dimensão institucional italiana.

A Itália – diferentemente da Inglaterra e da França que tinham precedentes históricos aos quais podiam referenciar-se – era influenciada pelo pensamento (psiquiátrico) alemão, onde estruturas cada vez mais modernas e aperfeiçoadas procuravam dar conta do controle em relação ao doente. Desta forma, seu processo de reforma até então foi lento e difícil. Segundo Goulart (2007), a Lei Giolitti de 1904 determinava o hospital psiquiátrico como o local de tratamento da doença mental, conferindo tal questão à esfera do poder público e com vínculo estreito aos postulados da psiquiatria. Mais ainda, havia uma intrínseca relação entre delinqüência e loucura, sendo os loucos considerados irrecuperáveis e perigosos, o que os tornava privados do acesso à justiça e à vida pública e social (GOULART, 2007, p. 58). Essa estreita ligação entre periculosidade e loucura deriva do projeto bio-antropológico de Cesare Lombroso, psiquiatra italiano que no início do século XX era considerado um dos expoentes do pensamento positivista de seu país. Seus estudos versavam sobre uma complexa trama de sinais observáveis no corpo de delinqüentes e alienados, que iam de formatos cranianos a bilhetes de felicitações

escritos por eles, dando conta de que esses irrecuperáveis são um estorvo ao desenvolvimento social e, por isso, devem ser colocados à distância, escondidos, para culminar em sua eliminação (PITRELLI, 2004, p. 44). Apesar dos estudos de Lombroso não terem sido conclusivos e praticamente desaparecerem após sua morte, o conteúdo de seus postulados tiveram enorme influência na época em que, por coincidência, era promulgada a 1ª lei sobre tratamento de alienados da Itália.

Voltando às transformações ocorridas nos países acima citados, Basaglia infere que mesmo com a capilaridade e eficiência do tratamento nos “setores” franceses, a não desmontagem completa do hospital colocava o sistema de assistência psiquiátrica em constante ameaça, pois o “fantasma” da internação estaria ainda em voga caso não se conseguisse evitá-la. Diz ele:

[...] o principio da profilaxia psiquiátrica externa continua sob o império do clima institucionalizante do medo do internamento, visto como a medida extrema à qual seríamos obrigados a recorrer quando todos os outros meios se tivessem mostrado ineficazes na solução do caso (BASAGLIA, 1985, p. 111).

Em uma análise da psiquiatria de setor francesa, Guattari amplia a crítica basagliana ressaltando que muitas mudanças se dão em nível de quesitos técnicos, o que acaba por não fazer diferença no combate à velha forma de lidar com a assistência psiquiátrica. Segundo este autor, não havendo a despsiquiatrização da loucura, os avanços se tornam remotos:

As reformas e as inovações técnicas, quaisquer que sejam elas, resultarão (segundo os psiquiatras de Setor) apenas na passagem de um modo de confinamento a outro, de uma camisa-de-força física a uma camisa-de-força neuroléptica, e por que não psicoterapêutica ou psicanalítica. Foi feita também uma severa avaliação crítica das diferentes “correntes inovadoras” que não fizeram senão acentuar o esquadrinamento da loucura, colocando-se a serviço da empresa clássica de reabsorção, de adaptação, de neutralização da desrazão, descrita por Michel Foucault em sua *História da Loucura* (GUATTARI, 1985, p. 124).

Em relação ao modelo inglês, os primeiros passos da mudança ocorrida na Itália se apropriaram de seus fundamentos para reiterar uma ação de negação em relação à instituição psiquiátrica. Isso quer dizer que se negavam também os códigos nosográficos e todo o aparato científico em que se respaldava a psiquiatria até então. Todavia, Basaglia ressalta que tal modelo, sendo visto como uma ação final, concluída, deixava de ter sua função contestadora e perderia sua função primeira: a de contestar as normas instituídas, que segundo o ele, seria um produto, um objeto científico.

Seja como for, à medida que fomos vencendo, passo a passo, as diversas fases de nosso distúrbio institucional, foi-se tornando mais clara a necessidade de um contínuo *rompimento* das linhas de ação que, exatamente por estarem inseridas no sistema, deviam ser, uma a uma, negadas e destruídas (BASAGLIA, 1985, p. 112).

Segundo Barros (1994), a reforma italiana foi bastante conflituosa no início de suas transformações em relação a outros países europeus, pois calcava-se no pensamento organicista e mantinha o hospital como lugar oficial de tratamento da loucura. O período fascista porque passou a Itália contribuiu muito para corroborar a estreita ligação entre periculosidade e loucura, que por sua vez, eram juridicamente direcionados aos cuidados do poder público. O choque de concepções foi evidente e o conflito inevitável.

O doente mental, que dentro do manicômio é objeto de violência extrema, era até então enclausurado para que a sociedade fosse protegida da loucura. As superestruturas da doença (GOFFMAN, 1974), transformam o paciente num homem sem direitos, sem poder social, econômico e contratual. É o ícone maior da contradição social que se nega, a qualquer preço.

A transformação italiana desemboca desta forma em dois sentidos prioritários. O primeiro seria a contestação de que o doente é um não-homem. O segundo, uma recusa maiúscula em relação à violência que este homem sofre no sistema sócio-político. Desta feita,

O ato terapêutico revela-se um ato político de integração, na medida em que tende a reabsorver, num nível regressivo, uma crise em pleno curso; ou seja, a reabsorver a crise retrocedendo à aceitação daquilo que a provocara (BASAGLIA, 1985, p. 113, grifo no original).

Na tentativa nomear essa passagem de ação no hospital, o autor aponta para um *revolucionamento institucional*¹⁰, onde a agressividade do doente mental toma o lugar da posição dócil para a de questionar a forma com que se trata da doença e faz com que o doente descubra que tem direito a uma vida digna e livre, revelando alternativas. Tais ideias revolucionárias, Basaglia teria desenvolvido inspirado em Frantz Fanon que, segundo Goulart (2007, p.42), passara um período na Argélia

¹⁰ No Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa, encontramos a definição de “revolucionamento” como: [De *revolucionar* + *mento*]. Ato ou efeito de revolucionar (-se). E “revolucionar” [...] 2. Mexer de baixo para cima; revoltar; revolver. [...] 4. Causar notável mudança em; transformar [...] 6. Insurgir-se, sublevar-se, revoltar-se [...]. (FERREIRA, 2004, p. 1757). A intenção de Basaglia seguia sempre nesse sentido, o de impor uma mudança radical na norma psiquiátrica, questionando o saber e as hierarquias, de forma a “revoltar-se” e ao mesmo tempo “mexer de baixo para cima”, pressupostos essenciais para a efetivação da mudança do paradigma em questão.

ajudando as forças revolucionárias na liberação do país. Daí a migração de sujeito do conhecimento para a construção da posição ético-política libertária.

Fanon (1979) aborda em seu texto as condições desumanas infringidas ao povo argelino desde o período de submissão ao Estado francês até sua revolta para a emancipação, através da luta armada e da organização da Frente de Libertação Nacional Argelina. Participando ativamente desse processo, Fanon, que era psiquiatra, insere algumas observações acerca do comprometimento psicológico que algumas pessoas tiveram nesse delicado período político da Argélia e propõe um novo projeto a seu povo. Diz ele: “Quando procuro o homem na técnica e no estilo europeus, vejo uma sucessão de negações do homem, uma avalanche de morticínios” (FANON, 1979, p. 272). Ainda em seu raciocínio:

A condição humana, os projetos do homem, a colaboração entre os homens para as tarefas que aumentam a totalidade do homem são problemas novos que exigem verdadeiras invenções (FANON, 1979, p. 272).

A bagagem da fenomenologia existencial fazia presença nas ações de Basaglia. Um de seus inspiradores em seu tempo de docência em Padova, Merleau-Ponty, associa o movimento revolucionário da Rússia com o papel dos intelectuais na transformação da realidade social. Diz Merleau-Ponty:

O movimento revolucionário, como o trabalho do artista, é uma intenção que cria ela mesma seus meios de expressão. O projeto revolucionário não é o resultado de um juízo deliberado, a posição explícita de um fim. [...] Mas ele só deixa de ser decisão abstrata de um pensador e se torna uma realidade histórica se se elabora nas relações inter-humanas e nas relações do homem com seu ofício (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 597).

Tendo Basaglia tais ideias revolucionárias como inspiração, é proposto então um ambiente de tensão recíproca entre paciente e psiquiatra, que seria a única via capaz de romper a dependência e a autoridade institucional dirigida aos pacientes num espaço de tratamento. A oposição ao poder, vinda da base, e não do comando da instituição, faz com que essa nova organização adquira prerrogativas que a fazem reivindicar tais ações como um ato terapêutico, desprovido de exigências e postulações prévias, características de estruturas verticais e detentoras do poder assimétrico. Mantendo tal conflito pode-se aspirar, ao mesmo tempo, que o psiquiatra e o corpo técnico incitem com seu poder a situação de mudança e provoquem as forças individuais de reação dos doentes. Em poucas palavras: é

fundamental dialetizar as contradições do real com todos os seus atores (BASAGLIA, 1985).

As primeiras tentativas de liberação e de protagonismo do louco viam-se em constante evolução em Gorizia. Todavia, em função desta liberalização do louco com enfoque claro na sua reinserção social, outro entrave se mostra aos olhos dos atores da reforma goriziana: a questão sócio-econômica. Se por um lado é fundamental que o louco seja livre, deve-se levar em conta agora que a sociedade à qual estará de volta é a mesma que ele, outrora, não conseguiu suportar com sua doença. Mesmo com sua liberdade conquistada, urge neste momento a necessidade de enfrentar a questão de modo mais complexo pois, do contrário, novamente será utilizado o sistema hospitalar e manicomial.

Falar de uma reforma da atual lei psiquiátrica significa não somente desejar encontrar novos sistemas e regras sobre os quais apoiar a nova organização, mas, principalmente, enfrentar os problemas de ordem social que lhe são correlatos (BASAGLIA, 1985, p. 116).

Mesmo apontando claramente para a reformulação da lei e da questão sócio-econômica, parece-nos que os basaglianos não avançam na prática com essas propostas. Ideias explícitas que possam combater tal questão não demonstram em Gorizia sua execução, muito provavelmente pela resistência nítida que encontravam na cidade, especialmente na esfera política. Porém, o grupo freqüentemente reitera em seus textos (BASAGLIA, 1985) que a CT é momentânea e essencial para a contestação do *status quo* psiquiátrico. Ela desmontaria a norma violenta e imposta dos hospitais e abriria a intervenção psiquiátrica para um novo modelo de relações interpessoais. Basaglia recorre a partes de seus trabalhos escritos anteriormente reiterando a necessidade de alternativas à instituição fechada, especialmente no seu texto "Instituições de violência". Critica o diagnóstico psiquiátrico, as normas ditadas *a priori*, a violência do manicômio e propõe, finalmente, a negação da instituição psiquiátrica como meio de atuar diante da questão sócio-econômica. Afirma o autor que:

Nossa ação só pode prosseguir 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 sócio-político, negando-se a se deixar instrumentalizar por aquilo exatamente que quer *negar* (BASAGLIA, 1985, p. 131).

Para Merleau-Ponty, as ações revolucionárias estão relacionadas diretamente com as ações e o engajamento dos atores envolvidos num processo de mudança das classes sociais, especialmente na maneira de nos situarmos no mundo e de coexistir com os outros. A liberdade e a motivação para tanto se tornam indispensáveis para uma nova concepção que apaga a distinção entre intelectual e operário.

O idealismo e o pensamento objetivo deixam igualmente escapar a tomada de consciência de classe, um porque deduz a existência efetiva da consciência, outro porque infere a consciência da existência de fato, ambos porque ignoram a relação de motivação (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 600).

Nesse sentido, Basaglia nos leva a crer uma vez mais que suas ideias mantinham estreita ligação com seu aprendizado enquanto docente, onde a vertente fenomenológica colocava sua marca agora em Gorizia e indicava um processo sem retorno e de repercussão corpulenta.

Segundo Passos (2009), a superação total da estrutura manicomial era premissa cara a Basaglia e seus seguidores. Seria impossível esperar que da remodelagem do hospital psiquiátrico se esperasse a 'natural' superação da instituição. Ao contrário, as novas roupagens dessas estruturas seriam capazes de conviver com o hospital, perpetuando desta maneira a passividade dos doentes frente ao saber psiquiátrico.

Em meio à conclusão de sua trajetória em Gorizia, num texto datado de 1969, Basaglia levanta algumas questões que nos remetem aos entraves referidos:

[...] quem são e o que são os sujeitos das nossas interações? O que fazemos deles, uma vez tiradas as incrustações institucionais e uma vez descoberto que a realidade manicomial é somente uma realidade concentracional? Para onde mandamos estas 'pessoas' que não podem continuar a ser objetos de violência do mundo externo? [...] Que sentido se encontra na existência de uma instituição que quer destruir-se e é, ao invés disso, obrigada a não fazê-lo e a manter-se em vida? (BASAGLIA *et al*, 1994, p. 19).

A reflexão de Basaglia e seu grupo concentrava-se em quatro pontos principais: a negação do hospital tradicional; a realidade e contradição no processo de renovação institucional; o problema do "autogoverno"; gestão e negação de uma instituição psiquiátrica (BASAGLIA *et al*, 1994, p. 22). É relevante pensarmos nessas questões levando em consideração o alcance da experiência de Gorizia até 1968. Os gorizianos – que na realidade eram praticamente todos oriundos de outras partes da Itália e não de Gorizia (GOULART, 2007) – praticamente subverteram a ordem da

internação psiquiátrica e se viram às voltas com questionamentos extramurais, da liberdade dos doentes, das dificuldades relativas à autonomia e do conviver em sociedade. Partindo da desconstrução da questão do “curador-curado”, o poder instituído do psiquiatra passa para o cerne da cidadania, onde a questão política se torna imprescindível. O caráter social entra em cena na realidade dos doentes e a dificuldade em lidar com a cidade, com o homem em seu território se torna urgente.

Não obstante à conquista irrefutável dos gorizianos, agora o desenho se faz num outro plano, exatamente aquele que o governo da Província de Gorizia se opôs. Não por acaso, Basaglia se deixará na seqüência imergir numa experiência nos EUA, onde já pressupunha, com os entraves de então, a grande tensão que encontrariam os doentes “não adaptáveis” numa sociedade dita sã. Mais ainda, como veremos no “período norte-americano”, a questão do trabalho, da remuneração, que eram tão presentes nas assembleias de Gorizia (BASAGLIA, 1985), agora tomarão ênfase diversa e nova para as reflexões de Basaglia.

Podemos crer que havia uma séria crise na gestão do hospital goriziano, e ainda, que Basaglia ia em direção a uma dimensão para além dos muros e da verdade da psiquiatria clássica, o que certamente o faria desenvolver, junto ao seu grupo, trabalhos específicos na e com a sociedade, visando um alcance político dessas premissas. Porém, sem o respaldo da Província de Gorizia e com diversas tensões e resistência da população local, tais ações encontraram diversos entraves, o que levou Basaglia a se desligar da direção do hospital em 1968, partindo para os Estados Unidos como professor universitário visitante (GOULART, 2007, p. 45). Todavia, mesmo alguns membros da equipe de Basaglia permanecendo na instituição até 1972, grande parte do grupo se desfez. Em comunicado oficial às autoridades governamentais, o restante do grupo se demitiu em massa e “liberou” todos os pacientes, visto que a experiência ali chegaria ao seu fim, sem maiores possibilidades de avanço.

Cabe assinalar ainda que um episódio ocorrido em Gorizia (o caso Miklos) contribuiu grandemente para o desgaste de Basaglia e sua equipe com os administradores locais e com a mídia nacional italiana. Em 1968, após diversas discussões em assembleias livres, decidiu-se conceder a permissão a um paciente para encontrar sua família, situação essa que ocorrera outras vezes nos últimos dois anos em função da nova concepção de tratamento da equipe de Gorizia. Porém, o paciente liberado brigou com a mulher e a matou com golpes de machado. Se antes

disso já havia sérias dificuldades para Basaglia e seu grupo avançarem com as propostas de fechamento do hospital e liberação dos pacientes, essa situação acaba por deixar, especialmente o diretor Basaglia, em uma situação mais que embaraçosa. O conjunto dos fatos acelera sua saída e seu aceite para trabalhar nos EUA (PITRELLI, 2004, p. 60).

A condenação de Basaglia (e pouco tempo depois sua absolvição) pelo homicídio ocorrido em Gorizia, além de acarretar uma mudança de planos em sua carreira foi também marcada por uma extensa reflexão de muitos expoentes da psiquiatria assim como na sociedade civil e entidades de alguma forma ligadas às transformações que ali vinham ocorrendo, com eco nacional e internacional. Nomes como Maxwell Jones (então médico superintendente do Dingleton Hospital, Escócia), Georges Daumezon (ex-diretor do Hospital Saint-Anne e então diretor do Hospital Henri-Rousselle de Paris), Christian Müller (Diretor da Clínica Psiquiátrica Universitária de Lausanne, Suíça), Luigi Mariotti (Ministro da Saúde italiano e reconhecido como um dos responsáveis pela aprovação da lei que tem seu nome), além de muitos profissionais de universidades como as de Roma, Milão, Nápoles, de políticos do PCI, de militantes da Central Geral Italiana dos Trabalhadores (CGIL) e inúmeras pessoas comuns, familiares e pacientes que conheciam o trabalho de Gorizia, mantiveram contato com Basaglia através de cartas e manifestações públicas (CASAGRANDE e VENTURINI, 2010, p. 171).

Em 1968, a experiência goriziana estava em pleno auge e popularidade, pois a mudança nos parâmetros institucionais era iminente. Segundo Casagrande (2010, p.122), ela considerava os pacientes como pessoas responsáveis, enfatizando a sua individualidade destruída pela instituição total, fazendo-lhes participar da própria assistência dada pelos serviços e na reconstrução desses sujeitos pela compreensão do seu próprio estado de sofrimento, o que levou a instituição ao processo de reflexão e alteração das suas práticas.

Todo o processo efetuado na referida cidade estava influenciando movimentos em diversos locais, tendo reconhecimento inclusive na efetivação da Lei Mariotti, de 1968, que se não teve a esperada legislação das mudanças em relação à assistência em saúde mental, assinalou pela proposta da internação voluntária dos pacientes um sinal de que a prática de Gorizia apontava para um ponto de significativa modificação nas considerações acerca do louco e seus direitos.

Segundo Goulart (2007), a experiência de Gorizia não pode ser considerada bem sucedida por não ter chegado às vias de fato: o fechamento definitivo do hospital psiquiátrico de lá. Todavia, o movimento tomou força em diversas cidades italianas¹¹, como Varese, Nocera Superiore, Arezzo, Perugia e outras, atingindo a mídia nacional e envolvendo cada vez mais a opinião pública e a esfera política. Os “gorizianos” se dispersaram em várias cidades e em postos políticos estratégicos, com a nítida intenção de avançar nas propostas iniciais da luta antimanicomial. Se não conseguiram de fato o fechamento do hospital em Gorizia, Basaglia e seus ascetas difundiram o movimento por vastas regiões italianas que culminaram em alguns exemplos exitosos de reforma, mesmo com a frustrante derrota pelo não fechamento do hospital goriziano.

3.2 Aprofundando e ampliando convicções nos EUA: 1968-1969

Em 1968 Basaglia encerra suas atividades no Hospital de Gorizia e em 1969 aceita um convite para atuar nos EUA em um *Community Mental Health Center*, em Nova Iorque. Era o *Maimonides Hospital* do Brooklin. O governo do presidente John Kennedy, através da declaração de “guerra à pobreza”, inicia uma assertiva que pretendia eliminar a pobreza - ou pelo menos atenuá-la - através de medidas assistenciais em diversos níveis, que se estendia dos planos econômicos às políticas públicas em saúde, incluindo as que assistiam às comunidades marginalizadas.

O interesse de Basaglia, como ele mesmo afirma, era verificar *in loco* esse novo enfoque de assistência, partindo de um país de alto nível tecnológico, que apontava para o futuro das políticas públicas em saúde, onde particularmente seriam avaliadas as ações técnicas e o significado político delas (BASAGLIA, 2005).

Até então, Basaglia mantinha como foco a negação da lógica violenta do manicômio e a despsiquiatrização das formas de tratamento, que estariam mais voltadas à exclusão do louco e para proteger a “sociedade sã” dos perigos que a

¹¹ Para Goulart (2003), mesmo com divergências entre os dirigentes reformistas das cidades apontadas, é fundamental ressaltar que todos apresentavam oposição ao modelo assistencial tradicional e dominante, e as ações ali empreendidas tiveram grande impacto na evolução da reforma italiana.

loucura lhe apresentava. O *staff* clínico, tomando consciência de que também excluía se perpetuasse o mandato do poder que lhe foi delegado, deveria manter a doença num plano menos importante do que o homem que vive em sofrimento. Nesse caminho, Basaglia compreende em sua passagem pelos EUA que a questão da doença transcende a abertura do manicômio e aprofunda suas inferências em uma vertente marxista, que aborda as formas de dominação do sistema capitalista, da exploração do homem pelo trabalho e das armadilhas que são engendradas pelo sistema aos que não conseguem se adaptar a ele.

As observações de Basaglia ampliam-se criticamente desde o início de suas atividades ali. Ele lembra que a nova legislação impetrada pelo governo norte-americano pretende resolver tecnicamente as contradições da realidade, onde se exclui aquilo que é um distúrbio social (inserindo-o à nova política assistencial) e ao mesmo tempo se opera na adaptação dos “marginais” ao modelo sócio-econômico. Desta forma o processo se dá de forma dialética, ou seja, sem uma interlocução entre o técnico e o doente, contrariamente àquilo que teria se tornado uma das marcas da experiência de Gorizia. O que acontece então é um alargamento da esfera de ação psiquiátrica em toda a sociedade, especialmente nas camadas menos favorecidas da população. Em síntese, ainda sob a retaguarda do manicômio que “acolhe” os crônicos, a prevenção da doença se estende a uma vasta gama de doentes agora catalogados pelo aspecto social: os *emotional patients*, que seriam os “desadaptados”, agora incluindo o aspecto sócio-econômico (BASAGLIA, 2005).

O que de fato é observado por Basaglia é que foram criadas grandes estruturas artificiais onde “conseguem criar uma rede de controle técnico-social muito mais penetrante e sutil, na qual a barreira entre norma e desvio faz-se cada vez mais frágil e discriminatória” (BASAGLIA, 2005, p. 157).

A velha norma psiquiátrica, de controle e estigmatização do doente, se mantém presente nas ações destas novas políticas de saúde. Tal fato é definido por Basaglia como “um novo verniz”, que se estrutura a partir de uma gigantesca eficiência artificial que encoberta a ineficácia de suas intenções (BASAGLIA, 2005, p. 158). O autor chama-nos a atenção para o fato de que a doença nos EUA vem se tornando uma indústria, onde o *status quo* econômico é e deve ser favorecido. Assim, as novas soluções técnico-institucionais funcionam como uma enorme instituição, tolerante e acolhedora, onde toda a sociedade é abarcada e, da mesma forma, controlada sutilmente.

Nesse momento que intitulamos como “norte-americano”, é importante ressaltar que Basaglia passa por uma transição em suas reflexões. A experiência no EUA provocou uma importante inflexão na concepção e na forma em que ele começaria a intervir nas instituições psiquiátricas. Podemos entender que a reforma pretendida por Basaglia começava por uma negação inequívoca das instituições totalizantes, do poder do médico e da ciência sobre os doentes. Em Gorizia ficou evidente a tensão provocada pela liberdade “imposta” aos pacientes, que a partir daí traziam outras questões que até então não eram evocadas: o trabalho, a renda, a habitação, os direitos civis. Para além do fechamento do manicômio e da busca de alternativas à exclusão da loucura, o período norte-americano trouxe indagações muito mais específicas, agora bem mais amplas do que o alcance da medicina/psiquiatria.

A questão agora, antevista por Basaglia, era também sociológica, antropológica e econômica. A passagem pelos EUA traz para o debate questões pouco exploradas, mas fundamentais para a efetivação da negação das instituições da loucura. Agora, sob as cores do estigma social, Basaglia se vê interessado em discutir tais questões, em textos que vão de 1968 a 1971, misturando o que tentei definir cronologicamente como períodos, mas deixando claro o impacto assimilado por ele e a importância dessas discussões e práticas que tomaram força política posteriormente em Parma e em Trieste, para ficar somente em cidades nas quais efetivamente Basaglia trabalhou. Assim sendo, alguns textos foram publicados em 1970 e 1971 (BASAGLIA, 2005), mas enquanto eram escritos Basaglia passava por Nova Iorque e Parma e suas letras refletiam o que apreendia naquelas situações. Sem a responsabilidade da gestão dos serviços, ele vivenciou com liberdade sua imersão nos serviços e avaliou outra realidade – bem diversa da italiana – que certamente o estimulou em suas reflexões.

