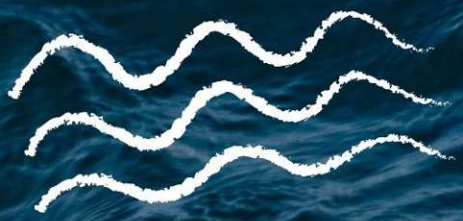
# SAÚDE MENTAL COLETIVA
# SALUTE MENTALE COLLETTIVA
# SALUD MENTAL COLECTIVA



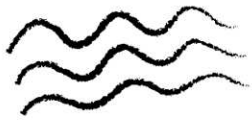
**Alcindo Antônio Ferla**
**Károl Veiga Cabral**
**Márcio Mariath Belloc**
**Maria Augusta Nicoli**
[Organizadores]

editora
redeunida

Série Saúde Mental Coletiva

# SAÚDE MENTAL COLETIVA
# SALUTE MENTALE COLLETTIVA
# SALUD MENTAL COLECTIVA

## Transoceanizando Políticas e Práticas Locais-Globais
## Transoceanizzando Politiche e Pratiche Locali-Globali
## Transoceanizando Políticas y Prácticas Locales-Globales



**Alcindo Antônio Ferla**
**Károl Veiga Cabral**
**Márcio Mariath Belloc**
**Maria Augusta Nicoli**
[Organizadores]

editora redeunida

**Porto Alegre**
**2023**

**Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA**
Alcindo Antônio Ferla

**Coordenação Editorial**
**Editor-Chefe:** Alcindo Antônio Ferla

**Editores Associados:**
Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Ceccon, Stephany Yolanda Ril, Virgínia de Menezes Portes

**Conselho Editorial:**
**Adriane Pires Batiston** (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
**Alcindo Antônio Ferla** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
**Àngel Martínez-Hernáez** (Universitat Rovira i Virgili, Espanha).
**Angelo Stefanini** (Università di Bologna, Itália).
**Ardigó Martino** (Università di Bologna, Itália).
**Berta Paz Lorido** (Universitat de les Illes Balears, Espanha).
**Celia Beatriz Iriart** (University of New Mexico, Estados Unidos da América).
**Denise Bueno** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
**Emerson Elias Merhy** (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil).
**Êrica Rosalba Mallmann** Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
**Francisca Valda Silva de Oliveira** (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil).
**Hêider Aurélio Pinto** (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil).
**Izabella Barison Matos** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
**Jacks Soratto** (Universidade do Extremo Sul Catarinense).
**João Henrique Lara do Amaral** (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil).
**Júlio Cesar Schweickardt** (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).
**Laura Camargo Macruz Feuerwerker** (Universidade de São Paulo, Brasil).
**Leonardo Federico** (Universidad Nacional de Lanús, Argentina).
**Lisiane Bôer Possa** (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil).
**Luciano Bezerra Gomes** (Universidade Federal da Paraíba, Brasil).
**Mara Lisiane dos Santos** (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
**Márcia Regina Cardoso Torres** (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil).
**Marco Akerman** (Universidade de São Paulo, Brasil).
**Maria Augusta Nicoli** (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália).
**Maria das Graças Alves Pereira** (Instituto Federal do Acre, Brasil).
**Maria Luiza Jaeger** (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil).
**Maria Rocineide Ferreira da Silva** (Universidade Estadual do Ceará, Brasil).
**Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** (Universidade Federal do Pará, Brasil).
**Quelen Tanize Alves da Silva** (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil)
**Ricardo Burg Ceccim** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
**Rossana Staevie Baduy** (Universidade Estadual de Londrina, Brasil).
**Sara Donetto** (King's College London, Inglaterra).
**Sueli Terezinha Goi Barrios** (Associação Rede Unida, Brasil).
**Túlio Batista Franco** (Universidade Federal Fluminense, Brasil).
**Vanderléia Laodete Pulga** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
**Vanessa Iribarrem Avena Miranda** (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil).
**Vera Lucia Kodjaoglanian** (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil).
**Vincenza Pellegrini** (Università di Parma, Itália).

**Copyright © 2023 by Associação Rede UNIDA**

**Comissão Executiva Editorial**
Alana Santos de Souza
Camila Fontana Roman
Jaqueline Miotto Guarnieri

**Revisão**

**Arte da Capa**
Márcio Mariath Belloc

**Diagramação**
Márcio Mariath Belloc

Todos os direitos desta edição estão reservados para a Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (051) 3391-1252
**www.redeunida.org.br**

**FICHA CATALOGRÁFICA**
**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

**S255**

**Saúde Mental Coletiva:** transoceanizando políticas e práticas locais-globais / Organizadores: Alcindo Antônio Ferla; Károl Veiga Cabral; Márcio Mariath Belloc e Maria Augusta Nicoli – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2023.

239 p. (Série Saúde Coletiva e Cooperação Internacional, v.16; Série Saúde Mental Coletiva, v. 10).
E-book: PDF.

**Título traduzido:** Salute Mentale Collettiva: transoceanizzando politiche e pratiche locali-globali
**Título traduzido:** Salud Mental Colectiva: transoceanizando políticas y prácticas locales-globales
Inclui bibliografia.
**ISBN** 978-65-5462-087-1
**DOI** 10.18310/9786554620871

1. Saúde Mental. 2.Pandemias/COVID-19. 4. Política de Saúde. I. Título. II. Assunto. III Organizadores.

**NLM WA 495**
**CDU 613.86**

**Ficha catalográfica elaborada por Alana Santos de Souza – Bibliotecária – CRB 10/2738**

## SUMÁRIO

**Pensamento introdutório: caminhos diacrônicos e sincrônicos em saúde mental**
**Pensieri introduttive: percorsi diacronici e sincronici nella salute mentale**
**Pensamiento introdutorio: caminos diacrónicos y sincrónicos en salud mental**
Alcindo Antônio Ferla, Károl Veiga Cabral, Márcio Mariath Belloc, Maria Augusta Nicoli… **7**

**Caminhos ético-políticos do agir antimanicomial**
**na pandemia da covid19 em tempos de necropolítica**
Ana Carolina Rios Simoni, Károl Veiga Cabral ..... **29**

**È ancora possibile farsi irretire da chi costruisce muri e distanze fra le persone?**
**Un viaggio personale nella salute mentale a cura di Cinzia Migani**
Cinzia Migani……..… **53**

**La (des)institucionalización del espacio doméstico:**
**Problemáticas y retos en el abordaje de la salud mental en catalunya**
Elisa Alegre-Agís..... **63**

**Problematizações antimanicomiais:**
**Poder psiquiátrico e sofrimento colonial**
Analice de Lima Palombini…… **86**

**Reforma psiquiátrica:**
**Uma reflexão comparada sobre as legislações italiana e brasileira**
Ernesto Venturini, Maria Stella Brandão Goulart……..……..…… **102**

**¿Atrapando a Proteo?**
**La práctica clínica en tiempos pandémicos**
Leticia Medeiros Ferreira..... **130**

**“Aê curupira u tucá muirá sapupema, achihy u çacema”:**
**Proteção e promoção da saúde mental e do bem-viver**
**às margens de um igarapé**
Márcio Mariath Belloc, Luana Borges Teixeira, Károl Veiga Cabral……..… **140**

**La salute mentale dopo la pandemia:**
**Appunti propositivi per una resilienza trasformativa**
Fabrizio Starace…… **159**

**Idas y vueltas, del derecho, del revés y por los márgenes**
**“visto de cerca, nadie es normal”**
Lia Zóttola, Horacio Czertok. Natasha Czertok…….. **167**

**Galopando em marco cavallo vestida com manto de grama:**
**Efeitos de um giro na itália para sentir-pensar formação em saúde mental**
Barbara Eleonora Bezerra Cabral…… **185**

**Movimiento loco: saberes colectivos, saberes compartidos. Itinerarios y contrahegemonía para una reforma continua en el ámbito de la salud mental**
Martín Correa-Urquiza..... **215**

**Autores e Autoras**
**Autori**
**Autores y Autoras**..... **231**

# PENSAMENTOS INTRODUTÓRIOS: CAMINHOS DIACRÔNICOS E SINCRÔNICOS EM SAÚDE MENTAL

Maria Augusta Nicoli
Károl Veiga Cabral
Márcio Mariath Belloc
Alcindo Antônio Ferla

## Introdução

As conexões entre Brasil, Argentina, Itália e Espanha na construção de políticas e práticas de cuidado em saúde mental que buscam avançar no sentido de produzir autonomia, liberdade e preservar a inserção das pessoas nos seus territórios já se estabeleceram de forma profícua há algumas décadas. Além de ampliar a rede de cuidados nos territórios, substituindo o modelo manicomial por serviços com modos de cuidado inovadores e mais integrais, resulta dessas conexões o reconhecimento das pessoas com necessidade de cuidados para além das tipologias normal/anormal e da nosografia biomédica, que abre a noção de economia subjetiva para potencializar o cuidado e a compreensão das necessidades das pessoas. A agenda dessas conexões oscilou entre a cooperação entre países, sobretudo com a mobilidade de gestores e trabalhadores para participarem de eventos e de visitas técnicas, e uma potente malha de encontros de pessoas e pensamentos, fluindo nas *lacunas* das ações governamentais. As conexões na modalidade local-local foram feitas por meio de encontros entre trabalhadores, pesquisadores e militantes por sistemas universais (novos padrões de acesso), equânimes (novos padrões de inclusão) e integrais (novos padrões de qualidade) e resultaram em *fendas* nos modos de pensar a pessoa em sofrimento psíquico e as articulações com a saúde e os territórios. Essas *fendas* potencializaram a abertura ético-estético-política do cuidado em saúde mental.

Nos diferentes países e regiões, é inegável o avanço nas formas de pensar eticamente, cuidar de forma integral e assegurar direitos e a inserção das pessoas com sofrimento psíquico nos territórios. Como processo social, também é inegável um certo arrefecimento dessas conquistas, sobretudo nos contextos de necropolítica e práticas fascistas nas sociedades, principalmente ao longo da última década. Um visível crescimento de segmentos da política de extrema direita nos governos,

parlamentos e em grupos sociais fundamentalistas distribuídos em diferentes territórios, gerou retrocessos civilizatórios em várias localidades (Ferla et. al., 2020). O fundamentalismo, o negacionismo e a necropolítica produzem retrocessos na defesa da vida, sobretudo das vidas mais vulnerabilizadas. E nesse contexto, proliferam violências, preconceitos, assédios e, mesmo, a negação da vida de grupos sociais como estratégia política e como forma de socialização. O indivíduo da modernidade, na sua apresentação como “paciente psiquiátrico” ou como “minoria”, é alvo fácil para a necropolítica (Mbembe, 2018), mais ainda do que da biopolítica que se origina na origem do estado e da medicina moderna (Foucault, 1989). Há uma globalização da asfixia às vidas mais frágeis que acompanha a globalização capitalista contemporânea, onde as subjetividades dóceis e consumistas são necessárias à própria sustentação do modo de produção, com suas atualizações cíclicas.

Se a globalização assume as necessidades do modo de produção capitalista, onde a guerra é mais rentável do que a defesa das vidas, identificar experiências locais de resistência e de reinvenção da vida e colocá-las em diálogos trans-locais (local-local) é uma excelente máquina de guerra, que resiste, corrói o instituído e produz novos planos de existência.

Essa foi, precisamente, a escolha que fizemos para organizar esta coletânea: dar visibilidade a reflexões de diferentes especialistas (intelectuais, trabalhadores, pesquisadores, movimentos sociais) em diferentes contextos, para demonstrar o vigor da saúde mental coletiva e para fomentar a viabilidade dessas expressões de cuidado frente à crise civilizatória que vivemos. O contato local-local é também estratégia pedagógica do Laboratório Ítalo-brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva, que desenvolvemos há quase duas décadas.

A expressão “saúde mental coletiva” têm aqui uma base epistêmica que lhe confere mais densidade do que um conjunto de palavras dito e repetido. Trata-se da base epistêmica de um modo de fazer o cuidado em saúde mental, de gerir serviços e redes e de compreender as necessidades de cada pessoa e grupo que se distancia da tradição psiquiátrica/biomédica, cuja origem está exatamente no nascimento da biomedicina, do estado moderno e da racionalidade social vigente. Tendo origem sobretudo na filosofia crítica (Foucault, 1988), na medicina social italiana dos anos 1960 (Berlinguer, 1988), na epidemiologia social sul-americana dos anos 1970 e na crítica à razão biomédica que se estrutura em teorias e práticas dos anos 1980, associa, de forma tensa, a epidemiologia e a saúde pública (política, planejamento e gestão; ou medicina social; ou saúde e sociedade), com as ciências sociais e humanas (Luz, 2023). Essa associação tensa abre o pensamento para a

complexidade da produção de saúde nos territórios, para a quebra dos modelos ideais de propor a saúde e a organização dos serviços, para as múltiplas conexões entre as pessoas e os territórios (quebrando a clássica cisão entre homem e natureza), para as múltiplas saúdes e os modos do andar da vida, para arranjos provisórios, como platôs, para o trabalho em cada localidade e para a necessidade de aprendizagem significativa e desenvolvimento do trabalho no cotidiano dos serviços e redes de atenção (Ceccim, Ferla & Ramos-Florêncio, 2023).

Libertos da verdade absoluta e dos metaenunciados biomédicos, os agentes do cuidado se desvencilham da condição de semideuses e recuperam a capacidade de atuar como “gentes que cuidam das gentes”, permitindo arranjos tecnológicos do trabalho onde o melhor do conhecimento e da técnica biomédica dos últimos 300 anos podem dialogar com os saberes dos territórios, ancestrais e tradicionais, para compor projetos terapêuticos para as pessoas em sofrimento psíquico e seus grupos sociais (Ferla, 2021). Como sabemos, a libertação do panteão das divindades, também desaliena os trabalhadores do cuidado e da gestão, que dá ao cuidado a dimensão humana que o caracteriza desde os primeiros registros gráficos da humanidade. O trabalho vivo em ato, liberto das correntes que lhe impõem a negação do visto e do vivido, se faz cura para os usuários dos serviços, mas também dos trabalhadores (Merhy, 2023). Não sem o sofrimento da dor e da restrição à vida que as doenças, os fascismos cotidianos e a crise civilizatória que vivemos produz. Aqui está outro objetivo da organização dessa coletânea: desfazer a lógica moral do cuidado em saúde, tornando-o ação humana que produz novas saúdes e recupera o território, que os modos do andar da vida requerem o reencontro das pessoas com o que lhes é próximo (Nietzsche, 1999)

## Os encontros produzidos aqui

O livro nasceu da ideia de fazer experiências dialogarem entre diferentes contextos (Europa e América do Sul) sobre o tema saúde mental. A história que une esses contextos é a de ter compartilhado a necessidade de fechar os asilos graças à experiência italiana e à legislação que resultou. Então os caminhos não foram os mesmos, mas também por isso é importante aprofundar esse diálogo à distância.
É uma história entre vários autores que se desenvolve a diferentes níveis devolvendo uma visão diacrônica dos processos que levaram às reformas nos respectivos países e uma visão sincrónica ligada à pandemia.

Cada autor tem caracterizado sua própria contribuição para sua própria visão única do que levou à mudança das políticas públicas no campo da saúde mental,

dos problemas atuais que destacam caminhos não concluídos ou a retomada das lógicas institucionais. A pandemia retorna uma aparente uniformidade nos contextos porque os fenômenos induzidos têm acentuado, nos países considerados, a criticidade de sistemas de tratamento inadequados diante do crescente desconforto. Ao mesmo tempo, há também uma capacidade de "resistência" que leva a respostas coletivas, comunitárias e a uma socialização dos problemas individuais empurrando os serviços para reformular suas práticas.

Em particular, os ensaios sobre o que levou às reformas mostram a peculiaridade dos contextos, veja o ensaio de Venturini e Brandão Goulart, ao mesmo tempo emerge um elemento importante que as mudanças implementadas têm na base alianças entre movimentos sociais e operadores portadores de culturas que afirmaram os direitos das pessoas, o que levou a uma mudança de paradigma. Por esta razão, os autores dizem:

> Faz-se necessário, prioritariamente, um envolvimento responsável e contínuo das instituições, tanto científicas, sociossanitárias e educativas quanto estaduais (em nível central e periférico). Em segundo lugar, é necessário o envolvimento ativo dos atores diretamente envolvidos (usuários, suas famílias e profissionais) e, em terceiro lugar, uma política de promoção prudente envolvendo a sociedade civil (por exemplo, através do envolvimento de meios de comunicação e movimentos sociais). resultado de escolhas que poderiam ser diferentes.

Ingredientes que desempenham um certo papel não só na fase de estabelecimento das reformas, mas devem ser constantemente alimentados.

Também a narrativa de Cinzia Migani que propõe as razões que a levaram a lidar com a história da psiquiatria em contextos concretos, na cidade de Bolonha e Ímola, mergulhando nos arquivos históricos e na vida das muitas pessoas que povoaram seus respectivos asilos e das quais havia evidências nos prontuários do século XIX. A análise dos mecanismos de internamento e sobretudo dos passos que conduzem ao nascimento de um asilo permite-nos compreender hoje, mas, sobretudo, impele-nos na reflexão a não desistir da análise crítica dos processos e do que se pode fazer para não abdicar das funções de um contínuo "repensar".
Esta solicitação é retomada no ensaio de Martín Correa-Urquiza sobre o papel que o Movimento Loco pode desempenhar:

> En este Sentido, el Movimiento Loco recupera para la Reforma la Urgencia de entenderse como Proceso permeable, poroso; como un itinerario continuo, una predisposición a la práctica hermenéutica, a la necesidad de pensar y pensarse en Movimiento. La Reforma es un Posicionamiento activo hacia la re-politización de la Salud psíquica de las poblaciones, a la estar construcción de espacios de Escucha, de Encuentro e Intercambio de Saberes y Conocimientos para la Producción de un mejor. Politizarse Pasa aquí por la necesidad de dar

> visibilidad a los determinantes sociales del sufrimiento, a las Violencias estructurales y sus impactos sobre la vida y los Cuerpos de las personas; pero al Mismo Tiempo Pasa por reconocer Saberes y la activación subjetiva que promueven este tipo de acciones y Movimientos. La Reforma necesita del Movimiento Loco para romper filiaciones, para seguir re-aprendiendo a articular los cuidados, para Construir el Vínculo como Elemento central de la Recuperación, para dar Lugar en cada Proceso a todos los Borjas que desnudándose, pidan abrazos.

Nas contribuições no volume há análise espacial do resultado das "jornadas" feitas de diferentes maneiras permitindo uma imersão nos contextos e no diálogo que brota até mesmo de formas novas e não óbvias de práticas de saúde mental. Trata-se de um recorte transversal que leva a refletir sobre os modos de cuidar, os lugares onde isso pode ser percebido, não necessariamente dentro dos serviços, e principalmente sobre as implicações para as práticas profissionais.

Barbara Cabral visita "a terra do outro", está imersa na experiência italiana buscando respostas sobre como a linguagem artística entra na prática psiquiátrica e a transforma. Assim, Lia Zottola e Horatio Czertok descobrem em sua reunião para compartilhar laços inesperados e hoje podem realizar projetos que unem Buenos Aires e Pontelagoscuro (Ferrara) usando formas expressivas potencialmente disruptivas.

Analice de Lima Palombini faz sua jornada em um desenho-chave histórico principalmente de Foucault para atualizar uma análise sobre o contexto brasileiro da desmanicomialização e a ligação com os processos culturais produzidos pela colonização.

Finalmente, as contribuições sobre a pandemia e a saúde mental reduzem a distância entre uma disputa e outra porque encontramos uma convergência incrível sobre os problemas que foram gerados, mas também sobre a capacidade dos contextos de se opor ao sofrimento que surgiu.

Os escritos aqui reunidos também diminuem distâncias, pois dialogam em uma transoceanização de saberes e práticas repletos de vida, de utopias, no sentido adotado por Paulo Freire, ou seja, na perspectiva da construção de um amanhã. Para que isso seja possível é preciso conhecer o passado, realizar o presente e prospectar futuros. Nesse sentido, Ana Carolina Rios Simoni e Károl Veiga Cabral se propõem a problematizar os processos bio e necropolítcos que sacodem o território brasileiro nos últimos anos e a necessidade da retomada do rumo da reforma, da busca pela criação, mesmo frente as adversidades enfrentadas nos territórios e na busca radical por um agir ético político norteado pelo cuidado em liberdade no exercício pleno da democracia.

Letícia Medeiros Ferreira nos apresenta os desafios da rede de saúde mental no território da Catalunha frente o aumento da procura pelos serviços em função da crise gerada pela pandemia da Covid-19. Alerta que mesmo antes da pandemia os desafios para ofertar cuidado, em especial aos mais vulnerabilizados, já colocavam questões importantes para as equipes. Relata ainda que os próprios cuidadores saem queimados pela passagem da emergência sanitária, uma vez que vivem em sua própria pele os efeitos nocivos nas relações, na economia, no trabalho etc. Ao indagar essa carga de trabalho nos apresenta o serviço CSMA Nou Barris Nord e as estratégias criadas pelo coletivo de trabalhadores para fazer frente aos desafios.

Elisa Alegre-Agís nos convida a um mergulho no processo da reforma psiquiátrica espanhola para problematizar a domesticação do louco, que uma vez fora das quatro paredes do manicômio, vê sua vida reduzir-se as quatro paredes residenciais. Suas indagações desacomodam o pensamento e nos fazem indagar a oferta que as redes de serviço apresentam aos usuários de saúde mental e suas famílias. Ao colocar *o dedo na ferida* de uma vida que se torna terapeutizada na residência ela expõe o problema da falta de projeto de vida para uma inserção plena nas cidades daqueles que porventura tenham recebido um diagnóstico de transtorno mental.

Com Fabrizio Starace vamos a Itália analisar de perto, através de documentos oficiais, a emergência psicológica e social gerada pela pandemia e o quanto ela coloca em relevo os pontos fracos do sistema de saúde italiano. O autor defende que é preciso compreender o estado atual da região para propor ações planejadas de recuperação e resiliência. Alerta para as desigualdades já vividas no território em relação à oferta de serviços de saúde mental e de financiamento para de fato acolher as necessidades da população italiana de forma universal.

Com Márcio Mariath Belloc, Luana Borges Teixeira e Károl Veiga Cabral mergulhamos nas águas amazônicas brasileiras. Nos metemos pelos igarapés, nas profundezas das matas para escutar o que a terra sussurra. A experiência de proteção e promoção de saúde mental e bem-viver que se inaugura na conformação de uma roda de cuidados coletivos com a população ribeirinha do Periquitaquara. Atravessados pelos encantados e seres da floresta os encontros de saberes para a promoção da saúde vão adensar força para contrapor o discurso colonial e os rumos necropolíticos adotados pelo capitalismo escravagista que destrói a natureza e as coisas belas. Um encontro de saberes que se constituem como elementos dessa natureza a ser defendida para a produção de um bem-viver.

**Enfim, o translocal e a descolonização das vidas ...**

É um livro que se propõe a realizar encontros transoceânicos, superando as barreiras da língua, as desigualdades de acesso dos diferentes sistemas, os abismos econômicos e sociais, as diversidades populacionais daqueles que habitam esses territórios entre Europa e América do Sul e suas culturas. É um livro corajoso, já que coloca em questão a necessidade de descolonizar o pensamento em diálogo franco com países colonizadores das Américas. Mas o faz entendendo que nos dias de hoje, o colonizador está impregnado no discurso, nos gestos reproduzidos sem reflexão e não nos corpos de cá ou de lá. Colonizar é uma postura que pode ser adotada por qualquer ser, independentemente de sua nacionalidade.

Romper com a cadeia de repetição que aprisiona o gesto inventivo que inaugura a vida, resgatando formas e maneiras de viver em consonância com os territórios que habitamos. Sem fronteiras para o pensamento disruptivo. Quimera, delírio, ilusão apontarão muitos céticos de todos os lugares. Necessidade, diremos nós, daqui e de lá, unidos a uma só voz, que busca na força desse coletivo, inspirados pelas trajetórias do passado que nos conduziram até aqui, construir novos amanhãs. Como diria o companheiro Sena, membro do Movimento da Luta Antimanicomial no Pará: chegaremos porque estamos! Oxalá novos companheiros e companheiras também possam mergulhar nessa viagem.

Boa leitura e bons encontros!

# PENSIERI INTRODUTTIVI:
# PERCORSI DIACRONICI E SINCRONICI NELLA SALUTE MENTALE

Maria Augusta Nicoli
Károl Veiga Cabral
Márcio Mariath Belloc
Alcindo Antônio Ferla

**Introduzione:**

I collegamenti tra Brasile, Argentina, Italia e Spagna nella costruzione di politiche e pratiche di cure in salute mentale che cercano di avanzare nella direzione di produrre autonomia, libertà e preservare l'inserimento delle persone nei loro territori si sono già affermati fruttuosamente alcuni decenni fa. Oltre ad ampliare la rete assistenziale nei territori, sostituendo il modello di asilo per i servizi con modalità di cura innovative e più integrali, risulta da questi collegamenti il riconoscimento delle persone bisognose di cure oltre le tipologie normali/anormali e la nosografia biomedica, che apre la nozione di economia soggettiva per migliorare la cura e la comprensione dei bisogni delle persone. L'agenda di queste connessioni oscillava tra la cooperazione tra paesi, in particolare con la mobilità di manager e lavoratori a partecipare a eventi e visite tecniche, e una potente rete di incontri di persone e pensieri, che scorre nelle *fessure* delle azioni di governo. I collegamenti nella modalità locale-locale sono stati realizzati attraverso incontri tra lavoratori, ricercatori e militanti da parte di sistemi universali (nuovi standard di accesso), equitativi (nuovi standard di inclusione) e integrali (nuovi standard di qualità) e ha portato *a crepe* nei modi di pensare la persona nella sofferenza psichica e le articolazioni con la salute e territori. Queste *spaccature* hanno potenziato l'apertura etico-estetica-politica dell'assistenza sanitaria mentale.

Nei diversi paesi e regioni, è innegabile il progresso nei modi di pensare in modo etico, curando in modo integrale e garantendo i diritti e l'inserimento di persone con sofferenza psichica nei territori. Come processo sociale, è anche innegabile un certo raffreddamento di queste conquiste, specialmente nei contesti della necropolitica e delle pratiche fasciste nelle società, specialmente nell'ultimo decennio. Una crescita visibile di segmenti della politica di estrema destra in governi, parlamenti e gruppi sociali fondamentalisti distribuiti in diversi territori, ha generato battute d'arresto della civiltà in varie località (Ferla et. al., 2020). Fondamentalismo, negazione e necropolitica producono battute d'arresto in difesa della vita, soprattutto

delle vite più vulnerabili. E in questo contesto proliferano violenza, pregiudizi, molestie e persino la negazione della vita dei gruppi sociali come strategia politica e come forma di socializzazione. L'individuo della modernità, nella sua presentazione come un "paziente psichiatrico" o come una "minoranza", è un bersaglio facile per la necropolitica (Mbembe, 2018), ancor più che la biopolitica che ha origine nell'origine dello stato e della medicina moderna (Foucault, 1989). C'è una globalizzazione del soffocamento alle vite più fragili che accompagna la globalizzazione capitalista contemporanea, dove docili e consumistiche soggettività sono necessarie al sostegno stesso del modo di produzione, con i suoi aggiornamenti ciclici.

Se la globalizzazione assume i bisogni del modo di produzione capitalista, dove la guerra è più redditizia della difesa delle vite, identificare esperienze locali di resistenza e reinvenzione della vita e metterli in dialoghi trans-locali (locale - locale) è una macchina di guerra eccellente, che resiste, corrode l'istituito e produce nuovi piani di esistenza.

Questa è stata proprio la scelta che abbiamo fatto per organizzare questa collezione: dare visibilità alle riflessioni di diversi specialisti (intellettuali, lavoratori, ricercatori, movimenti sociali) in diversi contesti, dimostrare la forza della salute mentale collettiva e promuovere la vitalità di queste espressioni di cura di fronte alla crisi civilizzatrice che viviamo. Il contatto locale è anche una strategia pedagogica del Laboratorio italo-brasiliano di formazione, ricerca e pratiche in salute collettiva, che abbiamo sviluppato quasi due decenni fa.

L'espressione "salute mentale collettiva" ha qui una base epistemica che gli dà più densità di un insieme di parole dette e ripetute. È la base epistemica di un modo di fare salute mentale, gestire servizi e reti e capire i bisogni di ogni persona e gruppo che si allontana dalla tradizione psichiatrica/biomedica, la cui origine è proprio nella nascita della biomedicina, stato e l'attuale razionalità sociale. Nata principalmente nella filosofia critica (Foucault, 1988), nella medicina sociale italiana degli anni '60 (Berlinguer, 1988), nell'epidemiologia sociale sudamericana degli anni '70 e nella critica della ragione biomedica strutturata in teorie e pratiche degli anni '80, associa, in modo teso, epidemiologia e sanità pubblica (politica, pianificazione e gestione; o medicina sociale; o salute e società), con le scienze sociali e umanistiche (Luz, 2023). Questa tesa associazione apre il pensiero alla complessità della produzione sanitaria nei territori, alla rottura dei modelli ideali di proposta sanitaria e organizzazione dei servizi, alle molteplici connessioni tra persone e territori (rompendo la classica divisione tra uomo e natura), per i molteplici sanità e modi di vita, per accordi temporanei, come altopiani, per il lavoro in ogni luogo e per la

necessità di apprendimento significativo e lo sviluppo del lavoro nella vita quotidiana di servizi e reti di cure (Ceccim, Ferla & Ramos-Florêncio, 2023).

Liberati dalla verità assoluta e dai metaenunciati biomedici, gli agenti della cura si liberano della condizione dei semidei e recuperano la capacità di agire come "persone che si prendono cura del popolo"consentire accordi tecnologici di lavoro in cui il meglio della conoscenza e della tecnica biomedica degli ultimi 300 anni può dialogare con la conoscenza dei territori, dei progetti ancestrali e tradizionali, terapeutici per le persone in difficoltà psicologica e dei loro gruppi sociali (Ferla, 2021). Come sappiamo, la liberazione del pantheon delle divinità priva anche gli operai di cura e di gestione, che cura la dimensione umana che lo caratterizza dalle prime registrazioni grafiche dell'umanità. Il lavoro vivo nell'atto, liberato dalle catene che impongono la negazione del visto e del vissuto, fa guarire gli utenti dei servizi, ma anche i lavoratori (Merhy, 2023). Non senza la sofferenza del dolore e la limitazione della vita che le malattie, i fascismi quotidiani e la crisi civilizzatrice che viviamo producono. Ecco un altro obiettivo dell'organizzazione di questa collezione: annullare la logica morale della salute, rendendola un'azione umana che produce nuova salute e recupera il territorio, che i modi di vita richiedono la riunione delle persone con ciò che è vicino a loro (Nietzsche, 1999)

**Gli incontri qui prodotti**

Il volume nasce dall’idea di far dialogare esperienze tra diversi contesti (Europa e Sud America) sul tema della salute mentale. La storia che lega questi contesti è l’aver condiviso la necessità di chiudere i manicomi grazie all’esperienza italiana e alla legislazione che ne è scaturita. Poi i percorsi non sono stati gli stessi ma anche per questa ragione approfondire questo dialogo a distanza è importante.
È un racconto tra più autori che si sviluppa su diversi piani restituendo una visione diacronica dei processi che hanno portato alle riforme nei rispettivi paesi e una visione sincronica collegata alla pandemia.

Ogni autore ha caratterizzato il proprio contributo rispetto ad una sua singolare visione di ciò che ha portato al cambiamento delle politiche pubbliche nel campo della salute mentale, dei problemi attuali che rimettono in luce percorsi non completati o il riproporsi di logiche istituzionalizzanti. La pandemia restituisce una apparente uniformità nei contesti in quanto i fenomeni indotti hanno accentuato, nei paesi presi in considerazione, le criticità di sistemi di cura non adeguati di fronte ad un crescente disagio. Nel contempo si evidenzia anche una capacità di “resistenza”

che porta a risposte collettive, comunitarie e ad una socializzazione dei problemi individuali spingendo i servizi a rimodulare le proprie pratiche.

In particolare nei saggi su ciò che ha portato alle riforme si evince la peculiarità dei contesti, vedi il saggio di Venturini e Brandão Goulart, nel contempo emerge un elemento importante che i cambiamenti attuati hanno alla base alleanze tra movimenti sociali e operatori portatori di culture che affermavano i diritti delle persone – malati di mente-, che hanno portato ad un cambio di paradigma. Per questa ragione affermano gli autori:

> È necessario, prioritariamente, un coinvolgimento responsabile e continuo delle istituzioni, sia quelle scientifiche, sociosanitarie ed educazionali sia quelle dello stato (a livello centrale e a livello periferico). Secondariamente è necessario il coinvolgimento attivo degli attori direttamente interessati (gli utenti, i loro familiari e i professionisti) e, in terzo luogo, occorre un'accorta politica di promozione che coinvolga la società civile (attraverso, ad esempio, il coinvolgimento dei mass media e dei movimenti sociali). frutto di scelte che potevano essere diverse.

Ingredienti che giocano un ruolo determinate non solo nella fase istituente delle riforme ma dovrebbero essere costantemente alimentate.

Anche la narrazione di Cinzia Migani che ci propone le motivazioni che l'hanno portata ad occuparsi di storia della psichiatria in contesti concreti, nella città di Bologna e di Imola, immergendosi negli archivi storici e nella vita delle tante persone che hanno popolato i rispettivi manicomi e di cui c'era traccia nelle cartelle cliniche ottocentesche. L'analisi sui meccanismi generatori dell'internamento e soprattutto dei passaggi che portano alla nascita di un manicomio ci permette di comprendere l'oggi ma soprattutto ci sollecita nella riflessione di non rinunciare all'analisi critica dei processi e di ciò che si può fare per non abdicare alle funzioni di continuo "ripensamento".

Sollecitazione che viene ripresa nel saggio di Martín Correa-Urquiza a proposito del ruolo che può svolgere il Movimento Loco:

> En este sentido, el Movimiento Loco recupera para la reforma la urgencia de entenderse como proceso permeable, poroso; como un itinerario continuo, una predisposición a la práctica hermenéutica, a la necesidad de pensar y pensarse en movimiento. La reforma es un posicionamiento activo hacia la re-politización de la salud psíquica de las poblaciones, a la construcción de espacios de escucha, de encuentro e intercambio de saberes y conocimientos para la producción de un mejor estar. Politizarse pasa aquí por la necesidad de dar visibilidad a los determinantes sociales del sufrimiento, a las violencias estructurales y sus impactos sobre la vida y los cuerpos de las personas; pero al mismo tiempo pasa por reconocer saberes y la activación subjetiva que promueven este tipo de acciones y movimientos. La Reforma necesita del Movimiento Loco para romper filiaciones, para seguir re-aprendiendo a articular los cuidados, para

> construir el vínculo como elemento central de la recuperación, para dar lugar en cada proceso a todos los Borjas que desnudándose, pidan abrazos.

Nei contributi presenti nel volume trovano spazio analisi frutto di “viaggi” compiuti con diverse modalità permettendo una immersione nei contesti e del dialogo che scaturisce sulle forme anche inedite e non scontate delle pratiche nell’ambito della salute mentale. È uno spaccato che porta a riflettere sulle modalità del prendersi cura, dei luoghi dove questo può realizzarsi, non necessariamente all’interno dei servizi, e soprattutto sulle implicazioni per le pratiche professionali.
Barbara Cabral visita “la terra dell’altro”, si immerge nell’esperienza italiana cercando risposte su come il linguaggio artistico entra nella pratica psichiatrica e la trasforma. Così Lia Zottola e Horatio Czertok scoprono nel loro incontro di condividere legami inaspettati e oggi possono realizzare progetti che uniscono Buenos Aires e Pontelagoscuro (Ferrara) utilizzando forme espressive potenzialmente dirompenti.

Analice de Lima Palombini compie il suo viaggio in chiave storica attingendo prevalentemente da Foucoult per attualizzare una analisi sul contesto brasiliano della demanicomializzazione e il legame con i processi culturali prodotti dalla colonizzazione.

Infine i contributi sulla pandemia e la salute mentale riducono le distanze tra un conteso e l’altro in quanto troviamo una convergenza incredibile sui problemi che sono stati generati ma anche sulle capacità dei contesti di contrapporsi alla sofferenza che ne è scaturita.

Gli scritti qui raccolti riducono anche le distanze, perché dialogano in una transoceanizzazione di conoscenze e pratiche piene di vita, utopie, nel senso adottato da Paulo Freire, cioè nella prospettiva di costruire un domani. Perché questo sia possibile è necessario conoscere il passato, realizzare il presente e la prospettiva futura. In questo senso Ana Carolina Rios Simoni e Károl Veiga Cabral propongono di problematizzare i processi bio e necropoliti che che scuotono il territorio brasiliano negli ultimi anni e la necessità di riprendere il corso della riforma, la ricerca della creazione, le avversità affrontate nei territori e nella ricerca radicale di un'azione politica etica guidata dalla cura nella libertà nel pieno esercizio della democrazia.

Letícia Medeiros Ferreira ci presenta le sfide della rete di salute mentale nel territorio della Catalogna di fronte alla crescente domanda di servizi a causa della crisi generata dalla pandemia Covid-19. Avverte che anche prima della pandemia le sfide per offrire assistenza, soprattutto ai più vulnerabili, hanno già posto domande importanti per le squadre. Riporta anche che gli stessi assistenti sono bruciati dal passaggio dell'emergenza sanitaria, poiché vivono nella loro pelle gli effetti dannosi sulle relazioni, sull'economia, sul lavoro, ecc. Quando chiedono di questo carico di

lavoro, il servizio CSMA Nou Barris Nord e le strategie create dal collettivo di lavoratori per affrontare le sfide.

Elisa Alegre-Agís ci invita a tuffarci nel processo di riforma psichiatrica spagnola per problematizzare l'addomesticamento del pazzo, che una volta fuori dalle quattro mura del manicomio, vede la sua vita ridursi alle quattro mura residenziali. Le loro domande non permettono il pensiero e ci fanno mettere in discussione l'offerta che le reti di servizi presentano agli utenti di salute mentale e le loro famiglie. Mettendo il dito sulla ferita di una vita che diventa terapeutica nella residenza espone il problema della mancanza di progetto di vita per un pieno inserimento nelle città di coloro che possono aver ricevuto una diagnosi di disturbo mentale.

Con Fabrizio Starace andiamo in Italia per analizzare da vicino, attraverso documenti ufficiali, l'emergenza psicologica e sociale generata dalla pandemia e quanto evidenzia le debolezze del sistema sanitario italiano. L'autore sostiene che è necessario capire lo stato attuale della regione per proporre azioni pianificate di recupero e resilienza. Mette in guardia dalle disuguaglianze già sperimentate sul territorio in relazione alla fornitura di servizi di salute mentale e di finanziamenti per soddisfare effettivamente le esigenze della popolazione italiana in modo universale. Con Márcio Mariath Belloc, Luana Borges Teixeira e Károl Veiga Cabral ci siamo immersi nelle acque dell'Amazzonia brasiliana. Entriamo nei ruscelli, nel profondo dei boschi per ascoltare ciò che la terra sussurra. L'esperienza di protezione e promozione della salute mentale e del benessere che inizia nella formazione di un cerchio di assistenza collettiva con la popolazione riverside di Periquitaquara. Attraversati dagli incantati e dagli esseri della foresta, gli incontri di conoscenza per la promozione della salute aumenteranno la forza per contrastare il discorso coloniale e le direzioni necropolitiche adottate dal capitalismo schiavo che distrugge la natura e le cose belle. Un incontro di conoscenza che si costituiscono come elementi di questa natura da difendere per la produzione di un buon vivere.

**Infine, la translocal e la decolonizzazione delle vite**

Si tratta di un libro che si propone di tenere incontri transoceanici, superando le barriere linguistiche, le disuguaglianze di accesso dei diversi sistemi, economiche e sociali le diversità di popolazione di coloro che abitano questi territori tra Europa e Sud America e le loro culture. È un libro coraggioso, poiché mette in discussione la necessità di decolonizzare il pensiero in un dialogo franco con i paesi colonizzatori delle Americhe. Ma lo fa comprendendo che al giorno d'oggi, il colonizzatore è

impregnato nel discorso, nei gesti riprodotti senza riflessione e non nei corpi di qui o lì. Colonizzare è una posizione che può essere adottata da qualsiasi essere, indipendentemente dalla loro nazionalità.

Rompere con la catena della ripetizione che imprigiona il gesto inventivo che inaugura la vita, salvando forme e modi di vivere in consonanza con i territori che abitiamo. Nessun confine per il pensiero dirompente. Chimera, delirio, illusione punterà a molti scettici ovunque. Necessità, diremo qua e là, uniti ad una sola voce, che cerca nella forza di questo collettivo, ispirato dalle traiettorie del passato che ci hanno portato qui, a costruire nuovi domani. Come direbbe il compagno Sena, membro del Movimento della Lotta Anti-asile a Pará: Arriveremo perché lo siamo! Spero che anche nuovi compagni possano immergersi in questo viaggio.