Em função de suas observações inferidas com as novas experiências, Basaglia aponta que os países avançados têm níveis de intervenção diferentes daqueles menos desenvolvidos e, por isso, a “importação” do modelo e da sua prática, é originariamente artificial. Sendo assim, o termo artificial pode ser entendido tanto como uma importação da prática que não pode ser adaptada em outro lugar, quanto na artificialidade de uma instituição que se propõe a assistir toda a sociedade com sua enorme estrutura e alcance. “O modelo foi importado para a nossa cultura mais como tema ideológico do que como problema real.”, numa relação feita pelo

autor entre as práticas italianas e norte-americanas (BASAGLIA, 2005, p. 163). Mesmo tendo incorporado o termo “desinstitucionalização” da política de reforma da psiquiatria comunitária norte-americana, Basaglia considera que a ênfase nos EUA se deu mais em termos econômicos, favoráveis ao equilíbrio das finanças do referido país. Nas palavras de Desviat (1999),

Não existe política de saúde pública nem utilização da epidemiologia no mundo sanitário dos Estados Unidos, dominado pelos interesses das grandes instituições de tratamento e por um atendimento centralizado no poder aquisitivo do indivíduo, do usuário. O atendimento sanitário nos Estados Unidos é condicionado ao mundo dos seguros. Seguros de saúde que, em geral, constituem cobertura para os serviços hospitalares (DESVIAT, 1999, p. 53).

Ao invés do esvaziamento do hospital significar uma quebra do paradigma psiquiátrico, o que se pode notar nos EUA foi um esvaziamento tanto do contingente hospitalar quanto da assistência àquele que necessita de cuidados e tem direitos civis, o que significaria outro tipo de assistência, distante do que se vê na América do Norte (SARACENO, 2001, p. 69). A alta tecnologia e o novo enfoque na política de John Kennedy nada mais eram do que o fortalecimento da ideologia da ciência e da Razão para o domínio de uma massa maior e cada vez mais segmentada, que agora não tinha mais somente os loucos como assistidos, mas uma série de outros “pacientes” não conformes com a pujança do regime capitalista em franca expansão naqueles anos.

O significado da ideologia é então aquele que, ao mesmo tempo, encobre e cria novos problemas. Aliada à psiquiatria, a nova técnica norte-americana se apropria do discurso sociológico para englobar outros conceitos, mais alargados e capazes de formar novas categorias que transcendem às médicas, garantindo a totalização do controle.

Numa sociedade industrial avançada, as normas se estruturam em função da produção, isto é, da capacidade que cada pessoa possa ter para contribuir com o alargamento do potencial econômico do sistema e de sua expansão. Desta forma, qualquer pessoa que fique à margem deste processo é codificada como desviante. Se a pessoa está fora do ciclo produtivo, ela confirma a norma e, como desviante, deve ser absorvida por este jogo social em uma categoria ideológica, onde as técnicas e as soluções para tais problemas estão prontas a se fazerem presentes. A face “perdedora do capital” transforma-se assim em um triunfo, onde as forças

opostas ao capital acabam por se integrarem novamente a ele por meio da assistência do Estado, reforçando a ideologia reinante (BASAGLIA, 2005).

Para além da categorização sanitária, a nova corrente política em implantação nos EUA sugere onde estão os marginalizados a serem assistidos. A definição de desviante, em consonância com o formato sociopsiquiátrico, pode ser caracterizada em três níveis: primeiramente, o *desvio como limitação de funções*, seja ele oriundo de um problema psíquico ou físico; depois, o *desvio como produto da falta dos requisitos sociais necessários para que o indivíduo seja aceito pela sociedade*, tais como cultura e educação; por fim, o *desvio pela exclusão do intercâmbio social*, oriundo da idade (jovens, idosos) ou pela escolha de vida (mendigos, *hippies*, etc.), que apontaria para uma escolha imposta ou escolhida por seus componentes (BASAGLIA, 2005, p. 170). Vale ressaltar que o aumento exorbitante da mendicância, assim como o surgimento dos “alternativos” *hippies*, compunha um problema novo à sociedade norte-americana de então.

Um elemento coincidente nos três níveis de desvio é que nenhum deles participa diretamente da produção referente ao sistema econômico em voga, isso levando em consideração o momento em que eram feitas tais observações, na virada das décadas de 1960 para 70. Dessa forma, sendo a norma pautada pelo poder contratual das pessoas, enfatiza-se a ideologia do desvio sem atacar diretamente aquilo que a constitui: o desnível que o próprio sistema capitalista impõe à sociedade. O Estado do Bem-Estar (*Welfare State*) vem então assistir à clientela marginal que não consegue se adequar ao sistema. Essa clientela ganha desta maneira um novo status social. Não são apenas os doentes a serem “assistidos”, mas também os “desadaptados” sociais que, como os primeiros, estão à margem da sociedade.

Para Saraceno (2001) o que houve na América do Norte e na maior parte dos países da Europa ocidental não foi um processo de desinstitucionalização e sim “[...] de desospitalização, a qual transferiu multidões de pacientes do abandono manicomial ao abandono extra-manicomial” (SARACENO, 2001, p. 23). Rotelli *et al* (1990) se referem ainda ao termo “transinstitucionalização” reiterando que o abandono dos pacientes se deu inclusive pela transferência deles a casas de repouso, asilos, cronicários “não psiquiátricos”, além de outras formas obscuras de internação, observadas por diversos pesquisadores do assunto (ROTELLI *et al*, 1990, p. 21).

Em relação à Itália, Basaglia argumenta que se tratava ainda de um país calcado nos parâmetros kraepelinianos, onde há uma grande influência conceitual dos fundamentos de Lombroso, fazendo com que o imaginário popular exigisse proteção frente aos desarrazoados, a qual era dada pela ciência médica em sua ideologia calcada no juízo moral, que nada parece ter a ver com a cura e assistência dos doentes ou diferentes. Basaglia insiste que até então, o papel fundamental da psiquiatria é o de classificar e estigmatizar os desviantes pelo juízo de valor. A classe dominante determina então suas regras e impõe a punição aos desviantes.

Referindo-se ao novo modelo norte-americano, Basaglia observa no discurso de Ruesch (em um congresso de saúde mental e psiquiatria social em 1969, em Edimburgo, Escócia) que os marginais estão, assim como os “psicopatas” de outrora, catalogados e excluídos do sistema, na periferia, onde “(...) não têm nenhuma função significativa em nossa sociedade” (RUESCH *apud* BASAGLIA, 2005, p. 180). Ele conclui ainda que são criadas instituições para lidar com o desvio, manipuladoras, de forma que se estruture uma “imensa sociedade anômica como Comunidade Terapêutica, em que o interclassismo aparente oculta a força de um centro de poder cada vez mais reduzido, propondo novamente uma espécie de feudalismo tecnocrático” (BASAGLIA, 2005, p. 185).

Em linhas gerais, a partir de seu contato com realidade norte-americana e seus fundamentos reformistas, Basaglia ressalta que convém analisar

[...] o processo pelo qual o capital consegue transformar a contradição – que ele não pode deixar de produzir dentro da sua dinâmica – no objeto da sua auto-reparação [...], a fim de começar a compreender como se desenvolve, na prática, a transformação do real numa realidade-ideologia que deve produzir a dupla da realidade, por meio da criação das qualidades mais adequadas a essa perpétua transformação. [...] a ciência não faz senão fornecer justificativas e verificações práticas para a irrealidade real do produto (BASAGLIA, 2005, p. 186).

Tendo como referência a experiência de Gorizia, da qual participou até 1968, Basaglia tem muito claro que a contradição humana é inerente a qualquer sociedade. Sua crítica à função dos técnicos com seu caráter assimétrico de poder e da anulação do homem asilado/institucionalizado, remete ao questionamento da dimensão que a sociedade dá à doença, sendo fator determinante em sua evolução frente aos interesses daqueles que ditam as normas e têm na ciência médica (e agora também na social) seus agentes principais. Diz Basaglia:

Se é verdade que a política não cura os doentes mentais, paradoxalmente pode-se dizer que as pessoas adoecem com uma definição que tem um caráter político preciso, no sentido de que a definição de doença serve, neste caso, para manter intactos os valores da norma postos em discussão (BASAGLIA, 2005, p. 202).

O autor faz ponderações singulares sobre o papel da psiquiatria em relação ao seu objeto de trabalho: a cura e o tratamento do doente mental. Se a técnica (psiquiátrica) é destinada a atender aos interesses da norma, ela pouco poderia fazer no que diz respeito a quem transgride esta norma. Em função desta contradição, Basaglia é enfático toda vez que discute os papéis daqueles que lidam com a doença mental. Se o objetivo final da psiquiatria é eliminar a doença, a dificuldade em fazê-lo nos coloca diante de uma contradição que acaba por desvirtuar-se do objetivo final. Pautada por códigos definidos pelo juízo moral, a psiquiatria perde o sentido, sua neutralidade científica, e transforma-se em agente do sistema de produção sócio-econômico. A luta iniciada em Gorizia reafirma seu papel político ao colocar a doença entre parênteses e localizar no doente mental, enquanto homem, seu embate mais significativo, sem negar a doença, mas se desviando da abstração com a qual a ciência a tratava. O doente mental reclama sua condição enquanto um ser humano, independentemente da sua doença, que faz parte do existir, da vida de todos. Tratar de doentes à maneira tradicional pode significar então excluir outras possibilidades reais de vida, outros modos de subjetivação que não necessariamente se encaixam na norma vigente.

Em relação a essa norma vigente, Basaglia enfatiza que o capitalismo esforça-se por transformar a contradição em dupla realidade. Para os conflitos que transcendem a doença, e de forma igual prejudicam o desenvolvimento da “produção”, são edificadas novas formas de assistência aos “fora do sistema”, de maneira que se traduza em coletivização do bem estar social. A ideologia-realidade proporciona, ao mesmo tempo, uma sensação de resolução do problema dos desadaptados e a confirmação de seu triunfo (BASAGLIA, 2005).

Em uma tentativa de questionar a ideologia dominante, que é uma tendência forte nos países ocidentais, Basaglia nos atenta para o fato de que estamos derivando do confronto com a realidade e nos alienando em um sistema que tenta definir e organizar nossas reais contradições. Essa organização estaria longe de alcançar um equilíbrio social, um processo pleno de cidadania. Ao contrário, estaria este sistema disposto a ampliar seus tentáculos de controle sobre a totalidade da

população, onde quem não se dispõe a ser inserido, acaba sendo por vias de assistência e cuidado, excluído da faixa privilegiada de economicamente ativos e produtivos.

Para Amarante, a proposta de Basaglia é a de viver concretamente as contradições do real, partindo, por um lado, da recusa sistemática de intervenções técnicas para a doença mental e, por outro, aproximar-se da experiência concreta do doente em sua relação com a realidade, que requer uma busca incansável de novos tipos de pesquisa e, conseqüentemente, de novas estruturas terapêuticas (AMARANTE, 1996, p. 93).

O que se pode constatar nesse período de Basaglia nos EUA é que a ênfase na desinstitucionalização é ressaltada, pois a tentativa das reformas administrativas em abarcar a doença e a assistência que lhe cabe, torna evidente que tal manobra não passa de um instrumento científico de poder. A insistência de Basaglia em negar a instituição propõe novos dispositivos que transcendem a questão técnica para dar lugar a outro paradigma, longe da questão da doença a ser curada. Amarante sugere que a proposta agora é aquela que “Nega e desconstrói – por um lado –, inventa e cria – por outro. O que se inventa e se cria é o novo, é o ‘depois’ [...], que não sabemos exatamente o que é, mas que está sendo construído” (AMARANTE, 1996, p. 105).

Ao final de sua passagem pelos EUA, Basaglia segue para Parma, onde previamente havia acertado com a administração desta cidade assumir o cargo de diretor do hospital psiquiátrico de lá.

3.3 A influência de Basaglia em Parma: 1969-1970

Antes de partir para os EUA, em 1969, Basaglia manteve extenso contato com Mario Tommasini, que à época era secretário de saúde em Parma. Tommasini, bastante interessado no que ocorria em Gorizia, esteve lá algumas vezes e foi inspirado a colocar em prática em Parma o que vira. Ao que sugere o livro escrito por Franca Basaglia, desde 1965 a experiência de Gorizia era conhecida por Tommasini e outros atores da política naquela região centro-norte italiana, a Emilia Romagna. Em 1966 houve em Gorizia um encontro entre as equipes dos hospitais

goriziano e parmense, no qual foram discutidas diversas questões referentes às transformações que aconteciam em Gorizia (BASAGLIA, 1997).

A esposa de Basaglia, Franca, é reconhecida pelo apoio irrestrito dado ao marido em sua luta e de uma grande contribuição em textos e livros, inclusive este ao qual se refere: “Mario Tommasini: vida e feitos de um democrata radical” (ONGARO BASAGLIA, F., 1993). Na década de 1990 foi eleita senadora italiana para garantir alguns pressupostos de efetivação da Lei 180, conhecida como Lei Basaglia, aos quais forças contrárias sempre estiveram presentes ao longo de mais de vinte anos de luta (GOULART, 2007).

Franca optou por deslindar em três capítulos a experiência de Tommasini em Parma, influenciada desde o início por Basaglia, mas com uma curta participação dele na cidade. Assim como em Gorizia, a administração da Província restringiu as ações em relação às modificações propostas, que transcendiam “reformas na assistência” manicomial. Mesmo em se tratando de uma administração de esquerda (do Partido Comunista Italiano - PCI) os entraves se apresentaram da mesma forma, o que fez o tempo de Basaglia como diretor do Hospital de Colorno de Parma durar pouco mais de um ano, de 1969 a 1970 (ONGARO BASAGLIA, F., 1993). As citações serão referenciadas, nesse episódio, a Tommasini, visto que Franca colheu os dados da experiência de Parma e os narrou na pessoa dele. Vale ressaltar que nessa parte da pesquisa recorro aos escritos de Franca, optando por esta forma indireta aos textos de Basaglia.

De qualquer modo, a meu ver, a experiência basagliana em Parma é relevante, pois evidencia a expansão das ideias que culminariam naquilo que seria intitulada a PDI e sua posterior efetivação na cidade de Trieste. Por não ser o objetivo principal desta pesquisa, sugerimos maior aprofundamento da formação e trajetória da PDI em Goulart (2007) e Amarante (1996).

O hospital psiquiátrico da cidade, Colorno, tinha nesta época cerca de 1.200 pacientes internados, além de outras formas de asilo que abrigavam diversas pessoas, tais como crianças abandonadas, jovens delinqüentes, usuários de drogas, idosos, prisioneiros, incapazes psíquicos e físicos (TOMMASINI, 1993, p. 5).

Um fato importante motivou Tommasini para a reversão da situação dos asilados. Ele descobrira no hospital de Colorno vários amigos, que eram militantes do PCI e que estavam internados como loucos por serem divergentes do sistema político. Comentou Tommasini:

Aqueles homens haviam estado nos campos de concentração, foram aceitos e utilizados durante a guerra partidária, mas eram rejeitados se se rebelavam contra o estado em que haviam chegado as coisas pelas quais haviam lutado. Creio que essa constatação ajudou-me a olhar o manicômio e a loucura com outros olhos: eram velhos amigos os que encontrava, conhecia suas histórias, diante das quais sua internação no manicômio tornava-se um claro abuso de poder (TOMMASINI, 1993, p. 7).

Em confronto com o próprio PCI, Tommasini esteve por vezes em situações de abandonar seu cargo ou ser demitido dele. Sendo adepto da vertente prática de Basaglia, ele não admitia que a burocracia ou a insensibilidade política permanecesse como a ordem do dia. Começa então em Parma um movimento muito mais amplo do que uma enérgica reforma sanitária. Nas palavras de Tommasini,

O discurso de Basaglia não dizia respeito apenas ao manicômio: as verdades descobertas no manicômio valiam para orfanatos, cárceres para menores, instituições especiais para deficientes, asilos para velhos, enfim, todos os marginalizados que nós, administradores provinciais, deveríamos atender sob a desculpa da assistência. Desculpa que encobria a natureza do tipo dessa marginalização: quem acaba no manicômio, orfanato, cárcere para menores, asilo? Quem não tem recursos culturais e econômicos para enfrentar os problemas da vida (TOMMASINI, 1993, p. 33).

As transformações em Parma, evidentes também em cidades como Arezzo, Varese, Perugia, Nocera Superiore, apontam para um avanço da corrente de influência basagliana, que posteriormente abrangeriam ainda mais cidades, sob a égide da transformação da assistência em luta política (GOULART, 2007). Tomados pelos movimentos operários e estudantis que eclodiam em toda a Europa, as cidades italianas com muitos de seus atores influenciados por Basaglia apontavam para mudanças importantes em práticas inovadoras em saúde e na assistência às comunidades marginalizadas.

Geralmente, o primeiro passo dado, como foi em Parma, era a abertura do manicômio. Depois, “tomavam-se” outros locais que asilavam seus “assistidos” trabalhava-se em uma política de assistência que potencializava o homem e focava na efetivação da cidadania, confrontando a questão sócio-econômica, marca trazida por Basaglia após sua experiência nos EUA. Tommasini, após a abertura do hospital de Colorno, ainda com Basaglia atuando em Parma, decide alterar a situação do orfanato, das instituições voltadas para deficientes, idosos e delinqüentes. Depois, mesmo com a ausência de seu inspirador, que seguia para Trieste, Tommasini abre, então, as instituições à cidade e soma forças que iam da iniciativa privada aos familiares dos ex-asilados. Trabalhos em cooperativas, como hortas comunitárias, ateliês de arte, espaço artísticos e culturais para jovens, assistência específica a

idosos e presidiários, tudo isso com grande inserção da comunidade nas decisões políticas do município.

Em uma conferência no Brasil realizada em 1990, Guattari aborda os avanços preconizados em Trieste, cujas bases podem ser evidenciadas também em Parma, tendo em vista a expansão do movimento desta cidade junto ao território social. Guattari infere que

Sem negar a especificidade dos problemas que se colocam aos doentes mentais, as instituições instaladas, como as cooperativas, dizem respeito a outras categorias de população que têm igualmente necessidade de assistência. Não se separam mais assim artificialmente as questões relativas à toxicomania, às pessoas que saem das prisões, aos jovens em dificuldades etc..., o trabalho realizado no seio das cooperativas não é uma simples ergoterapia; ele se insere no campo social real, o que não impede que condições particulares sejam obtidas para os diferentes tipos de *handicaps*. Caminha-se, então, aqui no sentido de uma dessegregação geral (GUATTARI, 1992, p. 195).

A influência basagliana mostra-se evidente em Parma, dados os aspectos de confronto à marginalização que se pode verificar ali em função do novo enfoque dado às políticas públicas implantadas para o enfrentamento de situações sociais delicadas. O sistema econômico, excludente e ideológico, era contestado pela política praticada pelos parmenses:

Nesse sentido, a luta contra a marginalização, núcleo central da mensagem de Basaglia, é um aspecto, ainda que não típico, da luta de classe que necessita de meios culturais novos para desmistificar mesmo o que, aparentemente, se apresenta sob a forma de humanitarismo, assistência, tratamento (TOMMASINI, 1993, p. 49).

Franca Basaglia, citando a influência de Gorizia sobre as transformações em Parma, ressalta que se via lá

[...] o estímulo à solidariedade; a criação de espaços de autonomia nos quais as subjetividades individuais sejam respeitadas; a necessidade da coexistência desses espaços diferentes na cultura da cidade, após uma recíproca tolerância construtiva; a assistência vista como educação e o encaminhamento da autogestão dos problemas; o serviço considerado como promotor de agregação social e de cultura; a reabilitação entendida como ocasião para uma convivência com 'os belos sentimentos da vida'; a administração percebida sobretudo como elemento de mudança cultural; a política feita sobre coisas, mais além das posições partidárias (ONGARO BASAGLIA, F., 1993, p. XXVII).

Podemos destacar que a breve passagem de Basaglia em Parma teve um significado importante na formação e trajetória da PDI. De forma mais consistente, a apreensão das temáticas inferidas por Basaglia e a prática parmense travaram

intensos conflitos com a ordem estabelecida pelo sistema e combateram as nuances socioeconômicas de forma até então pouco conhecidas. O conceito de irrecuperabilidade das pessoas doentes foi posto em cheque e todos aqueles que de alguma forma eram asilados para terem uma assistência do Estado foram colocados num mesmo *front* de batalha.

A luta passou a ser de forma globalizada, contra a desumanidade das instituições assistenciais. O enfoque principal era nas condições de vida das pessoas, como prevenção da doença, de desvios, de vazios projetos, de desassistência aos jovens e idosos. A partir daí a prevenção passa a ser no terreno dos problemas sociais e econômicos, para além das instituições e das ciências médicas (ONGARO BASAGLIA, F., 1993).

Ao longo de 25 anos de luta, Parma implementou de forma singular uma reforma que transcendeu o setor de saúde. Na concepção de Tommasini "(...) necessitamos de um Estado que saiba aceitar tudo o que nasce da sociedade" (TOMMASINI, 1993, p. 65).

Assim sendo, pode-se ter uma noção das dimensões alcançadas por lá e, certamente, daquilo que estava por vir em Trieste, próxima parada de Basaglia. É possível de se identificar então a bagagem transmitida por ele e os pontos cruciais de sua prática adquiridos desde Gorizia. Nesta cidade se viu o combate à violência e ao saber-poder psiquiátrico imposto à loucura. O desmantelamento da instituição da loucura e a procura da liberdade como fim, mesmo que transitório, no percurso de então. Nos EUA, o alargamento da questão da doença para o desvio social, a marginalidade daqueles que estão fora de um sistema produtivo, em termos sócio-econômicos. Em Parma, a intervenção sob a forma de prevenção de doenças fabricadas a partir da concepção dominante. Outros olhares para a doença e, especialmente, para aquele que é acometido por ela. A política como forma de balizar as formas de assistência e de garantia de direitos a toda a sociedade.

Nas palavras de Rotelli *et al* (1990), podemos verificar que em Parma foi trabalhada intensamente a prática da desinstitucionalização, onde se percebe

[...] *um investimento dos recursos muito menos nos aparatos e muito mais nas pessoas*, menos para alimentar as instituições e suas burocracias e mais para alimentar a autonomia das pessoas (ROTELLI *et al*, 1990, p. 54, grifo no original).

Em diversos trechos do livro de Franca, são identificáveis as inúmeras intervenções em Parma com uma nova nuance voltada para a prática coletiva. Pode-se afirmar que aquilo que viria a se concretizar em Trieste como consequência de um trabalho voltado para a emancipação das pessoas “desadaptadas” – como a fundação de cooperativas sociais – em Parma pode ser verificado por meio de diversas iniciativas conjuntas entre o poder público, a sociedade e os socialmente desfavorecidos. Ações para a transformação de locais insalubres e desumanizados em territórios propícios ao convívio social, inserção laboral de pacientes em empresas privadas, mobilização de grande contingente de pessoas para auxílio a vítimas de desastres naturais, formação de diversas cooperativas em prol da transformação do coletivo, abarcando sempre aqueles que se encontravam em situação de vulnerabilidade social. Esse avanço em Parma, mesmo após a ida de Basaglia a Trieste, evidenciam que Tommasini e seus colaboradores tiveram forte impulso pelo legado basagliano e deram um claro sinal daquilo que estava por vir na cidade giuliana sob a batuta de Basaglia. Todavia é importante frisar que Parma teve uma história singular, onde desde 1965 as transformações começavam a tomar corpo por ações do poder local. Por isso mesmo, a ida de Basaglia para Parma parecia ser transformadora no que diz respeito ao fechamento do manicômio de Colorno. Isso só ocorreu no final da década de 1980, mas a estruturação de ações e leis municipais ocorridas lá são bastante relevantes e apresentam uma trajetória ímpar no contexto de reformas sanitária e social da Itália.

4 A TRIESTE DE BASAGLIA E TRIESTE HOJE

Nesta parte da pesquisa, agrego o período de atuação de Basaglia e seu grupo, que foi de 1971 a 1980, com o momento posterior, onde Franco Rotelli assumiu a direção do Departamento de Saúde Mental de Trieste e deu continuidade ao processo de desinstitucionalização, mantendo como base o percurso basagliano e ampliando a forma de atuação dos centros de saúde com a comunidade, além de introduzir novos conceitos e práticas na lida com a saúde mental, de forma a ampliá-las não só no sentido sanitário, como também em iniciativas que faziam as pessoas “atravessarem” as estruturas dos CSM e os pacientes o território urbano, local onde a vida e as trocas sociais acontecem (ROTELLI *et al*, 1990).

Na primeira parte do capítulo é apresentada uma breve contextualização histórica de Trieste: origem, desenvolvimento e atualidade. Na segunda parte são trabalhados os textos de Basaglia e seus colaboradores no período triestino, compreendido entre 1971 e 1979. Na terceira parte, são apresentados textos posteriores aos produzidos por Basaglia - especialmente alguns de Rotelli, seu sucessor imediato na direção do serviço de saúde mental triestino, que podem nos dar uma dimensão de como está estruturada a reforma italiana nos dias de hoje - bem como outros que fazem referência a este período.

4.1 Uma viagem às origens de Trieste

O historiador triestino Dante Cannarella (1986) aborda em seu interessante livro o período compreendido entre a origem da cidade - supostamente no ano 300 anos A.C. - e o final do século XIV. Ele explora as possibilidades tanto do nascimento do nome Trieste como de sua provável constituição enquanto um povoado. Entre sinais de moradia humana nas rochas do Carso triestino e pequenos objetos utilizados na agricultura num período estimado entre 5.500 a 3.000 anos A.C., o autor levanta hipóteses sobre a pré-história da cidade e as presumíveis ligações da sua fundação com um homem de origem balcânica, não se sabe ao certo se era grego ou troiano, de nome Tergeste. Mais ainda, paira a dúvida se esse

homem não seria de origem vêneta, que estaria fugindo do domínio troiano em sua região.

A estirpe do nome deriva de Tergeston, cuja referência é localizada em um mapa de origem grega datado de três séculos A.C. Há ainda outro documento, de 100 A.C. que tem em sua grafia o nome Tergeste, referindo-se ao *vilarejo cárnico*, que por sua vez se identifica com a formação rochosa do Carso – cadeia de montanhas pertencentes aos Alpes.

Tergeste, que a princípio não tem uma prova contundente da origem do seu nome, demonstra ter relação etimológica com o Vêneto, pois o sufixo ESTE vem da denominação da antiga capital vêneta, Ateste. E TERG significa *mercado*, palavra mantida ainda hoje nas línguas eslavas. Por outro lado, Cannarella fala de um estudo baseado em histórias populares, onde o autor revela que Trieste derivaria de *popolo degli Atriani* – povo do (mar) Adriático. Posteriormente, pelas invasões vênetas, à palavra ATRIANI é acrescentado o sufixo ESTE, a partir do quê se supôs a formação TRI+ESTE, donde se lê Trieste.

Mais tarde, seguida de invasões de outros povos – no caso dos Celtas – a cidade herdou o sufixo ICCO, sendo então chamada de TRIESTENICCO. Dentre muitas guerras, houve um confronto com invasores no século VII que apontou para a vulnerabilidade do vilarejo com sua disposição a beira mar. Isso fez com que os triestinos deslocassem seu povoado para o alto de uma colina, sendo a partir daí denominado de Trieste. Nessa colina se localiza hoje a região central da cidade, onde podemos vislumbrar o Castelo de San Giusto, datado do Século XII. Segundo Pitrelli (2004), é justamente nesta colina, de significação importante a Trieste, que Marco Cavallo, o emblemático símbolo da invasão dos loucos pela cidade nos idos de 1973, chegou e marcou o início do processo de fechamento definitivo do Compensorio San Giovanni. Da saída do manicômio à conquista de San Giusto se comemorou mais um importante acontecimento histórico da cidade. Foi também após a construção do castelo de San Giusto que os triestinos estiveram durante séculos protegidos pela Áustria de invasores, consolidando a formação da cidade e fixando-a como um dos locais mais importantes do Império Austro-Húngaro devido ao fato de ser a única saída para o mar desse império.

Segundo Pitrelli (2004), a região sempre foi disputada por estar localizada em um local estratégico, de acesso tanto ao norte europeu e Mar Mediterrâneo quanto ao oriente. Dependendo dos povos e das épocas, a disputa pelo território em que

hoje está Trieste foi sempre cobiçada, ainda porque suas terras são férteis, com bacias hidrográficas abundantes e com uma composição vegetal e mineral importantes. Mais ainda, porque é uma cidade litorânea que tem na pesca e na navegação quesitos fundamentais para o estabelecimento de um povo.

Em suas viagens à antiguidade de Trieste, Cannarella aborda desde o período pré-histórico ao qual já nos referimos, passando pela dominação do Império Romano, as invasões bárbaras e eslavas, a disputa do território entre o Império Bizantino e a República Sereníssima (*Venezia*) até a invasão francesa, a emancipação da cidade de Trieste e seu posterior pertencimento, de bom grado, ao império Austro-Húngaro no século XV (CANNARELLA, 1986).

Desde então, do século XV à Primeira Guerra Mundial, Trieste pertenceu à realeza Austro-Húngara, sendo depois proclamada como território livre. Na década de 1950 foi finalmente anexada ao território italiano (PASSOS, 2009). Percebe-se nos triestinos um furor em se declararem independente do Estado italiano como bem observa Passos (2009), inclusive porque a cidade já gozou do status de ser um dos maiores portos da Europa Meridional e um centro efervescente de cultura. Hoje, seus atributos tanto culturais quanto comerciais apontam para índices modestos, mesmo que sua arquitetura conserve a opulência de um período de destaque, que dá um charme ímpar a Trieste, orgulhosa de seu passado e de seu povo.

4.2 A consolidação de uma luta no período triestino: 1971-1980

As mudanças que ocorriam em Trieste logo após a chegada de Basaglia e seu grupo puderam ser vividas intensamente por todos os atores que compunham a assistência psiquiátrica, assim como sua repercussão no tecido social. Havia uma intenção clara em executar “um novo modelo de gestão institucional, como reposição de papéis, como reconstrução de poder, como fonte de garantias e como oferta de conteúdos de análise e luta” (BASAGLIA, 2005, p. 237).

Pode-se inferir que toda a concepção inicial e dificuldades impostas à tentativa de reforma “de fato” em Gorizia, seja pela resistência dos técnicos e da sociedade, seja pela tensão com a classe política, fizeram com que os basaglianos impusessem seu desejo de transformação com todo o ímpeto, rompendo

abruptamente com as ideias e os “vernizes” da matriz psiquiátrica consolidada até então. E ainda, aliado à experiência nos EUA, onde Basaglia pode expandir sua concepção acerca da necessidade de negar as instituições de violência que, não por acaso, asilavam os desadaptados em função de uma impossibilidade deles de agregarem valores à produção imposta pelo sistema econômico, fizeram com que Trieste vivesse intensamente uma série de fatos novos que colocavam de frente as contradições dessas ações com a novidade de uma intervenção muito mais política do que sanitária.

A proposta inicial era a de confrontar o poder, suas contradições, as ideologias, os conflitos que surgiam à medida que a prática ia revelando tais situações. As ações, calcadas no *a posteriori*, levavam todos os envolvidos no processo de mudança a questionarem suas práticas, verificando sempre seus atos, quebrando a identidade da instituição, sem estabilizar-se em moldes e regras que poderiam impedir a fluência da transformação tanto do paradigma psiquiátrico quanto da realidade dos pacientes e operadores. Basaglia se refere a uma construção pelos atores de um projeto político de base (revolucionamento), que era interiorizado por todos à medida que os atos se transformavam em gestos concretos, deixando de ser ideologias e cumprindo o foco da luta, que era a eliminação total e real do manicômio (BASAGLIA, 2005).

A expansão dos conflitos dos pacientes ao território, que é percebido e vivenciado por todos, coloca em evidência as contradições de classe, a distribuição desigual do poder, as opressões sofridas pelos marginalizados. A luta então transcende a saúde e intima a sociedade a discutir e problematizar a questão socioeconômica, o poder contratual das pessoas e, conseqüentemente, a política. A destruição do manicômio toma contornos bem maiores do que a simples abertura de suas portas ou a desmontagem de seus muros.

Sobre essas mudanças que se tornaram prioridade na pauta triestina, Basaglia diz que:

O jogo com esse poder, ou seja, o uso de suas contradições internas, a simultânea necessidade da mediação e do conflito para transformar um programa de reestruturação administrativa num projeto político, em condições de produzir uma substancial mudança de funções nas instituições psiquiátricas, determinou, além de crises profundas naqueles que agiam, a busca constante por novas modalidades de ação, capazes de mediar simultaneamente em todas as frentes de intervenção que se abriam (BASAGLIA, 2005, p. 245).

Basaglia insiste no fato de que, se o manicômio não é um lugar de cura e sim de segregação e violência, os técnicos – ou intelectuais na acepção gramsciana – devem reverter o sentido de sua prática de funcionários do consenso e deixarem de ser disciplinadores das massas oprimidas para com elas modificarem o estado de dominação e alienação em que se encontram, de modo que os princípios de direito dos homens possam emergir (BASAGLIA, F., ONGARO BASAGLIA, F., 2009). Para Gramsci, é pressuposto fundamental que haja da parte do intelectual uma atividade que reúna sua formação técnica e diferenciada às atividades sociais reais, de modo que as pessoas em geral possam exercer sua autonomia concomitantemente às suas funções sociais (GRAMSCI, 1968).

Ao mesmo tempo em que reformas profundas se verificavam em propostas de alterações de leis – havia em meados dos anos 1970 uma intensa discussão acerca da reforma sanitária italiana, que culminaria em dezembro de 1978 com a promulgação dessa lei nacional (TEIXEIRA, 1995) – Basaglia postulava que seria prejudicial esperar pela concretização legal delas. Ao contrário, ele acreditava que mais importante que a sanção das leis seria buscar alternativas às contradições descobertas, abrindo espaços que poderiam dar respostas ao real, enfrentando novas crises e resistências a partir das competências e funções que a nova vertente assinalava, produzindo novos estímulos nos pacientes, nos operadores e na sociedade em geral.

Cabe ressaltar que a luta pela reforma sanitária italiana, abrangendo a da saúde mental, não se restringiu a um período preciso, tal como pode parecer se analisarmos superficialmente as décadas de 1960 e 1970. De fato, uma série de fatores convergentes e de lutas interdependentes se fizeram para que a Lei da Reforma Sanitária italiana de 1978 fosse promulgada. Teixeira (1995) ressalta que tal episódio foi precedido por fatos e datas históricas, tais como:

[...] a insurreição antifascista de 25 de abril de 1945, a promulgação da Constituição democrática de 27 de dezembro de 1947, a nova situação política representada pelas alianças com os partidos de esquerda iniciadas na década de 60, fortalecidas e ampliadas pelo resultado das eleições de 20 de junho de 1976 e, finalmente, a promulgação da Lei da Reforma Sanitária em 16 de dezembro de 1978 (TEIXEIRA, 1995, p. 196).

A Lei 180, amplamente conhecida como Lei Basaglia, como já frisado, teve sua promulgação em 13 de maio de 1978, sendo incorporada no texto da Lei da Reforma Sanitária, promulgada meses depois (GOULART, 2007).

O que foi preconizado em Trieste era a organização de um serviço sanitário psiquiátrico onde as respostas concretas às necessidades cotidianas das pessoas se davam em função da realidade que se via. Sem regras definidas, ainda sem a Lei 180, o enfoque era o homem, suas necessidades, sua vida, no espaço da coletividade, que vai além dos valores de saúde e de doença e que privilegia o contato entre o cidadão e a sociedade (BASAGLIA, F; ONGARO BASAGLIA, F., 2009, p. 29).

Fechar o manicômio, fato que em 1978 se consolidou com aparato legal foi o grande marco do movimento iniciado em Trieste. As conseqüências desse ato levaram a equipe a postular cotidianamente invenções e alternativas para que não houvesse uma reversão no processo. Ou seja, a repaginação ou “humanização” do manicômio era premissa descartada por Basaglia. Para a gestão pública talvez fosse uma alternativa a se considerar. Todavia, isso inviabilizaria a mudança proposta pela PDI e reduziria a discussão à saúde, desconsiderando a questão política, agora muito mais evidente e necessária que a própria discussão em tom sanitário.

Basaglia, refletindo sobre tais mudanças, acentua que:

Mesmo com ambigüidades e contradições, em nenhum momento se alimentou a ilusão de transformar o espaço da internação num espaço “clínico”, “multidisciplinar”, em virtude da profunda consciência de duas ordens de problemas: de um lado, a “doença” amadurece no social como processo de sanções, de restrições, de resistências acumuladas que reforçam o “germe”; de outro, o hospital psiquiátrico nunca foi outra coisa senão a sanção definitiva da existência do contágio, o lugar que determinava e organizava a presença ameaçadora dos germes e a necessidade, em certas condições, de isolá-los e neutralizá-los (BASAGLIA, 2005, p. 246).

Apesar de ter ultrapassado o nó da transposição dos muros do manicômio, Basaglia tinha a certeza de que voltar a discussão para o tratamento no hospital ou tentar ainda “torná-lo” mais moderno ou humanizado, seria retornar ao problema inicial: o de manter no hospital psiquiátrico o último recurso, ou ainda, o destino final para os casos críticos de tratamento da loucura. Segundo suas argumentações, o hospital psiquiátrico é um lugar onde se induz a demanda pela doença, tal qual se referia Goffman (1974). Asilado, sem perspectiva de uma vida para além dos muros rígidos da instituição, resta ao paciente responder ao estigma da segregação, sendo catalogado em qualquer que seja sua reação, da apatia ao furor emocional, tendo que se adaptar à nova vida de paciente, e não de um cidadão comum com sua experiência de sofrimento. Ele mantém seus pressupostos, sublinhando que mesmo

uma estrutura mais humanizada e atualizada, manteria um circuito institucionalizante onde sempre se retorna à questão da doença e, portanto, da exclusão. Esses circuitos, que Basaglia define como “cadeia da psiquiatrização do sofrimento” (BASAGLIA, 2005, p. 247) deveriam ser aniquilados para impedir que os mecanismos da instituição continuassem a produzir a exclusão e, por conseguinte, o seqüestro e a tutela dos classificados como doentes. Não caberia então tratar mais de doentes, e sim, devolver a subjetividade das pessoas, tirá-las da tutela para dar-lhes poder contratual. Enquanto um membro social há que se pensar em recursos econômicos próprios, em trocas sociais, em vida autônoma, destacados da instituição psiquiátrica. Colocar em discussão a existência do manicômio foi uma das tarefas essenciais de Gorizia e, em Trieste, a possibilidade de discutir com a sociedade o motivo pelo qual a assistência psiquiátrica passava para outro plano: o de uma luta explicitamente social (BASAGLIA, F; ONGARO BASAGLIA, F., 2009, p. 42).

Nesse contexto surgem novas designações para novos sujeitos sociais: as cooperativas sociais, os “hóspedes” (que fariam uma alusão ao estar por tempo determinado em um local, no caso, o de tratamento) a expansão dos serviços atrelados aos cuidados e assistência no território, moradias na cidade para os egressos do manicômio, diversos tipos de pensões e subsídios para concretizar a autonomia das pessoas (NICÁCIO, 2003). Todas essas mudanças estavam focadas na reativação das trocas sociais e nas relações diretas entre os viventes da cidade, o que desativaria a mediação entre os envolvidos e quebraria a atitude tutelar das instituições. Os espaços da cidade, agora abertos para a reabilitação das pessoas, liberam o paciente das internações – do isolamento da sua comunidade à qual pertence – e abre sua relação com a organização médica e a lei, consolidando sua demanda e suas necessidades às regras do jogo social. Os problemas que outrora eram privados, agora passam para a esfera pública. Ou seja, estão em voga agora o posto de trabalho, a família, a assistência médica e, por que não, a política.

Em relação ao técnico, ele deve buscar respostas novas que não partissem mais do seu saber-poder institucional, fato que o coloca como reprodutor mercadológico nas trocas institucionais. Ao contrário, ao ser mediador de conflitos, gozando de autonomia – ele também – em seus atos cotidianos, o técnico produz

novos conhecimentos sobre os modos e os processos através dos quais passam a opressão e a incorporação da opressão, e, ao mesmo tempo, a

abertura de novos espaços reais de luta e de projetos comuns (BASAGLIA, 2005, p. 250).

Toda essa perspectiva pretendeu combater a cristalização das respostas, abrindo interrogações e críticas, que levaria a contradições sem respostas instituídas. Destruir o manicômio, para Basaglia, significou refutar modelos acabados e dialetizar constantemente acerca da instituição, transformando-a sempre que o “bom modelo” se estruturava em regras.

[...] tudo isso produziu a constituição de espaços o mais abertos possível – não exclusivamente “psiquiátricos” – tendencialmente lugares de encontro entre os ex-internados, a nova clientela e as pessoas da cidade; figuras que, embora não tivessem de saída um código comum de reconhecimento, podiam progressivamente descobrir o terreno de uma aliança substancial entre si, na emergência de necessidades e de opressões comuns. Daí a produção de iniciativas aptas a favorecer essa participação, a estender à cidade o uso desses espaços, a oferecer um serviço voltado o máximo possível para o reconhecimento das necessidades da pessoa, e não para a resposta a novas instâncias de controle e de dependência [...] (BASAGLIA, 2005, p. 252).

A estratégia adotada em Trieste, focada na vertente da ação real, isto é, prática, consiste ainda em disponibilizar operadores em dormitórios públicos e manter um serviço de emergência junto ao hospital geral da cidade. Dessa maneira pode-se cortar o circuito psiquiátrico desde sua origem, minando sua insistente ação de encaminhar todo e qualquer tipo de pacientes à assistência manicomial e produzindo uma mudança radical na demanda desses locais. Novas demandas se confrontam com a velha retórica da sanção normativa do louco. Os centros de saúde mental mantêm aberto esse confronto, induzindo a outras formas de socialização e dissolvendo a tendência em adotar respostas pré-formadas para a assistência à loucura. Aprender a suportar o confronto com o outro é um fato real somente se não há o rótulo da doença. Excluir o paciente do meio social para tratá-lo “em separado” é percorrer ideologias tutelares que objetalizam os homens em sua existência sofrimento.

Por outro lado, a retórica triestina é a de desencadear uma profunda crise nas formas assistenciais controladoras e institucionalizantes, rompendo com a distribuição dessa clientela aos dogmas das sanções jurídico-psiquiátricas. Assim, acreditava Basaglia, estaria definitivamente interrompido o ciclo invariável que culminava na internação dos pacientes e conseqüentemente em processos de extensa institucionalização deles. Tarefa nada fácil, que levou anos de maturação em Gorizia acerca do papel dos técnicos, onde se travou uma batalha enorme para

a conscientização do *staff clínico* acerca de suas funções e da importância em fazer com que os asilados pudessem, partindo dos técnicos, darem voz às suas necessidades enquanto pessoas, e não somente de seu quadro clínico de doente.

Sartre, em uma entrevista dada a Franca e Franco Basaglia em 1972, relata que o intelectual não é simplesmente um técnico. Mais precisamente, ele é um “técnico do saber prático”, que significa que utiliza seu conhecimento para um grupo ou uma classe – no caso a burguesia – ou ainda para si mesmo em detrimento do coletivo. Por outro lado, ele se torna um intelectual quando interroga aquilo que faz e constata a contradição em que se encontra. E ainda, a questão principal se dará em saber como ajudar em sua contestação os homens que contestam de forma solitária, de modo obscuro e incompreensível. Apesar de ser tarefa árdua, isso é exatamente o contrário do que faz a psiquiatria, que adapta as pessoas aos fins que elas refutam. É necessário, conclui Sartre, que se procure no indivíduo a sua contestação, aquilo que ele quer dizer e auxiliá-lo na realização dela (SARTRE *apud* BASAGLIA, F; ONGARO BASAGLIA, F., 2009, p. 45).

Nessa entrevista, Basaglia relata que quando utiliza o termo “funcionário do consenso” ele se refere aos conceitos de Gramsci, afirmando ainda que o que fala Sartre dos intelectuais tem um sentido coeso com essa definição, pois em ambos os casos se discute a tomada de consciência, tanto do intelectual quanto do técnico, em agir sobre suas próprias contradições e as da realidade (BASAGLIA, F; ONGARO BASAGLIA, F., 2009, p.51). A transformação em uma instituição se dá precisamente quando se coloca em primeiro plano o sujeito. O corpo técnico deve “[...] oferecer uma prática que sirva de verificação a instâncias políticas, não só sanitárias e muito menos só psiquiátricas¹² (BASAGLIA, F; ONGARO BASAGLIA, F., 2009, p. 60). “tradução nossa”.

Em seus últimos apontamentos produzidos ao final do período triestino, Basaglia assinala que a história da loucura é pautada no juízo de valores e, citando Foucault, que ao longo dos anos o silêncio do louco pode ser entendido como um “monólogo da razão sobre a loucura” (FOUCAULT *apud* BASAGLIA, 2005, p. 259).

O pensamento moderno, partindo do referencial iluminista, tende a equacionar as necessidades do coletivo como fatos e formas da razão/desrazão. Os locais para acolhimento destes desvios sempre estiveram postos para deterem o

¹² Original em italiano: [...] *offrire una pratica che serva di verifica a istanze politiche, non solo sanitarie e tanto meno non solo psichiatriche.*

avanço das vozes dissonantes, desarrazoadas. A sociedade, que deveria ocupar-se em compreender o homem na totalidade de suas necessidades e de seus desejos, determina o calvário desses seres em uma existência miserável. Basaglia e Ongaro Basaglia (2009, p.80) afirmam que “Os manicômios fabricam os doentes sobre medida: construindo passividade, apatia e esvaziamento pessoal necessários ao controle e à condução da organização hospitalar.”¹³

Desta forma, considerando as necessidades indiferenciadas da maioria desviada, efetivam-se juízos de valor para aproximarem todas as formas da desrazão. E no momento em que a loucura, potencializada pela miséria social, começa a ecoar seus gritos para a cessão das suas necessidades e formas de vida malogradas, a fragmentação do seu existir se reestrutura impondo aos loucos o tratamento das suas mazelas, sob a liberação das correntes liderada por Pinel, porém trancafiados nas estruturas de “cura” asilares (FOUCAULT, 2006a). A voz da loucura agora perde definitivamente seu imperativo clamoroso de ajuda, já que seu corpo está programado para um tratamento específico, médico, que deverá dar conta das suas incorreções existenciais. A razão, desde já imbuída do poder, separa a loucura do cárcere para dar-lhe o manicômio.

Essa passagem do cárcere ao manicômio é então o aprisionamento da loucura sob a forma violenta de ouvir seus questionamentos, a partir de agora, no registro da doença. Mas nada do que for falado será mais do que uma produção de sintomas da doença mental. A punição dada no cárcere passa neste momento à correção moral efetivada nos manicômios. Tanto na criminalidade como na loucura, a punição era desferida como forma de reprimir qualquer possibilidade de ameaça ao coletivo e aos seus valores.

Em uma leitura husserliana, Basaglia infere que a miséria da loucura foi posta entre parênteses para que a desrazão fosse culpada pelo ato insubordinado, desconsiderando o indivíduo e o desresponsabilizando. Punindo o ato reprovável, a Razão acaba por punir o “indivíduo inteiro, mediante a punição de todo o seu comportamento, pelo acionamento dos processos de controle e de modificação da conduta sobre os quais irão centrar-se o ‘tratamento’ e a ‘terapia’.” (BASAGLIA, 2005, p. 263).

¹³ No original em italiano: *I manicomi fabbricano i malati su misura: cioè costruendo passività, apatia e annientamento personale necessari ao controllo e alla conduzione dell'organizzazione ospedaliera.*

O delírio, agora ícone maior da desrazão, acaba por ser impetrado como a expressão plena da loucura, visto que nele encontram-se evidências suficientemente ameaçadoras à ordem vigente. Assim como a delinqüência, a loucura então deve ser punida. O que a princípio seria um tratamento, passa a ser uma correção. Neste ponto se ratifica um grande imbróglio: o tratamento dado à loucura acaba por extirpar a doença, pois é o comportamento do louco que passa a ser monitorado, o que implica a anulação da loucura como doença, em termos práticos. Então, a doença que deveria ser tratada pelas afecções que causa no sujeito doente, acaba por ser tirada do contexto para que a punição ao fora da norma – o delirante – seja efetivada, assim como é feito com o delinquente.