Buona lettura e buoni incontri!

# PENSAMIENTOS INTRODUTCORIOS:
# CAMINOS DIACRÓNICOS Y SINCRÓNICOS EN SALUD MENTAL

Maria Augusta Nicoli
Károl Veiga Cabral
Márcio Mariath Belloc
Alcindo Antônio Ferla

## Introducción:

Las conexiones entre Brasil, Argentina, Italia y España en la construcción de políticas e prácticas de cuidado en salud mental que buscan avanzar en el sentido de producir autonomía, libertad y preservar la inserción de las personas en sus territorios se establecieron de forma proficua hace algunas décadas. Además de ampliar la red de cuidados en los territorios, sustituyendo el modelo manicomial por servicios con modos de cuidado innovadores y más integrales, resulta de esas conexiones el reconocimiento de las personas con necesidad de cuidados más allá de las tipologías normal/anormal y de la nosografía biomédica, que abre la noción de economía subjetiva para potencializar el cuidado y la compresión de las necesidades de las personas. La agenda de estas conexiones ha oscilado entre la cooperación entre países, sobre todo con la movilidad de gestores y trabajadores para participaren de eventos y de visitas técnicas, y una potente malla de encuentros de personas y pensamientos, fluyendo en las *brechas* de las acciones gubernamentales. Las conexiones en la modalidad local-local fueron hechas por medio de encuentros entre trabajadores, investigadores y militantes por sistemas universales (nuevos patrones de acceso), ecuánimes (nuevos patrones de inclusión) e integrales (nuevos patrones de calidad) y resultaron en *grietas* en los modos de pensar la persona en sufrimiento psíquico y las articulaciones con la salud y los territorios. Estas *grietas* potencializaron la apertura ético-estético-política del cuidado en salud mental.

En los distintos países y regiones, es innegable el avance em las formas de pensar éticamente, cuidar de forma integral y asegurar derechos y la inserción de las personas con sufrimiento psíquico en los territorios. Como proceso social, también es innegable un cierto debilitamiento de esas conquistas, sobre todo e los contextos de necropolítica y prácticas fascistas en las sociedades, principalmente a lo largo de la última década. Un visible crecimiento de segmentos de la política de extrema derecha en los gobiernos, parlamentos y en grupos sociales fundamentalistas distribuidos en diferentes territorios, ha generado retrocesos

civilizatorios en varias localidades (Ferla et. al., 2020). El fundamentalismo, el negacionismo y la necropolítica producen retrocesos en defensa de la vida, sobre todo de las vidas más vulnerabilizadas. Y en ese contexto, proliferan violencias, prejuicios, asedios y, también, la negación de la vida de grupos sociales como estrategia política y como forma de socialización. El individuo de la modernidad, en su presentación como “paciente psiquiátrico” o como “minoría”, es un blanco fácil para la necropolítica (Mbembe, 2018), aun más de lo que la biopolítica que se origina en el origen del estado y de la medicina moderna (Foucault, 1989). Hay una globalización de la asfixia a las vidas más frágiles que acompaña la globalización capitalista contemporánea, donde las subjetividades dóciles y consumistas son necesarias al propio sostén del modo de producción, con sus actualizaciones cíclicas.

Si la globalización asume las necesidades de modo de producción capitalista, donde la guerra es más rentable de que la defensa de las vidas, identificar experiencias locales de resistencia y de reinvención de la vida y colocarlas en diálogos trans-locales (local-local) es una excelente máquina de guerra, que resiste, corroe el instituido y produce nuevos planes de existencia.

Esta ha sido, precisamente, nuestra elección para organizar esta compilación: dar visibilidad a las reflexiones de distintos especialistas (intelectuales, trabajadores, investigadores, movimientos sociales) en diferentes contextos, para demonstrar el vigor de la salud mental colectiva y para fomentar la viabilidad de esas expresiones de cuidado frente a la crisis civilizatoria que vivimos. El contacto local-local es también estrategia pedagógica del Laboratorio Ítalo-brasileño de Formación, Investigación y Prácticas en Salud Colectiva, que desarrollamos hace casi dos décadas.

La expresión “salud mental colectiva” tiene aquí una base epistémica que le confiere más densidad de que un conjunto de palabras dicho y repetido. Se trata de la base epistémica de un modo de producir el cuidado en salud mental, de gestionar servicios y redes y de comprender las necesidades de cada persona y grupo que se aleja de la tradición psiquiátrica/biomédica, cuyo origen está exactamente en el nascimiento de la biomedicina, del estado moderno y de la racionalidad social vigente. Teniendo origen principalmente en la filosofía crítica (Foucault, 1988), en la medicina social italiana de los años 1960 (Berlinguer, 1988), en la epidemiología social sudamericana de los años 1970 y en la crítica a la razón biomédica que se estructura en teorías y prácticas de los años 1980, asocia, de forma tensa, la epidemiología y la salud pública (política, planeamiento y gestión; o medicina social; o salud y sociedad), con las ciencias sociales y humanas (Luz, 2023). Esta

asociación tensa abre el pensamiento para la complejidad de la producción de salud en los territorios, para el quiebre de los modelos ideales de proponer la salud y la organización de los servicios, para las múltiples conexiones entre las personas y los territorios (rompiendo la clásica cisión entre hombre y naturaleza), para las múltiples saludes y los modos del andar de la vida, para arreglos provisorios, como macetas, para el trabajo en cada localidad y para la necesidad y aprendizaje significativa y desarrollo del trabajo en el cotidiano de los servicios y redes de atención (Ceccim, Ferla & Ramos-Florêncio, 2023).

Libertos de la verdad absoluta y de los metaenunciados biomédicos, los agentes del cuidado se deshacen de la condición de semidioses y recuperan la capacidad de actuar como “gentes que cuidan de las gentes”, permitiendo arreglos tecnológicos del trabajo donde lo mejor del conocimiento y de la técnica biomédica de los últimos 300 años pueden dialogar con los saberes de los territorios, ancestrales y tradicionales, para componer proyectos terapéuticos para las personas en sufrimiento psíquico y sus grupos sociales (Ferla, 2021). Como sabemos, la liberación del panteón de las divinidades, también desaliena los trabajadores del cuidado y de la gestión, que da al cuidado la dimensión humana que lo caracteriza desde los primeros registros gráficos de la humanidad. El trabajo vivo en acto, liberto de las corrientes que le imponen la negación del visto y del vivido, se hace cura para los usuarios de los servicios, pero también de los trabajadores (Merhy, 2023). No sin lo sufrimiento del dolor y de la restricción a la vida que las enfermedades, los fascismos cotidianos y la crisis civilizatoria que vivimos produce. Aquí está otro objetivo de la organización de este compilado: deshacer la lógica moral del cuidado en salud, tornándole acción humana que produce nuevas saludes y recupera el territorio, que los modos del andar de la vida requieren el reencuentro de las personas con lo que les es próximo (Nietzsche, 1999)

## Los encuentros producidos aquí

El libro ha nacido de la idea de hacer dialogar experiencias entre diferentes contextos (Europa y América del Sur) sobre el tema salud mental. La historia que une estos contextos es la de tener compartido la necesidad de cerrar los asilos gracias a la experiencia italiana y a la legislación que ha resultado. Entonces los caminos no han sido os mismos, pero también por ello es importante profundizar este diálogo a la distancia.

Es una historia entre varios autores que se desarrolla en diferentes niveles devolviendo una mirada diacrónica de los procesos que llevaron a las reformas en los respectivos países y una mirada sincrónica ligada a la pandemia.

Cada autor tiene caracterizado su propia contribución para su propia mirada única de lo que ha llevado al cambio de las políticas públicas en el campo de la salud mental, de los problemas actuales que destacan caminos no concluidos o la retomada de las lógicas institucionales. La pandemia retorna una aparente uniformidad en los contextos porque los fenómenos inducidos tienen acentuado, en os países considerados, la criticidad de sistemas de tratamiento inadecuados frente al creciente malestar. Al mismo tiempo, hay también una capacidad de "resistencia" que lleva la respuestas colectivas, comunitarias y a una socialización de los problemas individuales empurrando los servicios para reformular sus prácticas.

En particular, los ensayos sobre lo que há llevado a las reformas muestran la peculiaridad de los contextos, véase el ensayo de Venturini y Brandão Goulart, al mismo tiempo emerge un elemento importante que los cambios implementados tienen en la base alianzas entre movimientos sociales y operadores portadores de culturas que afirmaron los derechos de las personas – enfermos mentales –, lo que ha llevado a un cambio de paradigma. Por esta razón, los autores dicen:

> Faz-se necessário, prioritariamente, um envolvimento responsável e contínuo das instituições, tanto científicas, sociossanitárias e educativas quanto estaduais (em nível central e periférico). Em segundo lugar, é necessário o envolvimento ativo dos atores diretamente envolvidos (usuários, suas famílias e profissionais) e, em terceiro lugar, uma política de promoção prudente envolvendo a sociedade civil (por exemplo, através do envolvimento de meios de comunicação e movimentos sociais). resultado de escolhas que poderiam ser diferentes.

Ingredientes que han desempeñado un cierto papel no sólo en la fase de establecimiento de las reformas, pero deben ser constantemente alimentados.

También la narrativa de Cinzia Migani que propone las razones que a llevaran a lidiar con la historia de la psiquiatría en contextos concretos, en la ciudad de Boloña e Ímola, profundizando estudios en los archivos históricos y en la vida de las muchas personas que han poblado sus respectivos asilos y de las cuales había evidencias en los prontuarios del siglo XIX. El análisis de los mecanismos de internamiento y sobre todo de los pasos que conducen al nacimiento de un asilo nos permite comprender hoy, pero principalmente nos impele a la reflexión a no desistir del análisis crítica de los procesos y de lo que se puede hacer para no abdicar de las funciones un continuo "repensar".

Esta solicitación es retomada em el ensayo de Martín Correa-Urquiza sobre el papel que el Movimiento Loco puede desempeñar:

> En este Sentido, el Movimiento Loco recupera para la Reforma la Urgencia de entenderse como Proceso permeable, poroso; como un itinerario continuo, una predisposición a la práctica hermenéutica, a la necesidad de pensar y pensarse en Movimiento. La Reforma es un Posicionamiento activo hacia la re-politización de la Salud psíquica de las poblaciones, a la estar construcción de espacios de Escucha, de Encuentro e Intercambio de Saberes y Conocimientos para la Producción de un mejor. Politizarse Pasa aquí por la necesidad de dar visibilidad a los determinantes sociales del sufrimiento, a las Violencias estructurales y sus impactos sobre la vida y los Cuerpos de las personas; pero al Mismo Tiempo Pasa por reconocer Saberes y la activación subjetiva que promueven este tipo de acciones y Movimientos. La Reforma necesita del Movimiento Loco para romper filiaciones, para seguir re-aprendiendo a articular los cuidados, para Construir el Vínculo como Elemento central de la Recuperación, para dar Lugar en cada Proceso a todos los Borjas que, desnudándose, nos pidan abrazos.

En las contribuciones en el volumen hay análisis espacial del resultado de las "jornadas" hechas de diferentes maneras permitiendo una inmersión en los contextos y en el diálogo que brota hasta incluso de formas nuevas y no obvias de prácticas de salud mental. Se trata de un corte transversal que lleva a reflexionar sobre los modos de cuidar, los lugares donde ello puede ser percibido, no necesariamente dentro de los servicios, y principalmente sobre las implicaciones para las prácticas profesionales.

Barbara Cabral visita "la tierra del otro", está inmersa en la experiencia italiana buscando respuestas sobre como el lenguaje artístico entra en la práctica psiquiátrica y la transforma. Así, Lia Zottola y Horatio Czertok descubren en su reunión para compartir lazos inesperados y hoy pueden realizar proyectos que unen Buenos Aires Y Pontelagoscuro (Ferrara) usando formas expresivas potencialmente disruptivas.

Analice de Lima Palombini produce su jornada en un diseño-clave histórico principalmente de Foucault para actualizar un análisis sobre el contexto brasileiro de la demanicomialización y la ligación con los procesos culturales producidos por la colonización.

Finalmente, las contribuciones sobre la pandemia y la salud mental reducen la distancia entre una disputa y otra porque encontramos una convergencia increíble sobre los problemas que fueron generados, pero también sobre la capacidad de los contextos de se oponer al sufrimiento que surgido.

Los escritos aquí reunidos también disminuyen distancias, pues dialogan en una transoceanización de saberes e prácticas repletos de vida, de utopías, en el sentido adoptado por Paulo Freire, es decir, en la perspectiva de la construcción de un mañana. Para que ello sea posible es necesario conocer el pasado, realizar el

presente y prosipectar futuros. Em este sentido Ana Carolina Rios Simoni y Károl Veiga Cabral se proponen a problematizar los procesos bio y necropolítcos que sacuden el territorio brasileño en los últimos años y la necesidad de retomar el rumbo de la reforma, de la búsqueda por la creación, incluso frente a las adversidades afrontadas en los territorios y en la búsqueda radical por una acción ético política norteada por el cuidado en libertad en el ejercicio pleno de la democracia.

Letícia Medeiros Ferreira nos presenta los desafíos de la red de salud mental em el territorio de Cataluña frente el aumento de la procura por los servicios em función de la crisis generada por la pandemia de la Covid-19. Alerta que incluso antes de la pandemia los desafíos para ofrecer cuidado, en especial a los más vulnerabilizados, ya proponían cuestiones importantes para los equipos. Relata que los propios cuidadores salen quemados por el pasaje de la emergencia sanitaria, una vez que viven en su propia piel los efectos nocivos en las relaciones, en la economía, en el trabajo etc. Al indagar esa carga de trabajo nos presenta el servicio CSMA Nou Barris Nord y las estrategias creadas por el colectivo de trabajadores para afrontar tales desafíos.

Elisa Alegre-Agís nos invita a profundizar la reflexión sobre el proceso de la reforma psiquiátrica española para problematizar la domesticación del loco, que una vez fuera de las cuatro paredes del manicomio, ve su vida reducirse a las cuatro paredes residenciales. Sus indagaciones desacomodan en pensamiento y nos hacen cuestionar la oferta que las redes de servicio presentan a los usuarios de salud mental y sus familias. Al colocar *el dedo em la herida* de una vida que se torna terapeutizada en la residência, ella expone el problema de la falta de proyecto de vida para una inserción plena en las ciudades de aquellos que por ventura tengan recibido un diagnóstico de trastorno mental.

Con Fabrizio Starace nos vamos a Italia analizar de cerca, a través de documentos oficiales, la emergencia psicológica y social generada por la pandemia y cuanto ella coloca en relieve los puntos flacos del sistema de salud italiano. El autor defiende que es necesario comprender el estado actual de la región para proponer acciones planeadas de recuperación y resiliencia. Alerta para las desigualdades ya vividas en lo territorio con relación a la oferta de servicios de salud mental y de financiamiento para de hecho acoger las necesidades de la población italiana de forma universal.

Con Márcio Mariath Belloc, Luana Borges Teixeira y Károl Veiga Cabral sumergimos en aguas amazónicas brasileñas. Nos vamos por los *igarapés*, en las profundidades de las matas para escuchar lo que la tierra susurra. La experiencia de la protección y promoción de la salud mental y buen vivir que se inaugura en la

conformación de una rueda de cuidados colectivos con la población ribereña de Periquitaquara. Atravesados por los encantados y seres de la floresta, los encuentros de saberes para la promoción de la salud van a sumar fuerza para contraponer el discurso colonial y los rumbos necropolíticos adoptados por el capitalismo esclavista que destroza la naturaleza y las cosas bellas. Un encuentro de saberes que se constituyen como elementos de esa naturaleza a ser defendida para la producción de un buen vivir.

**Por fin, el translocal y la descolonización de las vidas ...**

Es un libro que se propone a realizar encuentros transoceánicos, superando las barreras de la lengua, y las desigualdades de acceso de los diferentes sistemas, los abismos económicos y sociales, las diversidades de las populaciones de aquellos que habitan estos territorios entre Europa y América del Sur y sus culturas. Es un libro valeroso, ya que pone en cuestión la necesidad de descolonizar el pensamiento en diálogo abierto con países colonizadores de las Américas. Pero lo hacen entendiendo que en los días de hoy, el colonizador está impregnado en el discurso, en los gestos reproducidos sin reflexión y no en los cuerpos de acá o de allá. Colonizar es una postura que puede ser adoptada por cualquiera, independientemente de su nacionalidad.

Romper con la cadena de repetición que atrapa el gesto inventivo que inaugura la vida, rescatando formas y maneras de vivir en consonancia con los territorios que habitamos. Sin fronteras para el pensamiento disruptivo. Quimera, delirio, ilusión apuntarán muchos céticos de todos los lugares. Necesidad, decimos nosotros, de aquí y de allá, unidos a una sola voz, que busca en la fuerza de este colectivo, inspirados por las trayectorias del pasado que nos condujeron hasta aquí, construir nuevos mañanas. Como diría el compañero Sena, miembro del Movimiento de la Lucha Antimanicomial en Pará: llegaremos porque estamos! Ojalá nuevos compañeros y compañeras también puedan hacer este viaje.

¡Buena lectura y buenos encuentros!

**Referências:**


Berlinguer, G. (1988) **A doença**. São Paulo: Hucitec / Cebes.

Ceccm, R. B.; Ferla, A. A.; Ramos-Florencio, A. (2023) **Educación permanente y desarrollo del trabajo en salud**: epistemología, trayectos y prácticas. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Manágua: OPS/OMS – Nicaragua; Manágua: UNICA.

Ferla, A. A. (2021) Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. **Saberes Plurais Educação na Saúde**, [S. l.], v. 5, n. 2, p. 81–94. DOI: 10.54909/sp.v5i2.119022. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/119022.

Ferla, A.; Martino, A., Merhy E. l.; Baptista G. C.; Schweickardt J. C.; Nicoli M. A.; Pereira M. G. A.; Ferreira, M. R.; Orozcovaladares, M. A.; Ceccim R. B.; Franco, T. B. (2020) Um paradoxo civilizatório: a pandemia como desafio ao ensino e trabalho na saúde e como afirmação das vidas. **Saúde em Redes**. 2020; 6(Supl.2):1-6. DOI: https://doi.org/10.18310/2446-4813.2020v6n2Supp05-10

Foucault, M. (1989) **Microfísica do Poder**. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Graal.

Luz, M. T. (2023) **Racionalidades e instituciones médicas**: Aportes teóricos y metodológicos a la investigación y el pensamiento en salud colectiva. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Manágua: OPS/OMS – Nicaragua; Manágua: ÚNICA.

Mbembe, A. (2018) **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte**. Tradução de Renata Santini. São Paulo: N.1 edições.

Merhy, E. E. (2023) **Micropolítica del trabajo en salud**: teoría, métodos y aplicaciones. 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Manágua: OPS/OMS – Nicaragua; Manágua: UNICA.

Nietzsche, F. (1999) **Obras incompletas**. São Paulo: Nova Cultural.

# CAMINHOS ÉTICO-POLÍTICOS DO AGIR ANTIMANICOMIAL NA PANDEMIA DA COVID19 EM TEMPOS DE NECROPOLÍTICA

Ana Carolina Rios Simoni
Károl Veiga Cabral

Em 31 de dezembro de 2019 a República Popular da China reportou o primeiro caso de Coronavírus/COVID19 proveniente da cidade de Wuhan. Um mês depois a Organização Mundial da Saúde (OMS) já declarava estado de emergência de saúde pública, alertando o mundo de que a COVID-19, doença causada pelo Coronavírus SARS-CoV-2, conforma um quadro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros respiratórios graves que podem levar a óbito. Cerca de 20% dos casos pode demandar tratamento hospitalar e, em torno de 5%, evoluir para quadros de insuficiência respiratória que demandam suporte ventilatório em terapia intensiva. Ainda que a letalidade da doença seja considerada baixa, ela é de fácil contaminação, empreendendo dinâmicas de contágio velozes, capazes de colapsar os sistemas de saúde em curtíssimo prazo. Com a globalização da vida e da circulação das pessoas no mundo, o vírus se espalhou rapidamente, afetando centenas de países e territórios e gerando a necessidade de "uma ação coordenada de combate à doença que deve ser traçada entre as diferentes autoridades e governos" (OMS, 2020).

Em 26 de fevereiro, é confirmado o primeiro caso no Brasil e, em 11 de março, a OMS declara pandemia. Mergulhamos desde então em uma espiral de contágio, correndo contra o tempo para encontrar vacinas, tratamentos e diferentes formas de barrar a proliferação da doença, as mortes e o colapso dos sistemas de saúde. Em diferentes partes do planeta, medidas de distanciamento e isolamento social são adotadas em caráter cada vez mais restritivo; escolas, universidades e o comércio são fechados e milhões de pessoas passam a trabalhar de forma remota; somente os serviços considerados essenciais permanecem abertos, mas com novas regras de ingresso e circulação, uso de equipamentos de proteção individual e outras medidas de biossegurança. Literalmente, o mundo desacelerou, com impactos na lógica econômica reinante desde o pós-guerra. Junto com o avanço do vírus, vemos

se alastrar a xenofobia, o estigma em relação a populações específicas, a instabilidade social e a crise econômica.

Em 20 de março, o Ministério da Saúde (MS) reconhece a transmissão comunitária do vírus no Brasil. O país também passa a ter de adotar políticas para "achatar a curva" estatística dos óbitos, além de outras políticas de mitigação do problema sanitário e socioeconômico. Segundo Massuda et al (2020), as medidas deveriam incluir: estabelecer uma estrutura de governança e coordenação de resposta à crise; programar ações para as diferentes fases da epidemia; garantir o financiamento do sistema para produzir respostas adequadas; investir em gestão da informação e comunicação de risco, em tempo real, para tomada de decisão; garantir o efetivo de profissionais de saúde, abastecimento e gestão de insumos; coordenar as redes de atenção à saúde; fazer a gestão dos processos decorrentes dos óbitos; conter a transmissão; mitigar consequências econômicas, sociais e psíquicas do evento. Dada a capilaridade e capacidade técnica do Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS), uma resposta orquestrada intersetorialmente pelo governo federal, através do Ministério da Saúde, era esperada para enfrentar a pandemia; porém, esta resposta nunca chegou.

Ao contrário, assistimos um descompasso sem precedentes entre as pastas da saúde e da economia e entre a gestão central e descentralizada do SUS, colocadas falaciosamente em oposição de objetivos diante da crise sanitária e econômica, somado à posição irresponsável da presidência da república e de outros agentes e atores públicos, que minimizam a gravidade da doença e banalizam as mortes. Como resultado, a ausência de uma gestão da crise alinhada com as melhores evidências científicas, com a experiência acumulada de outros países através de vasto material produzido e compartilhado e com os parâmetros e diretrizes estabelecidos pela OMS. Na prática, diante do teatro fascista (Eco, 2018) do governo federal, mais preocupado em manter em movimento de apoio público a parcela da população que lhe dá sustentação política do que em conter a pandemia, cada estado e mesmo cada município, dentro daquilo que lhe cabe, tem exercido a prerrogativa de criar formas de gestão da crise sanitária. Graças à autonomia garantida pela legislação que rege o Sistema Único de Saúde (Brasil, 1988; Brasil, 1990), os governadores e prefeitos puderam reorganizar sua rede local, lançar decretos de adoção de medidas de distanciamento e isolamento social, obrigação do uso de máscaras e outras medidas de biossegurança, ampliar vagas hospitalares em enfermarias e unidades de terapia intensiva, desenvolver parcerias com universidades públicas, empresas e iniciativas da sociedade civil para realizar pesquisas e produzir insumos, e criar novas formas de gestão compartilhada da crise

sanitária, como o exemplo desenvolvido pelo comitê científico do Consórcio do Nordeste.

Contudo, o cenário atual da COVID19 no Brasil é desolador. Enquanto finalizamos a escrita deste artigo se somam quase oitenta mil mortes e mais de dois milhões de casos confirmados da doença. Ressalta-se que sanitaristas experientes advertem que estes números estão subestimados, uma vez que há fragilidades na política de testagem em curso no território brasileiro. Houve também a tentativa do governo federal de invizibilizar os dados, pela mudança na forma de contabilizar os óbitos diários, numa nítida ação de privar a população do acesso à informação e comunicação necessárias à construção de uma ética coletiva de cuidado a todas as vidas, enfim barrada judicialmente.

Tal cenário escancara a biopolítica vigente na gestão das vidas brasileiras que, como nos ensina Mbembe (2019), opera de fato uma necropolítica. Em referência à construção foucaultiana sobre como o biopoder teve no Estado Nazista seu ponto culminante (Foucault, 2010), o autor nos remete às câmaras de gás e aos fornos dos campos de concentração para apontar os processos de desumanização e industrialização da morte operados pelas racionalidades instrumental, produtiva e administrativa do mundo ocidental moderno. Políticas cotidianas de morte, instauradas por um estado de exceção em funcionamento nos interstícios das instituições, que legitima o “direito” de matar os considerados dispensáveis para os interesses do capital (Mbembe, 2016). No caso brasileiro, a dura realidade da instalação da pandemia se encontrou com o cenário estarrecedor do pós-golpe de estado de 2016, que trouxe consigo o ideal do estado mínimo, uma reforma trabalhista que precarizou barbaramente as condições de trabalho e vida da população; cortes de recursos para área da saúde, educação e assistência social, por meio da Emenda Constitucional 95, que promoveram o desmonte das políticas públicas de redução das desigualdades e promoção da equidade e, portanto, profundas perdas de direitos sociais e de cidadania (Cabral & Belloc, 2019).

Assim, interessa-nos problematizar as imbricações entre estes processos, em suas cumplicidades e implicações bio e necropolíticas, que avançam de maneira galopante sobre a sociedade brasileira, produzindo uma intensificação sem precedentes do sofrimento psíquico e reforçando processos e eficácias manicomiais. Deste modo, este artigo tem por objetivo tomar em análise o campo da saúde mental diante do desafio de cuidar na pandemia em tempos de necropolítica. Para tanto, será necessário encarar as contradições e fragilidades da rede de atenção psicossocial e da política de saúde mental brasileira, recrudescidas pelo desmonte promovido pelos governos neoliberais pós-golpe e visibilizadas no

contexto da pandemia da Covid 19, colocando interrogantes, recolhendo pistas de método e problematizando cenários futuros para o cuidado antimanicomial.

## Saúde mental, biopoder e necropolítica.

Para seguirmos neste caminho de problematização delineado, algumas perguntas pedem lugar no texto. O que a pandemia e as restrições de convívio social dela decorrentes visibilizam sobre os jogos de força que compõem o campo da saúde mental? O que escancaram acerca dos processos psicossociais de sofrimento e dos modos como estes foram historicamente inscritos no campo da política? Onde possibilitam reacender o debate antimanicomial?

Um primeiro ponto a ressaltar é que a biopolítica é velha conhecida do campo da saúde mental, seus saberes e práticas. Não é preciso remontar ao holocausto para dizer das eficácias dos encarceramentos, extermínios e matanças que cotidianamente assolam populações desapropriadas da sua humanidade. A estrutura da exceção que opera por uma animalização do humano na esfera política (Agamben, 2002) é constitutiva do modelo manicomial adotado por décadas no Brasil e um exemplo muito bem acabado de necropolítica. O “louco”, o “drogado”, o “perigoso”, o “incapaz” são algumas das categorias do biopoder que separam os que tem direitos dos que não tem, os condenados à psicopatologia dos ditos “normais” ou – para usar um termo mais atual – dos “cidadãos de bem”, sentenciando vidas reduzidas a diagnósticos e estigmas e promovendo o enclausuramento e a morte em massa.

Isto porque, apesar dos avanços na construção de práticas e serviços orientados pelo cuidado em liberdade no bojo dos processos da Reforma Psiquiátrica brasileira, vivemos nas últimas décadas o paradoxo de uma política pública em rede substitutiva ao manicômio, financiada pelo pacto federativo, concomitante à manutenção de espaços de exclusão e formas renovadas de patologização da experiência. Hospitais psiquiátricos, templos do modelo biomédico e hospitalocêntrico hegemônico, ganharam a companhia de instituições religiosas, pela ascensão do dogmático modelo das comunidades terapêuticas, que aposta na medicalização, na reclusão e na evangelização como forma de cura. E isso não é novidade quanto às formas históricas de aprisionar, deixar morrer e fazer morrer (Foucault, 2004) vidas dissonates da norma. Com o golpe de estado de 2016 se gestando nos interiores dos três poderes da República, núcleos conservadores que advogam pelo modelo manicomial se reaglutinaram e voltaram a comandar a pasta

da saúde mental no Ministério da Saúde em 2015, empurrando o país ao velho modelo de enclausuramento e medicalização, sob o argumento da boa técnica psiquiátrica, desmontando e desfinanciando a Atenção Psicossocial no país. O modelo segregatório asilar, baseado na noção de doença mental como fenômeno individual, voltou reinante ao terreno da gestão e repotencializou as forças do seu campo de proveniência.

É sabido que a história de constituição das noções de doença e de saúde mental tem como marcador a relação com o espaço público e com o modo de produção capitalista. Foucault (1990) demonstrou que, na experiência de confinamento das figuras da desrazão na Idade Clássica na Europa, o objetivo era conter uma população que, com a revolução industrial e o crescimento das cidades, não se adaptou modo de produção imposto pela lógica do capital. Nesta época, "pobres, ociosos, doentes venéreos, criminosos, libertinos" passaram a ser vistos como perturbadores da ordem social, justificando o hospital geral, como espaço de encerro. Nesse momento, a loucura foi percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade de trabalhar e de adaptar-se ao grupo, começando a ser assimilada aos problemas da cidade, por questões econômicas e de precaução social (Foucault, 1990). Nessa invenção institucional do século XVII, nasce um espaço de exclusão, que é um dispositivo disciplinar, lugar de corrigir e não de curar. Trata-se aí de técnicas disciplinares de poder, centradas no corpo individual, a partir de procedimentos de distribuição espacial, separação, alinhamento, colocação em série e em vigilância (Foucault, 2010). Buscou-se edificar uma cidade perfeita, com base em uma visão de Estado atravessada por uma emergente moral burguesa: limpar o espaço social da ociosidade considerada responsável por todos os males.

Inassimilável ao conjunto das disciplinas que compõem a sociedade, o doente mental nasce do gesto pineliano, que, investido de um poder moral, operou a separação entre os loucos e os demais e desses entre si mesmos. Separações que fizeram aparecer, para o conhecimento discursivo no universo da razão médica, a loucura como uma unidade e com sua verdade objetiva; o hospital, enquanto espaço de confinamento com objetivo médico; e um ser psicológico interiorizado e individualizado, com sua verdade particular, no centro da experiência humana. Assim, o discurso psiquiátrico inscreveu um fora no interior mesmo do indivíduo, verdade essencial escondida que lhe seria alheia e devolvida pelas mãos do médico. Daí em diante, a loucura como doença mental passou a ser considerada assunto privado. Migrou do lugar que obtinha na época clássica, momento em que era tomada como algo que dizia respeito à ordem social, ao espaço da cidade, para "o doce lar" da família.

A propósito da experiência brasileira, Jurandir Freire Costa (2004) refere que, no século XIX, uma insipiente medicina social produziu discursos sobre a saúde e o bem viver, extremamente, ligados a um discurso sobre a loucura, que contribuíram para importantes transformações nos modos de vida da época. É também na segunda metade do século XIX que se dá a construção do primeiro manicômio no Brasil, seguida da constituição da psiquiatria como uma especialidade médica autônoma no início do século XX. Para o autor, três discursos teriam sustentado as práticas psiquiátricas que se alastraram pelo tecido social no Brasil do século XX. Nas três primeiras décadas, a loucura era explicada exclusivamente por causalidades biológicas, que abarcavam fatores de hereditariedade e raça, e justificaram ações médicas como as lobotomias, bem como, condutas racistas dentro e fora dos manicômios (Costa, 1989). Nessa mesma época, as ações de saúde pública se basearam em campanhas sanitárias de combate a epidemias, impulsionadas pelas recentes descobertas em bacteriologia (Nunes, 1989). Via higienização das cidades buscava-se evitar todo tipo de doenças. A cidade se queria sã: nada de doenças contagiosas e nada de “loucura” pelas ruas. Por volta dos anos 1930, psiquiatria começa a operar com uma certa noção de prevenção, herdada da lógica campanhista, que fundamentou as ações sanitárias do período. Trata-se aí do segundo discurso psiquiátrico sobre a loucura nascido no solo do século XX no Brasil, em que a ação médica deveria exercer-se, também no que se refere à doença mental, no período pré-patogênico (Costa, 1989). O psiquiatra vai ser, acima de tudo, um higienista, que opera também no terreno social, pautado por uma noção de causalidade das doenças mentais restrita ao biológico, associando hereditariedade e raça à “desvios de conduta”. E na carona desse ideal de prevenção, com suas raízes higienistas e racistas, cria-se o termo saúde mental.

Temos aí uma amostra daquilo que Foucault (2010) identificou como uma nova tecnologia de poder que, diferentemente das técnicas disciplinares, não se restringe ao indivíduo-corpo, mas se destina ao homem-espécie. Surge uma série de intervenções que buscam regular processos globais do humano como *bios*: o nascimento, a morte, a doença. Compondo com os efeitos de individualização tributários das técnicas disciplinares baseadas na anatomopolítica do corpo, surge uma segunda tomada do poder no campo da saúde, desta vez, massificante: um biopoder, uma "biopolítica" da espécie humana. Um poder que, diferente do poder do soberano que regulava o direito de vida e morte do súdito ao decidir entre fazer morrer e deixar viver, regularia a vida das populações ao fazer viver e deixa morrer.

É imantada por esta lógica do biopoder que a nomeação saúde mental, no início do século XX, alarga as fronteiras da psiquiatria. Se antes se tratava de intervir

sobre a doença individual, o que recortava um terreno que deixava fora uma série de grupos sociais; agora, o saber psiquiátrico, se lança sobre a cidade, e os indivíduos tidos como “normais” passam também a objeto de suas ações. Trata-se de mais uma face do processo de higienização das cidades, embebida do ideal da prevenção, empreendendo um movimento na direção da regulação da totalidade do espaço da vida. Esse alargamento do campo de incidência do biopoder, especialmente, nos interessa nesta problematização sobre o cuidado em saúde mental em tempos de pandemia e suas implicações para a Reforma Psiquiátrica brasileira.

No que se refere ainda aos processos históricos que conformaram o campo da saúde mental nos contornos da saúde pública brasileira, é importante sublinhar que, a partir de 1930, as ações campanhistas passam a dividir espaço com ações curativistas em larga escala, pela criação dos institutos de previdência social e dos programas e serviços de auxílio e atenção médica, nascidos da parceria do Estado com os sindicatos (Nunes, 1989). É possível situar no Brasil, a partir dessa época, a intensificação de um terceiro discurso sustentador das práticas psiquiátricas no século XX: o discurso psicoterápico (Costa, 1989) – terreno fértil para interpretações acerca das condutas humanas baseadas em sócio e psicogêneses (Nunes, 1989). Mais adiante, na década de 1970, a Organização Mundial de Saúde define a saúde como *um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças* (Declaração de Alma-Ata, 1978), conferindo legitimidade ao paradigma das sócio e psicogêneses na explicação das enfermidades, bem como incitando a uma reflexão sobre as condições de vida da população. Tal paradigma, que poderia ter deslocado o saber psiquiátrico do seu lugar de centralidade no campo da saúde mental, acabou por reforçar seu poder na direção da população. Pois, se por um lado esta perspectiva coincide com uma discussão emergente no campo da saúde pública sobre as relações entre desenvolvimento econômico, problemas sociais, pobreza e doenças, o que é deveras importante num país com tamanha desigualdade como o Brasil; por outro, o determinismo que a marca impede que se inclua nesta equação da saúde mental a potência da singularidade e dos processos coletivos particulares de enunciação/transformação, veiculando uma ideia de sofrimento que não rompe com a subalternização do indivíduo ao saber do especialista. A categoria de população, alertou Foucault (2010), é uma categoria biopolítica e “a solução encontrada [pelo saber psiquiátrico] foi a de declarar que o indivíduo não era nem biológico, nem psicológico, nem sociológico, mas um todo indivisível, uma *unidade biopsicossocial*” (Costa, 1989:27).

Nesse momento, a psiquiatria tomou para si um conceito ampliado de saúde, que funciona como uma espécie de superconceito, com uma super abrangência explicativa. Essa norma renovada, que tomou por objeto de intervenção da saúde mental o indivíduo como *unidade biopsicossocial*, acabou por incrementar a centralidade do discurso social normativo no campo da saúde. Através de uma proposta de ampla intervenção na comunidade, a psiquiatria comunitária se propôs a organizar o espaço social de modo a evitar o adoecimento mental e as internações psiquiátricas. No entanto, o que efetivamente ocorreu foi a ampliação do enclausuramento. Da mesma forma, na metade do século XX, a descoberta de psicotrópicos que parecia representar um avanço, permitindo algumas reformulações dos tratamentos diante de certas situações de sofrimento, longe de prescindir das paredes do hospício, produziu o seu incremento, mantendo-se a internação como instrumento principal de intervenção para a saúde mental. Essa é a força do aparato criado pelo biopoder na psiquiatria para domínio dos corpos dissidentes da normatividade naturalizada, dos que não se encaixam nos ideais sociais vigentes, ou mesmo, dos que deles padecem. Um "perfil" de desvio à norma que pode variar ao longo do tempo, mas que segue situando no manicômio, como instituição, o lugar de guardar os indesejáveis de sua época.

Diante dessa insistência do manicômio – que no espaço da cidade encontrava sustentação nos discursos sobre saúde, desvios e as normalidades – surgem, no final dos anos 1970, movimentos em favor de uma reformulação das práticas de atenção em saúde pública no país, com ênfase na saúde mental. No Brasil do final da ditadura militar, marcada por corrupção, morte e silenciamento, e da luta por redemocratização, surge o movimento da Reforma Sanitária, que permite a criação do Sistema Único de Saúde através da Constituição de 1988 e a emergência de um Movimento Nacional intitulado de Luta Antimanicomial. O significante luta aí comparece para marcar que as transformações almejadas no campo da atenção à saúde mental não viriam de forma pacífica e consensuada, mas implicariam uma forte disputa entre o modelo manicomial e os processos de reforma psiquiátrica, já que em última instância o que estava no horizonte era alterar as estruturas da sociedade. Influenciados pela psicoterapia institucional francesa, pelas experiências de desinstitucionalização italiana, pelo modelo das comunidades terapêuticas inglesas e pela psiquiatria preventiva-comunitária norte-americana, o Brasil forja seu movimento de Reforma Psiquiátrica como movimento político, social e clínico, na luta pela inclusão do sujeito, pelo seu direito à cidadania (Tenório, 2001).

O movimento da luta antimanicomial, que tem como bandeira central o cuidado em liberdade, vai trabalhar na perspectiva de desmanchar a noção de

doença mental, reconectando o que é reduzido ao signo da loucura e inscrito no interior do indivíduo e da família aos processos mais amplos e complexos da vida social e política. Ao afirmar a cidadania do “louco”, buscou produzir uma outra resposta coletiva ao sofrimento psíquico, que não a segregação, exclusão, recusa e silenciamento da diferença (Tenório, 2001). Conduzida pela sociedade civil organizada através do movimento social, esta luta teve como marco de fundação o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM, 1987) que uniu trabalhadores, usuários e familiares, arrecadando muitos simpatizantes ao longo dos anos. Amparados e embebidos das ideias da Reforma Sanitária, o Movimento de Luta Antimanicomial soma-se aos movimentos nacionais de luta pela redemocratização do estado brasileiro, pela descentralização da saúde no país, pela criação de uma rede de serviços de saúde para todos e todas, incluindo os serviços substitutivos ao manicômio, pela transformação de programas em políticas públicas e por um projeto de saúde como direito e dever do estado. Como diria Bezerra Jr (1992), a democracia através de “sua figura essencial o cidadão, agora identificado a uma subjetividade fundada na razão universal”, cria outras possibilidades para o cuidado em saúde mental. Delgado (1992) também situa a restauração da democracia como o que permite, no Brasil, que o paradoxo do sujeito tutelado seja encarado pelo Estado e que um novo modelo de inclusão social seja pensado, possibilitando a desinterdição desta cidadania e a garantia dos direitos básicos para as pessoas em sofrimento psíquico, protegidos pela Constituição Federal de 1988.

Belas e eficazes experiências de cuidado em uma rede substitutiva aos manicômios foram se tecendo, legitimadas e preconizadas por uma lei (nº 10.2016/2001) aprovada após dez anos de tramitação no Congresso Nacional, e, posteriormente, pela implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em todo o país (Portaria 3088/2011), na esteira das construção das Redes de Atenção à Saúde (Portaria 4.279/2010). O trabalho em rede e em linha de cuidado foi preconizado pela política de saúde mental, em oposição ao especialismo como ordenador do cuidado e ao isolamento como solução para atenção a crise (Cabral, et al, 2019). Nesses contornos ético-políticos e tecno-assistenciais, várias experiências atestam que o confinamento, a segregação e o isolamento são iatrogênicos ao tratamento no campo da saúde mental. Acolher a crise é, e sempre foi, uma questão para a perspectiva antimanicomial, na qual o que está em jogo é dar expressões, sentidos e lugar para o que emerge de insuportável no sujeito em sua relação com o mundo e reconectar um lugar para a pessoa no tecido social (Delgado, 1992, Bezerra Jr, 1992, Tenório, 2001).

Nesta direção, Fagundes (2021) nos lega o conceito de saúde mental coletiva, o qual articula organicamente aquilo que o pensamento manicomial se esforçou para escamotear: há relação entre saúde mental e política e é, apenas intervindo nesta relação, que algo da ordem do cuidado e do bem-estar pode se desenhar. Para a autora, o campo da saúde mental é sempre coletivo e demanda um "processo construtor de sujeitos sociais desencadeadores de transformações nos modos de pensar, sentir e fazer política, ciência e gestão no cotidiano das estruturas de mediação da sociedade, extinguindo e substituindo as práticas tradicionais por outras capazes de contribuir para a criação de projetos de vida" (Fagundes, 2006, p.60). Nesse contexto, uma questão de base a ser encarada é, como já nos apontava Peter Pal Perbat (1990), que o pior manicômio a ser combatido e transformado é o manicômio mental. Esse que se tece nos interstícios do tecido social e que se encarna nos corpos engendrados pelo biopoder (Foucault, 1990) e pela necropolítica (Mbembe, 2019), sustentando os processos institucionais, estruturais, micro e macropolíticos de segregação e extermínio, pela produção de um corpo individual e coletivo que hierarquiza a diferença em nome da lógica de produção do capital.

**Saúde mental, decolonialidade e equidade**

Na esteira da discussão sobre saúde mental, biopoder e reforma psiquiátrica, chegamos ao ponto em que não é possível recuar diante da inextrincável relação entre saúde mental e política, em última instância, entre saúde mental e processos de democratização. A reforma psiquiátrica brasileira, em seu caminho já trilhado e horizonte aberto, nos mostra que não há saúde mental coletiva fora da democracia. Uma democracia, como refere Baremblitt (2002), gestada por meio de uma utopia ativa, que reconhece o valor dos saberes da experiência de sujeitos e coletivos e coloca em suspensão a lógica hierárquica que reproduz a antiprodução na estrutura social por meio da hegemonia dos saberes dos experts/especialistas. A ciência a serviço das forças hegemônicas expropria cotidianamente sujeitos e coletivos de sua potência de discursivizar e gerir, na diferença, a vida singular e coletiva. Neste processo, a desconstrução do mito da democracia do sofrimento mental – que atingiria igualmente as pessoas independentemente de classe social, gênero, cultura, raça/cor e etnia – é uma urgente tarefa.

Não por acaso ouvimos o mesmo discurso acerca da dinâmica do contágio no caso da Covid19. Muito discursos reivindicaram a democracia do vírus, em sua suposta capacidade de alcançar todas as classes sociais, gêneros, raças e etnias

de igual forma. No entanto, basta partirmos da constatação mais simples de que o direito à quarentena e distanciamento social não está dado para todas as pessoas no contexto brasileiro, para vermos essa falsa premissa diluir-se como açúcar na água. Milhões de brasileiros, que trabalham ou não em serviços essenciais, mantém-se expostos, seja porque não receberam dispensa das atividades laborais, seja porque não têm o que comer se não saírem de casa para trabalhar. O governo federal, por sua vez, também não tem garantido esta possibilidade, pois a única política pública de distribuição de renda até agora ofertada – os seiscentos reais do auxílio emergencial, a serem pagos por três meses para trabalhadores informais, microempreendedores (MEI), desempregados e autônomos – encontrou muitas dificuldades para sair do papel. Primeiro pelo atraso da medida, depois pela demora na operacionalização da distribuição. Na sequência, quando o repasse do recurso foi condicionado à regularização do cadastro de pessoa física (CPF), geraram-se mais atrasos, filas, aglomerações, que trouxeram o risco da contaminação, constrangimentos e humilhações. Neste cenário de descaso, ficamos sabendo que muitos brasileiros não tinham CPF, outros tantos não tinham conta em banco e milhões não possuíam acesso à internet para baixar o programa e preencher o formulário do governo que daria acesso ao benefício. São invisíveis brasileiros, sem registro, sem direitos, historicamente vulnerabilizados, a quem a pandemia deu visibilidade, em cenas de desespero e desamparo naturalizadas.

Na pandemia de Covid19 “à brasileira”, os menos humanos da vez – que têm sido ao longo da história do Brasil as pessoas pretas, indígenas, pobres e aquelas que não se enquadram nos padrões da cisheteronormatividade – são os que mais sofrem com o colapso do sistema de saúde, a escalada de óbitos e os impactos socioeconômicos e psicossociais que advém da pandemia. Nesta lógica necropolítica, estas populações há muito alijadas do acesso a políticas públicas e direitos sociais compõem frequentemente, de forma invisibilizada, as estatísticas da doença, da morte, do desemprego, da fome e do sofrimento psíquico turbinados pela pandemia. Mas em que esta realidade agora escancarada nos permite reacender o debate antimanicomial? Como a vivência da pandemia possibilita renovar as lutas que aliam o cuidado aos direitos? De que modo pensar e agir sobre os discursos e práticas que anunciam um “novo normal” acerca de nossos modos de vida?

Nesse caminho de interrogações, problematizar as relações entre saúde mental e iniquidades, considerando os diferentes processos de vulnerabilização que se interseccionam, é um imperativo ético-político. Assim, ampliar o acesso ao cuidado na direção dos mais vulneráveis implica compreender os fatores de vulnerabilidade, entendida como um operador estrutural. Sobretudo, é preciso

atentar aos aspectos ligados às condições de vida, identificando os mecanismos envolvidos nas barreiras de acesso e na produção da cronicidade. No plano social, os preconceitos em relação aos comportamentos considerados “desviantes” são a base de um processo de marginalização dos indivíduos e de sua inscrição no quadrante dos “anormais”. Se olharmos para a história da grande internação brasileira, verificamos rapidamente que as pessoas internadas “de por vida” nos manicômios, na sua maioria, lá permaneceram por ausência de políticas públicas que considerassem os marcadores sociais antes mencionados para construírem alternativas de inclusão social. A ausência nos prontuários do quesito raça/cor e, quando presentes, do seu preenchimento são outro exemplo desta lógica. Da mesma forma as questões ligadas à gênero e sexualidade ainda se fazem notar nas eficácias manicomiais brasileiras, para aqueles que “tiverem olhos para ver”. Estas histórias reconstruídas dos contextos manicomiais em nosso país nos levam à inevitável conclusão de que, ainda que todos possamos ser atingidos por sofrimentos que demandam cuidado em saúde mental, os destinos dos nossos processos de saúde-doença-cuidado serão marcados diferentemente por fatores estruturais e suas repercussões institucionais, como classe social, raça/cor, etnia e gênero.

Desta forma, produzir cuidado com equidade em saúde mental requer das equipes olhar com atenção paras as desigualdades que afetam as populações atendidas, tomando como elemento de análise a classe social (determinantes sociais), a raça (racismo institucional/estrutural) e o gênero (machismo e sexismo estruturais), sendo importante ainda atentar para as especificidades das populações tradicionais. Nas palavras de Krenak (2019), as especificidades das formas de vida e modos de sofrer, adoecer e cuidar destes grupos produzidos como “subumanos” não encontram lugar de enunciação nas práticas instituídas nos serviços de saúde. Este silenciamento do lugar singular da fala e dos saberes da experiência, nos remetem aos genocídios e epistemicídios que marcaram a história dos processos de colonização da modernidade e que compareceram na estrutura da produção dos conhecimentos bio e necropolíticos sobre os povos colonizados.

Uma geopolítica do conhecimento atravessa os corpos coloniais racializados e reverbera nas micropolíticas dos saberes e fazeres do campo da saúde que os conformam (Alejandro de Oto, 2020). Ignoram os saberes forjados nas culturas dos povos tradicionais e intentam apagar a herança ancestral e plural que pulsa nos corpos singulares e coletivos que constituem as sociedades coloniais, ao darem centralidade para epistemologias eurocêntricas das branquitudes. Os efeitos desses processos racistas na subjetividade e na produção da existência e sofrimento da

população negra foram muito bem abordados por Fanon (2008), em sua vasta e precoce obra. Os corpos e existências negros tematizados pelo autor são produzidos apartados da potência de sua materialidade, ficando capturados em figuras conceptuais e categorias epistêmicas e culturais, que pretendem predizer sus trajetórias e relações por referência a preceitos da cultura branca eurocêntrica, normalizados mediante as insígnias de saberes científicos e acadêmicos, aí incluídos, os saberes do campo da saúde (Alejandro de Oto, 2020).

Como refere Mbembe (2016, p.128)

> "que a "raça" (ou, na verdade, o "racismo") tenha um lugar proeminente na racionalidade própria do biopoder é inteiramente justificável. Afinal de conts, mais do que o pensamento de classe (a ideologia que define história como uma luta econômica de classes), a raça foi a sombra sempre presente sobre o pensamento e a prática das políticas do Ocidente, especialmente quando se trata de imaginar a desumanidade de povos estrangeiros – ou dominá-los.

Esta dimensão colonial estruturante das lógicas da morte em jogo nas cenas sociais pré e pós-pandemia brasileiras emergem também como desafios postos para o cuidado na RAPS, à medida que carregam a possibilidade de colocar em análise a própria instituição saúde e os processos estruturais que a atravessam. Impõem assim a necessidade de descolonizar o pensamento e as práticas, pela insurgência das vozes oprimidas e caladas secularmente, como as vozes da loucura e da pobreza no Brasil (Grosfoguel, 2016; Maldonado-Torres, 2007; Quijano, 2005), tributárias da escravidão, que, conforme nos alerta Mbembe (2016, p. 130) "pode ser considerada uma das primeiras instâncias da experimentação biopolítica".

Nesse contexto, articular a saúde mental aos mandatos que estruturam as políticas de equidade – um dos princípios basilares do SUS – que visa diminuir desigualdades através da análise de vulnerabilidades, acolhendo as especificidades de cada cultura, grupos, pessoas, histórias, saberes, cosmologias, é uma necessidade urgente. A equidade como transversal às práticas em saúde se reabre como caminho sem volta quando se trata de materializar a ética antimanicomial na pandemia em tempos de necropolítica, enfrentando desigualdades, assumindo responsabilidades pelos processos históricos de violência e vulnerabilização que herdamos e reproduzimos e construindo um agir antimanicomial, no imbricamento entre saúde e justiça social.

## A Rede de Atenção Psicossocial que se tece na pandemia

O cenário imposto pela pandemia, acrescido das dificuldades históricas enfrentadas pelo sistema de saúde e o atual momento de crise política brasileira,

deixam a jovem RAPS em uma situação ainda mais complicada. Ao mesmo tempo, visibilizar as fraturas do sistema no campo da saúde mental, as desigualdades seculares de acesso, os determinantes de saúde nunca de fato resolutos em nosso país, nos dá também uma oportunidade única de encarar os problemas e repensar as soluções ofertadas até agora. Precisamos ousar e ser criativos, como no início da reforma psiquiátrica, para reinventar as formas de cuidado e as formas de vida no contexto da pandemia, o que pode nos levar a novos territórios do cuidado no pós-pandemia. Os caminhos tomados no Brasil e no mundo de valorização excessiva do capital em detrimento do humano, de produção desenfreada e nada sustentável para o planeta, as guerras, a fome, as desigualdades levaram o humano a esta encruzilhada. Vivemos em estado de alerta e contabilizamos mortes todos os dias. Ninguém está completamente seguro, ainda que alguns tenham mais acesso do que outros. A regeneração rápida do planeta frente a ausência da circulação humana maciça nos aponta que nós humanos estamos todos em risco, que somos a espécie frágil, dentre todas, a que rapidamente pode ser eliminada (Krenak, 2019). Mas o momento de dor e perda também pode ser encarado como uma oportunidade para refletirmos que tipo de mundo queremos habitar. Que sociedade queremos criar?

Em que pese o difícil cenário mundial, muitas iniciativas valorosas e de apoio e solidariedade despontam em vários países: um fundo financeiro global para pesquisa da vacina a ser disponibilizada a todos os países está em andamento, cientistas e laboratórios de diferentes universidades que se unem em pesquisas por vacinas e medicamentos, a colaboração entre governos para prover equipamentos, EPIs, respiradores e até profissionais, como o caso das brigadas cubanas que tem auxiliado diferentes países, trocas de tecnologia de cuidado e de bons resultados tem sido um alento nestes dias difíceis de pandemia. No campo da saúde mental, não tem sido diferente e muitas são as iniciativas criadas para dar suporte e garantir escuta sensível às pessoas em sofrimento psíquico. Sendo assim, neste momento de nossa problematização, nos perguntamos: com que agires antimanicomiais a RAPS se fortalece na pandemia? Quais redes se tecem nestes cenários contra a patologização do sofrimento? Em que medida nossos agires ético-políticos podem barrar a reprodução do manicômio e lançar um outro horizonte para o cuidado em saúde mental pós-pandemia?

Para dar destino a estas questões, compartilharemos algumas experiências que vimos acompanhando desde os lugares de pesquisadoras, docentes, trabalhadoras e gestoras de saúde, mas sobretudo militantes antimanicomiais. Dentre as muitas boas experiências em curso ao largo do país, vamos destacar aqui

algumas que nos parecem trazer elementos ético-políticos para pensar os desafios da atenção psicossocial na pandemia, em tempos de biopoder e necropolítica. Trata-se da configuração da Clínica Virtual de Apoio Psicológico da Universidade Federal do Pará (UFPA), da criação de Grupos de Ajuda e Suporte Mútuos virtuais na cidade de Alegrete no Rio Grande do Sul e do espaço de educação permanente em saúde dos trabalhadores da atenção psicossocial da região metropolitana de Natal, no Rio Grande do Norte, nomeado Ciclo de Encontros Virtuais: trocando experiências e fortalecendo a RAPS.

A Clínica Psicológica Virtual da Universidade Federal do Pará (UFPA): atendimento psicológico na pandemia de Covid19 surge como subprojeto, dado o contexto da pandemia, dentro do projeto de extensão intitulado Saúde, Cidadania e Direitos Humanos: apoio a comunidades e estudantes indígenas e quilombolas, que já ocorre na universidade desde 2018, com a missão da universidade de produzir, socializar e transformar o conhecimento na Amazônia impulsionando a formação de cidadãos capazes de construir uma sociedade inclusiva e sustentável. O objetivo da Clínica Virtual é possibilitar aos usuárias/os e profissionais de saúde o cuidado de si, tarefa que a universidade entende e toma como sua à medida que se apresenta-se como local de formação de profissionais para as diversas áreas, dentre as quais o sistema de saúde, educação e assistência social. Nasce da escuta sensível do vice coordenador do Programa de Pós-Graduação de Psicologia, prof. Leandro Passarinho que com a pandemia passa a receber uma série de demandas de alunos, muitos dos Campi do interior da UFPA, assim como de trabalhadores e pessoas em geral que pedem ajuda para suporte psicológico. Concebida desde o princípio como serviço de utilidade pública e contribuição da UFPA com o atendimento das demandas do estado do Pará, a clínica virtual tem por objetivo geral “implantar um dispositivo clínico virtual que permita oferecer a prestação de serviços psicológicos realizados por meios de tecnologia da informação e da comunicação para a escuta psicológica do sofrimento psíquico de cidadãs e cidadãos residentes da região metropolitana de Belém, durante o período de isolamento social da pandemia de Covid19”, segundo consta no texto do projeto. Os objetivos específicos são de mitigar os efeitos adversos de isolamento social e fortalecer a resposta do SUS à pandemia acolhendo a população que pode ser orientada e assistida por meios virtuais eletrônicos e telefônicos. A metodologia para o desenvolvimento da clínica virtual envolveu a construção de um site para hospedar a plataforma virtual, a formação de duas equipes, uma já existente e que atendia as demandas dos povos tradicionais formada por bolsistas e outra que se forma por conta da pandemia e conta com alunos do programa de pós graduação (mestrado, doutorado e pós

doutorado), professores permanentes e colaboradores do programa que se dividem para atender as demandas da população e supervisionar os atendimentos desenvolvidos. Cada participante do projeto assina um termo de compromisso voluntário, (que consta na página do site https://coronavirus.ufpa.br/ ) e passa a ofertar escuta psicológica. Além de ser aluno do PPGP os colaboradores devem ter registro ativo no CRP/10 e ser inscritos no e-psi do Conselho Federal de Psicologia (CFP).

O acolhimento na plataforma é desenhado para adultos maiores de 18 anos, e desenvolvido pelo profissional da psicologia que vai realizar a primeira entrevista fazendo uma avaliação inicial e definindo a escuta ou o encaminhamento a um serviço disponível da rede para as pessoas com demanda de encontro presencial ou outras formas de atenção. O atendimento será realizado por telefone ou outro meio de videoconferência a ser eleito pelo profissional que deverá seguir todo os ordenamentos do Código de Ética do Psicólogo e as determinações feitas pelo CFP e pelo CRP para atendimento on-line. Neste atendimento on-line o profissional é responsável pelo contrato que norteará a relação profissional, assim como pelo registro do atendimento e encaminhamento por e-mail da informação do quantitativo de usuários escutados a cada dia. Os professores do PPGP vinculados ao projeto disponibilizam supervisão para os mestrando e doutorandos que realizam a escuta clínica. Além do encontro semanal nas quartas-feiras entre o grupo de coordenação e supervisão para avaliação e acompanhamento do projeto, um grupo de aplicativo de mensagens com todos os participantes foi criado para as demandas mais emergenciais que surgem no cotidiano de trabalho. Também são realizadas reuniões com todos os profissionais envolvidos para alinhamento conceitual – momentos de educação permanente que têm servido de apoio para os profissionais que realizam a escuta, uma vez que a demanda esmagadora recebida perpassa os corpos de todos que vivem diariamente a enxurrada de novos casos e de óbitos.

Um importante debate entre todos os participantes da clínica virtual durante este processo de educação permanente em curso: uma enxurrada de telefonemas, mesmo fora do horário determinado na tabela do site para cada profissional, concomitante à aceleração do contágio e o aumento de pessoas doentes e/ou em óbito em todo o território. Em Belém a rede de saúde já era enxuta e enfrentava muitos dos problemas debatidos neste artigo e a Covid19 apenas fez velhos problemas saltarem aos olhos de todos. Entre os principais, a falta de garantia de um acesso integral as necessidades da população, de acordo com sua diversidade, incluindo direitos básicos como saneamento e acesso a água potável tão importantes para que a população possa realizar a mais básica das recomendações

feitas para conter a pandemia: lavar as mãos, manter hábitos básicos de higiene pessoal e do espaço de moradia.

Cabe lembrar que em Belém cerca de 67,9% das pessoas tem acesso a esgotamento sanitário adequado enquanto no estado do Pará 47,3% da população tem acesso a rede e água potável e 57,8% têm rede de esgoto. Assim, como já destacamos no texto, também a dificuldade de acessar o direito a permanecer em isolamento social sem as devidas medidas públicas para mitigar outros problemas advindos desta medida. A impossibilidade de grande parte da população de manter o isolamento levou a rede de Belém ao colapso muito rapidamente e este problema chegou na escuta da clínica virtual, obrigando a coordenação do projeto a definir profissionais que serviriam de ponte com a rede municipal e estadual em suas diferentes secretarias, em especial saúde e assistência social, para desatar os nós de acesso as demandas populacionais. Mas a alta demanda também deve ser creditada a recomendação feita por aqueles já atendidos nesta modalidade. Muitas das pessoas que vem acessando o dispositivo da clínica virtual o fazem por recomendação de outra pessoa previamente atendida e que relata ter sido bem acolhida, orientada e apoiada em suas demandas, o que fortalece o coletivo que sustenta o projeto, cotidianamente, desenhando possibilidades inventivas em territórios difíceis de habitar.

Do outro lado do país, no sul do Brasil, na cidade do Alegrete (RS) uma experiência desponta e inspira novas formas de encontro em tempos de pandemia. Nesta cidade, já ocorriam há nove anos encontros presenciais de Grupos de Ajuda e Suporte Mútuos em Saúde Mental/GAS Mental realizados nas unidades básicas de saúde do município. Os grupos presenciais envolviam muita solidariedade e apoio emocional, e a possibilidade de estar aberto à escuta do outro, a sua experiência, reconhecendo suas “histórias-vivências com o sofrimento, com o cotidiano, com seus modos peculiares de tocar a vida” como nos explica Ferrari (2020). Os idealizadores desta estratégia de grupos de apoio e ajuda mútua Eduardo Mourão Vasconcelos e Marcela Weck (2020) assim o definem: “caracterizam-se por encontros presenciais em espaços nos quais os participantes regularmente acolhem com empatia seus colegas de experiência comum, recriam vínculos de amizade e suporte, trocam estratégias de lidar no dia a dia com seus problemas comuns, e discutem temas relevantes previamente acordados pelo grupo”.

Com a pandemia, os grupos presenciais não podiam mais acontecer, por conta da recomendação de não aglomerar pessoas por causa do contágio. Foi então que Judete Ferrari e suas parceiras de trabalho decidiram levar estes grupos para o formato virtual, inspirados pela proposta de Vasconcelos e Weck. Contataram as

facilitadoras dos grupos presenciais espalhados pelo território e apresentaram a ideia. As facilitadoras motivadas acionaram seus grupos e convidaram os demais a fazerem parte da nova experiência. Analisaram as ferramentas mais populares entre os participantes e, após uma experiência inicial com grupos virtuais grandes, decidiram limitar para quinze o número de pessoas por grupo. Todos os que desejaram participar foram incluídos. A grande adesão fez com que mais de um grupo virtual fosse criado, recebendo o nome de Sala de Grupos On-line/GOL, os quais seguem funcionando com ótima adesão e reconhecimento por parte dos usuários de sua eficácia frente às angústias vividas com a pandemia, como espaço de acolhida, troca de experiências e apoio emocional em tempos de isolamento social, gerando solidariedade, autoconfiança, autoestima, esperança na vida, laços afetivos e novos amigos para superar a solidão.

Por ser uma ferramenta relativamente nova para alguns membros, foram disponibilizadas aulas de uso dos aplicativos de mensagens. Os grupos on-line acontecem semanalmente com dia e horário marcado e cada qual tem a sua facilitadora escolhida previamente, contando com a presença de trabalhadores da saúde, educação e assistência social como observadores e/ou apoiadores, com a função de dar suporte aos facilitadores e às demandas grupais com vistas ao empoderamento e autonomia dos usuários. Têm duração de uma hora e meia, funcionam como *chat*, podendo o participante escrever ou gravar mensagens de voz. Foram criadas coletivamente algumas regras de funcionamento que incluem: a manutenção do sigilo sobre o que é debatido no grupo, a pontualidade e o não compartilhamento das mensagens em outros espaços, ausência de julgamentos e postura de respeito pelas falas dos demais. Também é solicitado que não se desenvolvam conversas paralelas e a comunicação de possíveis faltas. A participação nos grupos é gratuita e livre. Segundo a idealizadora, no início os usuários de saúde mental resistiam em utilizar a ferramenta da mensagem de voz, contudo estão sendo estimulados a superarem o medo de ouvir a própria voz e gradativamente vão utilizando tal recurso. A voz é considerada pela facilitadora como um dos elementos que ajuda na produção do vínculo. Em todos os grupos as funções são alternadas permitindo com que todos se experimentem nas diferentes funções de facilitar e participar do grupo.

Os resultados positivos já estão sendo colhidos pelos grupos. Primeiro pela ótima adesão dos participantes, mas também pelo sentimento de grupalidade gerado e desdobrado em ações coletivas com efeitos de coesão social interna e externa ao grupo. Os participantes organizaram uma forma de recolher dinheiro para organizar a festa do encontro a ser realizada quando a pandemia acabar, por meio

da venda dos trabalhos manuais por eles produzidos; ações de coleta de material de higiene e limpeza e de alimentos para doar a famílias em situação de vulnerabilidade; a elaboração de um livro de receitas; formas de auxilio e apoio para encaminhamentos da demanda de encontro presencial à rede de saúde; intercâmbios de ideias quanto à atividades de reconexão com a vida como ler, fazer ginástica, dançar, ouvir música ou mesmo relaxar; novos grupos com a vizinhança para manter fortalecidos os laços com o território da ESF.

Novos grupos se formaram em outros municípios, com suas características próprias, mas tendo como inspiração os grupos do Alegrete. Muitos usuários queixavam-se de insônia e problemas do sono, por não ter com quem falar ou dividir o mal estar no período noturno. Assim resolveram criar um grupo de plantão nas madrugadas chamado Madrugadores, no qual seguem o mesmo regramento dos grupos diários, tendo também a presença de facilitadores e apoiadores. O grupo inicia os trabalhos as 19h e só finaliza as atividades das 7h da manhã ofertando espaço de suporte e troca durante as longas madrugadas. Estes grupos contam ainda com apoio de professoras da UFPel e da Unisinos. A função do Plantão é exercida por pares compostos por facilitadores de grupos on-line e apoio dos trabalhadores presentes. Interessante que este grupo cobre uma das principais queixas dos usuários de serviço de saúde mental que é justamente ter acolhimento noturno para suas questões. Garantir uma palavra, uma troca, ainda que virtual no período noturno tem sido extremamente importante para aqueles que, durante o período da madrugada, com o silêncio das casas dormidas, precisam de alguém oferecendo suporte, dando escuta, trocando ideias. Saber que um outro está disponível para passar a noite contigo, caso não consigas dormir tem sido um efeito interessante inclusive para conciliar o sono para alguns.

Ao subirmos um pouco mais no mapa desse nosso país continental, pedem passagem para dialogar com as experiências paraense e gaúcha os encontros virtuais da RAPS potiguar, nos seus anseios de trocas e de aprendizagem coletiva, contra o embrutecimento do pensar que a necropolítica perpetua. Acolhendo a demanda endereçada ao Departamento de Psicologia (DEPSI) da UFRN pela Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Natal de apoio técnico-pedagógico para a qualificação do trabalho em saúde mental na rede do município, propõem-se o Ciclo de Encontros Virtuais: trocando experiências e fortalecendo a RAPS. Esta parceria se inicia antes da pandemia, por meio de uma colaboração interinstitucional com a Secretaria Municipal de Saúde de Natal para realização de estágios curriculares de estudantes de psicologia na Rede de Atenção Psicossocial local, em Centros de Atenção Psicossocial, Consultórios na Rua,

Centro de Convivência e Cultura e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, assim como para a realização de um curso de extensão para a rede, intitulado Saúde Mental e Direitos Humanos: educação permanente em saúde na RAPS – ambos interrompidos com a chegada da pandemia. Contudo, com o agravamento dos sofrimentos e angústias relacionados ao trabalho na RAPS, à medida do avanço do cenário pandêmico, surge a necessidade de redesenharmos a oferta antes realizada. Considerando que a pandemia e as medidas sanitárias do distanciamento e isolamento social, trouxeram repercussões para a saúde mental coletiva e, portanto, para a saúde dos trabalhadores e para o trabalho na Rede de Atenção Psicossocial, a proposta deste espaço acolhe a convocação a articular ações e dispositivos virtuais que partem do valor das práticas e saberes existentes do cotidiano do trabalho e tomam os impasses que emergem nestes contextos de atuação como disparadores da aprendizagem significativa dos profissionais e estudantes.

Das salas de equipes dos serviços, de suas casas ou mesmo de algum lugar em trânsito, os participantes do Ciclo EPS RAPS, como carinhosamente chamamos este espaço-tempo de encontro, marcam sua presença, trazem suas inquietações e perguntas. Como cuidar em saúde mental prescindindo dos espaços de grupo e coletivos, ora suspensos? Como acolher a crise com distanciamento social quando nossos usuários chegam transbordando angústia nas portas entreabertas da sala da equipe? De que forma acessar os usuários que não têm telefone, internet ou outro meio tecnológico para se comunicar? Qual ambiência o espaço virtual permite para exercermos a ética do acolhimento? Como dar continência ao brincar infantil sem tocar? O que fazer quando a ansiedade atravessa nossos corpos? Ou quando a insônia não nos deixa parar de pensar no serviço que nos espera no dia seguinte? De que modo cuidar se muitas vezes não nos sentimos cuidados? Atravessados por um mar revolto de perguntas, os participantes têm encontrado nas duas horas quinzenais de encontro virtual formas de tecer coletivamente saberes e cuidados que potencializam a rede e abrem portas de hospitalidade à população.

Uma trabalhadora conta que, ao proceder o agendamento por telefone dos testes para Covid19 na USF em que atua no NASF, desde que precisou mudar sua função ao iniciar o teletrabalho, já que faz parte de grupo de risco, tem recebido ligações de pessoas desesperadas, irritadas, paralisadas pelo medo. Conta que acolhe, escuta, conversa, compõe saberes e estratégias: assim se cuida e cuida do outro, reinventando os contornos da ação administrativa de agendar o teste. Outra refere que no CAPSi inventaram uma biblioteca. Assim, as crianças não permanecem no serviço, mas buscam um livro e levam um pouco do CAPS para

casa consigo. Um terceiro, conta que a equipe construiu, nestes tempos de pandemia, uma carta aos usuários, para “humanescer” as relações tão enrijecidas no contexto atual. Outras duas mais contam da “Radio Bilola”, que funciona pelo aplicativo de mensagens, por onde trocam músicas, áudios, vídeos, dizeres e saberes criativos para colorir de esperança os dias cinzas da pandemia que fechou as oficinas presenciais do Centro de Convivência e Cultura. Entre uma história e outra, uma pergunta e outra, uma dor compartilhada e outra, a rede se tece, se aquece, se fortalece, se lança a um futuro ainda por vir e, ao mesmo tempo, já iniciado nos gestos mínimos e imensos do apoio mútuo que ganha lugar a cada encontro da EPS na RAPS potiguar.

O coletivo de docentes, alunos de graduação e pós-graduação e trabalhadores de saúde que se viram subitamente desterritorializados de seus lugares de produzir saúde – a sua e a dos que lhe demandam cuidado, depararam-se então com a experimentação de processos de formação desdobrados em territórios desafiadores. Ambientes inusitados de aprendizagem com o outros, nos quais a horizontalização das relações e a coletivização dos sabres forjam cotidianamente novas práticas de autocuidado e de atenção em saúde mental. Um agir antimanicomial que agencia afetos potentes, para abrir espaços de invenção ao abrigarem-se no olho do furacão antimanicomial (Almeida, 2020) – então potencializado pela pandemia.

É assim que experiências aqui relatadas nos falam, sobretudo, do redesenho do campo da saúde mental, no rastro dos caminhos de um agir antimanicomial que acolhe a democracia e a equidade como transversais ético-políticos de toda e qualquer prática de cuidado. Nesta direção, destacamos ambas as experiências como criação de espaço-tempos de acolhida e encontro. Os grupos on-line criados no Alegrete têm na produção de afetos e ideias forjadas na coletividade sua base. As regras, os objetivos, as temáticas, enfim, todo o processo é desenhado na grupalidade, permitindo com que todos possam sentir-se parte e protagonistas da experiência. Todos podem falar, mas também todos podem escutar, e – o mais importante – todos podem intervir. A interação entre os participantes é rica, pois considera os saberes de todos os presentes: usuários, familiares, profissionais de saúde, professores, acadêmicos ou convidados. Cada qual tem seu lugar de fala e todos os saberes são valorizados e contam para fazer a travessia destes tempos de confinamento, distanciamento, pandemia.

A clínica virtual da UFPA e os encontros virtuais da RAPS potiguar também apostam nessa matéria-prima, trabalhando com relações horizontalizadas, cujos parâmetros e pactuações são construídos na processualidade. Formas de chegar a

um outro plano relacional entre o cuidador e quem é cuidado, o apoiador e quem é apoiado, num intercâmbio constante de lugares, em busca da autonomia e da solidariedade. Uma autonomia feita da interdependência e da proliferação das redes de apoio socioafetivas. Uma solidariedade feita do respeito à diferença e da ousadia de composição possível e não invasiva com o outro. Assim como nos territórios presenciais do cuidado, a escuta sensível na experiência on-line é um desafio; é, porém, praticada como experimentação do desejo de seguir caminhando a vida, apesar das adversidades e para atravessá-las.

Segundo Correa-Urquiza (2018) a fala em primeira pessoa, ou seja, a fala advinda da experiência de quem sofre, de quem vive o problema deve ser tomada em conta. Os saberes considerados profanos, por não serem saberes técnicos, muitas vezes são descartados ou mesmo ridicularizados pelos profissionais de saúde. Porém eles fazem parte das estratégias de sobrevivência e de auto atenção como nos ensina Menéndez (2009) e compõem os itinerários terapêuticos dos usuários de saúde mental e – por que não? – dos próprios trabalhadores. Sustentar subjetivamente e tecnicamente uma escuta envolve, especialmente num cenário em que a emergência não afeta apenas a pessoa atendida, mas também o próprio profissional, a compreensão de que nenhum trabalhador de saúde deve sustentar sozinho o lugar do cuidado. Todos estamos atravessados pelos efeitos psíquicos do risco eminente do adoecimento e da morte, da restrição dos contatos sociais e da experiência de reordenamento do pacto social até então vigente, de modo que, para escutar e intervir junto ao sofrimento do outro, é preciso contar com meios para se escutar, se observar, se perceber na prática clínica e, portanto, cuidar da sua própria saúde mental.

É importante lembrar que, no caso brasileiro, a Covid19 nos chega em um momento em que vivemos um esfarelamento das instituições de proteção da cidadania, uma falência do estado de direito democrático – talvez só comparável, em nossa história recente, à ditadura militar iniciada em 64 – sob os efeitos das arbitrariedade de um governo autoritário, antidemocrático, que opera a necropolítica sem pudores, véus ou reservas. Especialmente em um momento como este, em que vivenciamos o esgarçamento do tecido social, é fundamental, como nos ensina Ceccim (2004), a disponibilidade para o encontro com o outro, para o fortalecimento de laços capazes de dar substância a um corpo ético-político coletivo em defesa de todas as vidas.

A RAPS pode, em um contexto extremo como este, aprender a fazer rede, a criar de forma solidária e inventiva, abrindo espaços de exercício democrático para tramar os fios de uma saúde mental coletiva. Pode também quebrar regras e adotar

novos modelos, forjando novas ferramentas e performances tecno-assistenciais, que façam dique à lógica necropolítica excludente – que mata porque abandona na dor, silencia o saber da experiência, nega os marcadores sociais que colocam diferentes possibilidades de acesso e de enunciação. Pode favorecer o borramento das linhas divisórias entre normalidade e doença, fazendo surgir outras linhas de existência. Pode compor formas de atravessar o luto, de memória, de história singular e coletiva. Pode hospedar o devir de um projeto conjunto de sociedade, no qual a vida não cabe na norma biopolítica, mas escancara sua violenta insuficiência, a cada passo. Pode, enfim, permitir-se esquecer antigas certezas para reinventar a atenção psicossocial em conjunto com os usuários. Um trabalho ético-político difícil, porém, necessário. Mola propulsora que nos move, não na construção de um "novo normal", mas de um novo amanhã.

**Referências:**


Agamben, G. (2002). *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua*. Belo Horizonte: Ed. UFMG.

Almeida, S. A. & Merhy, E E. (2020). Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: composição por uma ética antimanicomial em ato. *Revista Psicologia Política*, 20(47), 65-75.

Alves, M. C. & Alves, A. C. (2020). *Epistemologias e metodologias negras, descoloniais e antirracistas.* Porto Alegre: Rede Unida.

Cabral, K. V.; Simoni, A. C. R.; Fagundes, S. M. S. (2019) Saúde mental em campo: da lei da reforma psiquiátrica ao cotidiano do cuidado. In: Belloc, M.M. et al. (Orgs.) *Saúde mental em campo: da lei da reforma psiquiátrica ao cotidiano de cuidado* ( pp.9-24). Porto Alegre: Rede Unida.

Cabral, K. V. & Belloc, M. M. (2019) Política, subjetividade e saúde em tempos precários: linhas de resistência e reinvenção. In: Lemos, F. C. S. el tal (Orgs.) *Biopolítica e Tanatopolítica: a agnóstica dos processos de subjetivação contemporâneos* (pp.367-383). Curitiba: CRV.

Ceccim, R. B. (2004) Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção de atos terapêuticos. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. A. (Orgs.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade* (pp.259-278).

Correa-Urquiza, M. (2018) La condición del diálogo. Saberes profanos y nuevos contextos del decir. *Rev. Asoc. Esp. Neuropiq.* 38(134), pp.567-585.

Costa, J. F. (2004) *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal.

Delgado, P. G. G. (2011) Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da lei 10.216/2001. *Arq. bras. psicol.* 63(2), 114-121 Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180952672011000200012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 jul.2020.

Eco, U. (2018) *O fascismo eterno*. Rio de Janeiro: Record.

Fagundes, S. M. S. (2021) *Águas da Pedagogia da Implicação: intercessões da educação para as políticas públicas de saúde.* Porto Alegre: Rede Unida.

Fanon, F. (2008). *Pele negra, máscaras brancas*. Salvador: EDUFBA.

Foucault, M. (1988) *História da Sexualidade I: A Vontade de Saber*. Rio de Janeiro: Graal.

Foucault, M. (1990) *Historia de la Locura en la Edad Clásica.* Buenos Aires: Siglo XXI.

Foucault, M. (2004) *Microfísica do Poder.* Rio de Janeiro: Graal.

Krenak, A. (2019) *Ideias para adiar o fim do mundo*. São Paulo: Companhia das Letras.

Krenak, A. (2020) *O amanhã não está à venda*. São Paulo: Companhia das letras.

Massuda, A.; Malink, A. M.; Ferreira Junior, W. C.; Vecina Neto, G.; Lago, M.; Tasca, R. (2020). *Pontos chave para gestão do SUS na resposta à pandemia COVID-19*. Nota Técnica n. 6. São Paulo: IEPS..

Mbembe, A. (2019) *Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção.* 4ª edição. São Paulo: N-1.

Menendez, E. L. (2009) *Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec.

Nunes, E. D. (1989) A medicina social no Brasil: um estudo de sua trajetória. In: Campos G. W. S. et al. (Orgs.) *Planejamento sem Normas* (pp.113-134). São Paulo: Hucitec.

Pelbart, P. (1990) Manicômio mental: a outra face da clausura. In: *Saúde e loucura N.2*. (pp.131-138) São Paulo: Hucitec.

Tenório, F. (2001) *A Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Vasconcelos, E. M. & Weck, M. (2020) *Desafios e recomendações para a realização de atividades de ajuda mútua on-line no campo da saúde mental*. Rio de Janeiro: ESS-UFRJ.

# È ANCORA POSSIBILE FARSI IRRETIRE DA CHI COSTRUISCE MURI E DISTANZE FRA LE PERSONE? UN VIAGGIO PERSONALE NELLA SALUTE MENTALE A CURA DI CINZIA MAGNI

Cinzia Migani

> Una volta in manicomio una ammalata mi appioppò un sonoro ceffone. Il mio primo istinto fu quello di renderglielo. Ma poi presi quella vecchia mano e la baciai. La vecchia si mise a piangere. «Tu sei mia figlia», mi disse. E allora capii che cosa aveva significato quel gesto di violenza. Di fatto, non esiste pazzia senza giustificazione e ogni gesto che dalla gente comune e sobria viene considerato pazzo coinvolge il mistero di una inaudita sofferenza che non è stata colta dagli uomini.
>
> Alda Merini

> L'Istituzione sta nelle nostre teste e noi non lo sappiamo: è questo il segreto da mascherare
>
> O. De Leonardis[1]

In questo articolo mi soffermerò sulle ragioni per le quali mi sono occupata di storia delle istituzioni manicomiali e poi dalla storia delle istituzioni alla storia delle persone che hanno trascorso parte della loro vita in manicomio, alla promozione della partecipazione e dell'empowerment delle persone e della comunità, attraverso progetti pluriattoriali che valorizzano la trasformazione dei ruoli.

Il mio interesse per le istituzioni totali nasce negli anni del liceo. Gli anni successivi all'applicazione della legge 13 maggio 1978, n. 180, in tema di "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori", la cosiddetta Legge Basaglia. In quel periodo ero decisamente attratta dalle storie di superamento istituzionale che venivano trasmesse nella tv di Stato, rese pubbliche da psichiatri, sociologi e cittadini impegnati a mettere in evidenza la decadenza di quella cultura che aveva tracciato la linea di confine tra la società dei sani e quella dei folli, fra il normale e il patologico. Ma erano anche gli anni in cui alcuni famigliari denunciavano l'abbandono in cui erano stati lasciati dopo le dimissioni forzate dei loro cari, senza nessuno a cui poter chiedere aiuto in caso di bisogno. Troppe cose che stavano accadendo accanto a me continuavano a risuonarmi. Diverse le domande senza risposta o gli interrogativi alimentati sia da chi era a favore, sia da chi metteva in

[1] O.De Leonardis, Il terzo escluso. Le istituzioni come vincoli e come risorse, Milano, Campi del sapere, Feltrinelli, 1999, p.47

discussione la riforma. Chi aveva ragione? C'era una ragione più ragionevole delle altre?