Basaglia, em meados dos anos 1970, demonstra clara inspiração para seus escritos e ações práticas, nos estudos de Adorno e Horkheimer, da Escola de Frankfurt. A contextualização da loucura em um terreno mais aberto, baseado na dominação do saber e do domínio da burguesia – que muitas vezes Basaglia se refere como Razão – tem na crítica ao Esclarecimento¹⁴ uma nova forma de atuar nas esferas da psiquiatria e das políticas sobre as quais Basaglia se debruçava. Os autores alemães afirmam que

No sentido mais amplo do progresso do pensamento, o esclarecimento tem perseguido sempre o objetivo de livrar os homens do medo e de investi-los na posição de senhores. Mas a terra totalmente esclarecida resplandece sob o signo de uma calamidade triunfal. O programa do esclarecimento era o desencantamento do mundo. Sua meta era dissolver os mitos e substituir a imaginação pelo saber (ADORNO; HORKHEIMER, 1986, p. 19).

A objetificação da desrazão é a premissa indispensável ao domínio da Razão, e esta só poderá admitir a desrazão como parte de si na medida em que já a tiver objetificado, desconsiderando a natureza em detrimento do saber. Numa leitura mais abrangente, Adorno e Horkheimer (1986, p. 24) inferem que “O esclarecimento comporta-se com as coisas como o ditador se comporta com os homens. Este os conhece na medida em que pode manipulá-los”. Tanto em Foucault (1978; 2006) quanto em Adorno e Horkheimer (1986), essa leitura da dominação pelo saber fica evidente, apontando significativamente a influência delas na tradição basagliana.

¹⁴ Tradução do original em alemão *Dialektik der Aufklärung – Philosophische Fragmente* para a edição portuguesa *Dialética do Esclarecimento – Fragmentos Filosóficos*. A Nota do Tradutor esclarece que o termo *Aufklärung* não é expresso como Iluminismo, Época ou Filosofia das Luzes porque a palavra alemã, assim como em português, refere-se a Esclarecimento. Mais ainda, em alemão a palavra transcende o conceito histórico-filosófico e é familiar em seu uso corriqueiro.

Assim nasce a racionalidade do novo poder e, por conseguinte, a estruturação da razão burguesa como única forma reconhecida de saber. Isso obriga a loucura a exprimir-se segundo o código de decifração preparado pela nova racionalidade (BASAGLIA, 2005, p. 265). O fato de a loucura tornar-se “doença mental” não impede que a razão continue a separá-la e segregá-la por trás dos mesmos muros e com as mesmas correntes que a libertou. O espaço próprio para tratamento se traduz em tratamento/punição.

Se o cárcere punia o delito do “insensato”, o manicômio chegará, sobretudo, a punir as ameaças, as intenções, os perigos presumidos num comportamento que não apresente claramente o caráter da racionalidade (BASAGLIA, 2005, p. 266).

Isso gera a invasão da intervenção médica no terreno da conduta humana. A doença “transferida” do cárcere para o manicômio será identificada agora pelos delitos dos loucos que a Razão impõe em sua nova codificação, considerando-os, por isso, “doentes”. Assim sendo, mais tarde o enfoque na doença será determinante para torná-la essencialmente em periculosidade social. “O desvio, o comportamento anômalo são crimes porque *poderiam* ser perigosos; [...] Não existem necessidades e nem respostas a elas.” (BASAGLIA, F; ONGARO BASAGLIA, F., 2009, p. 103). Ou seja, a criminalização das necessidades é uma criação artificial onde não se reconhece o que realmente é uma necessidade na realidade das pessoas em questão. A Razão pressupõe que se algo está fora da norma, se apresenta uma ameaça a ela, então inexoravelmente o “infrator” deve ser punido. Franco e Franca Basaglia fazem uma alusão – que deu nome ao texto e à coletânea *Crimini di Pace* (2009) – aos “Crimes em Tempos de Paz”, que fazem *jus* ao encarceramento do louco, não pelos “crimes” por ele cometido, mas pelo crime impetrado pelas instituições à loucura.

Por outro lado a Razão, destaca Basaglia, segrega a loucura da loucura/miséria. Dito de outra forma, o poder (dominante) está em contraposição à miséria. Quando se trata da loucura que não pertence à miséria, as leis e intervenções médico-jurídicas não são aplicáveis. Nas palavras de Adorno e Horkheimer

O direito civil, que continuava a funcionar para dirimir os litígios dos empresários que sobreviviam à sombra da grande indústria, tornou-se uma espécie de tribunal arbitral, uma forma de justiça dispensada aos inferiores e não levando mais em conta os interesses dos concernidos, em suma, o puro terror (ADORNO; HORKHEIMER, 1986, p. 213).

Dando cores à acepção do pensamento de Adorno e Horkheimer, Basaglia traz para suas reflexões a crítica à racionalidade humana e conclui que a tônica acerca da loucura e da delinquência passa a ser compreendida através do aprisionamento delas pela lógica do pertencimento de classes:

Se doença e delinquência são acontecimentos, contradições naturais, a quase total ausência nas instituições de doença (mental) e da delinquência dos pertencentes à classe dominante, testemunha que alhures – fora destas instituições – existe um conceito de recuperabilidade diferente e, obviamente, um diferente conceito de irrecuperabilidade, pelo qual doença e delinquência perdem o caráter natural e irredutível que apresentam nas prisões e nos manicômios. A recuperabilidade é subordinada aos instrumentos aos quais se dispõe e à vontade de recuperar. A burguesia dispõe para si destes instrumentos e desta vontade (BASAGLIA, F.; ONGARO BASAGLIA, F., 2009, p. 96, tradução nossa¹⁵).

Desta forma, a psiquiatria não foca mais na significação da loucura *stricto sensu* e constrói seu aparato nosológico para enquadrar tudo aquilo que é considerado desviante dos padrões da racionalidade, assim como é a delinquência. A esse padrão que deve ser alcançado, a prática psiquiátrica se reduz a uma série de punições e correções do desviante que não mais são voltados para a cura, e sim para a adesão do doente à norma, com o aval da ciência/razão. A racionalidade burguesa via psiquiatria, se debruça sobre a miséria, controlando-a e contendo-a por intermédio da “doença” (BASAGLIA, 2005, p. 272).

Podemos perceber que a partir da lei francesa sobre os alienados de 1838, a psiquiatria adquire um corpo jurídico-institucional, o qual fará com que desapareça a ambigüidade no tratamento de instâncias que são antagônicas num tratamento de doenças, a saber, a periculosidade e a ordem pública. Tal fato incidirá ainda numa não distinção entre loucura e criminalidade, levando então a loucura agora ao estatuto de delinquência, que será punida por esse motivo.

Diz Basaglia:

Doença, psiquiatria e instituição hospitalar reduzem-se a um mero nominalismo, dado que a doença é a periculosidade presumida que convém conter; a psiquiatria, um ramo da justiça que pune todo suspeito de

¹⁵ No original em italiano: *Se malattia e delinquenza sono avvenimenti, contraddizioni naturali, la quasi totale assenza nelle istituzioni della malattia (mentale) e della delinquenza degli appartenenti alla classi dominante, testimonia che altrove – fuori di queste istituzioni – esiste un concetto di recuperabilità diverso e, ovviamente, un diverso concetto di irrecuperabilità, per cui malattia e delinquenza perdono il carattere naturale e irriducibile che presentano nelle carceri e nei manicomi. La recuperabilità è subordinata agli strumenti di cui si dispone e alla volontà di recuperare. La borghesia dispone per sé di questi strumenti e di questa volontà.*

periculosidade; e a instituição hospitalar, o cárcere em que essa presumida periculosidade fica segregada (BASAGLIA, 2005, p. 273).

A loucura, inscrita na lógica da ordem social como algo desviante a ser tratado, perde sua voz e se vê despossuída de qualquer possibilidade subjetiva no desenvolvimento do Estado liberal. O que se percebe com a dominação no Esclarecimento é uma alienação dos homens não só em relação aos seus objetos dominados, mas também com a coisificação do espírito e das relações dos homens consigo mesmo. Com as normas dadas, o aparelho econômico gera uma “paralisia sobre a vida da sociedade em todos os seus aspectos” (ADORNO e HORKHEIMER, 1986, p. 40).

A razão alcançou seu triunfo, estabelecendo que o mal – aquilo que advém da natureza – é sempre dominável, bastando circunscrevê-lo em seus postulados. Tudo o que não é entendido como pertencente à autoconservação do Estado liberal é percebido como mito, derivado do natural. Seguem os alemães em seu raciocínio:

O eu que, após o extermínio metódico de todos os vestígios naturais como algo de mitológico, não queria mais ser nem corpo, nem sangue, nem alma e nem mesmo um eu natural, constituiu, sublimado num sujeito transcendental ou lógico, o ponto de referência da razão, a instância legisladora da ação (ADORNO; HORKHEIMER, 1986, p. 41).

O resultado concreto da Idade das Luzes é a racionalidade do Estado liberal, racionalidade que sustenta e fundamenta o desenvolvimento da indústria e do capital, a exploração do homem e a divisão do trabalho que podem garantir esse desenvolvimento. Quem é produtivo é socialmente reconhecido e quem não é fica marginalizado. Desta forma, pensar na contratualidade dos loucos é tarefa distante da realidade.

Se os manicômios e cárceres são organismos instituídos para responder às necessidades da sociedade ‘liberal’, os internados não podem reconhecer-se nesta sociedade que os pune, os segrega, os destrói sem oferecer-lhes uma alternativa possível (BASAGLIA, F; ONGARO BASAGLIA, F., 2009, p. 100, tradução nossa¹⁶).

Em relação à atuação da normalização psiquiátrica, Basaglia afirma que a clínica, escamoteada pela razão, age sobre a loucura impondo sua linguagem de forma objetificante, aplicando nela seu conhecimento (racional). Desta feita, o tratamento é reduzido à manutenção do equilíbrio do corpo econômico, o que faz

¹⁶ No original em italiano: *Se manicomi e carceri sono organismi istituiti per rispondere ai bisogni della società ‘libera’, gli internati non possono riconoscersi in questa società che li punisce, li segrega, li disrugge senza offrir loro un’alternativa possibile.*

confirmar ainda a invalidação do corpo doente. Por fim, a psiquiatria e a justiça, fiadoras do corpo econômico, negam o sofrimento/tratamento do corpo e aplicam a norma, tendo o dever de tutelar e assim se resguardarem do conflito que poderia surgir contra a norma.

Basaglia, adensando seu raciocínio acerca desta configuração que a Razão impõe à loucura, diz que esta

[...] jamais é escutada por aquilo que diz ou queira dizer. A psiquiatria não foi senão o sinal da superposição da racionalidade dominante a essa palavra que lhe fugia, e a confirmação – necessária a essa racionalidade – de uma comunicação impossível (BASAGLIA, 2005, p. 282).

Quando o corpo passa a ter a conotação de originário do delírio, será nele que a razão se inclinará para dar conta de sua eliminação, restituindo o fora da norma à racionalidade, sendo ele passível de tratamento ou não e englobado no sistema econômico seja sob a forma de tutela seja sob a de regenerado – esta, a menos provável.

Basaglia recorre tanto a uma enciclopédia francesa quanto a uma italiana (respectivamente a *Encyclopédie*, de Diderot e d’Alembert e a *Enciclopedia Italiana Treccani*) para lançar mão da etimologia da palavra delírio, observando desde o início que as análises das suas causas são essencialmente físicas. Em relação à referência francesa, é indicado que o delírio deriva de *lira*. Isso porque se usava antigamente uma medida para traçar nos campos fossos alinhados simetricamente, formando os sulcos que eram referência para a ação. Desviar-se dessa medida apontava para um extravio, uma perda da razão. Assim, a expressão *aberrare*¹⁷ de *lira*, propõe o uso da palavra *delirus* para indicar a vacância da mente no estado de vigília.

Em continuidade à assertiva da enciclopédia francesa, a alma não pode ser a responsável pela alteração do extravio. Quis o Criador unir a alma ao corpo, alma essa que “não é suscetível de nenhuma alteração”. Então, ao corpo será atribuído o desvio, o comportamento anormal. Basaglia credita à fé iluminista essa irreversibilidade do processo, o que levará a proposição do racionalismo em creditar ao corpo toda a disfunção, que coloca desta forma a ciência para fabricar sua

¹⁷ Em italiano, *aberrare* significa desviar, extraviar, sair do caminho. (POLITO, 1993). Portanto, *aberrare de lira* significa sair ou desviar-se da lira, do caminho posto, perder a razão.

funcionalidade baseada nas interpretações feitas (BASAGLIA, 2005, p. 282). Em suas palavras, está objetivada a linguagem da doença que a racionalidade propõe.

No que diz respeito à enciclopédia italiana citada, que segundo Basaglia foi publicada mais de cem anos depois da francesa, o que se percebe é uma evolução do pensamento proposto que discorre sobre o desvio, a partir do sulco, mas sem referência imediata a ele. Ou seja, utiliza-se das suas premissas e adensa as observações no comportamento do desviante como pressuposição primordial ao conceito de delírio. Não é colocada em discussão mais a origem da palavra delírio, tornando a hipótese sobre o desvio “do corpo” algo real, agora como juízo de valor.

O aspecto descritivo da versão italiana do delírio aponta para uma impossibilidade em se compreender o modo como ele é expresso. Calcado em descrições comportamentais, tais como oscilação da afetividade, exaltação, pessimismo, aviltamento, dentre muitos outros, fica distante a possibilidade de análise das causas do fenômeno, acarretando então somente a descrição e a constatação dos casos com tais similaridades.

Em uma crítica ao pensamento iluminista, Basaglia reconhece nos estudos de Freud um rompimento com a certeza da razão em relação à palavra advinda da loucura, “o sentido de sua mensagem, as zonas profundas das quais ela emerge e de onde se quer fazê-la aflorar. [...] o homem é refreado pela sua própria desrazão, cujas razões profundas é necessário compreender” (BASAGLIA, 2005, p. 285). Essa desrazão abordada favorece a ideia de que se deve levar em conta a dimensão trágica do ser humano, como parte dele mesmo, fato que a razão crítica subtraiu da existência dos homens enquanto denominou de forma abstrata a doença pela lógica da razão.

Mesmo creditando a Freud essa ruptura com o pensamento racional, Basaglia vê com reticências a figura daquele que dá a palavra à loucura:

[...] É possível a escuta neutra de que fala Freud, e é verdadeiramente neutra a mensagem que se escuta? Como ter certeza de que a palavra que se apresenta à interpretação não é, por sua vez, determinada por esta? Quanto a quem escuta, qual é a sua posição de poder em relação a quem fala, e em que medida esse poder determina o *sentido* da palavra? E, sobretudo, qual é a linguagem do intérprete, que garantias temos nós de que não se efetue a mesma operação da superposição, já ocorrida, da linguagem da doença sobre a loucura? [...] (BASAGLIA, 2005, p. 286).

Da mesma forma com que criticou com veemência a codificação da psiquiatria enquanto ciência acerca da loucura, esta transformada em doença para

ser enquadrada em postulações nosográficas e, por isso, inserida no pensamento racional sob a égide da tutela e do tratamento, Basaglia vislumbra também em Freud a possibilidade da interpretação fazer parte da racionalidade da sua classe e dos seus valores. É reconhecida a identificação da face trágica da loucura e a forma intrínseca e não ignorável de portarmos a desrazão conosco. Todavia, o italiano pondera que mesmo em Freud, a loucura/miséria continua segregada, continua inalterada a racionalidade produzida para controlar o estado de invalidação que a loucura “adquiriu” para ser controlada.

O que aflora dessa consciência é a dimensão do trágico reconduzida à vida do homem, mas um trágico individual, do sujeito, do eu que se reconhece prisioneiro daquela fratura original, sem conseguir remontar a tudo o que é feito de si pela racionalidade que domina e organiza (BASAGLIA, 2005, p. 287).

As críticas de Basaglia convergem com as de Castel (1978) e Foucault (2006b) no que diz respeito à psicanálise e seu campo de atuação. Para esses autores, a referida teoria se mantém restrita ao individualismo do *setting* analítico e funcionam como práticas disciplinares de sujeição. Em outras palavras, a relação de poder é marcada pela hierarquização (FERREIRA NETO, 2007, p.181). A censura à formação de uma ideologia psicanalítica é acentuada pelos autores: a disputa pela hegemonia do saber-poder com a psiquiatria é amplamente acirrada. Numa observação ante o desprezo pela prática basagliana por “certos meios analíticos”, acusando-a de ingênua, Castel observa que “[...] depois de ter visto bem o que se passou em Gorizia e depois em Trieste, e comparando com o que se passa nos serviços de psicoterapia institucional analítica, eu bem sei de que lado está a ingenuidade.” (CASTEL, 1978, p.241). Em sua análise sobre o modelo francês de assistência psiquiátrica, Passos infere que, apesar da irrefutável relevância da psicanálise (especificamente com Lacan) na crítica ao modelo tradicional da medicina mental, ela “nunca se propôs a confrontar diretamente as dimensões propriamente institucionais do poder psiquiátrico.” (PASSOS, 2009, p. 117).

Nesta mesma direção crítica, Ferreira Neto salienta que

Produzir subjetivação inventiva a partir de uma fala endereçada ao outro para, no final do tratamento, prescindir desse outro, é uma contradição cuja superação não é tão simples quanto a psicanálise e as psicoterapias tendem a supor (FERREIRA NETO, 2007, p. 182).

Há uma congruência no trabalho citado de Ferreira Neto com o texto de Castel feito exclusivamente e a pedido de Basaglia no livro *Crimini di Pace* (BASAGLIA, F e BASAGLIA, F. O., 2009). Os autores salientam que o *setting* clínico nem sempre contribui diretamente para a autonomia e a para a prática emancipatória das pessoas em questão. Para Castel (2009, p.161) é necessário “[...] reencontrar na prática a dimensão política da contradição *ocultada* pela psiquiatria.”¹⁸ “tradução nossa”. Ao mesmo passo, Ferreira Neto pontua que, numa perspectiva foucaultiana, a intervenção técnica e profissional é “[...] secundária à produção de processos de subjetivação autônomos, sem considerar como necessária a mediação técnica de um profissional ‘psi’” (FERREIRA NETO, 2007, p. 182). Este autor considera de grande valia alguns trabalhos realizados em alguns centros no Brasil onde as “práticas de si” coletivas são produtoras de novos e importantes processos de subjetivação. A inventividade e a dimensão ético-política se tornam a marca da libertação das pessoas acometidas por transtornos mentais. A luta contra a instituição travada por Basaglia desde o início de seu trabalho em Gorizia nutria sempre a questão da liberdade e autonomia dos pacientes como algo imprescindível para que qualquer tipo de ação na assistência psiquiátrica pudesse avançar. A consolidação da Lei 180 mostra essa evolução, especificamente quando retira o paciente da tutela do Estado e extingue a expressão “periculosidade social”, que invariavelmente destitui o louco de qualquer possibilidade de liberação, seja em prol da sua subjetividade ou da formação e manutenção das suas relações sociais.

Em relação à psiquiatria, o que se fez no que concerne à cessão de voz à loucura foi dar-lhe um espaço determinado para que ela se expressasse: o manicômio. Local este que não deixa ser ameaçada a norma e que, ao mesmo tempo, invalida qualquer que seja a forma irracional da subjetividade. Isso evidencia um paradoxo: o que a loucura tenta vociferar é a própria alienação da realidade, que tolhe qualquer expressão ou direito quando interna os loucos. E estes, por sua vez, propõem ser justamente o contrário da racionalidade, desarrazoados, mas em liberdade (BASAGLIA, 2005, p. 288).

¹⁸ Original em italiano: [...] *ritrovare nella pratica la dimensione politica della contraddizione ricoperta dalla psichiatria.*

Em consonância com este postulado de Basaglia, localizamos em um texto de Zima (1976, p. 17, tradução nossa¹⁹), citando Adorno e Horkheimer, a seguinte afirmativa convergente com as linhas acima: “A vida inautêntica é aquela do indivíduo esvaziado do seu conteúdo, reduzido a objeto da economia monopolística dos grandes interesses e das organizações totalitárias que o refutam”.

A luta de Basaglia demonstrava na prática que, recusando a conotação de doente que a instituição determinava nos pacientes e favorecendo a cronicidade dos que ali estavam encarcerados, seria possível pensar em pessoas que pudessem refazer suas regras para o convívio social, em detrimento da ordem instituída socialmente.

A Lei 180 efetiva, juntamente com a prática de algumas cidades anteriores a ela, o significado da condição do internado. Sem utilizar o manicômio e suas adjacências malévolas ao processo de autonomia das pessoas, pode-se ascender

[...] a modalidades de assistência que garantam a resposta às necessidades sob a forma de rendas e serviços, e não mais como institucionalização forçada e invalidação definitiva. [...] Em consequência, o problema da tutela da sociedade quanto à invalidação e à doença torna-se responsabilidade política na organização dos serviços, e não mais fundamento da guetização dos doentes (BASAGLIA, 2005, p. 322).

Basaglia, em diversos momentos, acentuou que a lei promulgada deveria colocar na ordem do dia mais dúvidas e problemas do que efetivamente solucioná-los. Sua crença era a de que uma norma dificilmente conseguiria avançar em mudanças políticas e envolvendo os direitos civis das pessoas em questão. Entretanto Rotelli, em entrevista com Delgado (1991, p. 84), salienta que o início de toda a transformação é a restituição do direito à cidadania. Sem ele não é possível chegar aos direitos sociais e em intervenções na realidade das pessoas.

O que a Lei 180 consolida como méritos inquestionáveis são a superação de legislações anteriores (as Leis de 1904 e 1968), a proibição da recuperação e construção de manicômios, a reorganização do tratamento dos usuários na rede e em consonância com a cidade/território e a restituição da cidadania e dos direitos dos doentes (ROTELLI, 1992, p. 46).

Em defesa da Lei 180, Basaglia pondera que ela institui a autoridade local como responsável pelo nível administrativo em matéria de saúde mental,

¹⁹ No original em italiano: *La vita inautentica è quella dell'individuo svuotato della sua sostanza, ridotto a oggetto dall'economia monopolistica dei "grandi interessi" e delle organizzazioni totalitarie che le si contrappongono.*

minimizando a tutela do Estado frente à loucura (BASAGLIA, 2005, p.322). Barros (1994, p. 127) aborda que a Lei 180 reafirmou a centralidade do território como lugar de tratamento, destituindo o manicômio da função. Tal fato pode ser considerado uma revolução na legislatura e com um aspecto singular no que tange à assistência psiquiátrica. A ênfase passa a estar então no cuidado com o paciente em sua 'crise' sem extrair-lhe do meio onde vive e com possibilidades que o asilamento negaria.

Pode-se crer que mesmo com a Lei em vigor, a prática desenvolvida em Trieste e outras cidades italianas pode sustentar o viés da transformação, mesmo que de forma lenta nos anos posteriores à promulgação. O que de fato ocorreu foi uma mudança de entendimento sobre a loucura e suas implicações na sociedade.

Ao final de seu período como diretor do DSM de Trieste, Basaglia evidenciava a tendência à desinstitucionalização que estava por se concretizar na cidade, afirmando que a base da reforma se dava no movimento de baixo para cima, no intuito de superar a organização dada pelo Estado em relação à gestão das instituições, o que determinaria a emergência de uma "nova ordem de processos sociais" (BASAGLIA, 2005, p. 323).

4.3 Trieste e a desinstitucionalização hoje

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental a partir da década de 1960 pôde ser visto em diversos países mundo afora. Como foi discutido no início deste texto, vários fatores na esfera social, econômica e política fizeram com que diversos países reconsiderassem suas políticas de cuidados com o doente mental.