Una tarda serata di un mese invernale del 1980 stavo guardando in televisione un servizio di Sergio Zavoli. Ero incollata. Denunciava con vigore il confine assurdo che si era instaurato fra la città dei cosiddetti sani e quella dei malati di mente. Ricordo ancora mia madre che venne in salotto e mi intimò di andare a letto perché il giorno dopo dovevo andare a scuola. Aggiunse che quello che stavo vedendo in televisione avrebbe popolato di incubi il mio sonno. Non l'ascoltai e a quel punto lei scelse di rimanere vicino a me. Alcune esperienze di sofferenza raccontate dalle persone intervistate le sembravano rimarcare la distanza fra chi sta bene e chi sta male. Non sapeva - o non voleva sapere - che alcune testimonianze non erano così lontane da alcune sue esperienze di vita: lei aveva provato sulla pelle cosa significasse passare da espansioni vitali a fatica di vivere.

Non le dissi che non erano le immagini a turbarmi, ma le ragioni per le quali le persone finivano lì. Compresi in quel momento perché si evitava di approfondire l'argomento quando qualcuno diceva che il proprio familiare "era stato ricoverato a Imola". All'indomani andai a scuola e iniziai a fare una serie di domande alla mia professoressa di filosofia. Mi consigliò di leggere un libro che ancora conservo: "Crisi della ragione. Nuovi modelli nel rapporto tra sapere e attività umane" a cura di Aldo Gargani del 1979. La mia ricerca è continuata anche all'università. Diversi gli esami messi in programma per approfondire le tematiche del rapporto esistente fra normale e patologico: fra le opere filosofiche più frequentate in quegli anni quelle di Husserl, Bergson, Minkowski e Merleau-Ponty. L'epilogo di quella fase di ricerca nei testi di filosofia e l'inizio di un modo altro di affrontare la questione avvenne qualche mese dopo l'ottenimento della laurea. Grazie a un suggerimento di un compagno di corso seppi che a Bologna esisteva il Centro di studio e di documentazione della storia della psichiatria e dell'emarginazione sociale, oggi Istituzione Gian Franco Minguzzi della Città metropolitana di Bologna. Il Centro era locato all'interno delle mura manicomiali e in quegli anni aveva posto, fra i temi centrali da indagare, la storia del manicomio di Bologna. Ed è così che è nato il mio rapporto con Giacanelli, con gli archivi manicomiali, con gli altri studiosi del Centro (in particolare Augusta Nicoli), le persone che vivevano ancora dentro l'ospedale psichiatrico e i loro amici e familiari. Ci capitava spesso di condividere con loro i luoghi di ristoro: il bar e la mensa dell'ospedale psichiatrico.

La scelta di custodire e studiare gli oggetti, le testimonianze, i documenti amministrativi e sanitari era decisamente controcorrente. Fu accolta solo perché sostenuta da amministratori illuminati e da uomini di cultura come lo storico Carlo

Ginzburg e perché chi la promuoveva era uno psichiatra, Ferruccio Giacanelli, che faceva parte di coloro che avevano incominciato fattivamente a smantellare i manicomi prima del ’78 e dell’applicazione della legge 180. Sin dall’inizio della sua carriera si era fatto promotore della necessità di salvare le collezioni librarie custodite all’interno delle biblioteche manicomiali. Chiamato a dirigere il manicomio di Bologna, si operò per destituirlo all’indomani del 1978. Contestualmente si impegnò a progettare e creare il Centro di documentazione delle attività dei manicomi provinciali impegnandosi nell’opera di recupero e valorizzazione del patrimonio bibliotecario e archivistico relativo all’evoluzione della psichiatria bolognese, e nell’organizzazione dei programmi di intervento culturale del centro stesso. Alcuni i temi di fondo che lo interrogavano e che poneva al gruppo di lavoro: conoscere le cause che conducevano a ricoverare le persone in manicomio; approfondire la cultura psichiatrica e le scelte organizzative fatte all’interno del manicomio; capire quale fosse il legame fra psichiatria/povertà/manicomio e dunque fra custodia e beneficienza nonché tutela dell’ordine. Altro elemento, forse uno dei più cruciali per capire il legame fra sofferenza mentale delle persone e le modalità di farsene carico, era per lui capire quale legittimazione sociale e politica avesse avuto nel tempo la scelta di curare le persone in manicomio. Sapeva che negare non significava superare.

Ebbi il compito di fare ricerca storica quali/quantitativa nell’archivio storico del manicomio. Non era una pratica diffusa, anzi tutt’altro, perché la storia dei manicomi e dei suoi ospiti - o meglio, “internati” - fino agli anni Settanta del secolo scorso era stata esclusivo appannaggio degli psichiatri. Di norma erano ricostruzioni decisamente scollate dal contesto reale, che privilegiavano una lettura agiografica. Mentre negli anni della riforma psichiatrica era prevalso lo spirito della negazione del manicomio e di tutti agli annessi e connessi: come protesta, all’urlo di “mai più manicomio!”, venivano bruciate nelle piazze camicie di forza, apparecchi elettroshock e cartelle psichiatriche.

Dunque l’esito dell’avventura nel campo della ricerca storica sull’istituzione manicomiale di Bologna e poi quello di Imola nell’Ottocento, che mi aveva portato a passare giorni e giorni a esaminare tutto il materiale custodito in archivio, fu quello di scoprire che non esisteva una linea di demarcazione fra normale e patologico, fra sani e folli, ma condizioni sociali e scientifiche e scelte politiche che consentivano di rivedere, dilatare, rendere fluido o invalicabile quel confine. Scelte politiche che nel corso dell’Ottocento, l’epoca del consolidamento del neo-stato italiano, portarono ad “internare” in manicomio, in nome della scienza e dello sviluppo economico del Paese, le masse dei poveri e degli irregolari (vagabondi, accattoni, oziosi...) che

affollavano le città. E gli psichiatri a costruire la propria identità scientifica, perché capaci di gestire le persone che disturbavano l'ordine costituito.

Diverse le storie delle persone ricostruite attraverso lo studio delle cartelle cliniche. Una più di altre emblematiche sul rapporto esistente fra le scelte socio-assistenziali e le scelte politico-amministrative: quella di Luigi Veronesi. Una ricostruzione storica frutto di un lavoro di un'équipe multidisciplinare composta da tre psichiatri sensibili alla ricostruzione storica, una psicologa all'epoca in formazione e una persona laureata in filosofia, io, alla ricerca di risposte. Luigi Veronesi il 9 febbraio 1857, all'età di 35 anni, fu ricoverato nello "Spedale de' Pazzi" dell'ospedale generale di Bologna. Era un birocciaio abituato a bere, a confabulare di politica nelle osterie che frequentava e a vivere di espedienti per sbarcare il lunario e dare un contributo al sostegno della famiglia. Espedienti che prima della nascita dello Stato italiano, avvenuta nel 1861, lo avevano portato a vivere più di un guaio con la giustizia, financo al carcere. Nella sua vita – fra il 1857 e il 1890 - fu ricoverato in manicomio 35 volte. La sua storia è interessante perché accompagna il passaggio fra Stato pontificio e Stato unitario nazionale, ponendo più di un interrogativo alla nascente disciplina psichiatrica italiana. Se uno leggesse la storia ricostruita dal gruppo di lavoro attraverso atti giudiziari e amministrativi, fascicoli sanitari, cronache dell'epoca e carta stampata, si accorgerebbe che i suoi comportamenti, non conformi alle norme del tempo, in epoca pontificia erano stati giudicati come atti illegali, e dunque da punire, mentre dal momento del suo primo ricovero in manicomio divennero tratti caratteristici dell'eziologia della sua malattia mentale[2]. Osservando le vicende storiche più ampie, si è potuto riscontrare che nel corso dei suoi 35 ricoveri Luigi - "alcolista" con tendenze anarchiche e comportamenti rumorosi a causa delle sue bevute - finiva in manicomio o in galera a seconda di scelte amministrative dettate dai contesti socio-politici prima ancora che da ragioni sanitarie. La ricostruzione del percorso di Luigi, che se non avesse intrapreso la vita del deviante sarebbe stato un invisibile, è durata anni, perché si sono intrecciate più fonti e sguardi disciplinari e culturali diversi, ed è stata pubblicata proprio nel 1997, anno che, per legge, costituiva il termine ultimo per l'uscita dagli ospedali psichiatrici (qualora questo non fosse accaduto le aziende sanitarie inadempienti avrebbero avuto una significativa riduzione dei finanziamenti pubblici). Era passato più di un secolo ma non era cambiato il modo di agire il cambiamento: la leva economica poteva molto di più di quella medica.

Il forte intreccio fra cultura, costruzione della carriera del malato e interpretazione dei comportamenti mi convinse sempre più a continuare nel cammino

[2] Di Diodoro, Ferrari, Giacanelli Migani, Storia da un manicomio, in NOOS,1997

costruito e condiviso a latere con Augusta Nicoli, direttrice del Centro di documentazione. L'idea di fondo era quella di comunicare e diffondere quanto stavamo scoprendo con la ricostruzione storica della vita delle istituzioni e dei malati, sollecitare il confronto fra il passato e il presente della disciplina psichiatrica, arricchire e moltiplicare i soggetti dello scambio. Era fondamentale individuare nuove arene per lo scambio, non solo sale universitarie e biblioteche, ma anche piazze cittadine e luoghi sociali riconosciuti come spazi di vita dai cittadini. Lo aveva già messo in luce Augusta negli anni '90 introducendo lo mostra *Fra muri di Gomma. Attività espressive nei servizi di salute mentale: le forme possibili del fare psichiatria* curata dall'artista Gino Pellegrini[3], formatosi negli Stati Uniti. Nell'introdurre l'esposizione, Augusta aveva sottolineato che una mostra all'interno dell'ospedale psichiatrico era un modo per sottolineare la vitalità e le potenzialità che ancora contraddistinguevano l'assistenza psichiatrica dopo l'applicazione della legge di riforma, ma anche un modo per richiamare ciò che è stato. "Una continuità – sottolineava - da riproporre in positivo per evitare che alla riduzione dei muri di contenzione, quelli veri, se ne erigano altri meno sottoli, ma molto più ambigui: tanti muri di gomma"

Diversi i muri di gomma che bisognava evitare che si erigessero in quegli anni - e forse anche oggi - fra:

- terapeuti e famigliari
- équipe ospedaliere e territoriali in eterno conflitto sulla divisione delle competenze
- persone che soffrono e sono in cura e i loro famigliari
- politiche familiari e contrasto alla povertà economica, educativa e relazionale
- lavoro sul caso e lavoro di rete
- sapere tecnico e sapere di strada

Sono state le riflessioni sui temi sopracitati che hanno portato a promuovere un gruppo di lavoro che ha messo a punto e realizzato in più città il progetto *Vita da Pazzi. Mostre, film e dibattiti sul disagio psichico nella Regione Emilia-Romagna.* Un progetto che sul finire degli anni Novanta peregrinò per le città dell'Emilia-Romagna coinvolgendo cittadini, artisti, famigliari, persone che vivevano sulla pelle il disagio psichico, insegnanti, studenti, operatori dei servizi, amministratori ed esperti del settore. La mostra ricostruiva il passato dell'istituzione manicomiale portando in evidenza usi, costumi, la vita degli invisibili segregati in manicomio. Attraverso le visite guidate si esorcizzava la paura della malattia mentale, crollavano le barriere

[3] https://www.ginopellegrini.it/

fra mondo dei sani e dei cosiddetti folli. Le rassegne cinematografiche, fotografiche e artistiche, così come le visite guidate alla mostra, hanno consentito di perseguire obiettivi precisi ma intangibili; obiettivi poco conformi agli standard dei manuali sociali, perché non c'erano altre evidenze all'infuori dei prodotti del progetto. Si intendeva infatti:

- allargare il confronto culturale fra i diversi saperi disciplinari
- ridurre gli stereotipi che gravavano su chi soffriva di disagio psichico, quando ancora aleggiava l'idea che chi soffre di disagio mentale è "altro da noi"
- favorire il superamento del pregiudizio della cronicità delle malattie mentali
- avvicinare i giovani in stato di difficoltà ai servizi
- sviluppare comunità competenti capaci di prendersi cura delle persone che le abitano.

Si potevano certamente registrare dati/prodotti concreti, risultati progettuali, ma non si potevano verificare gli esiti di processo e di impatto. Negli anni però abbiamo visto che nei luoghi in cui è stata realizzata Vita da Pazzi si sono consolidate numerose pratiche, tra le quali:

- l'allargamento della scena della cura e delle persone che la popolano rompendo il rapporto duale medico-paziente
- il protagonismo dei cittadini attraverso le associazioni della salute mentale di famigliari e utenti
- la collaborazione servizi e operatori del terzo settore
- la rimodulazione del concetto di salute mentale
- l'aumento della sensibilità degli insegnanti e delle famiglie verso le tematiche inerenti alla salute mentale
- la legittimazione della corrispondenza tra linguaggio e prassi.

Ma si sa che la storia non va avanti secondo una progressione positiva lineare. Dopo momenti di grandi passi avanti ci siamo dovuti fermare. L'amministrazione locale nel 2000 non rappresentava più un solido alleato. Era cambiato qualcosa, forse la paura della portata rivoluzionaria della Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali del 328/2000.

Proprio i territori che avevano portato esperienze pratiche a sostegno dei relatori della suddetta legge sembravano ora averne paura. La legge 328/2000 ha introdotto e affermato principi e strumenti significativi: l'universalità del sistema dei servizi, la sussidiarietà, la valorizzazione del ruolo delle famiglie, strumenti informativi e programmatori rilevanti. Ha segnato un passaggio di paradigma rispetto alla precedente impostazione dei servizi sociali (risalente alla fine dell'800), affermando una logica promozionale a scapito di una riparativa e puramente assistenzialistica. Il

sistema integrato dei servizi è stato visto come un pilastro essenziale della piena cittadinanza, ha determinato attraverso l'approccio promozionale l'abbandono di interventi e prestazioni concentrati sulle categorizzazioni degli utenti, favorendo percorsi di accompagnamento rivolti alla persona nel suo complesso. Ha coinvolto soggetti diversi nella progettazione e nella realizzazione degli interventi (sussidiarietà orizzontale) e ha riconosciuto un ruolo propositivo e progettuale al terzo settore e ai soggetti della società civile. Ha inoltre reso possibile la collaborazione tra tutti gli attori del territorio per favorire la condivisione di responsabilità ridefinendo i livelli gerarchici.

Paradossalmente proprio in quei giorni le lancette degli orologi non sembravano più allineate, c'erano quelle dei professionisti, quelle dei famigliari, quelle dei pazienti e di tanti cittadini. Si era interrotto il cammino condiviso fra comunità e tecnici proprio nel momento in cui c'era l'opportunità di collaborare formalmente e allargare le sperimentazioni. Proprio ora, che c'era la possibilità di lavorare in pace, sembravano più forti i timori e la paura di perdere il proprio terreno di appartenenza. Era entrata in crisi la fiducia fra operatori, politici e cittadini che negli anni '70 aveva portato ad alcune delle esperienze più significative e democratiche del nostro Stato. Per fortuna, la paura non è riuscita a soffocare tutte le istanze di partecipazione. La forza di pochi ha portato a nuove e vitali sperimentazioni grazie ad associazioni, esperti socio-sanitari e cittadini.

È in quei luoghi di sperimentazione del progetto *Vita da Pazzi* che si sono implementate alcune esperienze magiche come quella che ha portato, nel 2003, alla nascita della prima cooperativa di utenti per aprire e gestire il bar "Le delizie del parco" all'interno di un parco pubblico di Ferrara. Il progetto *Lo sviluppo di contesti competenti nell'ambito della salute mentale a Ferrara* - co-promosso da servizi di salute mentale, associazioni di volontariato e pubblica amministrazione - ha valorizzato dapprima la ricerca azione e poi i "laboratori del futuro", ossia luoghi di coordinamento di idee e di coprogettazione partecipata, ma, soprattutto, luoghi di apprendimento cooperativo dove i timori e i desideri stimolano immaginazioni e piani di lavoro per il futuro[45]. Chiamate a commentare l'esperienza e i risultati ottenuti, le persone che avevano preso parte attiva a questi laboratori hanno segnalato, come motivi che hanno reso particolarmente positiva l'esperienza, il lavoro di gruppo, il clima di fiducia che si è creato fra i partecipanti e l'effettiva realizzazione del progetto grazie alla presenza anche di competenze imprenditoriali.

L'azione di comunicazione, il passaparola, la natura dei problemi ha coinvolto anche le scuole nel lavoro di rete fra servizi, famiglie e operatori. Nelle scuole

[5] I laboratori del futuro sono uno strumento

l'attenzione si è focalizzata subito su interventi finalizzati alla promozione del benessere come strumenti per affrontare il disagio dei ragazzi e delle ragazze. Da subito è risultato chiaro che era necessario fare un passo avanti: non bastava più avere informazioni, la diffusione della rete ne aveva affievolito il bisogno, ma era diventato più urgente condividere cosa significa "conoscere" nell'esperienza quotidiana, perché la conoscenza ha senso solo se messa in relazione. Porre attenzione al benessere a scuola significava fare un passo avanti: significava porsi il problema, cogliere la stretta relazione esistente fra malessere e insuccesso scolastico, rivedere le trame organizzative e individuare in esse la genesi dei diversi ruoli (nella scuola e nella famiglia), integrare i diversi livelli di sapere, accettare la sfida della complessità, assumere il punto di vista di sistema, accogliere il problema per cercare la soluzione.

Il fermento messo in atto con il progetto *Vita da Pazzi* era visibile anche nel campo della cultura. Partendo dal bisogno di approfondire le tematiche sul tempo libero proposte dalle associazioni di utenti e di familiari, nel 2007 fu organizzato il seminario "*Cultura Teatrale, Salute Mentale e cittadinanza in scena; immaginazioni a confronto nell'ARTE della relazione*". L'evento fu rivolto a operatori della salute e della cultura dei servizi, associazioni di utenti, familiari e di volontariato, compagnie teatrali della salute mentale, registi e tecnici. Diverse furono le riflessioni dei partecipanti:

- Come lo strumento del teatro può valorizzare il grande potenziale creativo insito nel disagio mentale
- Il problema del teatro nella salute mentale è il luogo; si deve uscire dai luoghi di cura verso i luoghi della cultura
- Il teatro può contribuire a rappresentare in un modo nuovo la storia della psichiatria anche nelle università, dove prevale il discorso medico-scientifico
- Occorre affrontare la cultura dell'esclusione e della dicotomia che, in maniera trasversale, riguarda il nostro tempo. La stessa dicotomia si ripropone in teatro attraverso il dualismo "questa è arte/questa non è arte".
- Emerge il bisogno di comunicare le esperienze, di spostare l'informazione sulla conoscenza di queste realtà teatrali e di fare controinformazione. Diviene fondamentale incrementare la conoscenza e il lavoro di rete, inventandosi nuove strutture organizzative.
- Il teatro esige un pubblico. C'è "un altro" al di fuori dell'attore, che è fuori dal contesto della cura e che può apprezzare o meno quello che si fa. Si crea così uno spazio di transizione fondamentale per il riconoscimento e per il cambiamento.

- Bisogna distinguere tra almeno due modi di fare teatro: con gli operatori o senza.
- Nel teatro si avverte meno la differenza terapeuta-paziente, che in ogni altra situazione è più marcata.
- Nel teatro la dicotomia scompare perché c'è un oggetto comune che è la rappresentazione, il teatro.
- Il teatro diviene volano di produzione e cambiamento di cultura, sia all'interno dei servizi pubblici di salute mentale che sollecitano occasioni di integrazione allargate alla comunità, sia attraverso la rappresentazione di spettacoli in teatro che coinvolgano la collettività amplificando l'azione di riduzione dello stigma e aprendo nuovi orizzonti culturali.

I tempi sembravano maturi per avviare forme di collaborazioni fra chi aveva esperienze consolidate o già avviate sul teatro, se pur variamente organizzate. Nel 2008 ha visto la luce un lento e fruttuoso lavoro di identificazione delle potenziali aree di lavoro comuni e di quelle fortemente connesse alla storia locale dei servizi, nonché alle caratteristiche peculiari dei pazienti che partecipavano ai laboratori teatrali o produzioni di spettacolo, e ai fruitori delle attività (cittadini, scuole, pazienti). Dalla costituzione della rete alla messa a punto del progetto regionale sono intercorsi alcuni mesi di intenso e qualificato confronto con i servizi pubblici di salute mentale. Si è giunti così all'ideazione del Progetto Triennale Teatro e salute mentale e all'identificazione degli obiettivi generali da perseguire nel corso del triennio 2009-2011, grazie a scelte innovative dei DSM, dell'Istituzione G.F.Minguzzi (già Centro di documentazione) e della Regione Emilia Romagna. Il progetto è ancora in essere. La rete regionale si è attivata in questi ultimi anni per dare vita ad una rete nazionale. Verso il 2017 ho avvertito nuovamente il desiderio di ritornare agli studi di storia della psichiatria. Anche se la vita, il lavoro mi avevano portato altrove, lontano dagli archivi manicomiali. Sentivo che era ora di ritirare fuori dal cassetto le ricerche fatte con Ferruccio Giacanelli, e di vedere se erano utili anche per riflettere su un mondo che stava nuovamente alimentando barriere culturali invalicabili, separando il mondo dei buoni dal mondo dei cattivi in un sistema multicentrico che consente a tutti, senza la necessità di riconoscersi in valori definiti, di posizionarsi e alimentare sentimenti di odio per chi appartiene alla stessa cerchia. Gli studi erano gli stessi, ma diversi gli interrogativi: sono stati chiusi i manicomi, ma le ragioni che alimentano i desideri di allontanare e occultare le persone scomode sono sempre attuali. Che cosa ci insegna quell'epoca? Riusciamo a riconoscere e a distinguere i germi positivi da quelli negativi per orientare l'azione verso un «ben stare» comunitario che valorizzi il benessere individuale e interindividuale? Cosa accade quando esperienze

organizzative costruite per rispondere a un problema perdono la loro funzione generatrice per trasformarsi in organizzazioni mortifere? Rispondere a questi interrogativi forse mi permetterà di dare una risposta a quella domanda che da sempre alimenta la mia ricerca: perché si costruiscono barriere fra le persone? Perché per riconoscersi bisogna eliminare l'altro, o, nel migliore dei casi, allontanarlo?

> Certamente Franco Basaglia sapeva bene che lo sforzo più grande da compiere era quello all'interno della comunità dei cosiddetti "uomini liberi". Liberarci dalla paura, dal fastidio, dalla ripugnanza per l'altro/il diverso non è un atto che si induca con una legge. Convincersi che l'altro siamo noi, e soprattutto le nostre paure, significa imparare a vivere nel rispetto e nell'apertura, credere nella pluralità ancora più che nell'integrazione. È piuttosto una scelta, una pratica di democrazia.[6]

Certamente oggi per analogia possiamo dire che i servizi possono continuare ad essere generativi e produttori di empowerment del singolo e della comunità solo se cessano di ripiegarsi su di sé e diventano pluridisciplinari, ma soprattutto se smettono di vedere nell'altro una minaccia e si aprono alla collaborazione con i diversi attori del territorio, in particolare all'associazionismo e a tutti quei soggetti che mostrano un'attenzione prioritaria al bene comune e all'interesse generale. Ma per fare accadere questo bisogna seminare fiducia, investire sulla cura dei processi e non temere di promuovere progetti a lungo termine che, pur in assenza di evidenze scientificamente provate, mostrano di incidere positivamente sulla vita delle persone con problematiche di salute mentale e su quella di chi sta loro accanto. Senza queste coraggiose visioni progettuali, i manicomi oggi in Italia sarebbero ancora aperti.

[6] Valeria P. Babini, Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento, Il Mulino, Bologna, 2009, p. 294

# LA (DES)INSTITUCIONALIZACIÓN DEL ESPACIO DOMÉSTICO: PROBLEMÁTICAS Y RETOS EN EL ABORDAJE DE LA SALUD MENTAL EN CATALUNYA

Elisa Alegre-Agís

## Una red estanca: la reforma psiquiátrica en España y Catalunya[1]

La desinstitucionalización y reforma psiquiátrica en España supuso una dignificación innegable de la vida de las personas psiquiatrizadas, especialmente de aquellas diagnosticadas con trastornos mentales graves (TMG), y humanizó la manera de atender el «sufrimiento mental/psíquico/subjetivo» (Cela Bertran, 2020). Sin embargo, permanecen aún problemas y reivindicaciones históricas no resueltas, 35 años después de la reforma psiquiátrica: desde la necesidad de transformar los marcos epistemológicos estancos de la psiquiatría, la falta de coordinación entre servicios, hasta la cuestionada capacidad para garantizar los derechos humanos y civiles de las pacientes y de las familias cuidadoras[2]. Los adelantos en medicina, neurociencias y la farmacología han permitido alejarnos de viejas y caducas "terapias" como la lobotomía, la hidroterapia o el *electroshock* -aunque este último aún no haya desaparecido del todo-. Sin embargo, no hemos podido alejarnos aún de los internamientos involuntarios- en algunos casos con prácticas especialmente coercitivas e incluso violentas-, de las contenciones mecánicas -que siguen provocando enormes debates entre movimientos sociales en primera persona y el personal sanitario-, de la medicación sin consentimiento de la persona afectada, entre otras vulneraciones de derechos que son fuertes ejes de debate -y disputa- entre el activismo por la salud mental en primera persona y familiares cuidadoras y el mundo profesional.

España es el segundo de 28 países europeos (incluyendo a UK) con un mayor índice de trastornos mentales diagnosticados cada 100.000 habitantes, solo después de Portugal, en datos de 2019. Sin embargo, invierte sólo el 5% de su gasto

[1] Este capítulo presenta algunos resultados de la investigación de mi tesis doctoral, titulada "Stultifera Domus. Del manicomio a la institución doméstica total: vida cotidiana, familia y esquizofrenia" defendida en noviembre de 2021 y pendiente de publicación. Mis agradecimientos son para Àngel Martínez-Hernáez y Josep M. Comelles, directores de esta tesis, sin su acompañamiento y aportaciones ni la tesis ni este capítulo habrían sido posibles. También quiero agradecer a Karol Veiga y Márcio Belloc por la invitación a participar de este libro.

[2] Para una ampliación sobre la problematización de la reforma psiquiátrica ver (Aparicio Basauri & Sanchez Gutierrez, 1990; Barrios Flores, 2020; Chicharro Lezcano, 2007; Comelles, 2005, 2006; Desviat, 2016, 2011; Hernández Monsalve, 2011; Huertas García-Alejo, 2003; Madoz-Gúrpide et al., 2017; Menéndez Osorio, 2005; Novella, 2008)

en sanidad a la atención en salud mental, menos de la mitad que Alemania, siendo está la más alta con un 11,2%, en datos de 2020. Además, España está a la cola en relación a los países europeos en las evaluaciones sobre la percepción de apoyo social de las personas pacientes, y en el gasto per cápita en prestaciones por "discapacidad" en salud mental (Bianco et al., 2021). Por otro lado, estuvo también a la cola en lo que fueron las llamadas "reformas psiquiatras". En el resto de Europa y EE. UU. estas se produjeron entre 1960/1970, mientras que aquí hubo que esperar a la transición democrática, concretamente hasta 1986 con la Ley General de Sanidad (LGS). Esta permitió el despliegue de un complejo de dispositivos ambulatorios, bajo el paradigma de la psiquiatría comunitaria y un enfoque de atención bio-psico-social[3], con el objetivo de acompañar al sujeto en su vuelta a la comunidad y promover su inclusión social.

En Cataluña, la desinstitucionalización permitió consolidar una red de atención a la salud mental (RASM)[4] con tres niveles asistenciales que articula diversos servicios con objetivos y funciones diferentes: 1. Centros de Salud Mental. 2. Atención hospitalaria y 3. Rehabilitación psiquiátrica comunitaria. Actualmente la RASM cuenta con cuatro hospitales monográficos[5], salas de psiquiatría en hospitales de nivel III y II, y un conglomerando de dispositivos externalizados y ambulatorios, atomizado en innumerables empresas privadas prestatarias de servicios[6]. Los distintos "*Pla Director de Salut Mental i Adiccions"* (Departament de salut, 2006, 2017) de la Generalitat de Catalunya, basados en la psiquiatría comunitaria, no acaban sin embargo de desplegarse en la práctica, por las propias carencias del sistema. Desde la crisis del 2008, el sistema sanitario catalán ha sufrido numerosos recortes presupuestarios que han menoscabado su capacidad para una atención que tenga en cuenta no solo la heterogeneidad y particularidad biográfica de las personas, sino también los determinantes sociales en salud. De hecho, Cataluña es la segunda Comunidad Autónoma del Estado[7] que menos

[3] Para una ampliación sobre los abordajes basados en la rehabilitación psicosocial y la psiquiatría comunitaria en el Estado español ver (Chicharro Lezcano, 2007; Hernández Monsalve, 2011; Martínez-Hernáez, 2009b; Ventura Velázquez et al., 2003; Villarino, 2010).

[4] A partir de ahora nos referiremos a la red de atención a la salud mental pública de Catalunya como RASM.

[5] Los hospitales monográficos en Cataluña se encuentran en las provincias de Tarragona (1), Girona (1), y Barcelona (2).

[6] Concretamente la red de atención a la salud mental cuenta con: Centre de Salut Mental per Adults (CSMA), Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ), Hospital de Dia per a Adolescents (HDA), Unitat de Referència Psiquiàtrica Juvenil (URPI), Unitat Crisis Adolescents (UCA), Servei Psiquiàtric d'Urgències (CPU), Unitat de Rehabilitació Hospitalària (URH), Alta Dependència Psiquiàtrica (ADP), Unitat d'Atenció Psiquiàtrica Especialitzada (UAPE), (Hospitals) Mitja i Llarga estància (MILLE), Unitats hospitalàries Especialitzades Discapacitats Intel·lectuals (UHEDI), Unitat Patologia Dual (UPD), Hospital De Dia (HD), Centre de dia (CD), Centre d'Atenció i Seguiment (CAS), Àrees Bàsiques de Salut (ABS), Servei Especialitzat Salut Mental i Discapacitat Intel·lectual (SESMDI) y Equip Bàsic d'Atenció Social Primària (EBASP).

[7] Catalunya es una de las 17 Comunidades Autónomas de Estado español. Cada una tiene su sistema sanitario y sistema de ayuda social, con sus leyes y estructuras propias, aunque el Sistema Nacional de Salud a nivel español sea quien regula los parámetros generales de todas las comunidades. Aún así, cabe destacar que esta autonomía de los territorios lleva a enormes desigualdades entre unos y otros.

invierte en sanidad en proporción al Producto Interior Bruto (PIB) con un 4,9%, la que menos invierte de su presupuesto sanitario en personal médico, un 36,6% (Rodríguez Blas, 2021), y ha aumentado la privatización de los servicios hasta situar en un 43,6% el gasto en prestación privada del presupuesto total de sanidad, en datos de 2020 (Accenture, 2020).

A ello, debemos añadir el hospitalo-centrísmo[8], producto de un modelo financiación de la sanidad pública que ha priorizado la inversión en el sector hospitalario, subalternizando otros espacios de atención -como la atención primaria- y otros recursos terapéuticos (Comelles et al., 2017). En el caso de la salud mental, el acceso al circuito de atención sigue articulándose principalmente por urgencias de los hospitales especializados o de las salas de psiquiatría de los hospitales generales (Brigidi, 2009). Los primeros brotes suelen dirigirse vía urgencias de un hospital general, y una vez dentro del circuito asistencial, las recaídas se gestionan más frecuentemente vía urgencias de los hospitales especializados[9]. El hospitalo-centrimo se articula en tres dimensiones: primero, el hospital tiene un uso hegemónico como puerta de entrada en las crisis producidas en los intervalos de estancia en casa u otros emplazamientos residenciales -como los pisos tutelados-. Segundo, la demanda de atención y terapéutica pivota entre los tres niveles que conforman la red de atención, dando lugar al fenómeno conocido como el *revolving door* entre el hospital, los dispositivos externalizados y el espacio doméstico (familiar o tutelado). Tercero, la paradoja de la "hospitalización doméstica"-que veremos más adelante-, que inserta a las personas afectadas y sus familias en un hogar con lógicas custodiales y manicomiales (Comelles et al., 2017).

Por otro lado, el tratamiento se articula principalmente alrededor de la medicación psiquiátrica (Martínez-Hernáez et al., 2020), debido a que otro tipo de enfoques terapéuticos suponen una mayor inversión en recursos, llevando así a un fármaco-centrismo[10] que no se limita a ser el eje, sino que se intensifica con fenómenos como la sobremedicación, la prescripción de psicofármacos en atención primaria, y la dificultad para el diálogo, la negociación y los acuerdos entre pacientes y psiquiatras sobre la mediación, ya sea para reducirla, cambiarla, o abandonarla (Martínez-Hernáez et al., 2020). Además, podemos hablar de un modelo

[8] El "hospitalo-centrismo" es un concepto cultural con el que describimos la hegemonía del hospital en los dispositivos de salud actuales, desarrollado a partir de la asunción, por parte del estado moderno, de garantizar su capacidad resolutiva, su fiabilidad económica y su valor como espacio fundamental en la formación de profesionales (Comelles et al., 2017).
[9] Todo ello depende de la distancia entre el domicilio del paciente y el recurso asistencial más próximo, aunque también de si se tratan de ingresos voluntarios o no. Cuando el sistema judicial y policial interviene en el ingreso involuntario se pone de relieve la responsabilidad legal del psiquiatra, su monopolio en el diagnóstico de los trastornos mentales graves y su hegemonía profesional respecto de otros profesionales de la salud física y mental (Comelles et al., 2017)
[10] La centralidad de los fármacos en la terapéutica ha sido extensamente criticada, especialmente por no resolver los síntomas negativos, por sus efectos secundarios y por los malestares que genera en las personas usuarias (Pol Yanguas, 2015; Stip, 2001; Tajima et al., 2009).

especialmente psiquiatrocéntrico, ya que el tratamiento pivota alrededor de la visita con el o la profesional de la psiquiatría, y el "resto" de disciplinas y profesiones que se encuentran en los dispositivos de atención, acaban siendo un elemento accesorio (especialmente las sociales) dentro del sistema: las visitas con profesionales de la psicología son limitadas, cuando existen; la enfermería está supeditada a las directrices de la psiquiatría; las trabajadoras sociales se ven limitadas a la expendición de ayudas económicas y de servicios; y otras profesiones como las acompañantes terapéuticas y otras profesiones técnicas que se ocupan de realización de actividades y talleres, quedan relegadas a funciones auxiliares que no son consideradas prioritarias. Por su parte, las y los profesionales de la salud mental en Cataluña llevan años denunciando la falta de personal (especialmente del ámbito de la psicología), largas listas de espera para las pacientes, visitas muy cortas y espaciadas, precariedad laboral en los contratos y una enorme presión asistencial (Martínez-Hernáez et al., 2020).

El paradigma de atención bio-psico-social, que debería denostar una interrelación entre las tres áreas, responde más a un orden donde lo social queda relegado a un "tercer" lugar jerárquico en la relación. Así, las violencias estructurales y los condicionantes sociales son considerados de manera residual y, en consecuencia, no son incorporados en la coyuntura del problema en la intervención clínica y social. La utilización constante del concepto bio-psico-social en la redacción de políticas públicas a la vez que su falta de aplicabilidad ha pervertido su intención originaria, que reclamaba la integración de los condicionantes sociales, las dimensiones psicológicas, y el recorrido biográfico del sujeto en las intervenciones en salud y salud mental. En consecuencia, "el tratamiento farmacológico se plantea como la opción dominante frente a otro tipo de intervenciones más centradas en la psicoterapia o en la recuperación psicosocial que, si bien disponen de un amplio reconocimiento[11], acostumbran a quedar en un segundo plano" (Serrano-Miguel & Martínez-Hernáez, 2020:248).

Relativo al sistema de ayuda[12], podemos decir que se encuentra desfasado con la realidad social, ya que la ley que lo regula es del 2007, y la cartera de servicios del 2010. Concretamente, el colectivo de "personas que sufren problemas de salud

[11] Es importante destacar el reconocimiento del paradigma psicosocial en el mundo académico y profesionales, especialmente entre las disciplinas sociales, aunque, como hemos visto, el reconocimiento social, profesional o sistémico no se traduce posteriormente en la práctica asistencial.

[12] El sistema de ayuda (Sistema de Serveis Socials) cuenta con una cartera de prestaciones económicas, de servicios y tecnológicas, encuadrados en los servicios especializados. Las que refieren exclusivamente Servicios para atender a las problemáticas sociales derivadas de la «malaltia mental» son: servei de centre de nit, servei de suport a l'autonomia a la pròpia llar; serveis d'habitatges: llar residència temporal o permanent y llar amb suport temporal o permanent. Servei de residència assistida temporal o permanent, servei de club social, servei prelaboral, Servei de tutela y el servei de valoració de la dependència (SVD). Un análisis de detallado de los servicios sociales en Cataluña y la limitada red de servicios en el caso de salud mental puede verse en (Alegre-Agís, 2020).

mental y que de ello se derivan problemáticas sociales", sólo cuentan con 2 servicios garantizados por derecho subjetivo: el servicio de tutela y el de residencia asistida temporal o permanente, para aquellas personas declaradas en situación de dependencia. Las prestaciones de servicios de hogar con soporte, hogar residencia, clubes sociales, y servicios prelaboral no están garantizados, es decir, que están sujetos a disponibilidad presupuestaria. A ello, debemos añadir la desigualdad con respecto a otros colectivos como el de discapacidad intelectual que cuenta con un total de 18 prestaciones, 8 de los cuáles están garantizadas. Concretamente, los colectivos de salud mental, personas usuarias o consumidoras de drogas y las afectadas por el VIH son las que cuentan con menos servicios de toda la cartera. Casualmente, tres colectivos que padecen estigmas sociales, culturales e institucionales históricos, muy poco prioritarios para el desarrollo de políticas públicas sociales, y con paradigmas de intervención fuertemente medicalizados y asistencialistas (Alegre-Agís, 2020).

Por otro lado, las trabajadoras y educadoras sociales de los servicios sociales se encuentran atrapadas en una inercia institucionalizante de la práctica de sus profesiones, encorsetadas en políticas, programas, planes y protocolos que muchas veces están descontextualizados de la comunidad porque están supeditados a normativas autonómicas o estatales que no responden a las realidades de los municipios. La estructura de los servicios sociales regida por la Generalitat de Catalunya, pero gestionada por las administraciones locales, está desactualizada y desprendida de la realidad social, lo que sobrecarga a las profesionales a nivel local, si tenemos en cuenta que sobre su ley y cartera han pasado dos crisis socioeconómicas, la del 2008 -de la que no se había acabado de remontar- y la derivada de la pandemia de la Covid-19.

Lo "comunitario" en la RASM catalana nos habla más de un *locus* geográfico en el que se ubican los dispositivos, que de un *qué* y un *cómo*. Una verdadera aplicación de las metodologías y prácticas de lo que entendemos como intervención social comunitaria en el territorio implicaría la generación de red social, de figuras como el trabajo o educación social de calle, la mediación social, la implicación vecinal, la colaboración e intervención coordinada con otros agentes sociales y la red asociativa en los barrios, la estimulación de la autonomía colectiva y la autogestión de la comunidad, entre muchísimas otras líneas estratégicas que no están llevándose a cabo desde las administraciones públicas. Son, en Catalunya, y en general en el Estado español, las entidades, asociaciones y movimientos sociales quienes están realizando este tipo de intervenciones o acciones sobre el terreno. Sin embargo, cuentan con un escaso apoyo económico y de recursos por parte de las

administraciones y con infraestructuras a veces precarias -si las tienen-. Esto lleva a muchas de ellas a tener largas listas de espera para sus actividades, apoyos y acompañamientos, siéndoles imposible dar cobertura a la demanda y sobrellevando una enorme sobrecarga sobre las técnicas y el personal voluntario. A todo ello, hay que añadir que la red de asociaciones en primera persona y de familiares, hacen frente no solo a los problemas de salud mental, sino también a dificultades añadidas como las altas tasa de paro -del 82,9% en el caso de discapacidad por "trastorno mental" según el Instituto Nacional de Estadística, en datos de 2020- de las personas diagnosticadas, o las dificultades para acceder a las llamadas "pensiones por discapacidad" que resultan insuficientes para una vida autónoma e independiente.