Certamente cada país – mais especificamente os da Europa Ocidental e da América do Norte – em seu contexto, seu histórico e peculiaridades evoluiu para um esvaziamento dos hospitais psiquiátricos à sua maneira. Contudo, é preciso estabelecer uma diferença fundamental entre tais percursos. Basaglia já afirmava em sua experiência nos EUA que ao mesmo tempo em que se esvaziavam os hospitais psiquiátricos de lá, outras redes de assistência mais amplas e não menos institucionalizantes se estruturavam (BASAGLIA, 2005). Rotelli *et al* (1990, p. 23) salientam que além da internação psiquiátrica continuar a existir em países como os

EUA, a França e a Inglaterra, foram criados serviços territoriais que convivem com o hospital e geram uma “dinâmica de circulação entre serviços especializados e prestações pontuais fragmentadas”, onde os problemas são continuamente reforçados e se tornam crônicos. A hipótese levantada pelos autores é a de que os serviços ou abandonam seus pacientes à própria sorte ou os torna ainda mais dependentes do referido circuito, sem efetivamente dar uma resposta apropriada aos problemas decorrentes da doença mental. Passos caracteriza essa assistência em três pontos distintos: “internação e psicofármacos para os transtornos graves; agências de auxílios sociais para problemas materiais; psicoterapia para normais ‘neuróticos’” (PASSOS, 2009, p. 150). Essa nova gama assistencial remete nossas reflexões à Carta de Nova Iorque feita por Basaglia em 1969, onde as “soluções técnico-institucionais para todo problema” acabam invariavelmente acometendo toda a população e ao mesmo tempo, atendendo de forma superficial e falsa as demandas reais da sociedade (BASAGLIA, 2005, p. 160).

Basaglia (1985) e seu grupo ainda à época de Gorizia insistiam na destruição completa do manicômio por considerarem que ali estava o cerne da questão do tratamento da doença mental. Por não conseguir tratar a doença, o hospital não tinha como perpetuar em seu discurso a equação do problema solução-cura. Ao contrário, suas ações invalidavam qualquer possibilidade de existência digna do doente. O que se fez então em Trieste desde o início da sua reforma foi desconsiderar a doença para tratar da *existência em sofrimento* do paciente, partindo da força e do poder que os próprios psiquiatras detinham na instituição, seguidos pelos técnicos que ali trabalhavam. Desta forma, a busca pela solução-cura é substituída por estratégias que objetivam favorecer a relação do paciente com o corpo social. “O problema não é a cura (a vida produtiva), mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa” (ROTELLI *et al*, 1990, p. 30).

Essa característica da desinstitucionalização italiana diverge das demais que assim se intitularam por não enfatizar a montagem de sistemas de “cuidados” voltados para a forma ortodoxa de tratamento de doenças, mas para o cuidado com as pessoas que sofrem, mesmo que nada seja “curado” naquele momento pontual. A transformação no cotidiano, nas relações sociais, na vida concreta das pessoas passa a ser o enfoque principal. Assim, a terapêutica é voltada a verificar em que condições a pessoa pode estar melhor, seja por meio de atividade laboral, cultural

ou de lazer. Nessa proposta, está o termo *presa in carico*, que pode ser entendido como uma tomada de responsabilidade, onde a equipe responsável por aquela pessoa de determinado território busca em conjunto com o paciente as propostas mais adequadas ao seu bem estar. E essa equipe não tem em mãos o arbítrio de encaminhar o paciente a outro serviço ou a outro centro de saúde: é dela a responsabilidade integral sobre a conduta que deve ser feita.

A desinstitucionalização executada em Trieste baseia-se então

[...] na utilização dos recursos e dos problemas internos da estrutura em decomposição para construir pedaço por pedaço as novas estruturas externas. Essas nascem para acompanhar de perto os pacientes fora do manicômio e construir as “alternativas” (e a cultura necessária): os serviços territoriais, os plantões psiquiátricos noturnos no hospital geral, as cooperativas, as casas para os pacientes, os bares e os refeitórios de bairro, os jogos, os laboratórios de teatro, etc... (ROTELLI et al, 1990, p. 35, grifo no original).

Para Passos, a experiência italiana tem como característica exponencial “o fato de ter sido construída e expandida a partir da desmontagem *interna* da instituição, e não a partir do estabelecimento de uma política geral idealizada por administradores ou ideólogos profissionais” (PASSOS, 2009, p. 135), daí o processo sempre aberto e conflituoso, como parte de um projeto de redefinição do atendimento em sua função social.

A concepção italiana do termo desinstitucionalização leva a crer que a política de trabalho envolve atores das mais diversas esferas, voltada para a terapêuticidade das trocas sociais e a invenção constante de estruturas substitutivas ao manicômio, invertendo toda a lógica de funcionamento do sistema de saúde mental. Os investimentos, tanto de recursos humanos como pecuniários, passam a ter a comunidade e as estruturas alternativas no território como depositários, e não mais os hospitais.

A base das estratégias de investimentos passa por uma diferenciação concreta na oferta de recursos. Os serviços têm grande mobilidade, possibilitando alcançar as pessoas para tratá-las com o oferecimento de diversas ferramentas de ajuda, de acordo com a necessidade específica de quem demanda o auxílio. A comunidade é convocada a organizar juntamente com os CSM recursos que possam ser utilizados por todos e, neste sentido, favorecerem a autonomia e a ajuda mútua entre as pessoas. Sendo assim, “[...] este é um efeito indireto de um sistema

orientado para investir os recursos nas pessoas (e possivelmente sempre mais recursos), mais que nas instituições” (ROTELLI *et al*, 1990, p. 44, grifo no original).

Nesse sentido, o processo de desinstitucionalização efetivado em Trieste preconiza uma dimensão afetiva na relação terapêutica, permeada também por pessoal “não médico” (CASTEL, 2009), com regras de organização dos serviços estendidas ao território e sem escolha de demanda de atendimento, considerando essa uma totalidade indivisível. Sem o hospital para acolher o paciente, estratégias de tratamento são montadas para trabalhar a demanda que chega, sem que se opte pela separação do mundo pelo asilo, mas em conexão com o território de forma dinâmica e de atenção integral ao paciente. Centros de saúde, equipe no território, possibilidade de escolha para o paciente logo após sua recuperação através de estímulos em bolsas de trabalho, cursos de formação e suporte aos familiares e à comunidade. Estes são meios de destruição/reconstrução do manicômio para os italianos que se configuram com tal formatação da assistência, substitutiva à estrutura hospitalar, que era responsável por toda e qualquer forma de tratamento, mesmo que de maneira diluída entre hospital e “adjacências” hospitalares. Desde Gorizia, essa assertiva que mantinha ainda o hospital foi fonte de críticas dos italianos aos outros modelos que o mantiveram em atividade, dando à instituição o poder de definir a cadência de tratamento dos pacientes.

Ao mesmo tempo, o processo de reforma triestino configura-se de modo conflituoso, dinâmico, não resolutivo, para efetivar a abolição total da internação psiquiátrica. Isso sugere reconfigurações constantes, transformações que refutem a modelagem ideal às contradições que surgem nos serviços. A incerteza desse modelo instável requer sempre ações concretas, experimentações e aprendizagens de todos os envolvidos na questão da assistência, agora expandida à rede institucional da sociedade que compreende a justiça, a assistência social, a educação, enfim, a administração pública em geral. Na perspectiva basagliana, é fundamental romper com a tutela estatal que torna o louco, assim como todo e qualquer “desadaptado” ao sistema, dependente social e materialmente dessa sociedade, um sistema no qual o usuário “[...] paga o seu débito por pertencer à sociedade de troca com a dependência de instituições que estruturam a topografia desta nova sociedade” (ROTELLI *et al*, 1990, p. 64).

Segundo De Vito (2010, p.40), havia uma preocupação nas cidades italianas nas quais se davam de forma mais contundente as mudanças na década de 1970

em evitar-se que os recursos destinados à assistência das pessoas com problemas mentais fossem utilizados, de forma sutil e silenciosa, em novas formas de controle social por meio de instrumentos típicos da medicina: a diagnose, o asilo e a medicação. Tais instrumentos remetem em geral ao que Basaglia se referia como novas “casacas” da mesma ideologia do pensamento científico, ainda no início da luta pela desinstitucionalização e que começava a tomar força pelo princípio da negação de todo o aparato manicomial (BASAGLIA, 1985).

O legado basagliano se mostra estreitamente relacionado à perseguição, desde os anos de Gorizia, a um objetivo específico: a destruição do manicômio, sob a égide da desinstitucionalização. Esse pressuposto requer uma reestruturação do pensamento psiquiátrico sobre a loucura, onde agora esse alguém que sofre em sua existência, pode buscar recursos reais e condições materiais, sociais e culturais que favoreçam o exercício da sua subjetividade. Com o manicômio repaginado, modernizado, a loucura sempre tenderá retornar, por meio da cultura científica da cura, a buscar suas soluções ali. A destruição de toda e qualquer forma de espaço asilar é um marco importante, pois somente fora dele o louco pode exercer sua subjetividade.

O desmantelamento do hospital e a sua “reforma” no fora, no território, nos locais onde a vida pulsa, é a base da reconstituição dos direitos e possibilidade de recuperar a autonomia das pessoas, se elas a tiveram algum dia. Os *gruppo appartamento* (modalidades de moradia com suporte de técnicos e cooperativas que gerem o local), as residências terapêuticas, as cooperativas sociais, as atividades de lazer e cultura conectadas com a comunidade, as novas formas de tratar dos CSM (no território), tudo isso rompe com o paradigma dominante da psiquiatria tradicional e pede por invenções e mobilidade constante dos serviços e de quem lida com eles, expandido agora a uma gama muito maior do que a rede de assistência sanitária.

A ênfase no trabalho, na proposição de dar *contratualidade* às pessoas para retomarem sua vida social, fora assinalada com a fundação da primeira cooperativa social ainda no período de Basaglia em Trieste, com a CLU (Cooperativa Lavoratori Uniti²⁰) em 1973. Outras se deram em períodos consequentes a ela, mas foi com a efetivação do fechamento do manicômio, primeiro em Trieste e depois em diversas outras cidades italianas, que o número de iniciativas de trabalho cooperado deu

²⁰ Cooperativa Trabalhadores Unidos.

importante salto (DE VITO, 2010). A proposta era a de favorecer a emergência de uma lógica social a segundo a qual cada um pode ter suas posses e usufruir de bens de consumo, mesmo os triviais, com seus próprios recursos, tornando esses um grande aliado na efetivação da cidadania delas. Uma marca do período pós-basagliano, que esteve sob a batuta de Rotelli a partir de 1980, foi o de inverter a lógica manicomial portadora do “lugar zero de troca” para o favorecimento intenso das trocas sociais, possível somente fora dos muros institucionais, e entendido como uma reapropriação das riquezas singulares das pessoas recolocadas agora num grande jogo de troca coletiva (ROTELLI, 1999, p.71).

O tratamento terapêutico nos moldes da desinstitucionalização se faz por uma inventividade constante que dê sentido às mudanças cotidianas de cada usuário, atento à identidade e aos valores individuais, não se atendo aos resultados clínicos específicos, mas focando e evitando que pessoas permaneçam com quadros crônicos e institucionalizantes, evidentes nos serviços tradicionais voltados à cura. Mais do que curar e tratar, os italianos dão grande valor à prática da prevenção, de valores relacionados à vida, onde não se pode curar, mas sim evitar situações de objetivação e de dependência do sistema. Ao invés de diagnosticar a doença, diagnostica-se que há bem mais a fazer para e com a pessoa que sofre se a questão social for ressaltada, reconstruindo-as como atores sociais. Para Rotelli (1990, p. 91) “Não se pode fazer muito com a ‘doença’ como queria o ‘modelo clínico’, com o sintoma ou o conflito como queria o ‘modelo psicológico’, porque mudaram o objeto, o paradigma, e com eles os sensatos programas.” O objetivo do tratamento sendo outro, agora em desequilíbrio e em contra-senso com o saber científico, é demandado um constante inventar da instituição, pois o fazer nunca é dado, porém as respostas são conclamadas a todo o momento. A segurança da instituição é abalada, onde laboratórios se constituem em lugar dos ambulatórios (ROTELLI, 1990, p. 92). Passos argumenta que em função da desmontagem e superação das estruturas asilares, o processo de internação é eliminado, partindo de dentro da própria instituição e “tornando o ‘intra’ não só obsoleto e arcaico, mas eticamente insustentável” (PASSOS, 2009, p. 142).

De Vito (2010, p. 34) entende que a “desorganização organizada”, muitas vezes aludida por Basaglia, era a tradução operativa do princípio basagliano para que as contradições continuassem sempre abertas, de forma a condicionar tais contradições sociais, políticas e culturais fora do gueto psiquiátrico. Assim sendo, a

transformação que partia do âmbito sanitário era estendida a outros níveis de atividade como as escolas, as empresas e fábricas (no que concerne à questão da medicina do trabalho), a assistência aos idosos, o cárcere, dentre outros lugares onde a segregação era evidente. As experiências de Parma e Arezzo, além de Trieste, dão mostras claras da amplitude que a reestruturação na psiquiatria, num primeiro momento, propiciou em certos locais da Itália.

Para Amarante, o processo de desinstitucionalização realizado na Itália amplia o conceito de cidadania, ressaltando a pluralidade dos sujeitos, suas diferenças e diversidades no corpo social, não deixando o louco viver sua loucura tão somente, mas

[...] em um novo contexto de cidadania, dar-lhe o real direito ao cuidado. Não de ser excluído, violentado, discriminado, mas de receber ajuda em seu sofrimento, em sua positividade e em sua possibilidade de ser sujeito. Enfim, trata-se de trabalhar efetivamente para que ele seja um sujeito de desejos e projetos (AMARANTE, 1996, p. 115).

É importante ressaltar que a manutenção do hospital psiquiátrico desativado pode ser concretizada pelo fato das residências terapêuticas (compreendidas aqui as residências protegidas e semi-protegidas, as comunidades terapêuticas de acolhimento aos usuários do DSM, os programas de moradia subsidiados pelo governo italiano e outros fundos europeus) e dos serviços de rede territoriais – especialmente os CSM – terem se efetivado de forma sólida e em constante reformulação. Essas novas estruturas garantiam o tratamento e a elaboração de projetos de vida particularizados para romper o circuito *crise-internação-alta-nova crise* e assim continuando de modo circular. Não havia uma modelagem específica para essa rede que começava a funcionar e cada cidade italiana que barrou seu hospital procurava meios de sustentar suas mudanças (ROTELLI *et al*, 1990; PASSOS, 2009; DE VITO, 2010).

Não obstante ao impacto da reforma italiana em diversos países do mundo, é relevante apontar para um período de estagnação na década de 1980 em praticamente todo o território nacional. Mesmo com a Lei 180 em vigor, muitas cidades estavam longe de aplicar seus postulados, sem contar com a situação socioeconômica geralmente desfavorável da Região Sul em relação às outras do

país. A Lei de Reforma Sanitária Italiana, a 833/78²¹, ainda se consolidava em termos práticos e os planos de assistência à saúde no país ainda eram incipientes. Mesmo onde a reforma já havia dado mostras de avanços, a falta de recursos, tanto financeiros como de pessoal, e os desencontros políticos em relação à aprovação de leis complementares à assistência sanitária, indicavam um forte obstáculo para o progressivo processo de desinstitucionalização. De Vito (2010, p.41) sublinha que somente a partir do “Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale²²”, de 1994, foi possível avançar em todo o território com as propostas, ainda que de forma heterogênea. Projeto esse liderado pela então senadora Franca Ongaro Basaglia, que dedicou anos de luta política para a concretização dessa proposta de lei. Apesar do retardo da política nacional, De Vito indica que algumas regiões italianas já tinham aprovado seus Planos Regionais Sanitários nos anos 1980, que serviram como base para a elaboração da lei nacional, dentre elas a região da Emilia Romagna (que compreende Parma e Imola), do Friuli-Venezia-Giulia (Trieste) e Toscana (Arezzo).

De Vito pondera que o êxito da reforma italiana recai sobre o mapeamento da assistência em três pilares fundamentais: o *Distretto Sanitario* (DS), as *Unità Operative* (UO) e o *Dipartimento di Salute Mentale* (DSM)²³. Esses três elementos trabalhando de forma coesa e intrincada em toda a política de saúde das *Regioni*. Os DS voltados para a prevenção, com a gestão próxima aos usuários do serviço; as UO responsáveis pelas intervenções no território com base na organização de seus profissionais; e os DSM com uma atuação horizontalizada, dando resposta a diversos programas de intervenções em função da demanda efetiva proveniente do território distrital (DE VITO, 2010, p. 41).

A estruturação dessa rede capilarizada no território propiciou então a substituição definitiva do manicômio em diversas cidades italianas. Os pacientes psiquiátricos “menos graves” são atendidos nos DS; os “mais graves”, nos DSM, compreendidas aí as estruturas residenciais da rede; os “não psiquiátricos” nas

²¹ A Reforma Sanitária na Itália foi uma tentativa de responder às dificuldades do poder público em diversos âmbitos, como a centralização dos poderes, a escassez de recursos, o predomínio do modelo privatizante e mercantilista, baixa cobertura assistencial, clientelismo e desvios na alocação de recursos do sistema de saúde público. O texto da lei – não conclusivo – define um processo transitório norteado pelo Serviço Sanitário Nacional público, preconizando a descentralização, universalização do atendimento e democratização na gestão (TEIXEIRA, 1995, p.214).

²² Projeto Objetivo de Tutela da Saúde Mental – tradução nossa.

²³ Distrito de Saúde, Unidades Operativas e Departamento de Saúde Mental – tradução nossa.

estruturas sanitárias territorializadas, com referência também em ações sociais diversas.

Em 1999 foi concebido e aprovado legalmente o segundo *Progetto Obiettivo*, onde foram aprofundadas questões deficitárias em relação ao primeiro e enfatizadas a necessidade de maior suporte aos familiares dos pacientes mais graves (COZZA, 2000, p. 36). Mais ainda, apontamentos específicos entraram em discussão com o Projeto de 1999: maior foco na questão da infância e adolescência, definição específica dos objetivos terapêuticos de cada paciente, escala de prioridade (atendimentos e intervenções específicos para os casos graves não correrem risco de abandono), maior atenção à prevenção primária, investimento e foco na formação de recursos humanos e pesquisas na área (TERMINELLI, 2000, p. 48).

Rotelli, em texto apresentado numa conferência de saúde mental em Brasília, 1992, propõe algumas reflexões para o afrontamento da questão assistencial no que se refere à compreensão da saúde mental e do melhoramento da ajuda operada, assim como em superar ações violentas e antiterapêuticas que violem a ética e os direitos civis. As estratégias sugeridas pelo autor supõem uma “saúde mental comunitária, coletiva e territorial” (ROTELLI, 1999, p. 98), calcada em oito princípios, aqui dispostos de forma sintética:

- 1) A mudança essencial da perspectiva da intervenção em âmbito hospitalar para a intervenção em âmbito comunitário.
- 2) A mudança de interesse da doença para a pessoa e para a privação²⁴ social.
- 3) A mudança de uma ação individual para uma ação coletiva no confronto dos pacientes e do seu contexto: emergência de uma multidisciplinaridade, recursos de ajuda-mútua, recursos familiares, desmitificação da loucura no imaginário popular, valorização dos colaboradores “não-profissionais”, redimensionamento dos valores de eficácia somente das terapias biológicas assim como das psicoterapias ortodoxas, valorização das formas de solidariedade de grupos e instituições diversos voltados à questão social e efetivação do sistema “porta aberta”.

²⁴ No original em italiano a palavra é *disabilità*. Optei por utilizar “privação” tendo em vista enfatizar o conceito de vulnerabilidade (social), de desfavorecimento em relação aos ditos “normais”.

- 4) A dimensão territorial da ação coletiva (determinação dos territórios, da população contingencial e a tomada de responsabilidade em função dessa ordem).
- 5) A dimensão prático-afetiva da ação.
- 6) A constituição de um *corpus* de direitos formais e de normas jurídicas e administrativas em defesa dos direitos dos pacientes.
- 7) A ativação de políticas sociais voltadas a reprodução pessoal daqueles que são “fragilizados” e a ênfase no afrontamento de problemas referentes a casa, trabalho e aquisição de competências para essas pessoas.
- 8) A articulação muito bem pesquisada entre instâncias administrativas e municipais para uma nova organização dos serviços.

Esses oito princípios referendados por Rotelli, resumidos e adaptados para uma melhor compreensão, demonstram na prática a positividade da extensão no território dos serviços e a modificação tanto das técnicas quanto das modalidades de intervenção, capazes de superar o *establishment* dos hospitais psiquiátricos.

Ainda com Rotelli, é impossível que se pense em reabilitação do paciente psiquiátrico sem que se leve em conta a reabilitação da própria psiquiatria, sua desinstitucionalização (ROTELLI, 1999, p. 100). Para Basaglia, a guinada no enfoque da doença para a pessoa que sofre tem como pressuposto fundamental a própria ciência médica, o saber científico, que pouco ou nada contribui para um melhoramento na existência real das pessoas. Mudar esse enfoque significa quebrar o paradigma da doença mental e clarificar que “[...] o projeto psiquiátrico está ligado aos problemas colocados pela sociedade pós-revolucionária, industrial e urbana; ele se integrou a toda uma estratégia da regularidade, da normalização, da assistência, da habilitação de vigilância e tutela das crianças, dos delinqüentes, dos vagabundos, dos pobres, enfim, e sobretudo dos operários (FOUCAULT, 2006b, p. 325). Os lugares de miséria, vistos por Basaglia (1979) como “campos de concentração”, deveriam ser eliminados para que se pudesse trabalhar com os excluídos do sistema na esfera global da existência das pessoas, e não em função da “produtividade” que elas representam na concepção capitalista. Nesse sentido, até mesmo para que se possa alcançar um serviço de assistência em saúde mental

mais eficaz e com resultados práticos convincentes, é preciso não contar com recursos financeiros exorbitantes se se quer chegar a uma cobertura ampla das camadas da população. Tanto na concepção de Castel (2009) quanto na de Rotelli (1999) os não-profissionais representam uma riqueza ímpar na estruturação de serviços “fortes” em saúde mental, pois flexibilizam a escuta do outro numa assertiva não sanitária e são capazes de se renovar constantemente em seus aportes de intervenção no cotidiano das pessoas assistidas pelos centros de saúde, e têm um investimento sensivelmente menor do que aquele voltado a especialistas. Obviamente não se pode negar a necessidade de recursos pecuniários para a estruturação de uma política de saúde mental com alcance positivo, porém nem sempre isso é fator definidor de sucesso, que no sistema de *revolving-door* é dado pela quantidade de internação e do prognóstico dos pacientes. Nesse sentido referendamos os comentários de Rotelli et al (1990) sobre a política de saúde mental feita em países como os EUA e o Japão.

Enfim, o processo de desinstitucionalização tomado a cabo pelas políticas de saúde mental, mostra que os gastos em estruturas sanitárias decrescem de forma importante e canaliza os recursos mais para as pessoas e seus projetos de vida do que em sistemas sanitários e suas disposições burocráticas (ROTELLI *et al*, 1990; PASSOS, 2009). Para De Vito (2010, p. 107), apesar de constantes investimentos políticos contra a Lei 180, as diversas técnicas utilizadas pelos atores da transformação da assistência em saúde mental italiana indicam que, dentre ajuda-mútua, psicoterapia, etnopsiquiatria, técnicas reabilitativas, práticas de inserção laboral, dentre outras, elas são experiências que podem trazer respostas às necessidades reais das pessoas com problemas de saúde mental. O que falta ainda são estratégias que possibilitem a colocação em prática das técnicas singulares, únicas e inovadoras, conhecidas como “boas práticas”. Em 2010 foi realizado em Trieste o *Incontro Internazionale di Salute Mentale* no qual, dentre diversas propostas, foram apresentadas iniciativas que enfatizam o conhecimento e a difusão dessas ditas “buone pratiche in salute mentale e collettiva”.

5 UMA EXPERIMENTAÇÃO BRASILEIRA EM TRIESTE

Em 2002 iniciei um percurso de trabalho em instituições que assistem pessoas com sofrimento mental. Após alguns anos dedicados ao atendimento em consultório na cidade de Belo Horizonte, comecei a considerar a hipótese de um período de estágio no serviço de saúde mental de Trieste, na Itália. Para contextualizar esse período, lançamos mão de um breve histórico pessoal e profissional para elucidarmos os fatos em sua ordem cronológica.

Partindo de um caso de esquizofrenia na família quando ainda cursava a graduação em Psicologia na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que ocorreu entre 1992 e 1996, me interpelava sempre acerca do cuidado com pessoas acometidas por esta enfermidade. Sem muitos recursos, tanto teóricos quanto práticos, a inquietação sobre o assunto se pronunciava em graus cada vez maiores. Percebia um distanciamento meu do exercício da psicologia por trabalhar em outros locais sem exercer a profissão e grande incômodo por não haver qualquer experiência em área diversa da clínica, especialmente em saúde mental.

Em certa ocasião, discutindo sobre usuários de saúde mental com pessoas que conheciam a experiência de Trieste, surgiu uma oportunidade de trabalho numa residência terapêutica em Belo Horizonte. Ali vislumbrei a real possibilidade de conhecer aquela experiência de perto, fazendo um estágio voluntário na cidade. Os profissionais com que conversei tinham formação diversa da minha. Todavia, o serviço triestino não se caracterizava pelo trabalho específico da psicologia ou outra profissão, e sim por ações de cunho mais abrangente, para além dos serviços de saúde e com resultados significativos no que tange aos cuidados com as pessoas com sofrimento mental. Me instigavam relatos de trabalhos feitos em “casas na cidade” que dispensavam a permanência das pessoas em hospitais, além de atividades das mais diversas, como cursos de formação profissionalizante e inserção dos usuários em cooperativas sociais, onde muitos trabalhavam após encaminhamento das equipes de saúde mental. Outro fato que destaco são as atividades do Acompanhamento Terapêutico (AT), visto que pouca informação se tem desta atividade no Brasil; as que existem são bastante diversas daquilo que presenciei com os estagiários em Trieste. Ali, praticamente todos os usuários tinham acesso aos ATs e uma enormidade de ações poderia ser desenvolvida por eles junto

aos Centros de Saúde Mental (CSM), em meio à comunidade, às associações de usuários, aos familiares e sociedade civil, só para ilustrar algumas delas. Vicentin (2006) aponta que o AT tem como uma de suas premissas principais o aprendizado relacional, ou em outras palavras, a pedagogia social a que a loucura nos convoca, seja como:

[...] dessegregação das relações sociais ou como invenção de mundo, seja oferecendo outros modos de relação para as pessoas que desaprenderam (como efeitos de institucionalização) ou construindo relações com aqueles que têm uma estranha relação com o mundo (VICENTIN, 2006, p. 117).

Por fim, acreditava ter tido o meu parente uma experiência violenta e de muito sofrimento, pelo fato dele ter sido internado e principalmente pela forma como se desenvolveu seu tratamento. Segundo ele, lá as pessoas eram “más” e que lhe obrigavam a fazer coisas que não queria, sem nenhum respeito. Foram dias intermináveis até que a família resolveu trazê-lo de volta ao lar. Mesmo com esta decisão, as dificuldades na vida com meu primo não cessaram. O que seria feito com ele se nosso sistema público praticasse algo parecido com o que se ouvia falar da Itália? Ao que me consta, existem experiências semelhantes no Brasil, mas que não acontecem de forma tão estruturada que as torne acessíveis a famílias de qualquer cidade do interior de Minas Gerais, como era o caso da minha família.

Chamou-me a atenção ainda a informação de que Trieste e algumas cidades da Itália não tinham mais manicômios. Como fariam então sem internar a pessoa em um local destinado a tratamento para esquizofrênicos?

Segui então para efetivar esta demanda pessoal em março de 2002, sem maiores informações teóricas, apenas com alguns textos que citavam a reforma italiana e com um grande desejo de aprendizado.

Ao chegar a Trieste, com um domínio não muito grande da língua, fui encaminhado ao CSM de Domio, um dos cinco centros territoriais da cidade. Procurei em diversos técnicos e pessoas inseridas no trabalho da rede de saúde mental de lá informações sobre a prática daqueles serviços. Na UFMG, a formação pautava-se mais pela vertente da psicanálise, com a qual eu tinha uma identificação teórica evidente. Entretanto, não encontrei em Trieste nem psicólogos e nem psiquiatras que fossem aderidos ou praticantes da referida vertente. Curiosamente, não encontrei nem mesmo alguém que pudesse me dizer como seria o estágio naquela cidade. No que toca à inserção do estagiário no cotidiano dos serviços,

verifica-se em Passos (2009) uma importante e esclarecedora reflexão acerca das dificuldades encontradas pelos estudantes, não só pela perda da intensa convivência observada no início das atividades do voluntariado social, assim como a falta de foco ou mesmo outros focos que eram verificados nas ações dessas pessoas nos serviços da rede triestina. Segundo ela, o estagiário

[...] sabe apenas a qual dos sete²⁵ CSM da cidade ficará vinculado. Muitos, nessa situação liberalizada, acabam se perdendo em outros atrativos da cidade e esquecendo o trabalho para o qual foram até lá. Outros acabam desistindo, pela incapacidade de se darem, a si e por si mesmos, um lugar interessante na rotina do trabalho, ou por, finalmente, se surpreenderem desempenhando um papel estereotipado e empobrecido de meros acompanhantes de pacientes em suas rotinas diárias (saídas para compras, organização pessoal e da casa etc.) (PASSOS, 2009, p. 160).

Ao longo dos oito meses que estagiei em Trieste, pude experimentar vários trabalhos em diversos locais por onde se estendia a rede de serviços da saúde mental triestina. Foram três centros de saúde mental, uma associação de ajuda mútua a usuários atrelada à rede, uma comunidade com residências terapêuticas e um *gruppo-appartamento*²⁶, um centro de formação de estudos e bolsas de trabalho, duas cooperativas sociais e diversos ATs.

O *gruppo-appartamento* é uma modalidade de residência terapêutica em que os usuários utilizam a estrutura física de uma casa ou apartamento com vários técnicos e colaboradores presentes. Variam em seu funcionamento, dependendo da autonomia das pessoas que lá vivem. Alguns locais têm a presença integral de técnicos e operadores sociais²⁷, onde são desenvolvidas estratégias terapêuticas voltadas à inserção social e também ao tratamento, com prazo máximo de dois anos para se consolidarem, ou até nova definição de estratégia pelos envolvidos diretos daquela região pertencente ao referido CSM do território. O que se espera é que tão somente a pessoa adquira certo grau de autonomia para viver sem o apoio dos

²⁵ Em função de mudanças estruturais na ASS triestina, foram feitas fusões de alguns CSM e hoje existem cinco deles na cidade: Barcola-Aurisina, Via Gambini, Via della Maddalena e Domio, além da estrutura central e mais complexa do San Giovanni. (ASS nº 1 Triestina, Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, 2010).

²⁶ Numa tradução livre do italiano, *gruppo-appartamento* seria um local onde certo número de pessoas vive; uma residência, casa ou apartamento, com objetivos terapêuticos determinados pelo CSM.

²⁷ Para os italianos os técnicos do serviço de saúde mental são geralmente os profissionais de nível superior que atuam na área. Já os operadores sociais são pessoas que trabalham nesses serviços e que não têm necessariamente a graduação em sua formação. Existem diversos cursos de capacitação e formação específicos para tais profissionais na Itália, que são financiados pelo município (*Comune*), estado (*Regione*) ou por convênios nacionais e internacionais.

técnicos, ela possa sair desse seu grupo e ter como morar em outro local, inclusive considerando-se o retorno à família.

Existe ainda o que é entendido como “comunidade terapêutica”, onde acontecem atividades de inserção tanto social como laboral, e que também servem para um rodízio entre os usuários, caso necessitem de mais algum tempo nessas moradias. Nas duas modalidades de residência acontecem reuniões sistemáticas, algumas diárias, outras quinzenais e mensais, para “passar” o que houve na rotina da casa e também discutir e avaliar entre os técnicos as ações que vem sendo feitas ali. Como acompanhante terapêutico (at)²⁸ participei de diversas reuniões dessas, assim como algumas nos CSM e nos Distritos Sanitários, sendo este uma espécie de unidade de saúde voltada ao atendimento da população em geral, onde regularmente os usuários em tratamento deveriam consultar-se ou mesmo realizarem seus *check-up's*.

Descrevo minha experiência inicial como algo estranho, sem um estatuto definido para efetivação do estágio voluntário. Recorro às palavras de Barros, que também esteve em Trieste como pesquisadora, para elucidar tal situação: “Os espaços não são apresentados ao recém-chegado, que deve procurar a ‘sua Trieste’. Tudo dependerá do que veio buscar e da disposição em criar um lugar próprio” (BARROS, 1994, p. 22). O estágio voluntário na cidade, que valoriza especialmente o potencial de cada um, a convivência solidária e a lida do estagiário com a existência sofrimento do outro e com a diversidade, mostrou, de início, que eu estava equivocado quanto à submissão às regras, que nos faz tê-las como algo ideal e esperado. Na opinião de Passos (2009, p. 170), é importante que o operador ou voluntário social, independente de sua formação teórica, desenvolva seu trabalho através de seus “recursos pessoais”, criando vínculos que ajudem efetivamente aos assistidos em pequenas coisas do cotidiano e também com a idéia de quebrar a estereotipia de relações continuadas e viciadas ao longo de determinado tempo.

Tão logo fui designado para atuar nos CSM, procurei, após ter sido informado por alguns voluntários, fazer alguns AT's. Meu primeiro dia não foi dos mais tranquilos, mesmo considerando a ansiedade natural do início de uma atividade assim. Saí pela primeira vez sem outros estagiários e sem técnicos do CSM. Meu acompanhado pareceu-me bastante lúcido e não pouco mal humorado. Falava

²⁸ O acompanhante terapêutico será considerado como at (minúsculo) e o Acompanhamento Terapêutico como AT (maiúsculo).

frases curtas e em baixo tom de voz. Praticamente em todas as vezes que nos falamos, ele se expressava em dialeto triestino. Não é tão difícil, desde que se tenha grande familiaridade com o italiano e se conheça certas palavras e gírias do dialeto. Como revela Passos, o dialeto triestino é configurado pelo italiano, com alguma influência do alemão (período em que Trieste foi administrada pelo Império Austro-Húngaro) e do eslavo, dada a condição fronteiriça da cidade com a ex-Iugoslávia e pelo grande contingente desse povo por ali (PASSOS, 2009, p. 158).

Percebi que em menos de meia hora, o humor do meu acompanhado havia despencado fortemente e, quanto mais tentávamos nos comunicar, mais ele ficava irritado. Chegou a me dizer, em meio a palavrões, que achava um absurdo eu vir para a terra dele sem falar sua língua. Respondi que se ele falasse em italiano e um pouco mais devagar, eu poderia entender melhor. Ele silenciou. Pouco nos falamos, enquanto fomos a cafeterias e lojas. Uma sensação de desconforto e desnorteamento ficaram evidentes em mim e a falta de um aparato técnico me parecia muito importante naquele momento. Algo como o que Rolnik (1997) sugere de forma exímia em seu texto “A clínica nômade”. Um desterritorializar completo diante da situação, algo que eu compreenderia depois como fundamental para poder efetivamente cumprir meu papel como at. Porém “fazer a minha Trieste” não havia sido tão fácil naqueles primeiros dias de AT. Com minhas referências teóricas da academia (a psicanálise) e minha prática (*setting* clínico) os obstáculos se impuseram instantaneamente. Naquela situação eu não tinha muito para contar com meu saber “psi”, até porque nas ruas o consultório se faz de outra forma. Em sua descrição ilustrativa do “AT virtual” embaraçado com o início de suas atividades, Rolnik fala de forma muito próxima em relação ao que senti sobre as dúvidas permeadas pelo confronto entre as representações pessoais dos envolvidos nesse tipo de trabalho: “Atordado, ele se dá conta de que se não construir novos territórios e delinear novos mapas, seu trabalho corre seriamente o risco de inviabilizar-se. Ele não sabe nem por onde começar” (ROLNIK, 1997, p. 85).

Ainda no início da minha experimentação triestina, fui certo dia a um passeio com meu acompanhado para os confins da cidade. Pegamos o *Tram di Opicina*, uma espécie de bonde elétrico que naqueles dias comemorava seus 100 anos de idade e havia recebido uma reforma completa em seu vagão e nas pequenas estações por onde passava. Enquanto admirava a bela paisagem, o paciente me contava que o trajeto liga o centro da cidade à parte alta, onde se encontram

vilarejos de origem eslava. Em certa época do ano são feitas as *osmizze*, que são festas tradicionais onde as casas abrem suas portas à população para vender seus vinhos, queijos e embutidos, uma tradição local. O clima é mais agradável, pois é montanhês e o caminho até lá é muito interessante.

Não mais de um quilômetro andamos em linha reta. Depois só subida, e muito íngreme. Aos poucos nos distanciamos do casario do centro. Mais árvores vão aparecendo. O mar vai aparecendo. As espécies arbóreas são bastantes características da região, com muitos ciprestes e pinheiros. Eu soube por intermédio de outros voluntários que lá no alto existe uma bela trilha e também uma igreja em estilo moderno, algo exótica, que por sinal é muito criticada pelos habitantes do local.

Chegando ao ponto final, verifiquei que o clima realmente é outro, o ar mais puro e com uma leve brisa. Preparava-me para algumas fotos quando ouço do meu acompanhado um sonoro “Vamos embora!”. Abro um sorriso, incrédulo com o que acabo de ouvir, mas convicto de que poderia convencê-lo do contrário. Argumento, explico, peço. Não adianta: ele quer mesmo ir embora. Começava a se irritar. O tremor das mãos aumentava. Nesse tempo, o bonde retornou e passou no ponto que havíamos descido há poucos minutos. Reconstituo-me e o convido: “Vamos descer?”. Sou atendido prontamente... Apesar da oscilação de humor, o retorno ao centro da cidade pareceu trazer de volta a tranqüilidade ao meu acompanhado. Conversamos um pouco. Parecia que nada havia acontecido.

Em nosso regresso, fico curioso com a empolgação do paciente em contar para outros companheiros dele e para o pessoal que trabalhava na casa sobre nosso passeio. Falou das reformas do bonde, da tranqüilidade do percurso, do clima aprazível que estava naquela parte da cidade. Restringi-me a ficar satisfeito pela sua conversa ao final daquela jornada, visto que sua empolgação era contagiante. Em concordância com as palavras de Lancetti, posso crer que algo aconteceu de fato: “Às vezes, e por mudanças sempre quase que imperceptíveis, alguém consegue escapar da repetição suicidária, da máquina manicomial ou da violência tola” (LANCETTI, 2006, p. 26).

Baremlitt (1991, p.81) observa que o desafio do at consiste em favorecer ao paciente suas formas de produzir o mundo, que é próprio e único. Em geral, esse trabalho edifica o “modo de ser” do paciente que frequentemente se vê em conflito com o mundo dos vencedores, do saber-poder dominante. E muitas vezes esse

mundo sem lugar é extirpado das possibilidades de vida social, detalhes estes causadores de sofrimento e exclusão.

No segundo CSM que atuei, o Via Gambini, foi proposta uma reunião quinzenal com uma psiquiatra e uma psicóloga para que fossem dadas orientações aos estagiários. A princípio, foi perguntado a cada estagiário o que eles estavam fazendo ali e qual a sua proposta para o CSM. Na minha argumentação, falei sobre meu interesse na rede de serviços prestada em Trieste e do intuito que eu tinha em aprofundar meus conhecimentos acerca dessa gama de opções. Havia um interesse particular meu em saber sobre a rápida inserção dos usuários, após o período de crise, em bolsas de trabalho e em qualificação para o trabalho a ser escolhido conjuntamente com o usuário em questão. Para minha surpresa, não fui acolhido em meus anseios. Ao contrário, me deram diversos textos para leitura e me “solicitaram” um projeto para atuação junto aos usuários do referido centro.

Desta forma, fui de encontro aos técnicos que trabalhavam na reinserção das pessoas em tratamento e participei de diversas e variadas ações com os usuários não só em período pós-crise, mas muitos ainda em crise. De jogos de futebol a oficina de *pizzaiolos*, conheci operadores sociais das mais diversas formações e com temas bastante curiosos a serem trabalhados. Aulas de ioga, jogos de capoeira, danças brasileiras exaltando a deusa afro-brasileira Iemanjá, ensaios de percussão com o Berimbau de um grupo de percussionistas italianos (dentre eles alguns que se referiam ou ainda se referem ao tratamento da Azienda di Servizi di Salute (ASS), que é uma espécie de Secretaria Municipal de Saúde), cujas apresentações se davam na Itália e em alguns países da Europa. Evidentemente me identifiquei a essas ações por terem elas, de alguma forma, uma relação com o Brasil, onde não seria difícil minha familiarização com os temas propostos.

Alguns meses após a minha chegada, adaptado à língua e às demandas dos serviços de assistência da rede local, pude vivenciar uma rica e extensa experiência em saúde mental, onde ocasiões surpreendentes e de extrema produtividade me mostraram na prática como era feito o trabalho dos italianos após a “anti-reforma”²⁹ de Basaglia. A convivência com o diverso e uma vasta gama de intervenções não normalizadas pela ótica da doença evidenciaram uma forma de assistir às pessoas

²⁹ Basaglia considerava que o processo de mudança implementado por ele e seu grupo não poderia ser considerado como uma reforma, mas sim uma mudança definitiva em relação ao paradigma da ciência: outro olhar, outro tipo de ação, por isso uma crítica implícita com o termo “anti-reforma”, algumas vezes usado por ele.

com qualquer tipo de vulnerabilidade social que não podíamos dar conta apenas pelo conteúdo dos livros e do que se ouve a respeito dos italianos.

O trabalho realizado com empresas privadas, associações, cooperativas, era de tal forma disseminado, que por diversas vezes era difícil saber quem era usuário, quem era técnico ou voluntário. Muitas pessoas que já não se tratavam mais diretamente nos CSM acabavam por trabalhar ou mesmo ajudar nas ações que inicialmente participaram como usuárias. O Berimbau era um exemplo vivo disso. O grupo de percussão, que se intitulava como a maior banda de samba de toda a *Regione* (equivalente aos nossos Estados Federativos) começou seus trabalhos em festas no próprio Comprensório San Giovanni, no intuito de “sacudir” os participantes daqueles eventos. O grupo acompanhou a evolução dos acontecimentos no período pós-basagliano e, junto com as pessoas da cidade, fizeram do San Giovanni um espaço social bastante concorrido, especialmente com os voluntários sociais do início dos anos 1990. A cidade agora invadia as antigas dependências do manicômio e vários loucos, em tratamento ou não, compunham o grupo e se apresentavam na cidade e em várias outras. Hoje o Berimbau tem reconhecimento nacional e se apresenta inclusive em outros continentes. Interessante ressaltar que o grupo possui algumas peças fundamentais que coordenam as apresentações. Todavia, qualquer pessoa que queira ingressar na banda, participando dos ensaios semanais, pode ser um deles. Ao todo, a banda apresentava em 2002 mais de 100 integrantes, porém as apresentações contavam com cerca de 30 pessoas, em média, fato que nunca comprometeu os concertos.

Assim como no Berimbau, diversas ações deixam distante o cotidiano de tratamento sanitário das pessoas. Muitas vezes presenciei tanto psiquiatras como enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais insistirem para que usuários participassem de passeios, apresentações culturais, oficinas de formação, dentre outras opções. Aos poucos e na prática vivenciei a proposta, a princípio estranha, de inventar formas de tratamento e ao mesmo tempo de estar com as pessoas que poderiam ser etiquetadas como “desadaptadas” ou em “desvantagem social”. Num grupo de teatro, por exemplo, pude observar a enormidade de “diagnósticos” condensados ali nos ensaios e apresentações, sendo que muitas daquelas pessoas tinham como “parte do projeto terapêutico” freqüentar aquelas oficinas, assim como usar a medicação indicada por seu médico. Pessoas com comprometimentos orgânicos e neurológicos severos – de cadeirantes a portadores do mal de

Alzheimer, psicóticos “de todo o gênero”, deprimidos, alcoolistas, desempregados e estudantes. A propósito, um dos responsáveis pelo grupo teatral *Accademia della Follia* era sempre enfático ao narrar sua história e exaltar sua “cura pela arte”, tendo iniciado as oficinas teatrais há mais de trinta anos, quando ainda era um interno no manicômio de Trieste. Segundo ele, Basaglia incentivou-lhe a formação do grupo e até hoje ele utiliza uma pequena ala no antigo manicômio para ensaios das peças teatrais.

Em algumas leituras sobre a PDI é recorrente o termo desinstitucionalização. Inicialmente somos levados a pensar em um desmantelamento do hospital psiquiátrico e na assistência extramuros. Porém, mais próximo dos teóricos da PDI, pude evidenciar as ressalvas dos italianos e verificar *in loco* essa vertente quando vi uma psiquiatra chamar energicamente a atenção de um grupo de estagiários, operadores sociais (equivalente aos nossos técnicos em saúde mental sem formação em nível superior) e usuários pela atividade desenvolvida sistematicamente num CSM e sem perspectiva de avanço nas propostas de tratamento do referido grupo. Após isso, os envolvidos organizaram-se e foram promovidas outras ações e discussões sobre cada um dos casos em tratamento e o que poderia ser feito para quebrar a dependência deles do centro e dos trabalhadores. Considerei as palavras da psiquiatra bastante duras, mas nem um pouco infrutíferas. Alguns dias depois ela me sugeriu a leitura do texto de Rotelli (1990) sobre desinstitucionalização, onde claramente é colocada a questão da proposta italiana. Ela ressaltou que a todo custo devemos inovar, inventar e criar. Palavras estas que pude ouvir com frequência durante meu todo meu estágio em Trieste.

Posteriormente encontrei em um texto de Basaglia, onde ele discorria acerca das mudanças e enfrentamentos da nova concepção do trabalho de Trieste, as mesmas ações requeridas pela psiquiatra em questão:

[...] por essa contínua investida contra a lógica institucional, a própria cultura dos operadores era questionada, obrigando-os de vez em quando a submeter à verificação, junto com a ação, os próprios códigos da análise, num processo em cadeia do qual emergia, mais do que um modelo orgânico e exportável, a transitoriedade dos processos determinados. Dessa forma, a perda de identidade da instituição, simultânea à inutilização dos seus símbolos mais explícitos, resultava em perda de identidade de todos os que a instituição continha – tanto pacientes quanto operadores – sem que, nesse processo, pudessem estabilizar-se as novas regras às quais se moldar, os códigos da ação concreta, a identidade positiva do novo transformador (BASAGLIA, 2005, p. 239).

Na opinião de Franca Basaglia (1996), em seus relatos sobre a influência de Basaglia em outras localidades – no caso Parma – as ações devem convergir sempre em uma

Luta contra a institucionalização, seja interna ao manicômio a ser destruído, seja na sociedade. Isto é, luta contra o *fazer-se instituição repressiva* também de cada demanda de desresponsabilizar-se através de normas e funções fixas que se sobrepõem, quando não ignoram, as necessidades e os interesses da pessoa a quem formalmente deveria responder. E, portanto, a necessidade de um *processo de mudança permanente* que recoloca em discussão normas e papéis (ONGARO BASAGLIA, F., 1996, p. 30).

Rotelli *et al* consideram ainda que os CSM devem considerar a subjetividade de cada paciente, sendo este considerado e assumido sistematicamente 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 dessa 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 (ROTELLI *et al*, 1990, p. 85).

Depois de mais familiarizado com o “sistema” da rede comunitária triestina, constatei que lá com frequência se usam termos como prevenção, cuidado e reabilitação. Estes termos estão estreitamente ligados às ações dos serviços de saúde mental e em diversos locais, com muitas pessoas, atores e recursos da comunidade. De acordo com um guia do serviço, “La Guida Ai Servizi Di Salute Mentale” (ASS nº1 Triestina, Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, 2010), constata-se que a gama de atuações do serviço objetiva melhorar as condições de vida e de responder às necessidades fundamentais das pessoas, especialmente àquelas que se encontram em situação de vulnerabilidade social. Nesta linha, pretende-se evitar que as pessoas percam seus direitos e competências sociais. A reabilitação surge, então, como um agenciador de capacidades e habilidades, fundamentais para a restituição de poder e de direitos, pessoais e sociais, para o pleno exercício da cidadania.

Em suma, o guia aponta que para se ter direito, é preciso exercê-lo:

Ele é reconhecido na existência concreta das pessoas, nas suas formas de reprodução social e nos seus percursos de emancipação. Se, como muitos hoje reconhecem, são estes os aspectos centrais do trabalho terapêutico-reabilitativo, se poderia dizer que a originalidade do trabalho de Trieste consiste, desde os primeiros anos da década de 1970, em inventar, dia a dia, as vias de acesso às oportunidades e aos direitos sociais – casa, renda,

trabalho, instrução e formação, redes de pertencimento e de socialização – utilizando recursos e procedimentos diversos daqueles normalizados pela intervenção psiquiátrica (ASS n°1 Triestina, Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, 2010, p. 17, tradução nossa³⁰).