Desde hace años, la literatura científica viene alertando de la paradójica conservación de inercias manicomiales tras la des-institucionalización en los espacios de atención clínica y en la comunidad. Las insuficiencias técnicas y las dificultades del mundo profesional, ha hecho que la práctica cotidiana no haya diferido, más allá del discurso, de la práctica tradicional a la que se pretendía desplazar cuando se realizó la reforma psiquiátrica (Desviat, 2011). El proceso de reforma trajo cambios infraestructurales, pero no una verdadera transformación del modelo de atención (Desviat, 2016). Los dispositivos de salud mental en su conjunto no han transformado o al menos cuestionado en profundidad sus perspectivas y sus políticas. Se ha ponderado la infraestructura, respetado y trasladado el esquema básico de las propuestas de la reforma, pero pocas modificaciones ha sufrido el paradigma global desde donde se piensan las problemáticas mentales. Se ha producido entonces un cambio arquitectónico y escenográfico, pero el funcionamiento intrínseco y la forma en que reflexionamos y nos relacionamos con el sujeto de la locura aún conserva remanentes que pueden pensarse como originarios de las lógicas de los antiguos manicomios (Correa-Urquiza, 2009). "El estigma, la segregación, la vida tutelada y otras formas de confinamiento continúan operando tanto en el plano ideológico como en las prácticas sociales" (Correa Urquiza et al, 2006: 48). Los dispositivos de atención con sus protocolos, normas, burocracias y estructura jerárquica, resistentes a las modificaciones, parecen haber mantenido aún vivas ciertas inercias institucionales que conducen al sujeto hacia una vida sujeta al control. Un funcionamiento con una inercia centrífuga e inhibidora del ser. Si sumamos la creciente privatización y mercantilización de la atención, podemos tener instituciones cuyo funcionamiento interno continúe adscrito a una antigua práctica custodial, pero que externamente aparezcan gestionadas bajo nuevas formas y criterios mercantilistas (Serrano Miguel, 2018). Así, la lógica social

que estaba y está detrás del manicomio sigue vigente en la red de atención, y se extiende hacia la comunidad (López et al., 2006).

Por ello, es importante atender a los principales factores relacionados con ese «empobrecimiento» personal y social que manifiestan las personas diagnosticadas y sus familias, comprender el carácter monográfico de la institución, el aislamiento físico y social, el control sobre la vida individual y prácticas custodiales. Todo ello, sobre la base de una lógica social de exclusión que sigue sucediendo en los hospitales, dispositivos residenciales y de atención (López et al., 2006), y que cabe conocer cómo está sucediendo en los espacios donde hoy acontece la atención informal y los cuidados: el espacio doméstico. Problematizar el impacto del modelo actual en la vida cotidiana del espacio doméstico es fundamental para comprender cómo y qué se está articulando dentro de este, y su interrelación con el mundo. Y, en todo caso, desentramar como se estarían articulando las inercias manicomiales que son propias de las institucionales totales en espacios privados como lo es el doméstico.

## Una cotidianidad estanca: la institucionalización del espacio doméstico tras la reforma

### *La Institución Doméstica Total*

Mi investigación de tesis doctoral presenta un análisis historiográfico del antiguo modelo manicomial y custodial, y un análisis etnográfico de la vida cotidiana de las personas diagnosticadas de TMG y sus familias cuidadoras, en el actual modelo externalizado y ambulatorio en Catalunya. En ella se realiza una comparativa de ambos modelos (el custodial y el ambulatorio), que intenta dilucidar cuáles son y cómo se estarían dando estas reproducciones de lógicas custodiales y manicomiales en el espacio doméstico. Si antes mencionábamos que desde hace tiempo la literatura al respecto viene alertando de esta conservación, el aporte de este trabajo consiste en entrar en profundidad en el análisis de estas supervivencias, apuntarlas de manera más pormenorizada, y conocer es el impacto de todo ello en las personas diagnosticadas y sus familias cuidadoras. Esto me llevó construir la categoría analítica de la Institución Doméstica Total, para poner de relieve que los hogares con una persona diagnosticada de TMG pueden convertirse en pequeñas instituciones totales por las dinámicas internas e intrafamiliares que allí suceden, pero también por las inercias sociales externas que les atraviesan. Esta categoría se construye a través de las narrativas sobre lo cotidiano, concretamente, de

personas atendidas de forma prácticamente exclusiva por el sistema sanitario público de salud mental[13], con una red social de relación y sostén limitada a la familia próxima y otras personas diagnosticadas[14](Alegre-Agís, 2017, 2018). Y, por otro lado, utilizando como base las etnografías del custodialismo y los análisis sociológicos de las instituciones totales y hospitales mentales. El resultado del análisis[15] nos muestra toda una serie de lógicas custodiales y manicomiales, propias de la institución total, como prácticas de atención y cuidados, uso de los espacios, coerciones, vigilancias, lecturas del sujeto diagnosticado, formas de entender el diagnóstico, usos de los fármacos, controles cotidianos sobre el comportamiento, normas explícitas e implícitas, rutinas en bucle, instancias cotidianas repetitivas, entre otras.

En este caso, nos centraremos en la institución total definida por Goffman como aquella que rompe con el ordenamiento social básico de la sociedad moderna, en el que las personas pueden dormir, jugar y trabajar con diferentes personas, con distintas autoridades y sin un plan racional (Goffman, 1970), y que tiene cuatro características principales. La primera es que "todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única" (Goffman, 1970: 19). En mi trabajo de campo, la permanencia en un mismo lugar, en este caso en el hogar, y de manera más específica en la habitación personal, se convirtió en una especie de línea diagonal, con distintos grados de intensidad que atravesaba a prácticamente todas las informantes diagnosticadas. Ir de la habitación al salón, del salón a la habitación, de la habitación a la cocina, y de la cocina a la habitación fue una narrativa permanente entre las personas afectadas y sus familiares al describir el día a día. Un *loop* que recuerda al movimiento de las personas internas en un manicomio: «los reclusos pasean por la institución a menudo sin rumbo fijo o con una rutina inflexible, suben y bajan las mismas escaleras veinte o treinta veces al día, van de la habitación al comedor, del comedor a la sala, de la sala al patio, del patio al comedor y del comedor a las habitaciones» (Medeiros-Ferreira & Martínez-Hernáez, 2003:63). Las narrativas muestran la búsqueda de un espacio propio -una suerte de habitación propia (Woolf, 1928)- a la vez que describen una reclusión en el hogar y en la habitación personal. Así, se observa como la experiencia corporal absorbe una determinada lógica de confinamiento como la del modelo custodial-manicomial clásico (Medeiros-Ferreira & Martínez-Hernáez, 2003), que se

[13] Esta exclusividad se refiere, en este contexto, a personas que no son activas en la red de asociacionismo alrededor de la salud mental.
[14] El trabajo de campo se llevó a cabo con personas diagnosticadas, familias cuidadoras y profesionales, en asociaciones y espacios de la red de atención a la salud mental pública de Cataluña entre 2014 y 2018.
[15] Para una ampliación de los resultados ver (Alegre-Agís, 2016a, 2016b, 2017, 2018, 2019)

reproduce en las instancias cotidianas en el hogar. Por su parte, las salidas fuera de casa se producen principalmente para asistir a las actividades y talleres en el centro de día o a las visitas al médico y al psiquiatra.

Por otro lado, en el hogar se observa un *juego* de autoridades protagonizado por las familias cuidadoras y el conglomerado de profesionales de la salud mental, especialmente de la psiquiatría. Un engranaje de autorizaciones/desautorizaciones qué invade los espacios íntimos del sujeto[16], ya que no se aplica únicamente en lo referente al trastorno y la terapéutica, sino que invade las relaciones personales y sociales. Así, las personas afectadas se ven abocadas a negociar pequeñas salidas, el uso de determinados objetos como puede ser la televisión, ir en transporte público solas, llegar a horarios determinados a casa, entre otras. Todo ello, bajo es una estela de infantilización que opera en el marco de una "preocupación" basada en la percepción de riesgo constante de tener un brote; preocupaciones que las madres cuidadoras narran desde el miedo a que "se pierdan", "que no se ubiquen", y que no sepan desenvolverse ante situaciones que no están acostumbradas a vivir; todo ello movido por la idea de la pérdida de capacidad cognitiva producida por el trastorno, o incluso por efectos secundarios de los psicofármacos que les deja, en lenguaje *emic*, "zombis". Así, "la autoridad única" se ha convertido en un proceso complejo de fuerzas de poder que dan por sentado que hay circunstancias de vida que no forman parte de *lo posible* para las personas afectadas.

La segunda de las características nos dice que "cada etapa de la actividad diaria del miembro se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas" (Goffman, 1970: 19). Si nos movemos a los espacios de atención de la RASM, es fácil constatar que existe una mayor o menor convivencia entre personas diagnosticadas a las que se les da el mismo trato, ya sea en espacios residenciales donde esta convivencia "en la compañía inmediata de un gran numero de otros" es más intensa, o en otros dispositivos asistenciales "ambulatorios" como los centros y hospitales de día o los clubs sociales, donde la convivencia es intermitente, pero donde lo patológico y lo terapéutico es el eje transversal de la intervención y, en consecuencia, se trata de espacios dirigidos concreta y exclusivamente para personas con diagnósticos de TMG. En consecuencia, la red social queda limitada a personas *con su misma problemática* de forma coyuntural,

[16] Por ejemplo, la resistencia, y consecuente disuasión, a que las afectadas tuvieran una pareja sexo/afectiva también diagnosticada. Si las relaciones sociales están prácticamente reducidas a compañeras y compañeros del centro de día, por ejemplo, lo habitual -o esperable- es que se inicien relaciones sexo-afectivas entre ellas. Por otro lado, el estigma y auto-estigma tiene enormes consecuencias en la percepción sobre sí mismas y su autoestima (Correa-Urquiza et al., 2020; López et al., 2008b, 2009) frenándoles incluso el mero intento de tener «una relación con alguien normal», como ellas mismas expresaban.

sumando a la pérdida de relaciones y amistades previas a su carrera de enfermedad, que las diagnosticadas y cudiadoras manifiestan.

Respecto al trato[17] en la institución total, este está caracterizado el desposeimiento del *yo*, donde se da un vaciado del sujeto a través de la separación con el exterior y el despojo de los roles sociales previos, conformando lo que Goffman llamó la "mortificación del yo". Esta negación y no reconocimiento del sujeto se hace evidente hoy en la merma o desaparición del vínculo social de las afectadas que tenían previo al diagnóstico, en la pérdida de roles vinculado al ejercicio laboral, profesional o formativo, pero también en la pérdida de relaciones afectivas y en la falta de inclusión en espacios de socialización no atravesados por lógicas terapéuticas. Por parte de las madres cuidadoras, se manifiesta una pérdida de la persona "anterior" que ellas manifiestan incluso hablando de un duelo por un hijo o hija que ya no existe, poniendo de relieve la "muerte civil" del sujeto. Si a ello sumamos el aislamiento físico y simbólico, observamos la "mortificación del yo".

La tercera de las características nos dice que "todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas, de modo que una actividad conduce en un momento prefijado a la siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone desde arriba, mediante un sistema de normas formales explicitas, y un cuerpo de funcionarios" (Goffman, 1970: 19). A lo largo del trabajo de campo, fui encontrando cotidianidades pautadas, ordenadas y cíclicas. Uno de los momentos de "acumulación" de cambios es el espacio-tiempo entre el primer brote y el diagnóstico, en la mayoría de los casos, en el marco de la pérdida (Alegre-Agís, 2016a) de roles y relaciones sociales. Por otro lado, al relatar sus recorridos vitales, las narrativas tomaban forma de embudo: los acontecimientos fuera de lo ordinario remitían a una *vida anterior* al diagnóstico, mientras que "a partir de la enfermedad" iban describiendo una cotidianidad cada vez más ritualizada y metódica en términos comportamentales en los mismos espacios, con las mismas personas, y sin lugar al acontecimiento. Incluso, se ha observado una cierta resistencia o incomodidad cuando el acontecimiento "extraordinario" puede suceder.

Respecto a que "la secuencia de actividades se impone desde arriba, mediante un sistema de normas formales explicitas, y un cuerpo de funcionarios"[18], es fácilmente identificable en los dispositivos de atención. Las normas sobre el funcionamiento de servicio vienen dadas jerárquicamente por el personal trabajador y profesional. Pero, además, no debemos olvidar las pautas, normas y formas de atención y cuidado que las profesionales dan a las pacientes y cuidadoras, y que

[17] Para una ampliación sobre el trato, y la diferencia entre éste y tratamiento ver (Martínez-Hernáez et al., 2020)
[18] Entendemos *funcionarios* como el personal trabajador y profesional de la institución, y no como empleados/as del Estado, que es como lo comprendemos en el Estado español.

vinculan al manejo y gestión del trastorno y la sintomatología, pero sin distinguir sobre qué ámbitos exactamente intervienen estas normas, desdibujándose así los límites entre lo patológico como lo *contrario* vital de sano, o lo contrario de *normal*, (Canguilhem, 1971). Esto nos muestra una práctica que confunde «cuidar a las personas» con adaptarlas a formas de vida reconocidas por la sociedad como las «más adecuadas», impidiendo a las profesionales de salud poder ver y atender a las necesidades y posibilidades de cada persona y cada comunidad (Rios Simoni et al., 2014). Con esto no queremos decir que las profesionales no deban dar pautas a sus pacientes para un mejor estar, sino apuntando que la línea entre dar *pautas* y ejercer *prohibiciones*, entre *persuadir* i *coartar* o entre ocuparnos *de la salud* e invadir en la *vida personal y privada*, es muy fina, y muy difusa.

Por otro lado, este sistema de "indicaciones" que impone un sistema de normas se extiende sobre las cuidadoras y la comunidad o red social más cercana de las diagnosticadas. De da una emulación e incorporación de las indicaciones profesionales, que lleva un ejercicio de control y vigilancia del cumplimiento sobre las personas afectadas. Así, las rutinas estructuradas se describen en forma de prácticas cotidianas estancas, llenas de hábitos en su mayoría sugeridos o impuestos "desde arriba", en esa búsqueda del cambio que se exige al sujeto desde la medicina y la psiquiatría para la "rehabilitación". Hábitos que incluyen "controlar" lo comportamientos que bien puedan generar el riesgo de brote, la descompensación, y que camina hacia una normalización del sujeto no solo forzada, sino que no acaba nunca de entrar en esa supuesta normalidad -norma- porque el abanico de posibilidades para ellas es especialmente limitado. En otras palabras, un *loop* interminable de búsqueda de normalidad que no llega para las afectadas, porque las condiciones sociales y estructurales no se generan a su alrededor. Esto genera una paradoja ya que a veces estas rutinas impuestas se rompen a partir de otras imposiciones. Levantarse pronto, por ejemplo, choca con la fatiga que les provoca la medicación, colisionando así dos exigencias: el qué deberían hacer, y la ingesta de una mediación que entorpece ese hacer.

En este sentido, el estigma juega un papel fundamental, ya que este no sólo implica un rechazo a lo diferente, sino también una cierta potestad social para emitir juicios de valor, basados o "justificados" en una peligrosidad potencial (López et al., 2008a). Esto lleva a que todo el cuerpo social sienta la autoridad de controlar, vigilar, e incluso "indicar" cuales deben ser los comportamientos del sujeto afectado. El estereotipo de peligrosidad asociado es uno principales factores que obstruyen la inclusión en la comunidad y la recuperación social de sujeto, y su consecuente estigma es una de las principales fuentes del «sufrimiento social», que deja

devastadoras heridas en la vida humana (Kleinman, Das y Lock, 1997), y que ocasiona la ruptura de vínculos relativos al ejercicio de ciudadanía como el trabajo o los estudios (Pié & Solé Blanch, 2018).

La última de las características nos indica que "las diversas actividades obligatorias se integran en un solo plan racional, deliberadamente concebido para el logro de los objetivos propios de la institución (Goffman, 1970: 19). En este sentido, la mediación se ha convertido en el eje vertebrador de la terapéutica, con lo que "el plan" está especialmente atravesado por la lógica del "respeto" a la prescripción médico-psiquiátrica de los psicofármacos y la disciplina en su toma. Este hecho, además, se vincula desde el Modelo Médico Hegemónico (MMH) (Menéndez, 1984) con la "consciencia de enfermedad" -si la tiene respeta el tratamiento, si no la tiene no-. En consecuencia, tanto la toma de la medicación como la consciencia de enfermedad acaban convirtiéndose en "requisitos" para ser considerado/a "un/a buen paciente", un objetivo claro y especialmente destacado del MMH.

Este plan racional se extiende al espacio doméstico y la comunidad, ya que se observa que el manejo de lo cotidiano gira, o se espera que gire alrededor del cumplimiento del tratamiento farmacológico. Por otro lado, Este mismo plan, en el espacio doméstico pivota sobre el miedo y la percepción de riesgo[19] que mencionábamos antes, generando una alerta constante ante un posible brote o descompensación. En consecuencia, obtenemos una especial vigilancia y control ya no solo sobre la toma de la mediación, sino sobre los comportamientos de la persona afectada, bajo una lógica de "lectura sintomatológica" de las acciones o formas de actuar que para las familias resultan "extrañas" o fuera de lo habitual. La vida rutinizada y pautada que se les exige, permite de algún modo poder observar "cambios" en la persona, y detectar así posibles desestabilizaciones o abandono de fármacos. El objetivo de la institución se vuelve también objetivo de la institución familiar: que las personas afectadas se adhieran al tratamiento, a las normas y actividades pautadas que aseguran su cumplimiento, y por ende la evitación del brote, la descompensación y los internamientos que resultan especialmente dolorosas para las afectadas y sus familias.

En resumen, la persona diagnosticada se convierte en el eje vertebrador de una serie de relaciones de poder/saber que parecen haberse *mantenido* y perpetuado en el tiempo. Los cambios en la semántica de las categorías para

[19] La percepción de riesgo, entendida como una construcción cultural, política y moral (Castel, 1984; Douglas & Wildavsky, 1982), tiene la característica de que, en la modernidad contemporánea, las opciones ideológicas quedan recubiertas por los llamados «discursos expertos». A través de varios procesos de legitimación institucional (dar voz sólo a ciertos autores autorizados, restricciones metodológicas, etc.), terminan dictaminando el riesgo a partir de criterios supuestamente «objetivos y científicos» que acaban abonando ciertas visiones hegemónicas del mundo (Carceller-Maicas et al., 2020).

referirnos a la locura, en las tecnologías, terapéuticas y espacios, no parecen haber eliminado *la inercia totalizante* (Correa-Urquiza, 2009; Correa-Urquiza et al., 2006). Continuarían presentes mecanismos propios de una IT -supuestamente caducada y desaparecida- en un modelo ambulatorio, externalizado y comunitario[20]. La desinstitucionalización habría supuesto una «deshospitalización» (López et al., 2006), porque se ha perpetuado el enganche con la institución psiquiátrica a través de la cronicidad, así como se sigue estableciendo una relación paciente-terapeuta ritualizada y estereotipada que no permite cambios, ni superar los conflictos internos de los sujetos, perpetuando una dependencia del sistema asistencial (Aparicio Basauri & Sanchez Gutierrez, 1990). La desaparición o cierre de la institución como objeto arquitectónico, material, no habría desactivado sus modos de sujeción, su *acción* como dispositivo (Agamben, 2011; García Fanlo, 2011).

*La desinstitucionalización en la "picota"*

El modelo de atención centrado en la enfermedad ha producido una "institucionalización de la atención" que ha hecho proliferar prácticas segregacionistas y aislacionistas, propias de las instituciones cerradas. El hecho de asumir el sufrimiento psíquico exclusivamente en el campo de la técnica hace que el itinerario terapéutico de las personas usuarias se convierte en un ciclo interminable de sumisión a las prescripciones de la normalidad, sin la construcción de vínculos terapéuticos que garanticen una atención integral. Así, se hace evidente el "mantenimiento del manicomio", cuyo rostro está presente, por ejemplo, en las prácticas actuales de medicalización del sufrimiento ( Rios Simoni et al., 2014)

Fenómenos como la reclusión y el asilamiento, la imposición jerárquica de hábitos cotidianos, o las exigencias sobre el comportamiento, suponen para las personas afectadas una pérdida de lo que era una vida anterior y los roles vinculados con las prácticas sociales previas al diagnóstico. Esto provoca lo que Goffman llamaba la "desculturación o desentrenamiento". En la institución total los muros arquitectónicos cumplían el papel material del aislamiento y la ruptura con el exterior. Hoy, además de los muros de la casa y de la habitación, debemos sumar el farmacológico, desde el interior del sujeto, y el simbólico, desde el rechazo y el estigma socia. La pérdida de «entrenamiento» con los roles habituales que la persona solía tener, deja al sujeto atrapado en una suerte de espacio entre la identidad de "enfermo total" (Correa-Urquiza, 2009) y un espacio liminal que no les

[20] Tanto el Plan Director de Salud Mental y Adicciones de 2006, como el de 2017, y el de Estrategia de 2017-2020, refieren a una atención ambulatoria, externalizada y comunitaria (Departament de salut, 2006, 2017).

permite volver a insertarse a la estructura social (Alegre-Agís, 2016a). La pérdida de lo vivido, o lo no vivido, pivota alrededor del trabajo, los estudios, la pareja sexoafectiva, los hobbies, el deporte habitual que se practicara, las amistades, la capacidad económica y adquisitiva propia -vinculada a la emancipación y autonomía-, los viajes, las comidas fuera de casa, las fiestas o el ocio en general al que estuvieran habituadas. Una batería de *cosas* materiales e inmateriales que tras el diagnóstico pasa a ser una parte de una biografía *anterior* y, en algunos casos, *cosas* que ni siquiera llegaron por un diagnóstico temprano.

Los episodios psicóticos, el paso por un *manicomio*, tomar medicación, ir al *loquero*, son fenómenos productores y reproductores de un estigma histórico sobre la locura, que afecta profundamente a los vínculos sociales (Goffman, 1963). El mundo de las personas diagnosticadas merma, se limita, se esconde, se recluye, se calla y ubica los *deseos* en una cajita cerrada para evitar así, quizá, las frustraciones. La pérdida de la «cultura de la presentación» de la que nos habla Goffman, impide retomar un *yo* social y cultural reconocido y reconocible. Sin embargo, al mismo tiempo, se les pide que generen cambios en su vida, apelando a la *agencia* (Pizza, 2005) o la *resiliencia* (Rutter, 1985) individual, sin un adecuado acompañamiento, y teniendo que hacer frente al estigma, al rechazo, a un mercado laboral inflexible, a la soledad. Las personas diagnosticadas manifiestan el *deseo* de recuperar el vínculo social, y de poder llevar a cabo toda una serie de procesos que darían como fruto lo que ellas llaman una «vida normal». Sin embargo, las cuidadoras y las personas diagnosticadas se ven envueltas en un complejo de interrelaciones entre ellas y con el mundo exterior que les ancla entre la búsqueda de la autonomía para unas y el despliegue de vigilancias para otras; en ambos casos, atravesadas por el miedo. Las familias cuidadoras y las afectadas manifiestan sentirse solas, asiladas, poco o mal acompañadas por las profesionales desde su percepción, y encuentran una falta de implicación del sistema para atender a sus demandas y las reivindicaciones de los movimientos sociales y entidades por la salud mental. La triada psiquiatría-cuidadora-diagnosticada conforma una coyuntura de necesidades y satisfactores que el sistema no ha podido resolver, ni para unas ni para otras. Si la recuperación y la inserción social depende en gran parte del contexto del sujeto: su recorrido biográfico, sus experiencias, su relación con la familia, pero también de otros condicionantes como son la cultura, la economía, las políticas públicas, si vives en un contexto urbano o rural, entre otras, desde luego, la red de atención a la salud mental tras la reforma no ha sabido o no ha podido articular de una manera eficiente todo ello para un contexto que de un mejor estar a las personas implicadas. Los problemas orgánicos, económicos y de mirada sobre los llamados trastornos

mentales de la RASM no facilitan un efectivo desarrollo del trabajo de las profesionales de salud mental, ni permite desarrollar otros programas de intervención clínica y social basados en otras terapéuticas. Así, cuando algunas experiencias intentan emerger para transformar los modos de actuación acercándose a marcos de salud mental colectiva y dialógica como es la inclusión del *Open Dialogue* (Desviat, 2016; Serrano Miguel, 2018), lo habitual es que estas transformaciones dependan más de la voluntad -es decir, del trabajo voluntario-de las profesionales, que de una verdadera inclusión o transformación metodológica del sistema.

## ¿Un futuro estanco? problemas, retos y oportunidades pandémicas

Como hemos visto, la red de atención es especialmente frágil en términos de recursos y estructura, y cualquier circunstancia de emergencia o anómala, como ha supuesto la pandemia de la Covid-19, hace no solo tambalear la ya entredicha calidad del servicio, sino incluso el propio acceso a estos y su eficiente funcionamiento. Actualmente, si hacemos una búsqueda rápida en la literatura científica del Estado español, encontramos principalmente estudios alrededor del impacto psicológico, emocional y sobre la salud mental de la pandemia en las personas no diagnosticadas o entendidas como “sanas”, y muy poca investigación sobre el impacto que ha tenido -y tiene- la pandemia sobre las personas con trastornos previos, especialmente con TMG y que ya estaban en el circuito de atención. Un fenómeno que abre la oportunidad de poner el foco en las personas más vulnerables y vulnerabilizadas, y especialmente atravesadas por violencias estructurales, culturales, simbólicas e institucionales, están quedando fuera o de manera residual en el debate político, científico, profesional y social.

Durante el confinamiento establecido a través del Estado de Alarma en nuestro país, en el que toda la población tuvo que quedarse en casa de manera obligatoria[21], “el manejo psiquiátrico ha consistido en salvaguardar su salud física y mental a través de la tele-asistencia, el apoyo psicosocial a distancia y la monitorización de síntomas del coronavirus. La mayoría de los servicios de salud mental no estaban preparados para desarrollar servicios especializados a distancia.

[21] “En España, la situación pandémica por la COVID-19 llevó a la promulgación del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declaró el *estado de alarma* para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. La declaración del *estado de alarma* obligó a todos los ciudadanos que residen en España, tengan o no síntomas, a permanecer en sus domicilios durante al menos 30 días salvo para la compra de alimentos, productos de primera necesidad, cuidado de personas dependientes, desplazamientos al trabajo y actividades análogas, con el fin de frenar los contagios y contener la pandemia, movilizando para ello recursos económicos y sanitarios tanto públicos como privados y también haciendo uso de las fuerzas de seguridad y del ejército” (Buitrago Ramírez et al., 2021:95).

En consecuencia, las necesidades psicosociales de los pacientes psiquiátricos más graves han podido infravalorarse o sustituirse por seguimientos centrados en las estabilidad clínica o sintomatológica" (Bayón et al., 2021:22).

Las personas con TMG tuvieron que hacer frente a una suerte de doble confinamiento, el pre-existente a la pandemia, basado en la reclusión y el aislamiento social que provoca la institucionalización de la atención y del espacio doméstico, y el confinamiento de la pandemia en sí mismo, dejándoles desposeídos de las pocas redes de apoyo entre iguales, ya que no podían encontrarse con sus amistades en los clubs sociales o centros de días, tener las visitas con la psiquiatra de manera presencial, y las visitas se vieron afectadas, siendo aún más espaciadas en el tiempo que antes por el aumento de la presión asistencial. Todas estas cuestiones han intensificado problemas de base que hemos revisado al inicio. Las familias, por su parte, tuvieron que hacer frente a la ya sobrecargada situación de cuidados, con el añadido de no poder tener los pocos espacios de respiro y descanso que facilitaban los espacios de actividades de la RASM para las pacientes, agudizando los sentimientos de soledad y falta de acompañamiento.

Por otro lado, las trabajadoras y educadoras sociales en los servicios sociales vieron aumentada la demanda. Esto ha llevado a que los servicios colapsen tanto como el sistema sanitario, que la atención se hiciera por teléfono o de manera virtual, y atender a situaciones de extrema vulnerabilidad y urgencia social que iba desplazando a un segundo o tercer lugar a las personas con problemas de salud mental. A esto, cabe añadir la sobrecarga y el estrés de las trabajadoras, similar a la experimentada por las sanitarias, pero de la que en muy pocas ocasiones se ha hablado y se ha reconocido en los medios de comunicación o desde las administraciones públicas.

A modo de pincelada, podemos decir que la pandemia de la Covid-19 y sus consecuencias ha acabado de evidenciar problemas que desde hace tiempo se vienen apuntando desde las investigaciones académicas y los movimientos sociales en defensa de la salud mental, revelando el fracaso de la reforma psiquiátrica, ya sea en el plano del espacio doméstico, o en el plano de los servicios y la red de atención. Se ha puesto de relieve que el modelo catalán, y también el español, caracterizado por el hospitalo-centrismo, no puede hacer frente a circunstancias de emergencia sanitaria y crisis pandémicas si el hospital es la puerta de entrada, la atención pivota a su alrededor y se ha vaciado de recursos e infraestructura a la atención primaria durante años.

Aún y todos los problemas, la pandemia ha facilitado la apertura de debates públicos sobre la salud en general, llevando incluso a la creación de plataformas que

reclaman la mejora de la atención primaria, una cuestión que antes de la pandemia no había tenido especial atención. Hemos de tener en cuenta que, a día de hoy en Catalunya, a marzo del 2022, aún hay centros de atención primaria que están haciendo atenciones telefónicas, y donde es casi imposible conseguir turnos para una revisión in situ en el centro, y con largas listas de espera para acceder a las especialidades. La atención primaria aun no se ha recuperado del impacto de la pandemia en términos de atención clínica, y se vislumbran pocos avances desde los poderes públicos. Hace falta una apuesta clara por el refuerzo de la atención primaria y en la atención a la salud mental, tanto desde el Servicio Nacional de Salud estatal como del Sistema Sanitario de Catalunya. De hecho, siguen siendo múltiples las concentraciones, manifestaciones y paros por parte de profesionales sanitarias, desde la medicina, la enfermería o el personal de la limpieza reclamando una mejora de sus condiciones laborales: desde la dignificación de los salarios, la estabilidad contractual o el aumento de personal para paliar el desgaste y la sobrecarga que las profesionales vienen sosteniendo desde hace dos, especialmente por la pandemia, pero que, en realidad, es fruto de una ya delicada situación previa, como hemos visto al inicio.

Por otro lado, en vías a encontrar lo positivo dentro de la crisis, probablemente estemos asistiendo al mayor debate actual en el Estado español sobre salud mental desde los años ochenta del siglo pasado, cuando emergieron los movimientos por la desinstitucionalización y la reforma psiquiátrica. El debate sobre la atención a la salud mental, encabezado por los movimientos en primera persona y la red asociacionista, es constante en medios de comunicación, y ha llegado al Congreso del Estado, al Parlament de Catalunya y las administraciones locales. La ciudadanía está probablemente más cercana y sensibilizada con los problemas de salud mental de lo que lo estaba antes de la pandemia. Sin embargo, desde las administraciones, sigue poniéndose el foco en los mismos parámetros psiquiátricos desde donde se piensan los trastornos desde hace décadas. Desde las administraciones públicas la salud mental es tratada desde esa inercia DSM-céntrica, que está llevando a una proliferación descontrolada de diagnósticos -y de prescripción de psicofármacos- de ansiedad, estrés y depresión mayoritariamente, y a empezar incluso colocar la “incertidumbre” en el listado de “trastornos” en los medios de comunicación de masas. Todo ello, con un especial énfasis en la población más joven y adolescente, en la que han aumentado tanto la demanda de atención, los diagnósticos, la prescripción de medicación y los factores de riesgo (Del Castillo & Velasco, 2020).

Si bien es evidente que la pandemia y sus confinamientos, así como las consecuentes crisis socioeconómicas que ha provocado tienen un impacto

innegable en la salud física y mental de las personas (González-Rodríguez & Labad, 2020; Ramírez et al., 2021; Ribot Reyes et al., 2020; Inchausti, et al., 2020), el enfoque y la manera en que esto se esta abordando no está haciendo mover lo cimientos de los problemas pre-existentes en el sistema, no está cuestionando el abordaje, los métodos, la estructura de atención o el modo de actuar de los servicios, sino que parece estar llevándonos aún más a la búsqueda de "la pastilla milagrosa" para los trastornos mentales. En consecuencia, la financiación para la investigación científica sigue centrando los "esfuerzos" económicos principalmente en los estudios epidemiológicos, clínicos, farmacéuticos y neurológicos, dejando de lado y subalternizando -como desde hace años- las ciencias sociales y humanidades.

Con todo, la pandemia ha generado iniciativas que provocan un cierto revulsivo social, especialmente en términos de movimientos sociales, plataformas ciudadanas, y proyectos auto-gestionados por la propia comunidad que ponen el acento en lo colectivo y la creación de redes de apoyo informales en barrios alrededor de los problemas de salud. Nuevamente, encontramos que este tipo de (des)enfoques y búsqueda de alternativas para un mejor estar está incentivado, organizado e implementado por las redes vecinales y ciudadanas, por las entidades, asociaciones, etc. Sin embargo, el reto es probablemente que ese revulsivo pueda operar no solo hacia abajo, sino también hacia "arriba" para generar, quizá, una re-reforma psiquiátrica, necesaria desde hace décadas, y quizá hoy más urgente que nunca.

**Referencias:**


Accenture (2020) *Sanidad privada aportado valor. Análisis de la situación 2020*. Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad.

Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? Sociológica, 26(73), 249–264.

Alegre-Agís, E. (2016a). Ethnoscapes domésticos y rite de passage : significación y cronicidad. *Revista de Antropología Social UCM*, *25*(1), 195–217.

Alegre-Agís, E. (2016b). La experiencia sintomatológica: significación y resignificación del diagnóstico en tres casos de trastorno mental severo. *Revista Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, *16*, 59–79.

Alegre-Agís, E. (2017). Internados en casa: del manicomio a la «institución doméstica total». *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *37*(131), 63–78.

Alegre-Agís, E. (2018). La des-institucionalización "negada": lógicas manicomiales en la hospitalización doméstica. In Josep M Comelles, A. Conejo, & J. Barceló-prats (Eds.), *Imago civitatis. Hospitales y manicomios en Occidente*.

Alegre-Agís, E. (2019). La certeza de los huevos podridos: un delirio para una

etnografía. In *Autoetnografía, Cueros y Emociones (I). Perspectivas metodológicas de la investigación en salud.* Publicacions URV: Tarragona.

Alegre-Agís, E. (2020). Estudio preliminar. La estructura de los servicios sociales en cataluña. In M. V. Forns i Fernández (Ed.), *La protección jurídica de La atención a Las personas en materia de servicios sociales. una perspectiva interdiscipLinar* (pp. 271–285). Barcelona: Atelier.

Aparicio Basauri, V., & Gutierrez Sanchez, A. E. (1990). Desinstitucionalización y cronicidad: Un futuro incierto. *R.A.E.N.*, *X*(34), 363–374.

Aparicio Basauri, V., & Sanchez Gutierrez, A. E. (1990). Desinstitucionalización y cronicidad: Un futuro incierto. *R.A.E.N.*, *X*(34), 363–374.

Barrios Flores, L. F. (2020). Derecho y salud mental: logros conseguidos y retos pendientes en España. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, *34*(S1), 76–80.

Bayón, D. N., Pérez, F. B., Carmona, M. Á. R., & Expósito, M. S. (2021). Evaluación de necesidades provocadas por la COVID-19 en personas con trastorno mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *41*(140), 19-49.

Bianco, Daniela, Elisa Milani, Irene Gianotto, Clara Morelli (2021) *Headway 2023. A new roadmap in mental health. Mental Health Report.* The European House – Ambrosetti.

Brigidi, S. (2009). *Políticas públicas de salud mental y migración latina en Barcelona y Génova* [Universitat Rovira i Virgili].

Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Fernández Alonso, M. d C., Tizón García, J. L., & Grupo de Salud Mental del PAPPS (2020). Salud mental en epidemias: una perspectiva desde la Atención Primaria de Salud española. *Atención Primaria*, *52*, 93-113.

Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Fernández Alonso, M. d C., F., & Tizón García, J. L. (2021). Repercusiones de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental de la población general. Reflexiones y propuestas. *Atención Primaria*, *53*(7), 102143.

Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI Argentina editores S.A.

Carceller-Maicas, N., Alegre-Agís, E., Valls Fonayet, F., Romaní Alfonso, O., & Belzunegui Eraso, À. (2020). *Consumo de drogas y vulnerabilidades sociales en adolescentes: el caso de la ciudad de Tarragona*.

Madrid: Centro Reina Sofia sobre adolescentes y juventud. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

Castel, R. (1984). *La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis*. Barcelona: Editorial Anagrama.

Cela Bertran, X. (2020). *Masculinitats (in)habitables: Transaccions, gènere i patiement mental entre els adolescents i joves*. Universitat Rovira i Virigili.

Chicharro Lezcano, F. (2007). Psiquiatría comunitaria en peligro: una historia íntima del ascenso y caída de la reforma. *Norte de Salud Mental*, *31*, 6–10.

Comelles, J. M. (2005). El purgatorio del Doctor Torras. Reforma y reacción en la psiquiatría Catalana del s. XX. *Frenia. Revista de Historia de La Psiquiatría*, *V*(1), 101–132.

Comelles, J. M. (2006). *Stultifera Navis. La locura el poder y la ciudad*. Milenio.

Comelles, Josep M., Alegre-Agís, E., & Barcelo-Prats, J. (2017). Del hospital de pobres a la cultura hospitalo-céntrica. Economía política y cambio cultural en el sistema hospitalario catalán. *Kamchatka. Revista de Análisis Cultural*, *10*(Diciembre), 57–85.

Correa-Urquiza, M. (2009). *Radio Nikosia. La rebelión de los saberes profanos. Otras prácticas, otros territorios para la locura.* Universitat Rovira i Virgili.

Correa-Urquiza Vidal, M., Pié Balaguer, A., Coll-Florit, M., Hernández i Encuentra, E., & Climent Roca, S. (2020). Orgullo loco y metáforas para una disidencia: un análisis lingüístico y simbólico. *Salud Colectiva*, *16*.

Correa Urquiza, M., Silva, T. J., Belloc, M. M., & Martínez Hernáez, A. (2006). La evidencia social del sufrimiento: salud mental, políticas globales y narrativas locales. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, *22*, 47–69.

Del Castillo, R. P., & Velasco, M. P. (2020). Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*, *37*(2), 30-44.

Departament de Salut (2006). *Pla Director de Salut Mental i Adiccions de Catalunya.* Direcció General de Planifiació i Avaluació. Generalitat de Catalunya.

Departament de Salut (2017). *Estratègies 2017-2020. Pla director de salut mental i addiccions*. Generalitat de Catalunya.

Desviat. (2016). *Cohabitar la diferencia: de la Reforma Psiquiátrica a la Salud Mental Colectiva*. Madrid: Editorial Grupo 5.

Desviat, M. (2011). La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. *Revista Española de Salud Pública*, *85*(5), 427–436.

Douglas, M., & Wildavsky, A. (1982). *Risk and Culture*. Berkeley: University of California Press.

García Fanlo, L. (2011). ¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben. *A Parte Rei: Revista de Filosofía*, *74*, 1–8.

Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall, Inc.

Goffman, E. (1970). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu Editores.

González-Rodríguez, A., & Labad, J. (2020). Salud mental en tiempos de la COVID: reflexiones tras el estado de alarma. *Medicina clínica*, *155*(9), 392

Hernández Monsalve, M. (2011). Rehabilitación psicosocial. Perspectiva actual y directrices en la Reforma Psiquiátrica. *Estudios de Psicología*, *16*(3), 295–303.

Huertas García-Alejo, R. (2003). El debate sobre la reforma psiquiátrica en la España

del primer tercio del siglo XX. *Átopos*, 42–59.

Inchausti, F., García Poveda, N. V., Prado Abril, J., & Sánchez Reales, S. (2020). La psicología clínica ante la pandemia COVID-19 en España. *Clínica y Salud*, *31*(2), 105-107.

Kleinman, A., Das, V., & Lock, M. (1997). Social Suffering. In *Social Suffering*. University of California Press.

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008a). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *28*(1), 211–5735.

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008b). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *28*(1), 43–83.

López, M., Laviana, M., & Garcia-cubillana, P. (2006). Los hospitales psiquiatricos en la(s) reforma(s). Notas para orientar una investigación necesaria. In F. Perez (Ed.), *Dos décadas tras la reforma Psiquiátrica.* (pp. 239–276). AEN.

López, M., Laviana, M., & López, A. (2009). Estigma social, violenia y personas con trastornos mentales graves. In I. Markez Alonso, A. Fernández Liria, & P. Pérez-Sales (Eds.), *Violencia y salud mental. Salud Mental y violencia institucional, estructural, social y colectiva*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios/42.

Madoz-Gúrpide, A., Martín, J. C. B., Sanmartín, M. L., & Yagüe, E. G. (2017). Necesidad de un nuevo enfoque en la atención integral a los pacientes con trastorno mental grave treinta años después de la reforma psiquiátrica. *Revista Espanola de Salud Publica*, *91*, 1–11.

Martínez-Hernáez, À. (2009). Más allá de la rehabilitación psicosocial. Metáforas de exclusión y tareas de inclusión. *Cad. Bras. Saúde Mental*, *1*(1).

Martínez-Hernáez, Á., Pié-Balaguer, A., Serrano-Miguel, M., Morales-Sáez, N., García-Santesmases, A., Bekele, D., & Alegre-Agís, E. (2020). The collaborative management of antipsychotic medication and its obstacles: A qualitative study. *Social Science and Medicine*, *247*(January), 112811.

Medeiros-Ferreira, L., & Martínez-Hernáez, À. (2003). Ulises, Greta y otras vidas: tiempo, espacio y confinamiento en un hospital psiquiátrico del sur de Brasil. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, *3*(1), 58–70.

Menéndez, E. (1984). El Modelo Médico Hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'Etnografía de Catalunya*, *3*, 84–119.

Menéndez Osorio, F. (2005). Veinte años de la reforma psiquiátrica, Panorama del estado de la psiquiatría en España de los años 1970 a los 2000: de un pensamiento único a otro. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, *25*(095), 69–81.

Novella, E. (2008). Del asilo a la comunidad: Interpretaciones teóricas y modelos explicativos. *Frenia. Revista de Historia de La Psiquiatría*, *8*(1), 9-32–32.

Pié, A., & Solé Blanch, J. (2018). Introducción, hacer posible la vida. In *Políticas del sufrimiento y vulnerabilidad*. Icaria Antrazyt.

Pizza, G. (2005). Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea.Hegemonía,“capacidad de actuar”(agency) y transformaciones de la persona. *Revista de Antropología Social*, *14*, 15–32.

Pol Yanguas, E. (2015). Antipsicóticos para la esquizofrenia: paradigma de los medicamentos psiquiátricos. *Salud Colectiva*, *11*(1), 115–128.

Ribot Reyes, V., Chang Paredes, N., & González Castillo, A. (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, *19*.

Rios Simoni, A. C., Siqueira da Silva, E., Silveira, M., Adamy, P., Cabral Veiga, K., Heinzelmann, R., Alves de Almeida, S., & da Rosa Monteiro, J. (2014). Desinstitucionalização do Cuidado nos Dispositivos de Saúde Mental na Atenção Básica. In S. M. Sales Fagundes, A. S. Loureriro Amorim, L. B. Righi, & R. Souza Heinzelmann (Eds.), *Atenção Básica em Produção: Tessituras do Apoio na Gestão Estadual do SUS*. Porto Alegre: Rede UNIDA Editora.

Rodríguez, A., & González Cases, J. C. (2002). La rehabilitación psicosocial en el marco de la atención comunitaria integral a la población enferma mental crónica. In *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención* (pp. 17–42). Conserjeria de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.

Rodríguez Blas, María del Carmen (2019) *Estadística de Gasto Sanitario Público: principales resultados.* Secretaria de Estado de Sanidad, Ministerio de Sanidad Gobierno de España.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, *147*, 598–611.
Serrano-Miguel, M., & Martínez-Hernáez, Á. (2020). Apuntes para una nueva cultura de cuidados en salud mental. *Revista Polis e Psique*, *10*(2), 247–266.

Serrano Miguel, M. (2018). *Del Exilio a la Ciudadanía Experiencias dialógicas en el marco de la Salud Mental Colectiva*. Universitat Rovira i Virgili.

Stip, E. (2001). Antipsicóticos nuevos: temas y controversias. Tipicidad de los antipsicóticos atípicos. *Revista de Psiquiatría de Uruguay*, *65*(1), 70–91.

Tajima, K., Fernández, H., López-Ibor, J. J., Carrasco, J. ., & Diaz-Marsá, M. (2009). Revisión crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción de los antipsicóticos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *37*(6), 330–342.

Ventura Velázquez, R. E., Reynol Moreno, P., Caballero Moreno, A., & Hernández Tápanes, S. (2003). Consideraciones históricas de la rehabilitación comunitaria en psiquiatría. *Rev Cubana Med Milit*, *32*(3).

Villarino, H. (2010). *Los pretextos de la psiquiatría comunitaria*. LOM.

Woolf, V. (1928). *Una habitación propia*. Seix Barral.

# PROBLEMATIZAÇÕES ANTIMANICOMIAIS: PODER PSIQUIÁTRICO E SOFRIMENTO COLONIAL[1]

Analice de Lima Palombini

Em minha exposição, proponho um sobrevoo histórico que permita articular a luta antimanicomial ao tema do poder psiquiátrico, como Foucault o formula, relacionando-o à problemática do racismo e da colonialidade na saúde mental brasileira. Entendo que é crucial, para reconstrução e avanço de uma política antimanicomial de saúde mental no país, que sejamos capazes de refundar essa política - e, em última instância, refundar o país - em outros termos, enfrentando nossa colonialidade, nossa cultura escravagista e o racismo que estrutura nossa sociedade.

Inicio com duas cenas que Foucault (2006) nos apresenta no seu seminário sobre o poder psiquiátrico: a cena de tratamento do Rei George III, da Inglaterra, do final do século XVIII (1788) e a cena de Mary Barnes no contexto da antipsiquiatria inglesa dos anos 1970. Somo a elas outras duas cenas dos anos 2000: uma, contada por Fernando Tenório (2001), que se passa num CAPS do Rio de Janeiro; e outra, de Carlos Viganó (1999), referente a um centro de atendimento a adolescentes, na Itália.[2] São cenas que atravessam pouco mais de duzentos anos de história do tratamento da loucura e que nos incitam a perguntar: o que mudou, no tratamento dispensado à loucura, ao longo do tempo? o que permaneceu o mesmo?

> George III, ao cair em mania, é isolado de sua família, num palácio distante, instalado em um cômodo coberto de colchões para evitar que se machuque. O médico lhe diz que ele não é mais um soberano, e que deve ser dócil e submisso. Pajens musculosos são encarregados de prover as necessidades do rei mas também de lhe demonstrar, através da superioridade de sua força corporal, que ele, o rei, agora lhes deve obediência. Um dia em que o médico vai visitá-lo, o rei recebe-o atirando-lhe excrementos, com os quais cobre o seu corpo também. Um dos pajens entra e, sem dizer palavra, agarra o rei pela cintura, tira-lhe a roupa, lava-o com uma esponja, troca as suas

[1] Texto decorrente do curso ministrado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 2020 e 2022, intitulado “Problematizações antimanicomiais: Fanon, Foucault e sofrimento colonial”. Uma versão modificada deste texto, sob o título “Reforma psiquiátrica como garantia de direito à cidadania: por um cuidado em liberdade antimanicolonial" (Palombini, 2022) encontra-se publicada em livro comemorativo aos 30 anos da reforma psiquiátrica no estado do Rio Grande do Sul.

[2] Um comentário a três dessas cenas encontra-se no artigo “O rei está morto, viva o psiquiatra! Dispositivos de poder, psicanálise e loucura” (Palombini, 2005)

vestes e, cheio de orgulho, retira-se e retoma seu posto. Relato adaptado, extraído do seminário *O poder psiquiátrico* (Foucault, 2006)

*Um dia, Mary procurou pôr à prova meu amor por ela, fazendo um derradeiro teste. Ela se cobriu de merda e aguardou minha reação... Ela estava absolutamente certa de que a sua merda não poderia me enojar. Afirmo que foi o contrário. Quando, sem desconfiar de nada, entrei na sala de jogos e uma Mary Barnes fedida, parecendo sair de uma história de terror, me abordou, fui tomado pelo horror e pelo nojo. Minha primeira reação foi a fuga…*
Depois Berke pensou melhor, disse a si mesmo que, se ele não cuidar dela, tudo estará terminado; e isso ele não quer.... Ele vai atrás de Mary Barnes, não sem muita reticência. *Mary continuava lá na sala de jogos, cabeça baixa, em lágrimas. Balbuciei alguma coisa como: Vamos, não é nada. Vamos subir e tomar um banho quente. foi preciso mais de uma hora para lavar Mary. Ela estava num estado lamentável. Cheia de merda por toda parte, nos cabelos, debaixo do braço, entre os dedos do pé…*Relato adaptado, extraído do seminário *O poder psiquiátrico* (Foucault, 2006)

Relato de um passeio a um parque da cidade, realizado por técnicos e usuários de um CAPS no Rio de Janeiro:
Um dos usuários, em vivência persecutória, sentindo-se olhado por todos na rua, separa-se do grupo e dirige-se à saída do parque, para ir embora. Como era um paciente com duas tentativas anteriores de suicídio, em circunstâncias parecidas com aquela, os técnicos vão atrás dele, para que não se vá. Ele reage com indignação, afirmando que não tinham o direito de impedi-lo de ir embora. Os técnicos argumentam que ele havia ido ao parque sob a responsabilidade deles, e que, como não estava bem, não podiam deixá-lo ir embora sozinho.... Revoltado com a atitude dos técnicos, ele diz que nunca mais irá ao CAPS, ao que lhe respondem que ele tinha o direito de interromper seu tratamento, mas naquele momento estava sob os cuidados da equipe e voltaria com eles para o CAPS. Cria-se um impasse, ele sai correndo, um dos técnicos corre atrás dele, chega a rasgar sua camisa... Finalmente, ele se resigna em voltar acompanhado para o CAPS, onde, ao chegar, ainda tenso, pede para "tomar uma injeção e ir embora", no que é atendido. Desde esse episódio, o usuário, que ia irregularmente ao serviço, passa a freqüentá-lo assiduamente, embora siga evitando um vínculo maior com qualquer dos técnicos; faz mais três tentativas de suicídio, todas no CAPS. Relato adaptado, de um passeio a um parque da cidade, realizado por técnicos e usuários de um CAPS no Rio de Janeiro, extraído do livro *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica* (Tenório, 2001)

um rapaz foge de um centro para jovens psicóticos, na periferia, e vai para o centro da cidade. A equipe se reúne e pensa sobre o que fazer, decidindo que dois membros da equipe o procurem, mas não lhe digam nada, deixando-o onde estiver. Eles o encontram passeando pelo centro e lhe oferecem um sorvete, que ele aceita. Depois, os dois despedem-se do rapaz dizendo um 'até amanhã'. O rapaz retornou à instituição no mesmo dia, passando a enxergar a equipe e o serviço de outra maneira. Não era mais um lugar de onde fugir, de maneira que teve que começar a se perguntar o que estaria fazendo ali. Relato

adaptado, extraído do texto "A construção do caso clínico em saúde mental" (Viganó, 1999)

Foucault (2006) desenvolve o seminário O Poder psiquiátrico no Colégio de France, entre novembro de 73 e fevereiro de 74. Como sempre, sua pesquisa tem como mote as questões do presente. Neste caso, ele vai se voltar ao nascimento da psiquiatria para dialogar com as reformas psiquiátricas dos anos 60 e 70, com a psicossociologia, a psicoterapia institucional, a antipsiquiatria, perturbando as certezas dessas reformas, pois, em última instância, o poder psiquiátrico não é alheio a nenhuma dessas correntes nem é alheio à psicanálise. Se poderia dizer, aliás, que é quando o poder psiquiátrico se disseminou pela sociedade que uma reforma psiquiátrica se tornou possível: para quê asilo psiquiátrico, se a sociedade já é psiquiatrizada?

Mas, nesse seminário, Foucault dialoga também com a sua própria obra. Ele vai fazer uma revisão de alguns conceitos chave da sua *História da Loucur*a (Foucault, 1978), escrita 12 anos antes, mas que ganhou maior repercussão numa edição de 1972. Na primeira aula desse seminário, Foucault vai assinalar o que muda, então, nas suas análises, em relação ao que havia proposto na História da Loucura. Em primeiro lugar, enquanto *História da Loucura* parte de uma análise da representação, da imagem que se fazia da loucura nos séculos XVII e XVIII, *O Poder Psiquiátrico* faz uma análise da psiquiatria como dispositivo de poder, de onde emanam as representações, as quais são decorrentes dos enunciados, discursos e materialidades produzidos por esse dispositivo de poder. Além disso, o último capítulo da *História da Loucura* se vale de três noções que já não servem muito a Foucault para uma análise do asilo, que são: a violência; a instituição; a família.

Quanto à violência, em sua *História da Loucura* Foucault mostra que, ao contrário do que contavam as histórias oficiais, Pinel, Esquirol e outros precursores do alienismo se valiam muito da força física nos asilos, fazendo parecer um contrassenso colocar a reforma de Pinel na conta de um humanismo. Mas falar de violência, nesse caso, supõe pensar que o bom poder seria aquele que não é atravessado por violência, que não é um poder físico. O que Foucault vai mostrar neste seminário, é que, em última instância, o corpo é sempre o ponto de aplicação essencial de todo poder. Todo poder é físico, entre corpo e poder político há uma ligação direta, expressa no exercício físico de uma força desequilibrada que faz parte de um jogo racional, calculado, do exercício do poder. Então, lá onde toca o indivíduo, o poder é físico, e, por isso mesmo, é violento. A violência opera no coração do sistema asilar.

Com respeito à instituição, *História da Loucura* conta que, a partir do início do século XIX, o saber psiquiátrico tomou as formas e a dimensão que se conhece, sempre ligado ao que seria a institucionalização da psiquiatria, o asilo. Mas, ao abordar o poder psiquiátrico, Foucault vai nos dizer que nem instituições nem indivíduos nem coletividades são dadas a priori. São sempre as resultantes de um sistema de poder. Ou seja, antes de se remeter às instituições e suas regras, com seus indivíduos e coletividades já dados, é preciso voltar-se é às relações de força que atravessam as instituições e constituem esses indivíduos e as coletividades. Essas relações de força, que configuram o poder disciplinar, elas operam através da medicina, da psiquiatria, da psicologia, da pedagogia, e é esse o poder que age sobre os corpos produzindo indivíduos.

Quanto à família, *História da Loucura* afirma que a violência de Pinel ou a de Esquirol tinha sido a de introduzir o modelo familiar na instituição asilar. Mas, alerta Foucault em *O poder psiquiátrico*, esse modelo familiar foi pouco utilizado nos inícios da psiquiatria. A ideia de que o médico encarnaria a figura do pai no interior do espaço asilar vai se produzir bem mais tarde, já no século XX, com a entrada em cena da psicanálise. No começo da prática psiquiátrica, o asilo não tem a família como modelo; ele funciona antes conforme o modelo da guerra, como um enfrentamento de forças.

Os relatos de casos da época, fartamente documentados nesse seminário de Foucault, são, então, cenas de um enfrentamento, que constitui a própria operação terapêutica no contexto asilar nas primeiras décadas do século XIX. Foucault vai de George III a Charcot, multiplicando essas cenas, revelando as operações e os procedimentos que compõem essa microfísica do poder e mostram a instância médica funcionando como poder bem antes de funcionar como saber. E a cena de tratamento do Rei George III, da Grã-Bretanha, em 1788, é considerada, por Foucault, como paradigmática do nascimento da psiquiatria como poder disciplinar, na passagem do século XVIII para o século XIX, contrapondo-se a outra cena que se tornou famosa, retratada em quadros como o de Tony-Robert Fleury, que apresenta Pinel, em 1795, libertando das correntes as internas do Hospital de Salpetrière, em gesto que representa o nascimento da psiquiatria como uma prática humanista de tratamento da loucura.

É questionável, historicamente, que essa cena tenha acontecido de fato. Como mostram Serpa Jr (1996) e Teixeira (2019), trata-se de um mito, uma construção, que deve muito ao filho de Pinel, zeloso do espólio do pai. "O próprio Pinel, em seus escritos, não reivindicou para si o mérito da libertação dos loucos das correntes, mas o credita ao auxiliar Jean-Baptiste Pussin, vigilante do pavilhão de

Bicêtre. Quando Pinel chegou a Bicêtre, em 1791, Pussin já estava lá há quase uma década" (Teixeira, 2019, s/p). Pussin era quem comandava de fato o asilo, antes de ele ser apropriado pelos médicos.

Quanto ao Rei George III, ele não vinha apresentando sinais de melhora com os tratamentos correntes no século XVIII, que se utilizavam de meios físicos como ventosas e banhos. Então é chamado o médico Fracis Willis, que vai se valer das técnicas de coerção próprias ao tratamento moral. Não se tem imagem da cena desse tratamento, ela não foi retratada como o gesto de Pinel o foi, mas nos encontramos com a imagem do rei consagrada em quadros de pintores diversos e, ainda, uma pintura de William Walcutt, de 1854, que mostra o momento da derrubada da sua estátua nos EUA em 9 de julho de 1776, cinco dias após a declaração da independência dos EUA e doze anos antes da cena de tratamento contada por seu médico, recontada no tratado médico filosófico de Pinel, de 1800, e citada por Foucault nesse seminário de 1973/4.

Mas como é concebida, na cena do tratamento, a relação entre o médico alienista e o louco nessa perspectiva que se apresenta então como inovadora, do tratamento moral? O texto de Foderé, *Tratado do delírio*, de 1817, citado por Foucault, vai nos instruir sobre como o médico deve se apresentar diante do louco:

> Um belo físico, isto é, um físico nobre e másculo, talvez seja, em geral, uma das primeiras condições para ter sucesso na nossa profissão; ele é indispensável no contato com os loucos, para se impor. Cabelos castanhos ou branqueados pela idade, olhos vivos, um porte altivo, membros e um peito que anunciam força e saúde, traços salientes, uma voz forte e expressiva: são essas as formas que produzem em geral um grande efeito sobre indivíduos que se crêem acima de todos os outros. Sem dúvida, o espírito é o regulador do corpo; mas não se o vê logo de início, ele necessita das formas exteriores para arrastar a multidão. (Foderé, 1817, citado por Foucault, 2006:6)

É uma descrição muito sensual, na verdade, essa que Foderé faz, da boa forma capaz de impor-se diante dos loucos; de produzir um grande efeito, como ele diz, sobre os indivíduos que se creem acima de todos os outros; de conduzir a multidão. Ocorre que, no asilo, tem-se um perigo, uma força, um poder ameaçador que é preciso dominar ou vencer. Não se trata aqui, ou não se trata ainda, de conhecer, de acessar a verdade da doença e da sua cura. Trata-se de vencer uma batalha, em que, o que deve ser dominado é o louco.

Foucault retoma a definição de louco dada por Fodéré: aquele que se crê acima de todos os outros.[3] Pois, diz ele, até o final do século XVIII, o critério para a definição da loucura era outro, era o critério do erro. Dizer que alguém era louco era dizer que esse alguém se enganava, em quê e como se enganava. No Discurso do Método, de Descartes, de 1637, estão indicadas, conforme aponta Foucault, as duas condições emblemáticas que caracterizavam a loucura naquela época: o sujeito que pensa que é rei, quando não é, ou que acha que tem o corpo feito de vidro. São percepções de si que vão remeter à loucura como erro. E então, no início do século XIX, acontece essa virada: o que passa a caracterizar o louco não é mais o erro, é a insurreição da força, é uma paixão desmedida, é o fato de que, no louco, uma certa força se desencadeia. Quer a pessoa doente se acredite rei quer se acredite miserável ou que ela tem um corpo de vidro, não importa, o que passa a contar é o fato dessa pessoa querer impor essa crença a todos à sua volta. Os psiquiatras do começo do século XIX poderiam dizer que o louco é aquele para quem o poder sobe à cabeça. É isso o que significa "tomar-se por rei" e é neste sentido que toda a loucura, não importa o seu teor, é uma espécie de crença enraizada em ser o rei do mundo. O enunciado "você não é rei" passa a estar no centro dessa psiquiatria nascente, mesmo no caso do Rei George III, para quem essa psiquiatria diz: "se você é maluco, mesmo rei, não será mais rei" - e lhe retira todas as insígnias do seu poder.

Assim é que o sistema asilar, da forma como se constitui no início do século XIX, tem essa finalidade: a de dominar uma insubordinação da vontade. É a periculosidade da loucura que se coloca em questão, como indicador sócio-político que desencadeia os dispositivos de internação, na articulação que se forja entre a medicina e o judiciário. Mas, atenção: agir contra a ordem a partir do delírio é que é o ponto; ser delirante na intimidade não é questão. Em última instância, pode-se dizer que o ponto é agir contra a ordem, com ou sem delírio. A função do poder psiquiátrico, do poder disciplinar, é tornar os corpos dóceis. Voltaremos a esse ponto mais adiante.

Se a loucura é caracterizada, então, como uma força insubordinada, a sua cura não vai ser outra coisa que não a submissão dessa força. É a definição que Pinel dá da terapêutica da loucura, em 1800: "a arte de subjugar e de domar, por assim dizer, o alienado, pondo-o na estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais, seja capaz de exercer sobre ele um [domínio] irresistível, [fazendo] mudar a corrente viciosa das suas idéias" (Pinel, 1800, citado

[3] Curioso que, lendo a descrição de Fodéré de como deve se apresentar o médico, parece ser o médico o que se crê acima dos outros - da mesma forma que o colonizador, falaremos disso mais adiante. Também é da mesma forma manifesta no slogan do governo que felizmente chegou ao fim, de triste memória em nosso país: "Brasil acima de todos…".

por Foucault, 2006:11-12). É a cena de uma batalha, é uma ortopedia moral, em que a prática propriamente médica ou medicamentosa fica relegada a um segundo plano. A operação terapêutica não passa pelo reconhecimento das causas da doença. Nenhum trabalho diagnóstico ou nosográfico, nenhum discurso de verdade é requerido pelo médico para que sua operação tenha êxito. Tudo se reduz a um enfrentamento de duas vontades: a do médico e de quem o representa, de um lado, e a do doente, de outro, e, entre essas duas vontades, uma certa relação de força se estabelece. Foucault vai nos dizer que essa relação de força tem o efeito imediato de provocar um segundo enfrentamento interiorizado no louco, suscitando nele um conflito entre aquilo que é sua idéia fixa e o medo da punição. O êxito do tratamento significa a vitória de uma idéia sobre a outra, que é, ao mesmo tempo, a vitória da vontade do médico sobre a vontade do louco. E então, quando o doente reconhece que sua crença é errada e delirante, quando ele confessa sua doença, é aí que a verdade se coloca em causa, adquirida pelo viés da confissão e não pelo viés do saber médico. Com isso, o processo de cura se completa.

Voltando à imagem de Pinel soltando as algemas das internas de Salpêtrière (ou dos internos de Bicêtre), Foucault (2006) vai dizer que esse gesto, de soltar os doentes dos calabouços, mesmo sem livrá-los do internamento, produz neles uma dívida de gratidão. O louco liberto vai zerar sua dívida através da obediência, e a violência das correntes vai ser substituída pela violência da submissão constante a uma outra vontade, a vontade do médico. O louco paga duas vezes: ele paga se submetendo à disciplina do poder médico e, ao se submeter dessa forma, ele também paga, com a sua cura.

Considerando essa cena e todas as cenas da psiquiatria e das disciplinas *psi* que atravessam os tempos do asilo e nos alcançam no século XXI, como as cenas citadas de Tenório (2001) e de Viganó (1999), podemos nos fazer a seguinte pergunta: o que acontece quando a reforma psiquiátrica propõe-se a livrar os loucos do internamento, instituindo uma rede substitutiva de serviços? o que acontece com as relações de poder estabelecidas nesse campo? Com que moeda o usuário paga pra deixar os encarceramentos e habitar a cidade? Um ideal de autonomia ou uma certa normalização não acaba sendo o pagamento que a reforma exige? Que nós, profissionais, exigimos? (Palombini, 2005). São questionamentos que cabem a nós sustentar, como vetores ético-políticos a orientar nossas práticas.

Mas voltemos ao começo, aos primeiros anos do século XIX. A loucura, então, não diz respeito mais a um erro de juízo, mas, sim, a uma vontade desmedida. Foucault (2006) apresenta essa mudança como paradigmática da passagem do poder soberano para o poder disciplinar, mas não nos dá muitos elementos, ao

menos não neste seminário, para pensarmos por que houve essa transformação na forma de conceber a loucura. É Frantz Fanon (2020) — médico de origem martinicana, psiquiatra, revolucionário, negro — quem vai propor uma analogia entre as ações do psiquiatra e as do colonizador diante da “loucura" do paciente/colonizado, de forma que o projeto manicomial seria uma das formas de opressão psicológica a manifestar a toxidade do sistema político (Noguera, 2020).

De fato, nós estamos no contexto do final do império colonial francês, nos anos 1800, quando as colônias francesas especialmente na América do Norte e na Índia são perdidas para a Inglaterra, e prestes a desembocar na neocolonização francesa em território africano, na Indochina e no Pacífico Sul. Um fato fundamental, que vem na esteira da revolução francesa, na última década do século XVIII, é o movimento de libertação do Haiti. A revolução haitiana foi levada a cabo em 1791 pela população negra, por escravizados e ex-escravizados, que radicalizaram e tornaram realidade o ideal iluminista por uma liberdade universal propagado, contraditoriamente, por seus colonizadores. (Buck-Morss, 2011). O Haiti paga, até hoje, o preço de sua ousadia.

Com a ajuda de Fanon (2020), então, arriscamos a hipótese de que a loucura passa a ser considerada um excesso de vontade, uma desmedida, mais do que um erro do juízo, em função desse contexto colonial e da necessidade de conter arroubos de independência ou resistência dos povos colonizados e daqueles por colonizar.[4]

Vejamos como isso se passa no Brasil. A criação e proliferação dos hospícios no país, erguidos em geral ao mesmo tempo que as chaminés das fábricas, acompanham o crescimento das cidades, a chegada dos imigrantes europeus, mas, sobretudo, têm o olhar voltado para a população negra que lutava contra o jugo da escravidão. Já era o tempo em que, ao lado das prisões, o manicômio se tornava o lugar para conter excessos da vontade e paixões violentas. O hospício foi, assim, um dos dispositivos criados pela elite branca no Brasil para dar conta do pavor que causava nela a notícia do levante negro bem sucedido no Haiti e uma sucessão de levantes de escravizados em diferentes pontos do país, que culminou com a revolta dos Malês, na Bahia, em 1835. Ou seja, hospícios eram construídos no Brasil a partir de meados dos anos 1800, numa época em que o alienismo na Europa ia completando quase um século de existência e era alvo de pesadas críticas que

[4] O exército francês foi particularmente violento contra os movimentos de libertação colonial entre os anos 1955 e 1958, refinando métodos de tortura que fizeram escola depois, inclusive na ditadura civil-militar no Brasil, conforme depoimento do General francês Aussaresses (Blay, 2014), morto em 2013, especialista em guerra psicológica, interrogatórios, tortura e desaparecimento de corpos, que esteve no Brasil como adido militar durante o governo Geisel e depois Figueiredo. A cooperação entre França e Brasil para assuntos de tortura tem uma longa história, iniciada já naqueles anos 50 e intensificada nos anos 70, cujos efeitos nefastos nunca foram interrompidos.

denunciavam o seu fracasso como instituição terapêutica: Hospício Pedro II, o primeiro deles, inaugurado em 1852 (renomeado, em 1890, Hospital Nacional de Alienados); nosso Hospício São Pedro, que iniciou suas atividades em 1884; o Asilo de alienados (rebatizado, nos anos 30, Hospício Juliano Moreira), de 1892. Essas datas vão acompanhando o crescimento das cidades e o avanço dos movimentos abolicionistas, de forma que a libertação dos negros e negras escravizados vai *pari passu* com a criação de hospícios como espaço que passa a lhes ser destinado: da senzala, plantações e minas de ouro para as celas do manicômio ou das prisões…

Assim nasce a população nos hospícios brasileiros. E, se Daniela Arbex (2013) chama o acontecimento do manicômio de holocausto brasileiro, Rachel Gouveia Passos (2018) se pergunta se não se deveria chamá-lo de navio negreiro. É Lima Barreto (s/d), em *O cemitério dos vivos*, quem primeiro chama atenção para a cor inconteste que grassa pelo pátio do Hospital Nacional de Alienados,[5] onde esteve internado em 1914 e em 1919:

> Esse pátio é a coisa mais horrível que se pode imaginar. Devido à pigmentação negra de uma grande parte dos doentes aí recolhidos, a imagem que se fica dele, é que tudo é negro. O negro é a cor mais cortante, mais impressionante; e contemplando uma porção de corpos negros nus, faz ela que as outras se ofusquem no nosso pensamento. É uma luz negra sobre as coisas, na suposição de que, sob essa luz, o nosso olhar pudesse ver alguma coisa. (p.71)

Quase setenta anos depois, em 1987, tempos de democratização no pais, no Manifesto de Bauru (1987) que marca o lançamento do movimento antimanicomial por uma sociedade sem manicômios, lê-se o seguinte:

> O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida.

Em 2017, pós golpe contra o governo Dilma, em plena era Temer, de perda de direitos e sanha neoliberal no poder, no encontro de resistência que marcaria os 30 anos de lançamento da carta de Bauru, da luta antimanicomial, um novo manifesto é escrito, e lá, novamente, lemos:

> Não podemos deixar de frisar o avanço do conservadorismo e da criminalização dos movimentos sociais, defendemos a diversidade sexual e de gênero, as pautas feministas, a igualdade racial.

[5] Vale fazer menção a uma figura com quem Lima Barreto vai se encontrar no Hospital Nacional de Alienados, que foi seu diretor desde 1903, o médico alienista Juliano Moreira, exaltado nos livros que contam a história da psiquiatria no Brasil e a história do movimento reformista sem que nunca tivesse sido feita menção, até muito recentemente, ao fato de que ele, precursor das práticas humanizadas nos hospícios brasileiros e introdutor do pensamento freudiano e da formação psicanalítica no Brasil, era um homem negro.

> Somos radicalmente contra o genocídio e a criminalização da juventude negra, a redução da maioridade penal, a intolerância religiosa e todas as formas de manicômio, que seguem oprimindo e aprisionando sujeitos e subjetividades. Apontamos a necessidade urgente de articulação da Luta Antimanicomial com os movimentos feministas, negro, LGBTTQI, movimento da população de rua, por trabalho, moradia, indígena entre outros, a fim de construirmos lutas conjuntas. (Carta de Bauru - 30 anos, 2017)

Do manifesto de 1987 à carta de 2017, a linguagem muda, mas os princípios permanecem. No entanto, quanto de branqueamento e epistemicídio foram necessários para que tivéssemos uma Reforma Psiquiátrica em que, malgrado os princípios, apenas homens brancos contam? O quê, das intenções manifestas nas cartas antimanicomiais, seremos capazes de fazer sair do papel?

Rachel Gouveia Passos (2018) vai chamar atenção para o fato de que Basaglia (1985), nas últimas páginas de sua obra, *A instituição negada*, dedica a Fanon uma homenagem e o reconhecimento de sua postura revolucionária de ruptura com o modelo de opressão, de colonização e de sujeição dos indivíduos. Contudo, em que pese a influência de Basaglia na experiência reformista brasileira, "não identificamos qualquer menção sobre a contribuição de Fanon para a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial, o que reflete a ausência, em nosso campo, do debate étnico-racial, em especial, sobre o colonialismo e seus efeitos sobre a constituição da subjetividade" (Passos, 2018, p.14). Não há menção a Fanon, mesmo se alguns vetores e palavras-chave que podem ser identificadas nos textos fanonianos têm importância fundamental para uma reforma psiquiátrica à brasileira.[6] Ao embranquecer, a Reforma Psiquiátrica Brasileira deixa vazar, por todos os lados, o racismo estrutural que nos constitui. E, então, se hospícios são fechados, mas não todos, as cadeias superlotam, as comunidades terapêuticas se multiplicam e jovens negros são cotidianamente assassinados pelo poder do Estado.

Retornemos ao seminário *O Poder Psiquiátrico*, a fim de avançar para além dele. Esse seminário, que inaugura a genealogia do poder de Foucault, também prepara as formulações desenvolvidas pelo autor no livro *Vigiar e Punir* (Foucault, 1987), publicado em 1975, quando o seu foco de interesse e militância se volta para o espaço das prisões, dando curso à noção de biopolítica. Então, para além do poder disciplinar a incidir sobre o controle e a normalização dos corpos, de que trata o seminário do poder psiquiátrico, temos a biopolítica a incidir sobre o controle e a

[6] Deivison Mendes Faustino (2019, p.6) vai mencionar três desses vetores: "1. Efeitos psicossociais da colonização e do racismo: efeitos subjetivos e corpóreos da humilhação sistêmica; a temática do sujeito em situação, a dupla consciência; 2. Dimensões políticas do desejo: a racialização do desejo (sexualidade e afeto), do ser-em-si e do ser-para-si, análise dos sonhos; 3. Dimensão afetiva da política: inveja, ressentimento, violência (práxis) como possibilidade de ressignificação do traumático."

gestão da vida das populações, envolvendo três dimensões que trataremos de apresentar, aqui, esquematicamente, conforme explanação de Leomir Cardoso Hilário (2021):

Primeira dimensão, a da soberania, significando a ruptura com o poder soberano, que é um poder de morte, em favor do poder disciplinar sobre os corpos, que é um poder sobre a vida. O *fazer morrer e deixar viver,* que caracteriza o poder soberano, é substituído, então, pelo *fazer viver e deixar morrer*, próprio ao poder disciplinar. Essa dimensão é tema do seminário *O poder psiquiátrico*.

Segunda dimensão, a governamentalidade, que situa a produção de subjetividade no vetor da produção da vida, na necessidade de governar condutas, gerir comportamentos, governar sujeitos livres, autônomos. A noção em causa já não é mais a da disciplinarização, a da normalização dos corpos, mas é a do controle e da gestão da vida das populações, que Foucault irá desenvolver a partir de 1975.

Terceira dimensão, a do racismo de Estado, que Foucault aborda no seminário *Em defesa da sociedade*, de 1976, com base na experiência nazista. A referência ao nazismo traz um problema para Foucault, por não caber na chave de leitura da biopolítica, onde o poder de fazer morrer parece não ter lugar — seria um fazer morrer os judeus para fazer viver os arianos? Foucault , neste ponto, cogita que o Nazismo pode ter algo a ver com a experiência colonial, mas não avança muito nisso. Mbembe (2018) é o pensador que, nascido em África, situado na periferia do mundo, vai se valer de Foucault pra reposicionar a biopolítica no contexto periférico, formulando a noção de necropolítica.

Lembremos que nós começamos nossa exposição comparando a cena de tratamento do Rei George com a cena da antipsiquiatria dos anos 70 e duas cenas dos anos 2000, uma no Brasil e outra na Itália. Por meio das cenas, podemos refletir sobre o quanto o enfrentamento de forças e a submissão de vontade do louco à vontade do médico, tal como descrito por Foucault (2006), parece seguir vigente entre nós, mesmo que com outras roupagens e fora dos muros do manicômio. Há uma linha de continuidade aí. Mas, no contexto da necropolítica, vamos nos encontrar com outro tipo de cenas, que, ainda que sejam também cenas de um enfrentamento, têm uma outra qualidade, um outro grau de violência, uma letalidade.

Que lugar, então, tem a morte no interior do poder disciplinar e da biopolítica? Se a biopolítica se instaura como poder de fazer viver e deixar morrer, o que significam as cenas que, no Brasil e em outros países periféricos, se tornaram corriqueiras, onde não só se deixa morrer mas também se faz morrer? Sabemos que até os anos 60, os hospitais, as escolas, as prisões, necessitavam ser eficazes na imposição do regime disciplinar para aproveitamento da força humana no mundo

do trabalho, tendo o contingente humano dos hospitais e prisões como exército de reserva dessa força. Talvez isso nunca tenha se aplicado dessa forma no Brasil, onde a população negra saída da escravidão foi desde então tratada, por seus antigos senhores, como população descartável. Fato é que, a partir dos anos 1970, as transformações do capitalismo deixaram de exigir a criação de exércitos de reserva, e a função disciplinadora que o asilo e outras instituições do tipo exerciam já não tinham mais razão de ser. As instituições disciplinadoras não desaparecem, mas perdem centralidade, perdem importância.

Então, se a biopolítica diz respeito à gestão da vida das populações num contexto de consolidação do capitalismo, em que a força de trabalho constitui o fundamento da riqueza das nações; a necropolítica vem responder a esse contexto de crise do capitalismo, quando as populações que antes eram úteis como força de trabalho se tornam supérfluas. Existe cada vez mais populações dispensáveis — é o que Achilles Mbembe (2014) vai chamar de devir negro do mundo. A maneira, então, como se passa a promover a gestão e o controle dessas populações supérfluas é deixando morrer e fazendo morrer.

Hilário (2021) destaca que, na passagem da biopolítica para a necropolítica, em vez de produção de subjetividade, tem-se é destruição do psiquismo; em vez de docilização de corpos úteis, produção de corpos mortos; em vez de instituições totais que sequestram o tempo dos indivíduos, são forças do Estado, oficiais e oficiosas, que desaparecem com os corpos dos indivíduos. E Aline Passos de Jesus Santana (2021), que estuda as prisões no Brasil, em conversa com Hilário, vai afirmar que, num contexto desses, no estado de guerra que se vive, a força de trabalho requerida é a força do soldado. Legalizado ou não. É Paulo Eduardo Arantes (2014), lembra a autora, quem vai fazer essa conexão da barbárie com o contexto de trabalho, dizendo que o trabalho também produz barbárie, ou a barbárie produz trabalho, como se dá, no caso da empregabilidade como soldado, para fazer morrer.

Considerando, porém, o que escrevem feministas como Françoise Vergès (2020) e Sílvia Federici (2019), ao lado do trabalho de soldado, de que se ocupam majoritariamente os homens jovens negros, há também esse trabalho predestinado às mulheres, e especialmente as negras, que é o de limpar a merda do mundo. Se o trabalho das mulheres, de reproduzir e educar a força de trabalho, já não interessa ao Capital, a merda que os humanos produzem segue precisando de quem a limpe.

Bem, e a saúde mental nisso? O que acontece com a perda da centralidade das instituições disciplinadoras? De um lado, como dissemos acima, é preciso considerar que a implementação de serviços substitutivos à lógica manicomial se torna possível, no Brasil e no mundo, num contexto em que a psiquiatrização da

sociedade é um fato. Nós disciplinamos nossos corpos, nossas revoltas, nossa tristeza, nossa angústia, não mais com coerções morais, não mais em cenas de batalha, mas com medicação, vestindo camisas de força químicas. Mesmo assim, as coerções morais, as cenas de batalha, seguem vigentes, nos hospícios ainda de pé em nosso país mas também nos serviços abertos, nas redes de atenção psicossocial. E o hospital psiquiátrico segue sendo o destinatário da maior soma de recursos reservados à saúde mental no mundo, disseminando-se também em instituições como clínicas geriátricas e residências terapêuticas, entre outras.

No Brasil, em 2006, nós invertemos essa lógica. Os serviços abertos passaram a ter a maior soma dos recursos. Lamentavelmente isso não se sustenta nos últimos anos, com a quantidade exponencial de comunidades terapêuticas que receberam financiamento do estado - são elas que ocupam hoje o espaço dos manicômios, com muito mais violência, violação de direitos e letalidade. E psicofármacos são largamente usados, nos hospitais, nos centros de atenção psicossocial, na atenção básica, e também nas prisões, nos centros de atendimento socioeducativo, na escola, no trabalho, produzindo seja o apagamento do eu, a docilização dos corpos, seja a produtividade desenfreada. Que corpos são "apagados" ou docilizados, e que corpos são estimulados, é uma questão para não deixarmos de nos fazer.

No contexto brasileiro contemporâneo, a vitória de Luis Inácio Lula da Silva nas eleições presidenciais permite-nos retomar o curso de uma democracia que requer aprofundamento, participação, radicalidade. A tarefa que se coloca para o nosso campo, de reconstrução de uma política de saúde mental que se paute pela perspectiva de um cuidado em liberdade - integral, territorializado, equânime -, encontra, entre nós, interlocutores fundamentais para fazer da luta antimanicomial uma luta antirracista e anticolonial - ou não haverá sociedade sem manicômios nem democracia.

Rachel Gouveia Passos é uma dessas interlocutoras. No já citado "'Holocausto ou navio negreiro?': inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira" (Passos, 2018:14), ela assim se manifesta:

> Problematizar o manicômio e suas expressões abordando as relações de raça, gênero e classe é ultrapassar os próprios muros que compõem a formação social brasileira e, trazer a público um debate que ficou apagado ao longo da construção, implementação e efetivação da Reforma Psiquiátrica brasileira. Racializar os corpos e a própria história faz parte dos novos rumos da Luta Antimanicomial…

Emiliano de Camargo David é outro desses interlocutores fundamentais. Em “Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira” (David; Vicentim, 2020:272)

> A vinculação entre população negra e loucura é secular no Brasil. Porém, reconhecer os efeitos desse atrelamento, em seus distintos contextos sociais e políticos ao longo dos anos, oferece-nos elementos para produzir um ethos compromissado com o aquilombamento e com a necessária desconstrução do crioulo doido e da negra maluca.