Um episódio emblemático e que para minha experiência foi de fundamental importância, reside no fato de, em um dia inusitado, eu ter sido convocado para uma reunião com o psiquiatra e com o psicólogo responsáveis pelo tratamento de um paciente cujo AT era feito por mim. Recebi o comunicado e segui ao CSM de referência, juntamente com meu acompanhado. Lá fui informado que o referido acompanhado tinha registrado na reunião do *gruppo-appartamento* dele que seu dinheiro estava “sumindo” e que eu sempre o acompanhava em suas retiradas no banco. Assustei-me com a questão posta e fui inquirido pelo psiquiatra acerca dos fatos. Ele me fez umas três perguntas, clareando se de fato eu fazia as retiradas ou se de alguma forma eu tinha contato com o dinheiro do meu acompanhado. Ao responder negativamente, e que sempre o meu acompanhado é que retirava a quantia que lhe aprovesse, ele se dirigiu ao “denunciante” e refletiu com ele sobre minhas respostas. Até que, após alguns minutos – para mim de um desconforto grande – concluíram que meu acompanhado poderia estar enganado e pediu a ele que se pronunciasse. Ele reiterou que realmente era uma “coisa da cabeça dele”, se desculpou comigo e fechamos o encontro com uma inferência do psiquiatra surpreendente para mim. Disse ele que meu acompanhado precisava ser ouvido e que somente assim, dando voz inclusive aos delírios das pessoas, é que conseguimos entendê-las e estarmos próximos a elas.

O que parecia estranho se configurava em uma forma diversa de ouvir clinicamente o assistido e com traços nítidos da ótica fenomenológico-existencial, desde os primórdios muito cara à prática de Basaglia, onde se pode perceber que por mais delirante que esteja o usuário, ele deverá ser ouvido em sua questão e, especificamente, ser discutido com ele sobre o que é apontado como sua verdade e suas impressões acerca disso. Nas palavras de Husserl, é importante em uma investigação que se abandone as evidências de um fato para que se possa refletir,

³⁰ Original em italiano: *Va riconosciuto nella concreta esistenza delle persone, nelle forme della loro riproduzione sociale e nei loro percorsi di emancipazione. Se, come molti oggi riconoscono, sono questi gli aspetti centrali del lavoro terapeutico-riabilitativo, si potrebbe dire che l'originalità dell'esperienza di Trieste è consistita, fin dai primi anni '70, nell'inventare giorno per giorno le vie di accesso a opportunità e diritti sociali – casa, reddito, lavoro, istruzione e formazione, reti di appartenenza e di socialità – utilizzando risorse e procedure diverse da quelle di norma utilizzate nell'intervento psichiatrico.*

desconsiderando o universalmente aceito, o conteúdo trazido pela consciência de quem infere, a sua “tese do mundo” (HUSSERL, 2000, p. 26).

Tais considerações remetem à proposta basagliana, calcada nos ensinamentos de Husserl, e revela-nos que é importante excluir o recurso a qualquer “saber”, qualquer “conhecimento” (as *cogitationes*), para que a investigação se mantenha no *puro ver*, tornando o campo da investigação o “a priori dentro do absolutamente dado em si mesmo” (HUSSERL, 2000, p. 29).

Em outro momento singular da experiência que vivi em Trieste, recorro à teorização de Laing (1982) para abordar uma passagem por mim vivenciada que o autor poderia enquadrar facilmente em seus estudos sobre a “Insegurança Ontológica”. Diz o autor:

Uma pessoa assim basicamente segura do ponto de vista ontológico enfrentará todos os riscos da vida – sociais, éticos, espirituais e biológicos – com um firme senso da própria realidade e identidade, assim como a de outros. É muitas vezes difícil para alguém com este senso da própria personalidade integral e identidade pessoal, da permanência das coisas, da confiança nos processos naturais, da substancialidade dos processos naturais e da substancialidade dos outros transportar-se ao mundo de um indivíduo cujas experiências podem ser totalmente carentes de qualquer natureza indiscutível e óbvia (LAING, 1982, p. 41).

Ao contrário do que aponta Laing quando reflete acerca de quadros esquizofrênicos e seus enfrentamentos e tensões diante dos obstáculos impostos à vida cotidiana deles – referindo-se à *insegurança ontológica primária*, acabei por experimentar, em termos reais, a proposta de verificação do autor partindo de uma solicitação de um usuário do qual eu era at. Vivendo este usuário grandes conflitos por ser determinado como um doente, posto que ele era para muitos um autêntico caso nosográfico de esquizofrenia, ficou combinado entre nós de que, naquele dia em que saíamos para uma volta na cidade, eu seria o acompanhado e ele meu at. E ainda, que eu deveria manter-me calado e somente responder ao que ele me perguntasse, se perguntasse.

Nos vários locais em que estivemos – algumas cafeterias, lojas, livraria – ele me apresentava como seu acompanhado e fazia algumas inferências sobre seu suposto trabalho, o de acompanhar-me pela cidade como uma das indicações do “meu tratamento”. Por diversas vezes, fui colocado na posição de alguém com “transtorno grave”, com “problemas de cabeça”, viciado em álcool e, ainda, como “estrangeiro” (levando em consideração que a Itália passa por tensões políticas no que se refere às suas leis de imigração).

A estranheza da situação, mesmo se não tivéssemos combinado em me manter em silêncio, levou-me a pedir-lhe que atenuasse suas colocações quando se referia a mim, pois era nítido certo exagero da parte dele ao evocar o trabalho do AT e as adjetivações ao acompanhado. Algum desconforto era automaticamente trazido à tona quando, na apresentação a outros, ele se referia a mim como alguém que “bebe demais”, que tem “a cabeça fraca” e que tinha “problemas com a imigração”. Olhares de compaixão ou mesmo de desprezo, foram percebidos em praticamente todas as situações que envolviam terceiros. Não se pode negar ainda que várias das inferências feitas por ele dispunham de uma projeção dirigida a mim, com certo sarcasmo, de forma a sugerir um tipo de vingança a quem fazia-lhe por vezes sentir-se incomodado.

Ao final, meu “at” me indagou se realmente eu achava importante que ele tivesse a tira-colo alguém para guiá-lo pela cidade. Tendo conversado e esclarecido sobre minha função enquanto at, defrontei-me com uma experiência totalmente inesperada e, por incrível que pareça de uma força terapêutica deveras intensa, para ambos os envolvidos. Por um período razoável, meu acompanhado, que por demais delirava apesar da pesada medicação que usava, ficou um bom tempo discutindo comigo as dificuldades que tem porque é tido como louco, e mais ainda, pela contaminação inerente que as pessoas têm ao se depararem com alguém que julgam ser um desequilibrado. De forma bastante objetiva, ele manifestava seu ponto de vista e me induzia a pensar como alguém que, em certos momentos, tinha dificuldades em pensar como os outros pensam, ou pensar “apenas” diferente daquilo que se concebe como o usual.

Em franca congruência com a assertiva basagliana, postulada em suas balizas fenomenológico-existencialistas, concretizei a proposta husserliana do *ver puro* a cadência dos fenômenos e, ao mesmo tempo, invocar a proposta de colocar entre parênteses o saber imposto pela ciência e, neste caso específico, pela psiquiatria. Fui tido como uma pessoa “frustrada” em minha existência, e ao mesmo tempo, tolhida de me constituir enquanto pessoa naquela passagem, pois na situação havia nesse personagem um conteúdo abnorme encravado na existência do seu ser. Mesmo com uma *segurança ontológica primária*, o fato de me “passar” por alguém que vive em conflitos, gerou tanto em mim quanto na equipe – e fundamentalmente no meu acompanhado – uma possibilidade de reflexão importante, além de reforçar meu trabalho no AT e agora, em conformidade com as

palavras de Barros (1994), trilhar meus objetivos em relação ao estágio voluntário de Trieste.

A “passagem” do AT à equipe foi trazida pelo meu acompanhado e teve boa repercussão entre nós, inclusive porque durante um razoável tempo, os delírios cessaram de forma considerável e a tranqüilidade em seus dias foi evidente nesse período. Certamente isso não muda em nada a concepção de tratamento aos usuários da rede triestina, mas para os envolvidos em questão, essa proposta inventiva teve uma repercussão pontual e, por que não, bastante positiva.

Essa passagem me fez conectar a vivência do AT ao que Deleuze diz sobre a potência da constituição da subjetividade nos sujeitos. Para o autor, é preciso nos agarrar em novos tipos de acontecimentos que não têm em si explicações pelo estado de coisa que representam. Nos falta acreditar no mundo, suscitar acontecimentos mesmo que pequenos, para podermos verificar se há resistência ou submissão a um controle: “Necessita-se ao mesmo tempo de criação e povo” (DELEUZE, 1992, p. 218), e não de manter a escrita das formas de vida previamente instituídas e secularizadas pelo pensamento científico.

A experimentação de um universo completamente diverso daquele que eu conhecia até então trazia elementos novos para a minha vida enquanto at. Algumas vezes busquei recursos e discussões junto aos meus supervisores e com operadores que trabalhavam nos centros onde eu estava vinculado. Nas reuniões eu abordava as situações ocorridas, objetivando um suporte ou algo que pudesse dar certa tranqüilidade ao meu trabalho. Invariavelmente, eu ouvia que estava tudo bem e que aquilo que acontecia estava propiciando momentos importantes aos meus pacientes acompanhados, visto que alguns deles eram casos de difícil manejo e por vezes restava-lhes a medicação excessiva para conter certos riscos para eles. Talvez isso fosse o único subterfúgio que eu encontrava nas conversas com meus colegas, pois verificávamos em alguns casos a estabilidade das prescrições medicamentosas e em algumas ocasiões a sua diminuição.

Não é fato oculto em Trieste que o excesso de medicação coloca em cheque a proposta de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica. Muitas vezes observei aos colegas que pacientes estavam muito medicados, com sintomas de

acatisia³¹. Uma psicóloga salientou em uma dessas discussões que uma das únicas possibilidades de se conter a medicação excessiva nesses pacientes de vulnerabilidade social acentuada e abandonados pelos familiares era criar vínculos com eles em atividades fora dos CSM e que, na maioria das vezes, isso era possível graças ao envolvimento dos at's e das propostas por eles trazidas, juntamente com o paciente.

Em consonância com tal pensamento, muitas vezes me deparei com o inusitado e vi ali uma oportunidade para tentar evoluir na conduta com meus assistidos. Em uma manhã dessas inesperadas, cheguei à residência terapêutica e vi meu paciente vestido de soldado. Tinha um colete cinza com muitos bolsos, uma camiseta branca e uma calça com estampa de camuflagem, além de uma bota de cano curto. Fumava um cigarro enquanto andava de um lado para outro. Quando me viu, logo disse que estava me esperando, emendando com um “Achei que você não viesse mais. Preciso te dizer uma coisa. Mas não aqui”. Sinalizei que poderíamos ir, depois de falar com os técnicos da casa. Ele me chamou em seu quarto e me deu um capacete e uma pistola de plástico, dizendo: “Está cheio de alemão lá fora. Eles podem nos pegar. Claro que arma de plástico não mata, mas pode assustar e te dar tempo pra fugir”. Pergunto sobre o capacete, ao que ele responde que era para me dar mais agilidade...

Sáímos de casa. Os outros residentes nos olharam; mantiveram-se em silêncio e continuaram seus afazeres. Me senti bastante desconfortável com o capacete, até porque não cabia bem em minha cabeça, mas o paciente não abriu mão de que eu não o usasse. Ele, ao contrário, sentia-se bastante “protegido”. Olhava para todos os lados, me guiava pelas ruas. Falava baixo, como se estivesse evitando que alguém pudesse nos ouvir. Ao andarmos pelas ruas do bairro onde mora, as tensões iniciais diminuíram. Ele falava com um tom mais alto e menos preocupado com os outros, não tocando mais nos “alemães”. Não fomos ao centro da cidade, como de costume. Confesso que senti certo alívio. Parece que só pelo fato de sairmos com toda aquela indumentária fez com que ele se tranquilizasse.

³¹ Segundo Louzà Neto, a acatisia é uma “sensação subjetiva de inquietação motora e ansiedade, associada à impossibilidade de permanecer imóvel, sentado ou em pé. O paciente necessita movimentar os membros inferiores, com movimentos alternados característicos” (LOUZÀ NETO, 2001, p. 131). Em geral, o uso de antipsicóticos provoca esse efeito. O uso desses medicamentos ao longo dos anos pode causar ainda tais sintomas de forma irreversível.

Numa cafeteria, falamos de amenidades: tipos de café, de cappuccino, de brioques, etc. Era como se estivéssemos descansando de uma longa jornada. Meu paciente falava de forma pausada, sereno, enquanto degustava seu café e seu cigarro. Ao nos despedirmos, ele disse “*danke schön*” (muito obrigado, em alemão).

Aquelas cenas ficaram memorizadas durante um bom tempo em meus pensamentos. Interessante que quando esse paciente estava delirante e me propunha atividades ou coisas inesperadas, logo após ele passava por um período de maior harmonia consigo e com seus companheiros de casa. As consultas com seu psiquiatra também eram importantes: aí ele sempre narrava nossas “aventuras” e as justificava, reconhecendo que algum tempo depois sua “cisma” desaparecia. Parecia-me que era uma forma dele de dar vazão ao enorme desconforto que seus delírios ocasionavam e as conversas, por que não terapêuticas, com seu psiquiatra e comigo se davam de forma bem estruturada e desprovidas de ansiedade.

Para Lancetti (2008), o trabalho desenvolvido pelo AT pode ser tomado a partir da concepção de peripatético, que significa “passear, ir e vir conversando.” Segundo este autor, “Conversações e pensamentos que ocorrem durante um passeio, caminhando – *peripatetismo* – são uma ferramenta para entender uma série de experiências clínicas realizadas fora do consultório, em movimento” (LANCETTI, 2008, p. 19).

Considerando, ainda em Lancetti, que a origem da palavra clínica (*liniké*) se refere aos cuidados médicos de um doente acamado, e *Klino* (verbo inclinar), pressupõe inclinar-se, debruçar-se sobre o paciente, podemos atrelar como uma das funções do AT o ato antimanicomial de colocar as pessoas de pé (LANCETTI, 2008, p. 22). Assim, transitar com os pacientes pela cidade, proporcionando uma interação com terceiros em locais diversos, além de ser uma inovação na conduta terapêutica com pacientes psicóticos ou “desadaptados”, é também uma forma inventiva e transformadora de clinicar, com uma potência de mudança importante e, muitas vezes, a única forma de possuir um comando no tratamento de crônicos ou pacientes longamente institucionalizados. Essa possibilidade pode ter um alcance bem maior no dever do tratamento do que as clássicas sessões no *setting* de um consultório (LANCETTI, 2008, p. 30).

Sobre a conceituação da clínica operada pelos basaglianos, Amarante (2003) nos atenta para o fato de que a acepção de clínica deve ter outro enfoque, outro tipo

de fazer quando nos referimos ao processo de reforma psiquiátrica. O autor enfatiza ser fundamental

[...] que não se reduza a intervenção à forma única e exclusiva de uma corrente clínica em teorizar e intervir. É necessário estabelecer rupturas – com conceitos tais como o de doença, de terapêutica, de cura, de ciência, de técnica, de verdade! (AMARANTE, 2003, p. 61).

Em um sentido mais amplo das inovações ocorridas em Trieste, Castel (2009) infere que o que se opera ali pode ser intitulado como uma psiquiatria política, em contraposição ao que ele chama de promoção de ações de *apolitização* em contextos definidos politicamente. Este autor considera que acontece – ainda sem termos noção completa das conseqüências – algo muito importante no que se refere à problemática da medicina mental. Diz ele:

[...] será necessário um longo percurso para se compreender que a “escuta” do outro, mesmo quando ele se encontra em condições psicologicamente difíceis, não pode reduzir-se ao paternalismo de um padrinho, nem à sábia objetivação, nem à atenção prestada à fantasmagoria do inconsciente (CASTEL, 2009, p. 174, tradução nossa³²).

No que diz respeito à função dada aos voluntários sociais de Trieste, Castel pontua que suas ações nos serviços não são uma nova categoria de profissionais ou algum tipo de especialização devota de algum saber. Sem a função de interpretar sob o ponto de vista médico o que ocorre nos serviços, eles

[...] funcionam como analisadores sócio-políticos da situação institucional. Uma presença não médica nos serviços destinada à doença catalisa tudo aquilo que é “não médico” nesta “doença”. Esta [por sua vez] encontra o “doente” diferentemente do que a contraparte do saber-poder médico (CASTEL, 2009, p.174, tradução nossa³³).

Desta forma, Castel conclui que a nova modalidade de escuta exercida em Trieste culmina na restituição da dimensão real das pessoas enquanto sujeitos sociais e políticos (CASTEL, 2009).

Basaglia, em suas Conferências Brasileiras, é preciso em apontar o vértice do seu trabalho com a loucura:

³² Original em italiano: [...] bisognerà bene che a lungo andare si capisca che l’“ascolto” dell’altro, anche quando egli si trovi in condizioni psicologicamente difficili, non può ridursi al paternalismo di un padrino, né alla sapiente oggettivazione, né all’attenzione prestata alla fantasmagoria dell’inconscio.

³³ Original em italiano: [...] funzionano come analizzatori sócio-politici della situazione istituzionale. Una presenza non medica nei recinti destinati alla malattia catalizza tutto ciò che è “non medico” in questa “malattia”. Essa incontra il “malato” diversamente che come contraparte del sapere-potere medico.

Estou de acordo que um esquizofrênico é um esquizofrênico, mas uma coisa é importante: ele é um homem e tem necessidade de afeto, de dinheiro e de trabalho; é um homem total e nós devemos responder não à sua esquizofrenia mas ao seu ser social e político (BASAGLIA, 1979, p. 89).

No Brasil eu havia me deparado com alguns usuários de serviços de saúde mental que em sua maioria eram provenientes de classes pobres. Longe de inferir que há correlação entre classe social e ocorrência de transtornos psíquicos (SARACENO, 2001) não ecoa como corriqueiro presenciarmos tais usuários de posse de reservas financeiras, mesmo que não muito altas, em nosso cotidiano. Contudo me deparei com algo diferente em um dos meus AT's. O paciente de um CSM tinha uma pensão razoável e regularmente fazia alguns passeios turísticos e gastronômicos. Desta feita, ele me havia dito que gostava muito de comida chinesa. Respondi que eu também gostava, e que se ele quisesse ir algum dia a um “chinês” poderíamos combinar. Depois de repetir algumas vezes do seu “desejo de comida chinesa”, cheguei um dia pela manhã na Comunidade onde meu acompanhado residia e recebi um recado que deveria esperar antes de sairmos. O Operador Sanitário (OS) me pergunta se eu poderia acompanhar o referido paciente a um restaurante chinês. Concordei prontamente. Pensei imediatamente “quanto” eu gastaria na empreitada... Porém iria de bom grado. Percebi certo desdém do meu acompanhado e de imediato não entendi. O OS encarou-lhe e me disse logo em seguida que ele recebia incentivos do governo para certos programas. Jantar em restaurante chinês com seu acompanhante “estava incluído”. E nos fala que à noite iríamos a um deles. Meu acompanhado mostrou-se reticente, dizendo que acharia mais justo cada um pagasse pela sua refeição. O OS contesta dizendo que a sugestão tinha sido dele mesmo e que o incentivo financeiro era para isso também. Após alguma resistência, ficamos acordados em jantar no “chinês”. Em relação a tais subsídios, Passos (2009, p. 170) confirma a fala do OS explicitando que eles são oferecidos sob a forma de programas reabilitativos, tais como moradias protegidas, bolsas de formação ou ajuda direta em dinheiro, dependendo da carência do usuário em questão, de acordo com o orçamento anual do DSM.

Meu acompanhado reclamou muito do OS enquanto íamos ao restaurante, dizendo que ele obrigava-lhe a fazer um monte de coisas que ele achava desagradáveis. Sua crítica não demonstrou qualquer conteúdo persecutório nem mesmo ser tão irreal. Escutei. Giramos pela cidade. Ele manteve-se bastante calado, porém se comunicando razoavelmente comigo. Ao chegarmos, escolhe seu

prato e me explica por que: “Legumes no vapor e frango xadrez são invenções chinesas que nenhum povo sabe fazer igual”. Pergunto sobre o macarrão. Ele diz que os chineses inventaram-no, mas que ele foi aperfeiçoado, fazendo clara referência à superioridade das massas italianas. Disse ainda que legumes no vapor e frango xadrez não têm como serem aperfeiçoados, sobrando em seus lábios um farto sorriso. Nesse mesmo momento nos é oferecido pelo garçom uma bandeja com duas taças de *frizzante*, que é cortesia da casa. Ele olha para as taças e titubeia. Então pega as duas e gentilmente me oferece, dizendo: “Pegue, hoje você merece as duas!”.

Recordo-me do meu primo nesta ocasião, não estando muito seguro em dizer se ele recusaria sua taça de *frizzante* e em como eu poderia intervir se isso se desse comigo enquanto at. Certamente não caberia uma resposta *a priori*, como pude experimentar diversas vezes, e sim um devir juntamente com o outro, que se constituiria em função da relação estabelecida e das possibilidades que se abririam no momento em que as ações se dessem, com a relação de cumplicidade e reciprocidade que um AT evoca (BAREMBLITT, 1991).

Na trajetória que percorri em meu estágio voluntário em Trieste, julgo importante ressaltar que não foram somente os AT's minhas atividades ali. Como já foi dito, passei por outras estruturas e discuti com diversos técnicos e OS as possibilidades e alternativas de tratamento com os usuários de lá. Uma fonte muito rica para minha orientação foi o Guia de Saúde Mental da ASS³⁴ de Trieste (ASS n°1 Triestina, Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, 2010), que é atualizado de tempos em tempos apontando para um avanço em variados campos de atuação. O Guia trás, dentre diversas clarificações acerca da história do movimento de reforma da cidade e dos serviços prestados, uma indicação de funcionamento dos CSM, com uma gama de atividades que podem ser facilmente alcançadas por todos os que dela necessitarem. Muitas delas eu consegui visitar ou mesmo estagiar. Outras, tive conhecimento e discuti com operadores e técnicos sobre suas funções, objetivos e características.

Dentre as principais ofertas dos CSM, vejo importância em ressaltar algumas: Hospitalidade noturna, Hospitalidade diurna, Visita ambulatorial, Visita domiciliar, Trabalho terapêutico individual, Trabalho terapêutico com a família, Atividades

³⁴ Azienda dei Servizi Sanitari, que equivale às Secretarias de Saúde dos municípios no Brasil

em/de grupo, Intervenções de habilitação e prevenção (relacionadas a atividades laborais), Recursos para o acesso a direitos e oportunidades sociais, Recursos para habitação, Atividades de aconselhamento, Telefone com linha direta 24 horas. Essas atividades são distribuídas nos cinco CSM da cidade: Barcola/Aurisina, della Maddalena, Domio, Via Gambini, San Giovanni/Clinica Psiquiatrica, além dos serviços de Psiquiatria, diagnóstico e tratamento, Habilitação e residência (divididos em estruturas residenciais, residências de integração social, residências terapêutico-reabilitativas, Politécnico, que é um local diurno para atividades de formação artístico-culturais e profissionalizantes).

Em uma tentativa de demonstrar sinteticamente o que é o trabalho realizado em Trieste, o Guia sublinha que:

A verdadeira “descoberta”, a qual conquistamos em muitos anos de empenho e luta contra a exclusão, é que quem sofre de distúrbios mentais deve ser antes de tudo auxiliado a proteger-se e conservar os próprios direitos no seio do espaço social: seja na vida mais privada e cotidiana, seja no contexto das relações e das trocas da comunidade a qual pertence (ASS nº1 Triestina, Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, 2010, p. 17, tradução nossa³⁵).

Um dos pacientes cujo AT eu fazia sustentava que já havia feito alguns cursos para bolsa de trabalho e tentado trabalhar em alguns lugares. Porém dizia que quando ficava “nervoso” as pessoas reagiam mal a ele e por isso tinha chegado à decisão de não trabalhar mais. Até porque, sustentava, achava que todo tipo de trabalho era uma exploração das empresas para com o trabalhador. De modo geral, não pude contestar suas palavras. Discutíamos algumas vezes sobre trabalho, dinheiro e consumo. Creio que sua decisão de recusar um trabalho se baseava fortemente na pensão que recebia, um pouco acima da média dos assistidos da saúde mental, porque seu pai fora militar e deixou-lhe o benefício.