Mais recentemente, em sua banca de defesa de tese de doutorado, David nos oferece outros dois conceitos chave, além da ideia de aquilombarão, para essa desconstrução. São eles: a ideia de um saber-fazer desnorteado; e a noção de luta *antimanicolonial*, termo forjado por Bárbara dos Santos Gomes (2019), enfermeira, negra, baiana, em seu TCR da residência em saúde mental coletiva na UFRGS

Uma terceira interlocução abrange, na verdade, o conjunto de autores do livro Psicanálise na Encruzilhada (David & Assuar, 2021), do qual destacamos o texto da psicanalista Ana Gebrim (2021), “A branquitude do analista”. Gebrim nos alerta para o fato de que a branquitude do analista - ou, podemos dizer, do profissional de saúde mental - compõe também a história de guerra em um país marcado em suas entranhas pela violência do racismo. Não se pode pensar na dimensão do vínculo entre profissional e usuário sem articular as vivências raciais marcadas no encontro clínico.

Certo é que não há com tomar lugar nessa relação de forças, relação de poder que configura o espaço do cuidado em saúde mental sem fazer permanentemente o exercício da crítica de si. E não há como revolucionar esse espaço se não se fizer da luta antimanicomial uma luta antirracista, *antimanicolonial*. Rachel Gouveia Passos, Emiliano de Camargo David, Ana Gebrim, dão-nos pistas da direção por onde andar, para que sejamos capazes, como dissemos, de refundar em outros termos uma política de saúde mental e um país, no enfrentamento ao nosso racismo e à nossa colonialidade.

**Referências:**


Arantes, P. E. (2014) *O novo tempo do mundo.* São Paulo: Boitempo.

Arbex, Daniela. (2013) *Holocausto Brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial.

Barreto, L. (1921) *O cemitério dos vivos.* Manaus: Universidade da Amazônia. Disponível em http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/ua000162.pdf. Romance inacabado. Trechos originalmente publicados em 1921.

Basaglia, F. (1985) *A instituição negada*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal.

Blay, M. (2014) *Direto de Paris - coq au vin com feijoada.* São Paulo: Contexto.

Buck-Morss, S. (2011) Hegel e Haiti. *Novos estudos CEBRAP,* 90: 131-171. Disponível em https://doi.org/10.1590/S0101-33002011000200010.

Carta de Bauru - 30 anos (2017). Disponível em https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/CARTA-DE-BAURU-30-ANOS.pdf

David, E. C., & Vicentin, M. C. G.. (2020). Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde Em Debate*, *44*(spe3), 264–277. https://doi.org/10.1590/0103-11042020E322

David, E. C.; Assuar, G. (Orgs.) (2021) *A psicanálise na encruzilhada. Desafios e paradoxos perante o racismo no Brasil.* São Paulo: Hucitec.

Fanon, F. (2020) *Alienação e liberdade. Escritos psiquiátricos*. São Paulo: Ubu.

FAUSTINO, D. M. (2019) *Sartre, Fanon e a dialética da negritude: diálogos abertos e ainda pertinentes.* Comunicação apresentada no II Colóquio Internacional sobre Sartre: interseccionalidades na compreensão do sujeito contemporâneo (30/09/2019-02/10/2019). Disponível em https://deivisonnkosi.com.br/wp-content/uploads/2020/03/SARTRE-FANON-E-A-DIALÉTICA-DA-NEGRITUDE-FAUSTINO_Deivison-2020.pdf.

Federici, S. (2019) *O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista.* São Paulo: Elefante.

Foucault, M. (1978) *História da loucura na idade clássica*. 1. ed. São Paulo: Perspectiva.

Foucault, M. (1987) *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes.

Foucault, M. (2006) *O poder psiquiátrico.* Curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes.

Gebrim, A. (2021) O transtraumático e o inconsciente colonial: reflexões sobre a branquitude do analista. Em: David, E. C.; Assuar, G. (Orgs.) *A psicanálise na encruzilhada. Desafios e paradoxos perante o racismo no Brasil* (pp.101-116). São Paulo: Hucitec.

Gomes, B. S. (2019) *Encontros antimanicoloniais nas trilhas desformativas.* Trabalho de Conclusão da Residência (Especialização - Saúde Mental Coletiva), Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Hilário, L. C. (2021) *Mil Fucôs: cartografias do pensamento de Michel Foucault.* Live com participação de Leomir Cardoso Hilário e Aline Passos de Jesus Santana, conduzida por Moysés Pinto Neto, transmitida em 16 de julho de 2021. Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=wyxtcLtUWcw.

Manifesto de Bauru (1987). *InSURgência: revista de direitos e movimentos sociais*, Brasília, v. 3, n. 2, p. 537–541, 2017. DOI: 10.26512/insurgncia.v3i2.19775. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/insurgencia/article/view/19775.

Mbembe, A. (2014) *Crítica da Razão Negra*. Lisboa: Antígona.

Mbembe, A. (2018) *Necropolítica.* São Paulo: N-1 Edições.

Noguera, R. (2020) Fanon: uma filosofia para *reexistir* (apresentação). Em: Fanon, F. *Alienação e liberdade. Escritos psiquiátricos* (pp.7-19). São Paulo: Ubu.

Palombini, A. (2005) O rei está morto, viva o psiquiatra! Dispositivos de poder, psicanálise e loucura. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*. (28): 86-92.

Palombini, A. L. (2022) Reforma psiquiátrica como garantia de direito à cidadania: por um cuidado em liberdade antimanicolonial. Em Oliveira, R. W. et al. (Orgs.). *Luta antimanicomial e os 30 anos da lei estadual da reforma psiquiátrica - RS: em defesa do cuidado em liberdade.* Porto Alegre, Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul.

Passos, R. G. (2018) Holocausto ou Navio Negreiro? Inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. *Argumentum*. 10:10-23.

Santana, A. P. J. (2021) *Mil Fucôs: cartografias do pensamento de Michel Foucault.* Live com participação de Aline Passos de Jesus Santana e Leomir Cardoso Hilário, conduzida por Moysés Pinto Neto, transmitida em 16 de julho de 2021. Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=wyxtcLtUWcw.

Serpa Jr, O. D. (1996) Sobre o Nascimento da Psiquiatria. *Cadernos IPUB*. 3:15-30.

Teixeira, M. O. L. (2019) Pinel e o nascimento do alienismo. *Estudos e pesquisas em psicologia.* 19 (2):540-560. https://doi.org/10.12957/epp.2019.44288.

Tenório, F. (2001) *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Vergès, F. (2020) *Um feminismo decolonial*. São Paulo: Editora Ubu.

Viganò, C. (1999) A construção do caso clínico em saúde mental. *Revista Curinga,* Escola Brasileira de Psicanálise de Minas Gerais, Belo Horizonte, 13: 50-65.

# REFORMA PSIQUIÁTRICA: UMA REFLEXÃO COMPARADA SOBRE AS LEGISLAÇÕES ITALIANA E BRASILEIRA

Ernesto Venturini
Maria Stella Brandão Goulart

## Introdução

In questo articolo ci proponiamo di esaminare la legge di riforma della psichiatria italiana e di metterla a confronto con quella brasiliana. Ripercorreremo un poco della loro storia, evidenzieremo analogie e indicheremo le differenze, per individuare i punti di forza e di debolezza di entrambe le normative.

In realtà, come si evidenzierà dal testo, la riforma della psichiatria italiana si realizza non attraverso una sola legge, ma attraverso tre leggi - la prima nel 1968, la seconda nel 1978 e la terza nel 2014. Le tre leggi si muovono in continuità e in coerenza tra di loro.

Ci preme fare subito alcune preliminari riflessioni.

Le leggi non corrispondono sempre, in modo preciso e completo, al pensiero dei loro ispiratori – siano persone o movimenti culturali e politici. Capita, ad esempio, di considerare come sinonimi la legge di riforma italiana e il pensiero di Basaglia, oppure il movimento antimanicomiale brasiliano e la legge di riforma brasiliana, chiamandola “Legge Paulo Delgado”. Ma questo è vero, solo in parte. Infatti, ogni legge, nel momento della sua stesura, ricerca, per lo più, un ampio consenso politico e si organizza come esito di numerosi confronti. Per questa ragione una legge, anche quando raggiunge il punto più alto della mediazione, può non rappresentare pienamente la potenza dei suoi principi ispiratori.

Accade, inoltre, che ci si riferisca alle leggi di riforma della salute mentale come produttrici di un cambio di paradigma scientifico. In realtà le leggi sono gli effetti, non le cause di queste “rivoluzioni”, anche se non vi è alcun dubbio che i risultati di una loro positiva applicazione danno legittimità alle istanze culturali, sociali, economiche, che le hanno promosse. Le riforme, in sostanza, sono il risultato di un complesso lavoro politico-istituzionale che coinvolge numerosi attori e che si svolge in un ampio arco di tempo. Sono l’inevitabile risultato di varie negoziazioni non sempre con sviluppi favorevoli. L’esito finale dipende da come vengono condotti i conflitti, da

come evolve il processo dialettico tra i poteri in campo e dalla pressione attiva operata dai suoi beneficiari, attuali o potenziali.

Nonostante la vitalità dei suoi principi, la promulgazione di una legge di riforma della salute mentale non può, da sola, provocare cambiamenti culturali e sociali significativi. Bisogna che si realizzino sinergicamente almeno tre fondamentali condizioni.

È necessario, prioritariamente, un coinvolgimento responsabile e continuo delle istituzioni, sia quelle scientifiche, sociosanitarie ed educazionali sia quelle dello stato (a livello centrale e a livello periferico). Secondariamente è necessario il coinvolgimento attivo degli attori direttamente interessati (gli utenti, i loro familiari e i professionisti) e, in terzo luogo, occorre un'accorta politica di promozione che coinvolga la società civile (attraverso, ad esempio, il coinvolgimento dei mass media e dei movimenti sociali). Tenendo presente questo schema possiamo comprendere come la presenza, l'intensità e la combinazione di queste condizioni, producano esiti eterogenei, sia tra differenti aree geografiche del paese interessato, che in momenti storici diversi. Questo effetto si rende visibile, ad esempio, quando, con una terminologia statistica, parliamo di una realizzazione sul territorio *a macchia di leopardo*.

Ogni legge, infine, è in qualche modo espressione di un'implicita contraddizione: da un certo punto di vista ha il compito di stabilire dei principi universali ma può farlo solo attraverso delle norme contingenti. Quando queste norme diventano *inattuali,* rischiano apparentemente di rendere *atemporali* e quindi astratti, agli occhi della gente, i principi stessi della legge. Ma quando, poi, quegli stessi principi sono *inattuati,* si opera una sorta di violenza contro coloro che si sono coinvolti in quella legge, prima che diventasse poi "lettera morta".

## Storia delle leggi italiane

Le leggi di riforma della psichiatria nascono, in Italia, nel clima culturale e politico degli anni '60 e '70. Gli anni '70, in particolare, si caratterizzarono per l'emanazione di grandi riforme di istituzioni sociali - la scuola, la famiglia, il lavoro. È stato quello un momento storico che ha cambiato democraticamente il volto del paese. Del lungo elenco di quelle riforme ricordiamo solo le leggi che istituirono la sanità pubblica, il divorzio, l'aborto, la liberalizzazione all'accesso universitario, lo

Statuto dei lavoratori[1]. Esisteva, all'epoca, una richiesta diffusa di profondi rinnovamenti istituzionali, culturali, politici della società. Con l'inizio degli anni '60, le rivendicazioni coinvolsero alcuni stati europei e americani, ebbero il loro punto più alto e critico nel '68 e continuarono, con vigore, per tutti gli anni 70. Le richieste si configurarono come lotte e furono sostenute da movimenti sociali (quello femminile, quello contro la guerra in Vietnam, e quello per il riconoscimento dei diritti delle minoranze afroamericane). I settori progressisti che sostennero queste lotte si articolarono in Italia, anche all'interno delle istituzioni dello stato, con organizzazioni che propugnavano riforme strutturali. In Italia nacquero Medicina Democratica, Magistratura Democratica e, in seguito, Psichiatria Democratica. Il Partito Comunista Italiano (PCI) si era liberato dall'egemonia stalinista dell'URSS e aveva assunto una prospettiva riformista, appoggiando la costituzione dei primi governi di Centro-Sinistra, fino a sostenere direttamente un governo di emergenza nazionale, che si realizzerà nel 1978. Quelli furono, però, anche gli "Anni di Piombo". L'estrema sinistra anarchico-insurrezionale cercò di sovvertire violentemente l'evoluzione riformista del PCI, tentando d'instaurare un progetto rivoluzionario. Il progetto, minoritario, fallì; la democrazia ne fu colpita, ma, in definitiva, ne uscì rinforzata.

La legge del 1968

Nell'ambito delle "discipline-psi" e della sanità, l'Italia stava scontando, in quegli anni, un forte ritardo scientifico e culturale rispetto alle mutate esigenze della società, sia nel campo della formazione che in quello della cura. Era ancora in vigore la legge sugli alienati del 1904, che sanzionava i pazienti psichiatrici come socialmente pericolosi, privandoli dei diritti civili, e che fissava, come luogo d'internamento, l'ospedale psichiatrico - un'istituzione non inserita nel sistema sanitario, ma gestita da un ente pubblico locale – la Provincia (che si prendeva carico di situazioni socialmente emarginate: dalle malattie dermosifilopatiche agli istituti per orfani). Il fascismo e la cultura conservatrice, che perdurarono anche negli anni del dopoguerra, avevano impedito l'accesso in Italia della psicanalisi per pregiudizi antisemitici e avevano lasciato la psichiatria sotto l'egemonia del modello biomedico,

[1] Diamo un breve elenco di alcune di queste leggi. Liberalizzazione degli accessi universitari: istruzione di massa (n. 910/1969); Istituzione delle Regioni (n. 281/1970); Statuto dei diritti dei lavoratori: diritti sindacali, libertà e dignità sul lavoro (n. 300/1970); Divorzio (n. 898/1970); Istituzione della scuola a tempo pieno (n. 820/1971); Tutela delle lavoratrici madri (n.1204/1971); Obiezione di coscienza: scelta del servizio civile al posto del servizio militare (n. 772/1972); Decreti delegati" sulla democrazia nella scuola: partecipazione e diritti di studenti, insegnanti, genitori (DPR 416/1974); Nuovo diritto di famiglia: pari diritti e doveri per uomini e donne (n.161/1975); I consultori: salute, maternità, contraccezione, sessualità consapevole (n. 405/1975); Riforma penitenziaria: umanizzazione della pena, lavoro, formazione, permessi (n. 354/1975); Legge di parità fra uomini e donne sul lavoro: parità salariale, non discriminazione (n. 903/1975); Legge "Basaglia": chiusura dei manicomi, assistenza territoriale, dignità delle persone con problemi mentali (n. 180/1978); L'aborto non è più reato (n.194/1978); Riforma sanitaria: servizio sanitario nazionale per tutti (n, 833)1978); È depositata in Parlamento la legge di iniziativa popolare contro la violenza sessuale (divenuta legge nel 1996); Abrogazione degli articoli del codice penale sulle attenuanti per delitto d'onore.

che si fondava sui parametri dell'irrecuperabilità del folle e sulla centralità del manicomio come apparato di controllo e segregazione. L'Italia psichiatrica progressista guardava, però, con interesse alle esperienze straniere: al Settore francese e alla Psychothérapie Institutionnelle, al modello dei Community Center americani e alle Comunità terapeutiche della medicina pubblica inglese. L'Associazione dei Medici psichiatrici ospedalieri (AMOPI) si era espressa sulla necessità di umanizzare il manicomio. C'era chi, come Edoardo Balduzzi, prospettava una riforma della psichiatria sul modello francese del Settore. Altri sviluppavano, invece, importanti tentativi di rinnovamento democratico negli ospedali psichiatrici, come Sergio Piro a Nocera Inferiore e Carlo Manuali e Ferruccio Giacanelli nell'ospedale di Perugia. Le esperienze raccoglievano consensi, indicavano soluzioni, senza riuscire però a incidere sul panorama politico nazionale (Venturini, 1979; Goulart, 2004; 2007)

Maggior successo ebbe, invece l'esperienza dell'ospedale aperto di Gorizia, diretto da Franco Basaglia, che influenzò la prima importante riforma psichiatrica: la Legge Mariotti n. 431/68. Questa legge, ingiustamente dimenticata, prospettava cambiamenti radicali nell'assistenza psichiatrica:

- consentiva il ricovero volontario in Ospedale Psichiatrico senza che il paziente perdesse i diritti civili (come accadeva fino allora), assimilava i pazienti psichiatrici agli altri ammalati e equiparava l'ospedale psichiatrico provinciale a qualsiasi altro ospedale del sistema sanitario; in conseguenza di ciò, in alcune regioni (Emilia-Romagna, Lazio, tra gli altri), vennero costruite cliniche psichiatriche pubbliche per i ricoveri psichiatrici volontari;
- costituiva i Centri d'Igiene mentale (CIM), quale organizzazione embrionale di un servizio comunitario;
- definiva un numero massimo di letti per ogni divisione psichiatrica ospedaliera, ampliando l'organico e costituendo per la prima volta la necessità di un lavoro di equipe (medici, infermieri, assistenti sociali e psicologi);
- abrogava l'articolo del codice di procedura penale (istituito durante il fascismo) che obbligava l'annotazione dei provvedimenti di ricovero dei malati psichiatrici nel casellario giudiziario.

La legge 180 del 1978

Gorizia è stata un'esperienza di trasformazione collettiva, che ha adottato il trattamento in libertà e che si è imposta per la sua radicalità e coerenza. A questo proposito ricordiamo la distruzione delle reti d'isolamento, l'abolizione di ogni forma di contenzione, l'abolizione dell'elettroshock, la dimissione dei medici psichiatri e la

proposta di dimissione di tutti i pazienti, di fronte al rifiuto del potere politico di costruire alternative nella comunità (Venturini, 2020a). I centri di salute mentale sul territorio si realizzeranno, in seguito, a Trieste, consentendo così la prima chiusura totale di un manicomio. Il superamento dell'ospedale psichiatrico avvenne – si noti bene – in mancanza di una legge specifica che lo consentisse: l'ospedale si chiuse semplicemente perché dal suo interno si era agito contro gli effetti alienanti dell'istituzionalizzazione e perché gli utenti, in condizioni di libertà e di riconoscimento dei loro diritti, avevano realizzato la loro riabilitazione. I nuovi servizi sul territorio si dimostrarono realmente alternativi all'internamento ospedaliero e resero *inutile* la funzione stessa dell'istituzione. L'impatto di questa dimostrata possibilità di cambiamento fu grande e favorì l'avvio delle procedure per una riforma generalizzata dell'assistenza psichiatrica. Il processo parlamentare della legge trovò un'imprevista facilitazione nella situazione politica emergenziale, determinata dall'omicidio dell'on Moro da parte delle Brigate Rosse e dalla necessità, per il parlamento, di anticipare il referendum promosso dal partito Radicale per la chiusura dei manicomi. L'approvazione del referendum avrebbe creato un vuoto di normativa e non era il momento per accendere controversie parlamentari. In ogni caso, la proposta di legge fu sostenuta e approvata dall'intero arco parlamentare (con esclusione dei soli fascisti). Significativo per questo largo consenso fu l'appoggio convinto del Ministro della Sanità - on. Tina Anselmi – una onorevole appartenente alla Democrazia Cristiana (partito conservatore al potere), ex partigiana. La Legge 180/78 fu promulgata il 18 maggio del 1978 (esattamente novant'anni dopo la Legge Aurea del Brasile). Si componeva di soli undici articoli, di cui ben sei riguardanti il trattamento sanitario Obbligatorio. La legge, però, cessò di esistere, come normativa autonoma, dopo soli sette mesi: fu integrata all'interno della legge del Sistema Sanitario, nel dicembre dello stesso anno (Legge 833 del 1979). Si componeva di soli quattro articoli: tre (il 33, 34, 35) riguardanti le norme per gli accertamenti volontari e involontari e uno (il 64) riguardante le norme per l'assistenza psichiatrica.

Tra i molti attori significativi dell'intero processo di nascita della legge ricordiamo: Franca e Franco Basaglia, le equipe di Gorizia, quelle di Perugia, Trieste e Arezzo; Giovanni Berlinguer, Michele Zanetti, Bruno Benigni, Giovanni Maccacaro.

Quarant'anni di legge di riforma

La "legge 180" prevedeva, a un anno dalla sua promulgazione, l'emanazione di norme per definire risorse, tempi e organizzazione dei nuovi servizi. Ci fu, tuttavia, una sorta di *ripensamento* del parlamento che non adempì tale mandato (in attesa di vedere come evolveva la situazione?), lasciando la nuova organizzazione esposta a

grandi inconvenienti. Iniziò così un lungo periodo di difficoltà, aggravato dalla morte improvvisa di Franco Basaglia. Sorsero critiche, soprattutto da parte delle associazioni di familiari, sostenute da settori politici di destra, e furono presentati in parlamento, per alcuni anni, vari progetti di controriforma. I familiari denunciavano l'abbandono in cui si trovavano nel sostenere da soli la difficile gestione domiciliare dei pazienti. Fu quello il momento di maggiore difficoltà della riforma. Ma fu anche il momento in cui si mobilitarono le forze della società civile che si riconoscevano nei principi della legge. Sorsero Associazioni di familiari che appoggiavano la legge e che imputavano ai governanti la responsabilità di privare i nuovi servizi delle risorse necessarie. Queste Associazioni diventarono egemoniche nel panorama nazionale e riuscirono attraverso l'UNASAM (Unione Nazionale Associazioni Salute Mentale) a diventare interlocutori fondamentali per la definizione delle politiche di salute mentale. La maggior parte dei lavoratori pubblici della sanità continuarono a credere nel valore del cambiamento e s'impegnarono nel realizzare esperienze di successo, che avevano un incontestabile valore di testimonianza. Nelle regioni dove governavano giunte di sinistra furono varati progetti regionali che sopperirono il vuoto legislativo e permisero buone attuazioni della legge. Tutti i progetti di controriforma furono respinti. Per contrastare le politiche di discredito, furono avviate ricerche per valutare l'attuazione della legge. I dati evidenziarono la fattibilità e bontà della legge e la necessità di implementarla. Su pressione di Psichiatria Democratica e del Foro della Salute Mentale, Franca Ongaro Basaglia si candidò al Parlamento. Venne eletta senatrice per la Sinistra Indipendente e cominciò un paziente lavoro di ricerca di un consenso trasversale tra i partiti. Finalmente nel 1994 fu promulgato il Primo Progetto obiettivo della Salute Mentale - 1994/96, che definì l'organizzazione dei Dipartimenti di Salute Mentale, il suo budget, l'articolazione delle risorse. A distanza di 16 anni la legge di riforma venne dunque completata e questa volta si poteva dire che la legge fosse veramente da attribuire a Basaglia (alla Franca Basaglia!). Sulla scia del Progetto obiettivo e tenendo conto del processo di deistituzionalizzazione / riabilitazione che avvenne in alcuni ex ospedali psichiatrici – emblematica fu l'esperienza di Imola – il governo, nel 1996, dispose la chiusura totale di tutti gli ex ospedali psichiatrici (i "Residui" manicomiali) e la collocazione dei loro ospiti in case-famiglia con carattere assistenziale di differente grado. Come avviene in ogni cambiamento di radicale portata, i tempi e i modi di realizzazione furono differenti e con varie contraddizioni. Il processo, tuttavia, fu monitorizzato e avvalorato da studi, ricerche promosse dal Ministero della Sanità.

Intanto in Italia, negli anni '80 e '90, si stavano costituendo importanti modifiche istituzionali. Nella sanità si operò una radicale modifica del modello organizzativo: le

precedenti Unità Sanitarie Locali furono trasformate in Aziende Sanitarie, con importanti mutamenti nei criteri di valutazione dell'efficienza ed efficacia delle prestazioni. Si trattò di un riflesso dell'imperante modello neoliberale che, se da un lato, corrispondeva con metodi efficientisti alla complessità della sanità, dall'altro focalizzava i risultati prevalentemente sulla efficacia clinica e sulla importanza di una tecnologia ad impronta tipicamente ospedaliera. Vennero introdotte, conseguentemente, la terziarizzazione dei servizi e una compartecipazione della spesa pubblica con il settore sanitario privato, ritenuto, aprioristicamente, come migliore risposta di trattamento in alcuni settori della sanità.

Inoltre, nel 2001 furono riconosciute le autonomie regionali, secondo i principi della Costituzione. Gli enti locali divennero i gestori dei bisogni sanitari del loro territorio, fatta eccezione per i livelli essenziali di assistenza regolati dal Ministero della Sanità. Da un punto di vista teorico, la decentralizzazione poteva sembrare una scelta corretta, nella pratica tuttavia essa non corresse, semmai accentuò le disfunzioni di alcune regioni, dominate da cronici problemi di inefficienza, clientelismo, corruzione. Con l'autonomia degli enti locali nelle gestione delle risorse, si determinarono forti modifiche nel funzionamento dei servizi di Salute Mentale tra le diverse regioni. Si può affermare che da quel momento esistano, in Italia, vari modelli di risposta territoriale ai bisogni dei pazienti psichiatrici: si va da livelli di eccellenza a situazioni decisamente carenti[2]. Non si tratta di una situazione che riguarda la sola salute mentale, quanto di un più complessivo funzionamento dell'assistenza e della sanità, diversa tra le regioni italiane, che è resa emblematica anche dalla dialettica tra un modello di trattamento tecnologizzato e quello preventivo a impronta territoriale[3].

La legge 81 del 2014

Malgrado questo panorama confuso e contraddittorio, la salute mentale attinse un altro rilevante risultato con una terza legge sulla Salute Mentale: la n. 81 del 2014 che fissava all'1°aprile 2015 la data definitiva per la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), mettendo fine a un percorso legislativo iniziato con il 2012. Gli OPG erano, fino allora, alle dipendenze del Ministero della Giustizia; in

[2] Esiste in Brasile un luogo comune che considera l'esperienza di Trieste, la più conosciuta, come prototipo di tutte le altre esperienze italiane. Ma non è così e ogni esperienza ha la sua particolarità. L'esperienza di Trieste rimane unica, in quanto esito di un grande contributo internazionale: dal riconoscimento della OMS all'impegno di volontari stranieri, tra cui in particolare di quelli brasiliani (Goulart, M.S. 2015; Goulart, M.S 2020).

[3] Come esempio negativo di tale politica, facciamo presente quanto accade in questo periodo: l'organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, unanimemente riconosciuta come una tra le migliori del mondo, sta soffrendo un attacco da parte delle forze politiche locali di destra che governano la Regione Friuli-Venezia Giulia. Le prese di posizioni nazionali e internazionali da parte delle più importanti rappresentanze scientifiche contro questo immotivato attacco non hanno potuto sortire nessun effetto.

pratica fuori dalla Legge di Riforma del Servizio sanitario. La chiusura degli OPG fu frutto di un impegno collettivo e costante, portato avanti da associazioni, movimenti di operatori della sanità e del diritto, rivolto all'opinione pubblica e soprattutto alla magistratura, piuttosto restia a perdere le sue funzioni di controllo sui pazienti psichiatrici.

Anche l'applicazione di questa legge ha sofferto momenti d'incertezza e di contraddizione, perché è rimasto immodificato il Codice Penale che regolava gli OPG[4]. Di fatto, però, gli OPG sono stati completamente chiusi e sono state realizzate delle piccole strutture sanitarie territoriali - le REMS (Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza) – a dipendenza dei Dipartimenti di Salute Mentale. Esse accolgono, transitoriamente, un numero limitato di persone portatrici di disturbi psichici, che hanno infranto la legge. Sulle REMS, si è aperto un dibattito e il loro funzionamento – non facile - costituisce un'ulteriore sfida per risolvere istanze contraddittorie.

In ogni caso, questa nuova legge costituisce un ulteriore risultato *rivoluzionario* nel panorama internazionale, testimone dell'adesione della società italiana al modello antistituzionale della legge di Riforma della Salute Mentale.

## Caratteristiche della legge italiana di riforma

Caratteristiche positive.

Una prima peculiarità positiva della legge italiana consiste nell'immediato arresto di ogni ricovero in Ospedale Psichiatrico e nell'interruzione di ogni nuova costruzione per internamenti psichiatrici. I ricoveri possono attuarsi solo negli appositi Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)[5] degli Ospedali Generali o nelle nuove strutture territoriali: Centri di Salute Mentale (CSM). Con questa decisione, si dichiara, di fatto, che il malato psichiatrico ha lo stesso status giuridico di qualunque altro malato della sanità

La legge espressamente esige una sua immediata applicazione, ma non esclude un necessario periodo di transizione. Ciò che è fondamentale è la sua formulazione senza incertezza, né periodi di prova, né attese per la costruzione di una nuova e alternativa organizzazione territoriale. È un messaggio forte che dà

[4] La modifica del Codice Penale è un processo molto complesso che non è attualmente preso in considerazione dal Parlamento italiano.

[5] Tali Servizi non possono costituirsi come Divisione Ospedaliera autonome, in quanto sono dipendenti dal Centro di Salute Mentale (CSM) territoriale, inoltre non possono superare quindici posti letto. Con questa limitazione si evita ogni agglomerazione, che è nociva ai fini del trattamento.

l'idea di perentorietà di un processo senza ritorno, dove è necessario trovare, subito, le risposte, indebolendo così ogni velleitarismo di opposizione.

Contemporaneamente è risolta la situazione delle persone a lungo istituzionalizzate, consentendo loro, ma solo a loro, la permanenza nella vecchia istituzione, quando non sia possibile un loro ritorno nella famiglia di origine. L'ex ospedale Psichiatrico è deprivato, però, del suo status giuridico di ospedale ed è convertito in un "Residuo" ospedaliero, dove vengono attivate forme di assistenza riabilitativa.

La seconda importante caratteristica riguarda l'eliminazione del concetto di *pericolosità sociale della malattia psichiatrica*, su cui si incentravano la custodia e la segregazione manicomiale. Viene ribadita la volontarietà del ricovero psichiatrico, come previsto dalla legge Mariotti, e vengono, di conseguenza, chiariti i criteri per l'eccezionalità di un ricovero involontario Esso avviene solo nel contesto di un Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) che riguarda, in modo generale, ogni cittadino: si tratta di un trattamento da attuare, ad esempio, nel caso di una malattia infettiva che una persona non intende controllare. In questo caso l'elemento decisivo e giustificativo non è la diagnosi psichiatrica, ma la situazione di urgenza, non ancora o contingentemente risolvibile in altro modo. Questa situazione rende necessario un ricovero per rispondere a una grave compromissione della salute della persona e di un rischio per la salute degli altri.

Come conseguenza di tale assunto, il disturbo psichico, in quanto disturbo sanitario viene svincolato dall'intervento del potere giudiziario. Il giudice tutelare può eventualmente valutare solo la correttezza delle procedure dell'intervento (se è stata ascoltata, ad esempio, direttamente la persona in crisi, se si sono sentite le sue ragioni, se si sono ricercate altre modalità alternative), ma nulla di più. Il potere della convalida del trattamento e della conseguente sospensione della libertà individuale viene attribuita alla Istituzione Sanitaria, che è rappresentata, in questo caso, dal Sindaco del comune dove verrà svolto il trattamento. Il Sindaco è infatti istituzionalmente l'Ufficiale Sanitario della comunità di cittadini; è il referente/ responsabile della salute collettiva (messa in crisi, ad esempio, da una persona che non vuole sottostare al distanziamento sociale o alle protezioni in caso di una pandemia). Il Sindaco, elettivamente eletto, è un soggetto sottoposto a un diretto controllo popolare, rispetto a un giudizio di sospensione di diritti emesso invece da un magistrato, che invece non è soggetto a un controllo popolare: c'è quindi, tra l'altro, una maggiore trasparenza nella procedura di ricovero. Da un punto di vista procedurale il sindaco fa generalmente riferimento alla competenza di un sanitario

del sistema pubblico (un medico psichiatra di un CSM) che deve, a sua volta, convalidare una iniziale proposta fatta da un altro sanitario.

Una ulteriore caratteristica positiva della riforma psichiatrica italiana riguarda il fatto che la legge sia stata compresa, a pochi mesi dalla sua promulgazione, dalla Legge Italiana di Costituzione del Servizio Sanitario Unico di Salute – la Legge 833 del 1979. È quindi improprio parlare di una legge di una Riforma Psichiatrica (o di Legge Basaglia), perché quella legge è stata eliminata, rinforzando il concetto della non necessità di un corpo speciale di diritti per le persone portatrici di un disturbo psichico, che implicitamente finisce per convalidare uno stigma negativo. Non c'è differenza di status giuridico tra un portatore di disagio psichico rispetto a ogni altro cittadino.

La centralità, nell'organizzazione della Salute Mentale, dei servizi territoriali rafforza, infine, il ruolo delle *determinanti sociali* nella comprensione del disturbo e nelle strategie per la sua cura.

Le caratteristiche negative ( o limitanti)

L'enfasi posta dalla legge nella medicalizzazione del trattamento comporta, inevitabilmente, un rafforzamento dell'ottica medica nei riguardi del disagio psichico, a discapito del giusto rilievo che dovrebbero assumere altre discipline e della necessaria critica al concetto di malattia, come controllo sociale della "anormalità". Per queste ragioni Franco Basaglia dichiarava di non riconoscersi interamente in questa legge. Questo aspetto assume la sua importanza specie nell'epoca attuale, quando il modello biomedico recupera, attraverso l'uso degli psicofarmaci, una sua egemonia, non sempre positiva. Nella stessa direzione va analizzata la psichiatrizzazione dei comportamenti disturbanti o anomali ricondotti, esageratamente e impropriamente, in un ambito medico dal Manuale sulla Diagnosi di Malattia Mentale (DSM-V).

Questa medicalizzazione della legge rinforza negativamente la storica organizzazione sanitaria dei servizi psichiatrici, in Italia, che ha sempre mostrato una predominante presenza dei ruoli tipicamente ospedalieri-clinici: quelli medici e infermieristici. Con una certa difficoltà, negli ultimi anni, sono state riconosciute e immesse negli organigrammi altre professioni: psicologi, operatori professionali della riabilitazione, sociologi. A questo proposito va ricordato che l'ordine professionale dei medici cerca costantemente di opporsi alla possibilità, che nei servizi sanitari si determini una posizione gerarchicamente subordinata dei medici rispetto a ogni altra professionalità.

Un secondo fondamentale aspetto limitante, riguarda *il vuoto* che la legge, nella sua formulazione, non ha riempito: i modi, i tempi, le risorse, i finanziamenti per la sua attuazione. Ma di questo abbiamo già parlato in precedenza.

È mancato, inoltre, nella legge di riforma un riferimento esplicito ai criteri di formazione del personale sanitario e assistenziale per corrispondere ai bisogni della nuova organizzazione sanitaria. Si è sopperito, in seguito e solo in parte, con la realizzazione di corsi formativi regionali (per operatori professionali della salute mentale, per infermieri psichiatrici, per operatori professionali) e con la costituzione di nuove professionalità – come quella degli educatori professionali della sanità - ma è rimasto carente il coinvolgimento organico dell'Università. L'Università italiana, d'altra parte, è sempre rimasta poco permeabile ai cambiamenti culturali e scientifici che avvengono nel paese e, nel caso della psichiatria, a parte poche e apprezzabili eccezioni, ha mantenuto un'impronta tradizionale, facendo riferimento prevalente al modello biomedico degli Stati uniti, del tutto opposto ai principi di una sanità pubblica, a cui si ispira la riforma italiana.

Tratteremo ora una distorta applicazione della legge, che non è, quindi, imputabile, in senso stretto, alla legge, ma che rivela l'esigenza di un miglioramento nei vincoli e nei controlli che l'attuazione della legge esige.

Come abbiamo già descritto, con la legge del 1968, in alcune regioni (tra cui Emilia-Romagna, Lombardia, Lazio), erano sorte alcune strutture - le Case di Cura Psichiatriche, pubbliche e private - per accogliere i ricoveri volontari. Un certo numero di queste strutture ha continuato a funzionare anche dopo l'approvazione della legge del 1978. In alcune regioni, le Case di Cura Private hanno ottenuto il convenzionamento con il Servizio Sanitario Nazionale. Il privato ha conseguito dei vantaggi - un parziale/totale finanziamento del ricovero, la partecipazione dei lavoratori delle cliniche private a corsi di formazione organizzati dal pubblico, ecc. Il Servizio pubblico, in contropartita, ha potuto svolgere funzioni di accreditamento e determinare i parametri standard di funzionamento.

Il parere degli Autori di quest'articolo è però decisamente critico nei confronti di queste strutture. Lo è da un punto di vista giuridico, in quanto contrasta con le norme della legge, che dispongono i ricoveri nei CSM e negli ospedali generali, in quanto "servizi" e non come "divisioni" ospedaliere, che prevedrebbero invece un proprio organigramma autonomo. Queste Case di cura che ricoverano soli pazienti psichiatrici ricordano il manicomio – quand'anche "umanizzato" o in libertà – rinforzano lo stigma di una emarginazione necessaria per i disturbi psichici, sono, di fatto, degli ospedali e quindi sono portati a rafforzare il concetto di malattia di mente secondo un modello medico-biologico, che esclude o limita fortemente il proficuo e

indispensabile contributo di un approccio psicosociale. La critica è anche pratica, perché queste strutture accolgono un numero di ricoverati alto (in genere non inferiore al centinaio) determinando un'agglomerazione non proficua ai fini terapeutici. Sia ben chiaro che non c'è da parte nostra un rifiuto ideologico dell'intervento del privato nella sanità, ma per noi è inaccettabile l'ambiguità insita nella proposta di questo convenzionamento pubblico-privato che s'incentra, per lo più, in un contributo finanziario del pubblico agli interessi del privato, distraendo risorse per le necessità della collettività.

Un'analoga attenzione critica va rivolta alle residenze terapeutiche, anche a quelle pubbliche e in particolare a quelle di Trattamento intensivo, che accolgono pazienti psichiatrici. Queste residenze prevedono limitazioni della libertà (consapevolmente e liberamente assunte dai suoi ospiti?). Data l'implicita debolezza contrattuale del paziente psichiatrico, sarebbe opportuno che venissero meglio chiariti i meccanismi di controllo: visite di Associazioni di Pazienti psichiatrici, o di terzi estranei al servizio, ad esempio.

Breve história da Lei da história brasileira

A história da Lei 10.216 remonta aos anos 80, cuja primeira proposta foi desenhada em estreita inspiração das instituições italianas resultantes da Reforma Psiquiátrica sustentada pelos "Basaglianos". Vale dizer que esta inspiração se apoia em intenso intercambio de experiências. (Goulart, 2008) Foram muitos e diversos aqueles que seguiram para Trieste e Imola, destacadamente, motivados pela oportunidade de formação a partir da inserção ativa nas práticas de desinstitucionalização e consolidação dos serviços de atenção territorial em saúde mental: jovens psicólogas em sua maioria. Em Trieste, se formaram lideranças e os futuros gestores da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial brasileira, Paulo Delgado, Sandra Fagundes, Paulo Amarante, Ana Pitta, Maria Fernanda de Silvio Nicácio, Roberto Tykanori Kinoshita, Eduardo Mourão Vasconcelos, dentre outros e outras.

Estas pessoas reverberaram o extraordinário "efeito Franco Basaglia", que realizou o convite desafiador de comprovar que era possível uma sociedade sem manicômios. (Venturini, 2020 b). Foi ele que trouxe, nos idos de 1978/1979 a boa nova da Lei 180 que coroava o sucesso das disputas ocorridas em torno da consolidação de uma nova e efetivamente inovadora política de saúde mental. Era o período em que começava a ruir a ditadura militar que amordaçou o Brasil por mais de duas décadas

Os reflexos do intercambio ganhou expressão muito significativa. Além da constituição de serviços de saúde mental públicos e comunitários em diversas localidades, na cidade de Santos, São Paulo, consolidou-se o emblemático fechamento do manicômio Casa de Saúde Anchieta e a estruturação de serviços territoriais (Núcleos de Atenção Psicossocial) sob esta influência. Mas desde o final dos anos 80, diversos *Basaglianos* contribuíram diretamente com a Política de Saúde Mental[6].

Mas para além das primeiras experiências paradigmáticas, o que se destaca são as diversas ações propositivas do ativismo brasileiro, que se enredaram nas mais diversas regiões do país.

Esse ativismo tem como marco nacional (Tenório, 2002) o surgimento, em 1978, do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que irá se desdobrar, posteriormente, em diversas frentes organizativas, como a Rede Internúcleos (RENILA), o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME). Estas frentes de luta guardam forte conexão com o Movimento Sanitarista brasileiro e com a emergência do conceito de "saúde coletiva" que dará forma ao Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro institucionalizado nos idos de 1988, no contexto da Constituinte que refunda a democracia nacional.