Em relação a esse contexto, foi possível identificar uma proximidade das palavras do meu assistido com os textos de Basaglia, escritos enquanto este era visitante de um centro de saúde mental norte-americano. Muitas vezes omitimos o fato de que o sistema econômico destitui quem não tem condições financeiras de existir enquanto pessoa de direitos e com um mínimo de decência social. Narro

³⁵ Original em italiano: *La vera “scoperta”, quel che abbiamo acquisto in molti anni di impegno e lotta conto l’esclusione, è che chi soffre di disturbi mentali dev’essere prima di tutto aiutato a salvaguardare e conservare i propri diritti all’interno dello spazio sociale: sia nella vita più privata e quotidiana, che nel tessuto delle relazioni e degli scambi della comunità cui appartiene.*

abaixo um fato curioso, pois além de discutir com esse paciente questões socioeconômicas e alguns fatores globais da economia, ele era tido como “muito grave”, detalhe pelo qual tendemos a achar que não seria plausível uma conversa desse nível. Claro, um grande preconceito, imbuído ainda da posição de um técnico do poder a serviço do sistema. Nas palavras de Basaglia, com um tom gramsciano, podemos ilustrar na figura desse técnico um “funcionário do consenso” (BASAGLIA, 2005), com pouca ou nenhuma disposição para mudar as relações sociais e mantendo a alienação entre ambos: do paciente por continuar subjugado pelo saber-poder da instituição; do técnico por ser um dos irradiadores do poder classista que o mantém a serviço do sistema dominante (GRAMSCI, 1968).

Vamos ao episódio: saímos como o de costume em direção ao centro da cidade. Meu acompanhado me pergunta assim que tomamos a rua: “Quer que eu te prove que todo o mundo é egoísta? Que todo mundo só pensa em pegar seu dinheiro?” Respondi que sim, que queria uma prova disso. Ele sorriu e me pediu para irmos ao shopping no centro. Fomos a pé. Ele estava algo silencioso, apreensivo. Fumando, como sempre, um de seus cigarros a cada 10 minutos aproximadamente.

Chegando ao shopping, ele me pediu que prestasse atenção, sem dizer nada. “Vou somente perguntar ao rapaz se posso ver um rádio portátil, perguntar algumas coisas que ele faz, qual o preço e outras coisas. Você vai ver que quando eu agradecer e não comprar o rádio, ele vai ficar nervoso, vai querer que eu fique com o rádio, me xingar por eu não pagar nada pra ele”.

Chegamos ao balcão e um senhor de uns 40 anos nos atende. Meu acompanhado procedeu como havia dito. O senhor trouxe o rádio, falou de suas funções e o preço do produto. O paciente olhou, pegou o produto e, olhando para mim, devolveu ao senhor, agradecendo e despedindo-se. O senhor então, vendo que a compra não se concretizara, dispara contra ele: “Ei, você não vai levar? Qual é a sua? Vem aqui, me faz te mostrar o rádio, vê e nada? Gastei tempo pra te mostrar! Você vai ter que comprar. O que é isso?” E o paciente, calmamente, se virou pra mim sorrindo, e respondeu ao senhor: “Não, é só isso mesmo. Não vou levar! Obrigado.”

Enquanto saíamos da loja, o vendedor ainda resmungava, protestando pela venda não realizada. Meu acompanhado então me comprovava sua teoria. Dizia que as pessoas não querem mais saber de outra coisa, senão de dinheiro. Relata que

gostaria de poder escolher, visitar as lojas sem ter que comprar somente. Isso porque ele já comprava muito, mas queria ir além disto, fazer de um dos seus *hobbies* uma diversão. Sair para ver as coisas, comprar quando tivesse vontade e sem a pressão de ter que comprar sempre que alguém simplesmente lhe mostrasse algum produto. Tal conjuntura me remete à possibilidade que a transformação em Trieste ocasionou em pessoas, como o meu “assistido”, que puderam colocar em discussão as formas dominantes do sistema e apontarem para o desejo de uma mudança não só nas formas de tratamento a que eles têm acesso, como também no confronto com as normas ditadas pelo sistema dominante a que todos estamos submetidos, levando em consideração a valorização da autonomia e dos direitos civis de quem era tido como incapaz e objeto de cuidado da tutela institucional (BASAGLIA, 1979; 2005; ROTELLI, 1999; DE VITO, 2010).

Isso leva a crer que a utopia basagliana pode se tornar algo plausível. O que para muitos era inimaginável antes dos anos de 1960 pode ser constatado quando se dá a voz e conseqüentemente se potencializa os desejos de que não tinha esse direito (PITRELLI, 2004). Por outro prisma, vale considerar que a cristalização de um saber pode levar à regressão dos objetivos finais (que começa com a quebra da dependência institucional) e fazer com que se retroceda nas ações de uma maneira geral. Dito de outra forma, toda a experimentação com o outro que sofre deve estar em movimento, ser inventada e reinventada sempre para que se evite a cristalização dos atos, tornando-os novamente uma ideologia, como é a busca do processo solução-cura pela ciência (ROTELLI, 1999). Para mim, discutir e observar os fatos acerca de uma questão que dificilmente se dá no cotidiano de um tratamento em saúde mental, pelo menos daquelas que vivi, com um usuário da saúde mental contestando a volúpia consumista do mercado, foi um fato bastante interessante e de uma potência que não pude imaginar. Para Basaglia (2005) é desta maneira que podemos mostrar o quão superficial e contraproducente é o tratamento asilar que encerra as pessoas e justifica tal ação baseando-se no conceito de periculosidade e incapacidade volitiva destes. Ao contrário, se destruirmos a justificativa impetrada pelo poder-saber científico vemos outros percursos e outras formas de entender quem frequentemente é considerado um fora da “norma”, extirpando-lhes o estigma de perigoso e de doente inapto ao convívio social.

Em 2004, retornei a Trieste – ficando por lá durante um mês – com o intuito de dar seqüência a minha pesquisa, fazendo diversas entrevistas com pessoas

ligadas à ASS e colaboradores dos mais diversos, desde trabalhadores de cooperativas sociais a artistas diversos, passando pelo contato com usuários e técnicos dos serviços.

Foram gravadas entrevistas em vídeo com psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, operadores sociais, voluntários, usuários, dentre outros, assim como foram feitas fotografias de locais na cidade onde são desenvolvidas as atividades da assistência triestina. Documentei, também com filmagens e fotos, alguns lugares onde eram comuns as “rotas” freqüentes do meu AT. O roteiro das entrevistas foi uma forma que encontrei de elucidar algumas dúvidas que permaneciam comigo e também para avançar na construção da minha pesquisa, que ainda se mantinha sem qualquer forma estrutural. Mais uma vez me detive com especial atenção nas cooperativas sociais e empresas que mantinham convênios com a ASS de Trieste. Sem dúvida alguma, esse é um desafio para aqueles que trabalham com saúde mental e certamente ainda será mais focado em nosso país, pois como afirma Saraceno (2001), a base para uma existência subjetiva com mínimas condições deve passar pelo “morar, trabalhar e fazer laços sociais”, sendo que os itens são intrinsecamente ligados entre si. Todavia o aprofundamento nessas questões não é o foco da pesquisa em questão.

Esse material, de imediato, foi de grande valia para minhas atividades enquanto psicólogo de um CAPS em João Monlevade (MG), onde procurei estruturar as vivências que tive na Itália com meu trabalho aqui desenvolvido. Pude também participar de eventos em diversas localidades que discutiam nossa reforma e apresentar o material colhido, especialmente uma pequena edição de vídeo que fiz, procurando mostrar sinteticamente o trabalho feito em Trieste e as referências que temos de lá, já que, como salientei anteriormente, muito se fala de Trieste, Basaglia e seus seguidores, sem sabermos ao certo o que de fato houve ao longo desses anos na Itália.

Encontrei-me com Vincenzo Alabarda³⁶, que mantinha seus delírios na ocasião e me fez prometer dizer algumas palavras quando eu me referisse a ele nas minhas pesquisas. Perguntou-me se ainda poderia confiar em mim e que acreditava na minha promessa. Lamentou o fato de não poder me visitar no Brasil porque não se pode fumar em aviões...

³⁶ Nome fictício do meu mais emblemático “acompanhado terapêutico”.

6 CONCLUSÃO

Quem realmente foi Franco Basaglia e o que foi feito por ele e seu grupo nas cidades por onde passaram? A experiência italiana é inspiradora até que ponto na reforma da assistência psiquiátrica brasileira? Sabemos de fato o que é a desinstitucionalização? Nossa inspiração se dá em termos práticos aqui onde atuamos? *Venite a vedere!*, dizia freqüentemente Basaglia aos que perguntavam sobre o processo de transformação que começava em Gorizia até seus últimos dias em Trieste.

Minha intenção foi nessa direção: passar um período em Trieste, imerso nas estruturas dos serviços de lá e em contato com os protagonistas atuais daquilo que começou com Basaglia e sua equipe. Coincidentemente embarquei numa experimentação que não solicitava um conhecimento prévio sobre aquilo que eu deveria fazer. Inicialmente, tudo parecia mais complicado, mas com minhas andanças por Trieste pude ver que não teria sido mais proveitoso para mim se não fosse desta maneira. Fiz minha Trieste dentro das possibilidades que me foram possíveis. Maturei o que vi com minha vivência em saúde mental no Brasil, nos serviços nos quais trabalhei. Nesse percurso, cheguei ao meu problema: aprofundar meus conhecimentos sobre o legado de Basaglia para poder trabalhar em sintonia com aquilo que vi e acredito.

Nestas linhas, minha curiosidade foi mesclada com o desejo de concatenar o pensamento de Basaglia ao que me ocorria no cotidiano e aprofundar as discussões e possibilidades de construção de um novo projeto para a saúde mental, aquele de transformar a realidade dos serviços e principalmente daqueles que dele necessitam. Tive por inúmeras vezes entraves que tentavam bloquear minhas intenções, no sentido de ter minhas considerações como utópicas e fora do contexto brasileiro. Todavia, quanto mais mergulhava nos textos basaglianos, mais eu ficava convicto de que uma boa dose de utopia é capaz de reverter situações de inércia e criar situações novas que convergem para a progressão do tratamento daqueles que possuem uma existência em sofrimento.

Na academia me propus a delinear a trajetória de Basaglia para, além de melhor compreendê-la, compartilhar com diversos interessados o conhecimento acerca da PDI e os avanços conquistados na Itália e que usufruímos aqui no Brasil.

Em linhas gerais, na cidade de Gorizia, pode-se verificar que Basaglia quebra de forma abrupta a estrutura manicomial e seus tentáculos, negando com veemência qualquer técnica ou atitude que remonte à lógica até então exercida. Gradativamente vai “demitindo” os pacientes daquele hospital psiquiátrico e não retorna, em nenhuma hipótese, à internação psiquiátrica em regime fechado. Em função do desgaste constante e da impossibilidade de pôr em prática suas ações e crenças, Basaglia e seu grupo se demitem em bloco e escrevem uma declaração de que os pacientes internados estavam curados, causando enorme repercussão não só na região, como em toda a Itália (BARROS, 1994, p. 62). Esse foi o primeiro grande passo para a consolidação da reforma psiquiátrica italiana.

Essa questão da demissão dos pacientes e da equipe, na dificuldade em cambiar o enfoque de tratamento, nos faz notar que a bagagem teórica de Basaglia começava a surtir um efeito substancial em sua lida como gestor do hospital de Gorizia. Sob a influência do psiquiatra fenomenológico existencial Ludwig Binswanger, assim como o enfoque husserliano de “liberação” do homem e de sua consciência, Basaglia incorpora a atitude de *colocar a doença entre parênteses* para tratar o sujeito que está em sofrimento, tendência essa que passa a ser uma das condições de mudanças que ocorreriam na Itália, enfatizando que os serviços deveriam dar conta de que medicalizar a assistência, além de não ser suficiente, desconsiderava o ser humano. O doente deveria ser encarado como um homem que está em sofrimento, e não um encaixe à nosografia descritiva de sintomas – e, por extensão, estigmatizante. Esse norteamento passa a fazer parte da temática antimanicomial de Basaglia (BASAGLIA, 2005).

As menções a Binswanger (1977), Barton (1959), Sartre (2002), Goffman (1974) e Foucault (1978), para referendar aos principais citados, impõem uma crítica forte e constante no início de seus trabalhos enquanto diretor do hospital goriziano. Questões sobre as conseqüências da institucionalização dos doentes em ambientes fechados e, portanto violentos, indicam o ponto de partida da intervenção basagliana naquele hospital. Esse período que denominamos “goriziano” é fundamental para compreendermos de onde veio a fundamentação teórica de Basaglia, suas influências e, paulatinamente, as mudanças que foram ocorrendo à medida que sua prática avançava. Todavia, antes desse período, podemos verificar algumas marcas na trajetória acadêmica de Basaglia que entrariam de forma marcante nas ações do período goriziano. Segundo Goulart (2007), o italiano era bastante ativo em debates

e encontros profissionais à época de sua carreira de professor universitário. Aliado a alguns expoentes da fenomenologia existencial, Basaglia valorizava inclusive a metodologia psicanalítica freudiana, apesar de não reconhecer nela uma ferramenta capaz de afrontar as contradições institucionais que impunham a repressão e a violência aos pacientes asilados, que de maneira geral eram de classes sociais menos favorecidas.

Nesse ponto, evidenciamos uma possibilidade de conectar Basaglia com nossos serviços: atuar na esfera pública, geralmente marcada por conter a massa de loucos sem recursos para tratamentos especializados. Nos EUA Basaglia dava mostras claras de que o sistema socioeconômico determina as formas de intervenção da psiquiatria com os “desadaptados” da ordem dominante. Sua experiência ali denota que quanto mais modernos e abrangentes os serviços de assistência a tais pessoas, mais se demonstra a influência da ciência em favor da dominação burguesa.

Basaglia começa então uma nova prática voltada para as experiências coletivas e que tinham um alcance bem mais amplo que a tutela do louco. Outras minorias entram em questão, a *maioria desviante*, deslindada por aqueles que, da mesma forma que o louco, são marginalizados pela sociedade.

Basaglia define então seu trabalho pelo vértice da destruição do manicômio e da construção de outras estruturas que potencializavam as relações sociais e a inovadora ascensão do louco à cidadania, aos seus direitos civis. Em função do choque de interesses políticos e da dificuldade em difundir no seio da sociedade tal mudança, o período de Gorizia se declina e é tentado em Parma a efetivação dessas premissas. Sem sucesso, surge Trieste como a possibilidade de fazer acontecer a substituição do manicômio pelas ruas da cidade.

A desinstitucionalização surge como uma proposta de mudança radical na lida com a loucura e com a marginalização dos menos adaptados ao sistema capitalista dominante. Com Basaglia e posteriormente com Rotelli e seus colaboradores vemos que, sob um novo olhar, é plausível fomentar mudanças para além da cura, da normalização dos sintomas do doente: o exercício da cidadania aponta para outros caminhos, para a inventividade constante e a construção de outros contextos de vida.

A vivência do AT mostra que “outras formas de escuta” dos problemas trazidos pela loucura indicam vias bastante diversas daquela constituída pelo

entendimento científico. A construção de linhas incertas e criativas, potentes frente aos problemas que se apresentam no cotidiano, é possível para alterar a *istituzione molle* aludida por Basaglia. Mais ainda, a difícil convergência do tratamento para a elaboração de estratégias de tratamento, pautadas pelas necessidades comuns das pessoas, o lar, o trabalho e as relações sociais, nos fazem pensar a “tomada de responsabilidade” pelo usuário por uma ótica muito diferenciada e desprovida de saberes absolutos, destinada a construir no dia a dia a vida real com essas pessoas.

Esse é o desafio posto pela desinstitucionalização: substituir o manicômio, visto como o lugar de tratamento da loucura, pelo tratamento no território, local de vida e de existência de todos, incluindo a loucura e a diferença como parte do corpo social.

Se tudo isto é utopia – mesmo levando em conta o que a experiência italiana nos demonstra – ao menos nos deparamos com uma pergunta que nos afeta em nosso processo de reforma: precisamos ainda dos manicômios para tratar nossos loucos? Temos efetivamente outras possibilidades e outras formas de tratar e lidar com a loucura?

REFERÊNCIAS

- ADORNO, T. W.; HORKHEIMER, M. **Dialética do esclarecimento: fragmentos filosóficos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986.
- AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.
- AMARANTE, P. (org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: 1995.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 1996.
- AMARANTE, P. (org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003.
- ASS n°1 Triestina, Dipartimento di Salute Mentale di Trieste. **LA GUIDA AI SERVIZI DI SALUTE MENTALE**. Trieste: Stella Arti Grafiche, 2010.
- BAREMBLITT, G. Comentários – O acompanhamento terapêutico e a clínica: a função do acompanhante terapêutico. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (org.). **A rua como espaço clínico. Acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Escuta, 1991.
- BARROS, D. D. **Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste**. São Paulo: Lemos/EDUSP, 1994.
- BARROS, D. D. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. Cap. 8, p. 171-195.
- BARTON, R. **Institutional neurosis**. Bristol: John Wright & Sons Ltd, 1959.
- BASAGLIA, F. **Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Brasil Debates, 1979.
- BASAGLIA, F. **Scritti I: 1953-1968. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia**. Torino: Giulio Einaudi editore s.p.a., 1981.
- BASAGLIA, F. **Scritti II: 1968-1980. Dall'apertura dell manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica**. Torino: Giulio Einaudi editore s.p.a., 1982.
- BASAGLIA, F. (org.). **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASAGLIA, F.; GALLIO, G. Vocação terapêutica e luta de classes (1979). In: DELGADO, J. M. F. (org.). **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Editora Resenha, 1991.

BASAGLIA, F. *et al.* Considerações sobre uma experiência comunitária (1968). In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. Cap. 1, p. 11-40.

BASAGLIA, F. (org.). **Che cos'è la psichiatria?** (1967). Milano: Baldini & Castoldi, 1997.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Organização: Paulo Amarante; tradução: Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BASAGLIA, F. ONGARO. Saúde/doença (1996). In: AMARANTE, P. e CRUZ, L. (org.). **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: Laps, 2008. Cap. 1, p. 17-36.

BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F. ONGARO (org.) (1975). **Crimini di pace: ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione**. Milano: Baldini Castoldi Dalai editore, 2009.

BASAGLIA, F. ONGARO. **Mario Tommasini: vida e feitos de um democrata radical**. São Paulo: HUCITEC, 1993.

BEIGUELMAN, P. **A crise do escravismo e a grande imigração**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

BEZERRA JUNIOR., B. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: BEZERRA JUNIOR., B.; AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. Cap. 9, p. 113-126.

BINSWANGER, L. **Três formas da existência malograda: extravagância, excentricidade e amaneiramento**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.

CANNARELLA, D. **Tergeste: contributo per una storia di Trieste dalle origini alla fine del secolo XIV**. Trieste: Edizioni "Italo Svevo" Trieste, 1986.

CASAGRANDE, D. L'incidente di Gorizia. In: VENTURINI, E.; CASAGRANDE, D.; TORESINI, L. **Il folle reato. Il rapporto tra la responsabilità dello psichiatra e la imputabilità del paziente**. Milano: FrancoAngeli s.r.l., 2010.

CASAGRANDE, D.; VENTURINI, E. I documenti. In: VENTURINI, E.; CASAGRANDE, D.; TORESINI, L. **Il folle reato. Il rapporto tra la responsabilità dello psichiatra e la imputabilità del paziente**. Milano: Franco Angeli s.r.l., 2010.

CASTEL, R. **O psicanalismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CASTEL, R. La contraddizione psichiatrica. In: BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F. ONGARO (org.). (1975). **Crimini di pace: ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione**. Milano: Baldini Castoldi Dalai editore, 2009. Cap. 4, p. 160-174.

COLLINS, G. **Dicionário inglês-português, português-inglês**. Glasgow: Harper Collins Publishers, 2000.

COZZA, M. La legge 180 è una conquista civile. In: TERMINELLI, A. **La riforma che cambiò la psichiatria italiana. A vent'anni dalla scomparsa di Franco Basaglia**. Rivista Mental Health, anno 1, Numero 2/3, Trieste, 2000, p. 33-48.

DE VITO, C. G. **I luoghi della psichiatria**. Firenze: Edizione Polistampa, 2010.

DELEUZE, G. **Conversações, 1972-1990**. São Paulo: Editora 34, 1992.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

FANON, F. **Os condenados da terra**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Curitiba: Positivo, 2004.

FERREIRA NETO, J. L. **Artes da existência: Foucault, a Psicanálise e as Práticas Clínicas**. Revista Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, Abr-Jun 2007, Vol. 23 n. 2, p. 177-184.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006a.

FOUCAULT, M. **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Rio de Janeiro: 2006b. (Ditos e escritos; 1).

FRANZINA, E. **A grande emigração: o êxodo dos italianos do Vêneto para o Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOULART, M. S. B. **De profissionais a militantes: a luta antimanicomial dos psiquiatras italianos nos anos '60 e '70**. 2004. Tese (Doutorado em Ciências Humanas - sociologia e política). Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

GOULART, M. S. B. **As raízes italianas do movimento antimanicomial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

GRAMSCI, A. **Os intelectuais e organização da cultura**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

GUATARRI, F. **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

GUATARRI, F. **Caosmose: um novo paradigma estético**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

GUATARRI, F. **Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional**. São Paulo: Idéias e Letras, 2004.

HUSSERL, E. **Investigações lógicas: sexta investigação**. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

HUSSERL, E. **A ideia da fenomenologia**. Lisboa: Edições 70, 2000.

KINOSHITA, R. T. Em busca da cidadania. In: CAMPOS, F. C. B.; HENRIQUES, C. M. P. (org.). **Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Editora Página Aberta, 1996.

LAING, R. D. **O eu dividido: estudo existencial da sanidade e da loucura**. Petrópolis: Vozes, 1982.

LANCETTI, A. A amizade e o acompanhamento terapêutico. In: SANTOS, R.G. (org.). **Textos, texturas e tessituras no acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Instituto A Casa/Editora Hucitec, 2006.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008.

LIMA, T. C. S. L.; MIOTO, R. C. T. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica**. Ver. Katál. Florianópolis, v. 10, n. esp. p. 37-45, 2007.

LOUZÀ NETO, M. R. Antipsicóticos. In: CORDÁS, T. A. e MORENO, R. A. (org.). **Condutas em psiquiatria**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

NICÁCIO, M. F. S. **Utopia da realidade**: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. 2003. Tese (doutorado) Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

NICÁCIO, F.; AMARANTE, P., BARROS, D. D. Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**, 2. Rio de Janeiro: Nau, 2005.

PASSOS, I. C. F. **Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

PITRELLI, N. **L'uomo che restituí la parola ai matti. Franco Basaglia, la comunicazione e la fine dei manicomi**. Roma: Editori Riuniti, 2004.

POLITO, A. G. **Michaelis – pequeno dicionário italiano-português, português-italiano**. São Paulo: Melhoramentos, 1993.

ROLNIK, S. Clínica nômade. In: Equipe de AT do Instituto A Casa. **Crise e cidade: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: EDUC, 1997.

ROTELLI, F. (*et al*). **Desinstitucionalização**. Organização: Fernanda Nicácio. São Paulo: HUCITEC, 1990.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JR., B.; AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. Cap. 7 p. 41- 55.

ROTELLI, F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. (org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

ROTELLI, F. **Per la normalità. Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma**. Trieste: Asterios Editore, 1999.

SARACENO, B. **Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, 2001.

SARTRE, J. P. **Crítica da razão dialética: precedido por Questão de método**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

SEGATORI, A. **Oltre l'utopia basagliana. Per un nuovo paradigma della psichiatria**. Milano/Udine: Mimesis Edizione, 2010.

TEIXEIRA, S. F. (org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), 1995.

TERMINELLI, A. **La riforma che cambiò la psichiatria italiana. A vent'anni dalla scomparsa di Franco Basaglia**. Rivista Mental Health, anno 1, Numero 2/3, Trieste, 2000, p. 33-48.

VICENTIN, M. C. G. Da formação verdade à formação-pensamento: o que a clínica do AT nos ensina sobre formação. In: SANTOS, R. G. (org.). **Textos, texturas e tessituras no acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Instituto A Casa/Editora Hucitec, 2006.

ZINGARELLI, N. **Vocabolario della lingua italiana**. Bologna: Zanichelli Editore, 1999.

ZIMA, P. V. **Guida alla scuola di Francoforte**. Milano: Rizzoli Editore, 1976.