A legislação brasileira, mais especificamente, começou a ganhar contornos a partir de iniciativas regionais, de estados da federação que contavam com um movimento antimanicomial propositivo, com claro protagonismo de profissionais da saúde mental que se rebelavam contra a violência das instituições asilares – psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentre outros. O palco de emergência do projeto antimanicomial brasileiro remete-nos a eventos de vocação acadêmica e que se converteram em marcos históricos: os seminários do IBRAPSI (Rio de Janeiro, 1978), o III Congresso Mineiro de Psiquiatria (Belo Horizonte, 1979) e o IIV Encontro do Reseau, Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria (Belo Horizonte, 1983). Estes encontros, dentre outros, deixam entrever a penetração dos paradigmas da psiquiatria social e comunitária, e também da psicologia social e uma clínica de perspectiva psicanalítica, que marcaram fortemente a constituição de uma cultura profissional crítica. Assim como a Itália, o Brasil flertou com muitos modelos. Ainda nos anos 60, houve experiências que se inspiraram nas comunidades terapêuticas de Maxwell Jones, por exemplo. Existiram também, nos anos 80, esforços que tomaram a direção de inserção de equipes de

[6] Franco Rotelli, Ernesto Venturini, Franca Basaglia, Antonio Slavich, Giancarlo Carena, Angelo Righetti, Evaristo Pasquale , Maria Grazia Giannichedda , Roberto Mezzina, dentre outros.

saúde mental em centros de saúde e criação de ambulatórios, que, porém, não eram capazes de sustentar o trabalho clínico com os casos graves e acabavam resultando em psiquiatrização e psicologização do sofrimento.

A proposição do projeto de lei 3657 na Câmara Federal datado de 1989, de autoria do deputado federal Paulo Delgado, tem, no entanto, estreitas vinculações com a mobilização dos trabalhadores de saúde mental (MTSM), que, nos anos 80, passaram a ocupar espaços, como gestores, nos aparelhos estatais federais, estaduais e municipais (Vasconcelos, 1992:62) abrindo espaços de questionamento da assistência psiquiátrica asilar e apontando para a urgência da superação da legislação em vigor que datava de 1934. Destaca-se, neste sentido, a criação de uma rede de coordenadores de saúde mental que passou a operar (Vasconcelos, 1992:95).

Ainda nos anos 80, havia sido desenhado, a propósito, um plano específico de saúde mental pelo CONASP, Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Ministério da Previdência Social) que criticava o tradicional sistema asilar brasileiro e preconizava a constituição de serviços abertos. A expansão do mercado privado da loucura já era tema de denúncia e debate (Basaglia, 1979; Moreira, 1983; Costa & Tundis, 1987; Goulart, 1992; Amarante, 1994). O clima de discussão e esforço de mobilização deu forma à I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987 (no ano subsequente à VIII Conferência de saúde) e lideranças do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental convocaram o seu II Congresso Nacional, que ficou conhecido como o Encontro de Bauru. Este evento consolidou a pauta antimanicomial e teve o projeto de Lei 3657 como um de seus principais desdobramentos (Vasconcelos, 1992: 63). Segundo Paulo Delgado, a primeira reunião que deu origem ao projeto de lei teria ocorrido em “um hotel, em Juiz de Fora, em 1987” (Delgado, 2001: 47). Ele havia sido procurado por ser um deputado constituinte recém-eleito. Originalmente, a proposta resultante de toda uma série de encontros e debates se compunha de 4 concisos artigos que proibiam a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos, assim como a contratação ou financiamento de novos leitos, numa clara referência à lei 180. O projeto estabelecia prazo de 1 ano para a constituição de rede assistencial e a extinção de instituições asilares, indicando as secretarias estaduais como principais gestores do processo (com suas legislações específicas) e responsáveis pela criação de Conselhos Estaduais de Reforma Psiquiátrica com ampla participação civil e popular, além de determinar o imediato envolvimento de autoridade jurídica local em casos de internação compulsória, contemplando também periódica auditoria dos estabelecimentos psiquiátricos. O projeto selava o fim do discurso de humanização

dos manicômios e colocava no horizonte o projeto de desinstitucionalização (Vasconcelos, 1992: 131).

Foram necessários 12 anos de tramitação, mediação e discussão para que o formato final da lei que dispunha sobre a extinção dos manicômios, criava recursos assistenciais e regulamentava a internação compulsória, tomasse a forma de uma lei que protegia e promovia direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando seu modelo para uma perspectiva comunitária. Neste processo, particularmente difícil no âmbito do Senado, a Lei perdeu sua potência no enfrentamento aos manicômios e foi totalmente reformulada, retornando à Câmara Federal como um novo substitutivo em 1999, com 13 artigos. Registre-se a retirada, na antevéspera de sua aprovação em 2001, do artigo 4, que previa justamente a destinação de recursos para a constituição de rede diversificada e qualificada e submetia a construção de hospitais psiquiátricos à aprovação de comissões Inter gestoras e de controle social federais, estaduais e municipais. A retórica construída e sancionada em 2001, contemplava e alargava as possibilidades de internação contra a vontade da pessoa, desdobrando-a nos formatos: involuntário e compulsório. Mas estabelece critérios, alguma plausibilidade, ao contrário da lei de 1934 (Decreto Lei no. 24.559).

Neste interim, no entanto, vale citar a aprovação de leis estaduais que viabilizaram a expansão da rede de atenção psicossocial (Ribeiro et al, 2017): Rio Grande do Sul (9716/1992); Ceará (12151/1993); Pernambuco (11065/1994); Rio Grande do Norte (6758/1995); Minas Gerais (11802/1995); Paraná (11189/1995); Distrito Federal (975/1995); Espírito Santo (5267/1996). Em quase todas elas, explicitava-se o fechamento progressivo de hospitais psiquiátricos, mas todas apontavam para a construção de serviços comunitários alternativos à internação hospitalar. Neste sentido, também foi muito relevante a criação da Portaria 224 de 1992, do Ministério da Saúde, que regulamentava a constituição de equipes multidisciplinares e o funcionamento dos serviços de saúde mental ambulatorial (NAPS/CAPS) e hospitalar (hospital-dia, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, serviços de urgência psiquiátrica e critérios técnicos e arquitetônicos para hospitais psiquiátricos), articulando-os às normativas e princípios do SUS. Esta foi uma importante iniciativa de normatização, protagonizada pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde (Domingos Sávio do Nascimento Alves). No mesmo ano, foi organizada e realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental e a Rede de Atenção Psicossocial começou a tomar corpo no território brasileiro. No início dos anos 90, teve início uma colaboração com a OPAS/OMS que previa a

implementação de serviços comunitários[7], como um desdobramento da Declaração de Caracas (Venezuela, 1990) que acordou a necessidade de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica[8].

Assim sendo, diversamente da lei da Reforma italiana que foi agilmente aprovada e contida no seu processo de regulamentação por mais de uma década, a Lei 10.216 teve uma longa e sofrida gestação. Ao nascer, no entanto, fortaleceu a construção da Rede de Atenção Psicossocial brasileira, que se tornou um fenômeno mundial digno de nota em função de sua extensão e complexidade.

Note-se também, que a proposta original guardava sincronicidade com a construção do Sistema Único de Saúde brasileiro, mas foi contida fora dos seus limites por mais de uma década.

Há, sem dúvida, aspectos positivos a serem ressaltados e que dizem respeito à atribuição do direito à saúde para as pessoas que tem uma experiência de transtorno mental. Impressiona o fato de que isso deva ser reafirmado na forma de uma lei específica que enlaça este sujeito traduzindo-o como passível de atenção integral e indicando a necessidade de reportá-lo à vida social e comunitária pelo recurso à reabilitação psicossocial. Isso de fato se contrapõe à cultura da cronicidade que não só vigorava como orientava o tratamento e as relações assistenciais.

Destaca-se também a explicitação do direito dos familiares de participar do tratamento e inclusive poder interromper uma internação involuntária, denotando uma perspectiva que já não mais naturalizava a exclusão social das pessoas diagnosticadas pela psiquiatria e retiradas involuntariamente do convívio comunitário. Associa-se a isso, a menção sobre exigências de livre exercício de comunicação, inclusive em caso de falecimento.

Outro aspecto protetivo a ser destacado diz respeito à explicitação da necessidade do médico responsável (não necessariamente um psiquiatra) ter um registro no Conselho de Medicina da região onde ocorre a intervenção, reconhecendo assim, a informalidade pernóstica que reinava nas instituições psiquiátricas.

Finalmente, orientar para as práticas menos invasivas possíveis e citar as pesquisas como objeto de uma vaga regulamentação na forma de aquiescência abre possibilidades de reconhecimento intersubjetivo que viabiliza a emergência do senso de cidadania.

[7] Foram assessores neste processo que impulsionou as legislações estaduais, Manuel Desviat e Ernesto Venturini.

[8] Sobre todo o conjunto de normativas que reorientaram a atenção em saúde mental indicamos a leitura de “Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004” (Brasil, 2004). Elas denotam o sistemático trabalho de construção institucional da Reforma Psiquátrica brasileira rumo à superação do modelo asilar tradicional.

Uma leitura atenta da Lei 10.216 nos projeta em casuísmos, nas mais diversas formas de suspenção de respeito que compõem o cotidiano asilar e assistencial ao qual as pessoas com transtornos são submetidas e dão asas à imaginação: até onde se pode ir em nome da razão psiquiátrica ou médica.

Duas décadas depois: a danação da norma

Podemos colher um considerável período de efetividade, quando a 10.216 foi letra viva que sustentou o PNASH, Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares, permitindo uma política de avaliação e fechamento de leitos psiquiátricos e de hospitais.

Mas foi nos idos de 2015 que suas fragilidades se expressaram, na medida em que revelou não ser capaz de oferecer garantias efetivas contra o crescimento das "comunidades terapêuticas" contemporâneas: um eufemismo digno de tempos de pós verdade e fake news. A violência encontrou espaço nas entrelinhas e na falta de clareza concernente aos espaços manicomiais e o parágrafo 3º do Artigo 4º foi condenado ao esquecimento: as comunidades terapêuticas reinauguram os manicômios sem fazer concessões à retórica da humanização. Antes mesmo do golpe de Estado, que afastou a presidenta Dilma Rousseff, a situação já se agravou na medida em que a Coordenação Nacional de Saúde Mental foi transformada em espaço indutor de fragilização da Politica de Saúde Mental brasileira, impondo flexibilizações intoleráveis, carência de recursos, ameaçando com processos de desinstitucionalização perversa do sistema de atenção psicossocial (como o recente "*Revogaço*") e distorcendo a rede territorial através do fortalecimento de estratégias de ampliação da rede hospitalar privada e dos mecanismos de internação. Isso impôs uma dinâmica de esforço de resistência intensa dos movimentos sociais e das entidades de defesa de direitos dos usuários dos serviços de saúde mental e seus trabalhadores, numa luta desigual e perversa que se agudizou com a pandemia do Corona vírus.

A legislação, fragilizada em sua aplicação, tornou-se objeto de tensionamento. Seu legado principal de consolidação de estratégias da atenção psicossocial subjaz, deixando clara a insuficiência da mera afirmação textual de direitos, sua dependência do sistema jurídico eticamente orientado para a sustentação da Democracia e sua conexão com o Ato Médico.

Ainda assim, em situação de precariedade, continua sendo uma referência fundamental para a literal sobrevivência no cenário intempestivo brasileiro, quando se impõem as políticas genocidas que atingem implacavelmente as pessoas com

histórias de opressão (racismo, misoginia e as mais diversas formas de desigualdade e preconceito) e sofrimento psíquico grave.

Como alento, a sustentação institucional garantida pelo SUS, abriga os esforços de sobrevivência, salvaguardando minimamente os modos de organização municipal e local, além de abrigar os mecanismos de Controle Social que salvaguardam a sociedade civil dos desmandos da necropolítica. Assim a Rede de Atenção Psicossocial se esgarça, mas não se rompe, orientada pelos princípios que sustentam a luta por uma sociedade sem manicômios e sustentada por 4 Conferências Nacionais de Saúde Mental.

Graças a ela, desenvolveu-se, no Brasil, uma atenção específica, voltada para as pessoas com histórias de sofrimento grave e persistente, contemplando projetos de reinserção e inclusão social, alargando possibilidades de atenção psicossocial, ainda que sempre dependente dos alinhamentos políticos locais e das especificidades regionais.

Ela traz em suas entrelinhas um acento transdisciplinar que se revela no modo como denomina aqueles a quem se dirige protetivamente: “pessoas acometidas/portadoras de transtornos mentais”. Procura resgatá-las retoricamente de uma trama de violências civis, como uma cartilha de direitos genéricos, sem enfrentar a discussão sobre periculosidade (Barros-Brisset, 2009) e sendo incapaz de afrontar os vícios de origem que estão associados à perseveração dos manicômios e da exclusão social.

**Confronto tra le leggi**

<u>Differenze</u>

- I tempi per la chiusura degli Ospedali Psichiatrici. Per la legge italiana c’è l’immediata proibizione di nuovi ricoveri negli OP e la chiusura delle funzioni di cura ospedaliera degli ospedali psichiatrici. Per quella brasiliana la chiusura degli ospedali psichiatrici è solo auspicata, senza vincoli di tempo.
- Il trattamento sanitario obbligatorio. Nella legge italiana l’eccezionale ricovero involontario per malattia mentale è inserito in quello riguardante il Trattamento sanitario obbligatorio valido per ogni cittadino, annullando di fatto il diagnostico psichiatrico come motivo fondante del procedimento. Nella legge brasiliana i trattamenti volontari, involontari e obbligatori (art.6, 7, 8, 9) sono parte di una legge, rivolta specificamente (art. 1) a “pessoas acometidas de transtorno mental”.

- I trattamenti involontari e il ricovero del paziente responsabile di reato in Italia sono svincolati dalla Giustizia e rientrano a pieno titolo tra i trattamenti sanitari; nella legge brasiliana, la magistratura (Ministero Pubblico Statale) svolge un ruolo di sanzione sulla malattia mentale, anche se nella realtà il ricovero è provocato dagli psichiatri o dai medici. L'intervento decisivo di un rappresentante della Giustizia avvalora, implicitamente, l'ipotesi di una pericolosità sociale del malato mentale.
- Il rapporto tra la legge di riforma psichiatrica e la legge di Riforma Sanitaria avvengono in tempi e con modi differenti. In Italia la legge di riforma psichiatrica precede quella Sanitaria, ma poi ne è integralmente assorbita, perdendo i suoi connotati di legge speciale. In Brasile la riforma del SUS precede la proposta di Legge per la Salute Mentale, presentata successivamente alla Camera e che, una volta approvata, ha mantenuto un suo status di legge specifica.
- La legge italiana nel suo carattere minimalista è una legge di "Riforma della Psichiatria". La legge brasiliana invece assume un ruolo più corposo, come strumento di rivendicazione dei diritti umani per le persone svantaggiate; si presenta esplicitamente come una Legge di Riforma della "Salute Mentale", allargando la sua ottica riformistica.
- Nella formulazione delle leggi c'è un'attenzione differente sulla terminologia riguardante il paziente psichiatrico. Nella legge italiana si parla di "infermi" o di "persone affette da malattia mentale": una terminologia tradizionale, che assume integralmente lo status di *malato* per il referente della norma (in realtà viene abolita solo la definizione di "alienato di mente", contenuta nel Codice Penale). Nella legge brasiliana si parla invece di "persone portatrici di un disagio psichico" e di "utenti": non si tratta di un semplice *eufemismo*, ma di un'attenzione terminologica che tiene in considerazione la problematica dello stigma e il rispetto delle rivendicazioni dei movimenti dei pazienti.

  Naturalmente si può ritenere che la differenza terminologica tra le due enunciazioni sia da ascrivere ai diversi contesti storici in cui sono state promulgate le leggi (quella brasiliana, ventitré anni dopo l'italiana), di fatto però la differenza terminologica esiste.
- L'organizzazione dei nuovi servizi della riforma si caratterizza per differenze nei ruoli e nel genere dei lavoratori. L'organizzazione dei servizi italiani (CSM) è storicamente centrata sulla responsabilità di un medico psichiatra, prevalentemente uomo, con un ruolo importante attribuito agli infermieri e con un numero limitato di altre professionalità. L'organizzazione dei servizi

brasiliani (CAPS) mostra invece un'importante presenza e responsabilità di figure professionali non mediche (psicologi, terapeuti occupazionali), con una prevalente presenza di figure femminili nei ruoli dirigenziali, anche se la legge non lo dichiari chiaramente.

Similitudini

Entrambe le leggi – quelle italiane e quella brasiliana - hanno caratteristiche comuni importanti (Goulart, 2007).

- La prima caratteristica riguarda il processo storico/ culturale che le ha promosse: entrambe nascono in momenti storici in cui è presente nei due paesi una forte volontà di cambiamento sociale e di rinnovamento democratico.
- Hanno un ampio e retroterra di riflessioni, lotte, esperienze comuni, anche al di fuori del proprio paese. Sono in sostanza espressione di processi collettivi, sia culturali, che sociali e politici che si sono svolti in un arco ampio di tempo, dagli anni 60 agli anni 90.
- In un certo momento della loro storia, questi processi collettivi si identificano in luoghi specifici (Gorizia e Trieste, oppure Santos e Belo Horizonte) o in persone (i Basaglia e Giovanni Berlinguer[9], David Capistrano filho e Paulo Delgado), che egemonizzano il processo, sia per un loro ruolo istituzionale, che per il possesso di un forte carisma personale.
- Le due leggi hanno un lungo periodo di gestazione: quella brasiliana ha un lungo percorso parlamentare (la proposta di legge, presentata da Paulo Delgado nel 1989, è approvata celermente nella camera, ma ha una lunga gestazione nel Senato, fino al 2001); quella italiana è rapidamente promulgata, ma occorrono sedici anni per ottenere criteri certi per la sua implementazione.
- In questo periodo di transizione svolgono in Italia un ruolo importante alcuni stati (con maggioranza politica rappresentativa della sinistra ) che promuovono leggi regionali (Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Umbria, tra le altre). In Brasile, prima della legge di Riforma, vengono promulgate leggi statali in otto Stati: in tre prima del 1995 - Rio Grande do Sul, Ceara. Pernambuco - e in cinque dopo il 1995 - Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Paraná; Distrito Federal, Espírito Santo.

[9] Giovanni Berlinguer, docente di medicina sociale ha svolto un ruolo determinante per la legge di riforma sanitaria e per quella della salute mentale sia in Italia che in Brasile. In proposito si veda: FLEURY, S., Giovanni Berlinguer: socialista, sanitarista, humanista! Construtores da Saúde Coletiva, Ciência saúde coletiva 20(11), nov. 2015, https://10.1590/1413-812320152011.15052015

- Nell’atto della loro promulgazione le due leggi soffrono modifiche importanti – non sempre positive – rispetto alla proposta iniziale. La legge brasiliana subisce attacchi brutali da parte del potere politico dal 2015.
- Per entrambe le leggi la giustificazione del ricovero (involontario per quella italiana; volontario, involontario e obbligatorio per quella brasiliana) deve essere documentata da un parere medico che riguarda non un generico diagnostico, ma una circonstanziata relazione riguardante quella particolare situazione.
- Nel campo dell’applicazione delle leggi, entrambe rivelano alcune vistose incongruenze. Nella situazione italiana la presenza delle Case di Cura Private, che contraddice la norma di ricoveri psichiatrici solo negli ospedali generali e comunque con strutture con non più di quindici letti. Nella situazione brasiliana la presenza delle così dette Comunità Terapeutiche che non rientrano nei criteri di difesa dei diritti delle persone, sostenuti dalla legge, né nella prospettiva di una salute mentale comunitaria, nello spirito della legge, perché rinforzano una logica di esclusione, invece di superarla, e si sottraggono al lavoro di rete fondante una salute mentale comunitaria.
- Finalmente, va detto che in entrambe le leggi manca il coinvolgimento delle università per sostenere una giusta formazione adatta a tutti i cambiamenti che devono affrontare gli psichiatri, gli psicologi, gli infermieri, gli assistenti sociali, e complessivamente tutti gli operatori e i professionisti.
- Temos que acrescentar que, no que tange aos manicômios judiciários, não há termos de comparação entre a realidade italiana e brasileira. Ainda que as alternativas italianas ainda estejam em consolidação é inegável o avanço concernente ao fechamento dos manicômios judiciários.

## Considerazioni conclusive sulle leggi di riforma della salute mentale

Le leggi della riforma italiana e di quella brasiliana rappresentano sfide importanti nel cammino verso l’emancipazione e i diritti delle persone, danno concretezza istituzionale a istanze di cambiamenti radicali nel mondo della sanità e del diritto. Aprono, per la prima volta nella storia, la pienezza dei diritti di cittadinanza ai pazienti psichiatrici. In ragione di ciò sono patrimonio dell’intera società mondiale, travalicando ogni steccato di particolarismo, specialismo o area geografica. Sono leggi che hanno stimolato il sorgere di nuove normative internazionali sia nell’Unione Europea che nell’America Latina.

Oggi la legge italiana ha una longevità di quarantatré anni. Non solo non sono più state avanzate proposte per abolire la legge in parlamento, ma a ogni ricorrenza decennale della promulgazione della legge sono promosse celebrazioni, che rinnovavano, attraverso i mezzi di comunicazione, un ampio consenso ai principi della legge e al pensiero di Franco e Franca Basaglia. Il consenso del mondo accademico e scientifico alla legge è totale.

Per quanto riguarda il Brasile, la legge celebra vent'un anni. Durante questo tempo la legge ha conseguito risultati importanti: un'imponente deistituzionalizzazione e chiusura di ospedali psichiatrici - in maggioranza privati, con un grado di difficoltà maggiore rispetto all'Italia dove gli ospedali psichiatrici erano invece totalmente pubblici - la realizzazione di servizi territoriali (CAPS) diffusi su tutto il paese. Risultati che vengono riconosciuti e additati come esempio dall'Organizzazione Mondiale della Sanita (OMS).

Le condizioni storiche, culturali, politiche della società sono comunque profondamente mutate rispetto al momento della promulgazione delle due leggi (dal 1978 per la legge italiana, dal 2001per quella brasiliana). I cambiamenti sono globali: l'affermazione di una logica neoliberista in economia in molti paesi, i cambiamenti nel mercato del lavoro, l'imponenza dei flussi migratori dal sud del mondo, l'espansione sempre più invasiva delle tecnologie informatiche, le modificazione dei comportamenti sociali e i problemi dei cambiamenti climatici. Sono nuove sfide che riguardano l'Italia e il Brasile e che impattano nelle politiche di salute mentale. Si parla di modernità liquida, di alienazione, di addomesticamento della volontà di cambiamento, di un'apparente tolleranza delle diversità che serve per nascondere le disuguaglianze sociali, di forte invasione del sistema informatico con il suo potere manipolativo, ma anche di una criminalizzazione delle differenze e della proposizione continua di condizioni di emergenza che finiscono per ridurre sempre di più i margini di libertà della persona.

Il mondo è infelicemente attraversato da una crisi profonda della rappresentatività politica, che stenta a rimodellare le regole democratiche tradizionali ai nuovi mutamenti introdotti dalla globalizzazione e dalla tecnologizzazione e dall'emergere, all'opposto, di un atteggiamento profondamente scettico distruttivo nei confronti della razionalità e della scienza.

In campo psichiatrico i fenomeni dominanti sono la psichiatrizzazione del disagio e la forte medicalizzazione della vita quotidiana. Attraverso un atteggiamento di apparente tolleranza, l'attuale Catalogazione Internazionale dei disturbi psichici (DSM-V) ha allentato i tradizionali confini tra malattia psichiatrica e salute fino a inglobare, nella patologia, la normalità dei comportamenti. (WHITAKER, R., 2017).

A questa proposizione ha corrisposto, nella logica del mercato, una sproporzionata medicalizzazione della vita quotidiana, giustificata da una presunta non nocività degli psicofarmaci (Freitas,2017) . Accade, per dirla con parole povere, che il mondo al di fuori dei contesti ove esistono le realizzazioni di riforma nella salute mentale, è peggiorato dal punto di vista della difesa dei diritti delle persone. Questo mondo, che è poi il mondo più ricco e potente, influisce negativamente anche nei contesti dove questi diritti sono nominalmente affermati. Ma per essere più espliciti il conflitto e la contrapposizione si misurano tra un sistema sanitario pubblico – che si esprime con i principi della riforma della sanità mentale – e quello a impronta privata neoliberista – dove impera il libero mercato, simbolizzata dal potere di corruzione de *Big Pharma* (industria farmaceutica).

Questi fenomeni impattano negativamente la pratica dei servizi delle riforme: si va dai tagli dei finanziamenti necessari e da una distorta propaganda che agisce negativamente sui professionisti fino ad attacchi diretti alla riforma con chiusura dei suoi servizi.

In Brasile l'associazione degli psichiatri (ABP) e il Consiglio Federale di Medicina (CFM) manifestano una grossa opposizione alla Riforma della Salute Mentale e ai processi di deistituzionalizzazione.

Paradossalmente, però, il pericolo maggiore non deriva da una contrapposizione diretta dei nemici della riforma, che per lo meno sono riconoscibili. La vera minaccia deriva da una lenta corrosione delle motivazioni degli operatori e dagli amministratori, stanchi e sfiduciati dalle difficoltà di una quotidianità, non supportata come dovrebbe essere dai governanti. Da un ottimismo ingenuo, dalla illusione di uscire dal manicomio per trovare un territorio "liberato" è diventato facile cadere in una ingenua empatia che sfocia nel paternalismo e nello spontaneismo. Ci troviamo di fronte a una mancata coscienza, da parte degli operatori della salute mentale, della delega di controllo sociale loro attribuita – e che non è scomparsa con la chiusura degli ospedali psichiatrici. Manca spesso agli operatori della salute mentale la capacità di mettere in discussione questo mandato sociale nella loro pratica. La carenza di una cultura professionale critica può portare a una autoreferenzialità o a una sfiducia pessimistica nelle possibilità di cambiamento dell'attuale situazione. La difficoltà nell'agire sulle determinanti sociali può portare a rifugiarsi negli steccati rigidi di una clinica fondata esclusivamente sulle dinamiche individuali. E, senza dubbio, ciò avviene anche perché si sconta la mancanza di formazione, che le istituzioni del settore avrebbero dovuto offrire.

Insomma, come ci dice Franca Ongaro Basaglia (BASAGLIA, F. O. ,1979):

> *La legge di riforma [italiana] è una legge scomoda, che mette in discussione una serie di "certezze" scientifiche, che costringe a rompere una serie di equilibri di ruolo e di prestigio e di interessi economici…Ci sono difficoltà nell'applicazione della legge, perché non si può presumere che tutti gli operatori siano spinti da motivazioni politiche al cambio e alla trasformazione della nostra società. Per la maggior parte degli operatori quello è solo il loro mestiere e non si fanno delle domande. Per loro la professione privata non si concilia con l'impegno richiesto dalla legge, per gli infermieri c'è il doppio lavoro. È contro questa realtà che si scontra l'applicazione della legge e non dobbiamo nasconderci dietro lo schermo di una o di un'altra tecnica.*

Per fortuna non è solo così: c'è chi sa e vuole mettersi in gioco, chi sa affrontare le contraddizioni derivanti dalla restituzione della soggettività al folle ed è consapevole criticamente del potere insito nell'atto terapeutico, chi non confonde l'efficacia con l'efficientismo, non opera solo in direzione della negazione delle istituzioni, ma anche verso la loro *reinvenzione*, chi non ricerca il consenso attraverso una mediazione al ribasso, ma cerca di agire sulle determinanti sociali attraverso il coinvolgimento, l'integrazione con altri settori della sanità e dell'assistenza…in conclusione c'è chi riesce a mantenere uno sguardo critico e a operare coraggiosamente nella pratica realizzando nel suo piccolo quotidiano la grande rivoluzione della salute mentale.

Perché, come ci viene confermato in questi anni, i principi dei diritti della persona non sono conquistati una volta per sempre, né soprattutto lo è la loro realizzazione pratica. Il percorso verso l'emancipazione è un percorso in costante salita, dove si conquista un gradino per volta e che, poi, bisogna difendere o riconquistare, se necessario, per risalirne uno nuovo. Le leggi di riforma appartengono non tanto ai promotori, ai promulgatori, appartengono piuttosto a chi ne è il beneficiario e a chi ha il dovere di attuarle, magari di attualizzarle. La lotta è contro la disistima verso sé stessi, il non mettersi in gioco, il ritenersi impotenti di fronte alle ingiustizie, anche quando – o forse proprio quando – l'opposizione è particolarmente forte e violenta. La lotta deve stimolare, invece, la partecipazioni e recuperare l'atto terapeutico come espressione di cittadinanza.

In sostanza si tratta di recuperare, alimentare, sviluppare quell'impegno che ha costituito la pietra fondante della riforma e che Franca Ongaro Basaglia ci ricorda:

> *La legge di riforma è nata sotto la spinta di esperienze concrete, che avevano dimostrato la possibilità di affrontare in modo diverso il problema del disturbo psichico. Queste esperienze si basavano essenzialmente sulla totale disponibilità degli operatori, presenti e partecipi all'impresa comune 24 ore/24. Questa disponibilità ha reso possibili trasformazioni e cambi utopici della realtà, con risultati concreti sia sul piano della risposta alla malattia, sia sul piano della trasformazione della domanda che abitualmente si esprime come malattia: il modo di esprimersi della malattia muta, ponendo problemi*

> *diversi e più direttamente affrontabili in termini concreti, dal momento che il disagio psichico non ha bisogno della malattia per esprimersi… Le motivazioni politiche di cui erano animati questi operatori, che si sentivano antagonisti alla logica in corso e volevano proporre una diversa possibilità di vita e di rapporti, hanno portato a dimostrare che la cosa è possibile e che il "malato" muta così come muta la "malattia". I "pazzi" dei luoghi liberati non erano diversi da quelli degli altri luoghi, ma erano gli operatori che erano "pazzi" secondo la logica corrente, perché consideravano il loro lavoro come impegno politico oltre che tecnico e che si sono assunti il carico di dimostrare concretamente ciò che erano la psichiatria e il manicomio: un sistema di difesa della "società civile che serviva essenzialmente a definire, codificare, smistare segregare il disturbo sociale e dove la cura esisteva solo come alibi"* (Basaglia, 1979).

Questa spinta motivazionale degli operatori è stata presente in tutti questi anni sia in Italia che in Brasile. Oggi questo impegno è reso più facile perché c'è una maggiore attenzione dell'opinione pubblica ai problemi dei diritti civili e perché la scena della salute mentale è popolata sempre più da cittadini responsabili. Si può veramente sostenere che "*da vicino, veramente, nessuno è normale",* come analogamente si può dire, sempre più, che "*da vicino, veramente, nessuno è anormale !"*

La recovery dei portatori di un disagio psichico costituisce, ad esempio, il risultato più importante del cambiamento operato dalle leggi di riforma – che hanno avuto e continuano ad avere la loro influenza anche nei paesi che non le hanno attuate - e ne rappresenta anche il più potente sostenitore e controllore.

In questo modo il problema della salute mentale esce dai limiti di una specificità delegata a una disciplina ( la psichiatria) per diventare l'attuazione del diritto di cittadinanza e di inclusione sociale – apertamente dichiarati nella pratica brasiliana.

In conclusione, queste leggi hanno raggiunto il loro obiettivo? Indubbiamente, sì e pienamente! La riforma italiana e quella brasiliana sono additate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come esempi positivi di una corretta politica di salute mentale. Esse dimostrano che "l'impossibile è possibile" e continuano a farlo anche nei momenti in cui il sonno della ragione produce dei mostri e gli uomini sembrano incapaci di salvare sé stessi. In un mondo dominato dagli attacchi dei poteri antidemocratici, dalla patologizzazione dei comportamenti, dalla medicalizzazione della vita, resistere con determinazione, difendendo il Sistema Sanitario Pubblico e le riforme della salute mentale, è già, di per sé stesso, una vittoria.

Possiamo, allora, essere soddisfatti? Solo in parte, perché c'è sempre tanto da fare, tanto da correggere, tanto da migliorare. E dobbiamo farlo, sia ascoltando chi avanza delle critiche, sia riuscendo a portare il dibattito sul confronto delle

pratiche, piuttosto che sullo scontro delle idee. Ci sorregge, comunque, la consapevolezza dell'importanza storica di questo processo, ricordando, ad esempio, l'autorevole parere nei confronti della riforma italiana di un maestro del pensiero come Norberto Bobbio. Parere che vale, senza dubbio, anche per la legge di riforma brasiliana:

> La legge che ha liberalizzato i manicomi certamente è stata una riforma, proprio perché era ispirata a un valore fondamentale che è quello della libertà, della liberazione. Della liberazione anche di coloro che nella storia dell'umanità sono stati considerati come coloro che non potevano essere liberati, che non avevano diritto di essere liberati. Quindi riconoscere a queste persone il diritto di essere liberi come gli altri, questa è una grande trasformazione. È una trasformazione della società che s'ispira a un valore fondamentale: per questo si può dire che è una legge di riforma"[10].

**Referências:**


Amarante, P. (Org.) (1994) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Amarante, P. (Coord.) (2020). *Autobiografia de um movimento: quatro décadas de Reforma Psiquiátrica no Brasil* (1976-2016). Relatório de pesquisa do Projeto Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: CAPES.

Barros-Brisset, F. O. (2009) *Gênese do conceito de periculosidade*.. Tese (Doutorado em Ciências Humanas: Sociologia e Política). Universidade Federal de Minas Gerais.

Basaglia, F. (1979) *A Psiquiatria Alternativa – contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. Conferências no Brasil.* São Paulo: Ed. Brasil Debates.

Basaglia, F. O. (1979) Sull'applicazione della nuova legge. In: Basaglia, F.; Tranchina, P. *Autobiografia di un movimento:1961-1979. Dal Manicomio alla Riforma Sanitaria,* Unione Province Italiane, Regione Toscana.

Brasil. (1987) II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. *Carta de Bauru*. São Paulo: Bauru. 1987. Disponível em https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf

Brasil. Projeto de Lei n. 3657, de 11 de dezembro de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação compulsória. Brasília: Câmara Federal. Disponível em < https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/23497>

Brasil. (2004) Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-


[10] Intervista a Norberto Bobbio realizzata nel 1985 per l'Enciclopedia Multimediale delle Scienze Filosofiche, Rai Educational)

Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde. Disp em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_ mental.pdf

Costa, N. R., Tundis, S. A. (Orgs.) (1987) *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes.

Delgado P. (2002) Nascimento do Hospital Psiquiátrico sob o signo da exclusão In: Abou-Yd. M. N. (Org.) *Hospitais Psiquiátricos. Saídas para o fim.* Belo Horizonte, Fundação Hospitalar do Estado.

Fleury, S. (2015) Giovanni Berlinguer: socialista, sanitarista, humanista! Construtores da Saúde Coletiva, *Ciência saúde coletiva.* 20 (11). Disponível em https://www.scielo.br/j/csc/a/DGbtbf9YPGkPHcYJdhm8Gqk/abstract/?lang=pt

Freitas, F.; Amarante, P. (2015) *Medicalização em Psiquiatria*. Fiocruz SciElo.

Gerschman, S. (1995) *A democracia inconclusa – um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Goulart, M. S. B. (1992) *O ambulatório de saúde mental em questão: desafios do novo e reprodução de velhas fórmulas*. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Federal de Minas Gerais.

Goulart, M. S. B. (2004) *De profissionais a militantes: a luta antimanicomial dos psiquiatras italianos nos anos 60 e 70*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Minas Gerais.

Goulart, M. S. B. (2008) La Legge 180 e la Riforma Psichiatrica brasiliana: l'anniversario della lotta. Firenze, *Fogli d'informazione* n° 5-6, terza serie. http://www.psychiatryonline.it/sites/default/files/PANORAMAINTERNAZIONALE1.pdf

Goulart, M. S. B. (2007) *As raízes italianas do movimento antimanicomial*. São Paulo: Casa do Psicólogo/Conselho Federal de Psicologia.

Goulart, M. S. B.; Venturini, E.; Balieiro, H. G.; Chaves, A. L. F. (2015) La presenza storica dei brasiliani nella pratica della salute mentale di Trieste, *Fogli d'Informazione* 35/36 luglio-dicembre, Firenze.

Goulart, M. S.; Chaves, A. L. F.; Venturini, E. (2020) Il condimento brasiliano della deistituzionalizzazione. IN: VENTURINI, E. *Il sale e gli alberi.* Mantova: Negretto Editore.

Moreira, D. (1983) *Psiquiatria: controle e repressão social*. Petrópolis: Vozes; Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro.

Ribeiro, G. G.; Silva, Guilherme B.; Holanda, A. F. (2017) Legislação em Saúde Mental no Brasil (1966-2001): Trajeto das campanhas de saúde às reformas na assistência. *Pluralidades em Saúde Mental*. 6 (1): 13-30.

Tenório, F. (2002) A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde* Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9 (1): 25-59.

Vasconcelos, E. M. (1992) *Do hospício à comunidade: mudança sim, negligência não*. Belo Horizonte: Segrac.

Venturini, E. (1979) *Il giardino dei gelsi*. Torino: Giulio Einaudi.

Venturini, E. et al. (2020a), *Mi raccomando non sia troppo basagliano*. Roma: Armando Editore.

Venturini, E.; Goulart, M. S. B.; Amarante, P. (2020b) The optimism of practice - the impact of Basaglia's Thoughts on Brazil. In: Burns, T.; Foot, J. *Basaglia's international legacy.* Oxford: Oxford university press.

Whitaker, R. (2017) Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Fiocruz.

# ¿ATRAPANDO A PROTEO?
# LA PRÁCTICA CLÍNICA EN TIEMPOS PANDÉMICOS

Leticia Medeiros Ferreira

## Introducción

La forma de prestar atención en salud mental ha vivido profundos cambios desde los primeros procesos de reforma psiquiátrica en los años 60 en Europa. A mediados de la década de los 70-80, en Cataluña se crean los primeros Centros de Higiene Mental (actualmente, CSMA), lugares pioneros de la reforma en salud mental entre otros dispositivos sanitarios. Centros con un carácter fuertemente comunitario, preventivo, que otorgaban un gran peso a la acción psicoterapéutica y que intentaban realizar su labor en la propia comunidad.

Esta reforma se ha desarrollado de forma heterogénea caracterizada, a la vez, por logros importantes y por marcadas debilidades, con fuertes desequilibrios tanto de recursos como territoriales. El modelo catalán es un modelo de gestión mixto (público-privado/concertado) que todavía pone su mayor peso (la dotación presupuestaria) en los recursos sanitarios psiquiátrico-hospitalarios y tiene su mayor fragilidad en la infradotación de recursos comunitarios (atención especializada y apoyo a primaria, servicios de rehabilitación psicosocial, recursos psicoterapéuticos, recursos dirigidos a la reinserción social y laboral) lo que genera riesgos y consecuencias económicas, clínicas y éticas (Batista-Alentorn, 2001).

La salud mental comunitaria ya presentaba una carga asistencial muy por encima de las posibilidades de una respuesta de calidad asistencial óptima antes de la pandemia por COVID-19. Desde que fue decretado el estado de alarma en marzo de 2020, el 46% de la población española manifestó un aumento del malestar psicológico durante el confinamiento, y un 44% señala que ha disminuido su optimismo y confianza, según Balluerka Lasa et al. (2020). Según el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), desde el inicio de la pandemia hasta la actualidad un 6,4% de la población ha acudido a un profesional de la salud mental por algún tipo de síntoma, siendo el mayor porcentaje un 43,7% por ansiedad y un 35,5% por depresión. Más del doble de las personas que han acudido a estos servicios de salud mental son mujeres. Durante el confinamiento, el 30% de las personas manifestó haber tenido ataques de pánico, el 25% se ha sentido excluida

socialmente y el 55% sentía que no era capaz de controlar la preocupación (Austin et al., 2020). Según el CIS, las personas de clase desfavorecida que se han sentido decaídas, deprimidas o sin esperanza durante la pandemia, son casi el doble (32,7%) que aquellas que se identifican con la clase alta (17,1%). La prescripción de consumo de psicofármacos ha sido diferente entre clases: un 3,6% en la clase alta, frente a un 9,8% de la clase baja. En cuanto a la depresión, el 1% de las personas de clase alta fueron tratadas por este problema de salud mental desde que comenzó la pandemia, frente a un 3,9% de clase desfavorecida. En el caso de la ansiedad este mismo estudio afirma que un 15,8% de las personas declararon haber tenido algún ataque de pánico o ansiedad, un 22% en la población femenina. Estos ataques de ansiedad han influido cambiando la vida habitual de un 66,7% de las personas entrevistadas que habían tenido estos síntomas, lo que representa un 10,5% de la población y un 14,8% de la población femenina.

El mismo estudio señala que un 41,9% de las personas entrevistadas han tenido problemas de sueño. Mientras el 33,4% de los hombres han tenido estos problemas para conciliar el sueño en el caso de la mujer la frecuencia ha sido el 50,2%. En el caso de las personas jóvenes, la población de los 18 a los 34 años es la que más ha frecuentado los servicios de salud mental.

En el colectivo sanitario, el Institut Municipal D´Investigacio Medica de Barcelona (IMIM) ha encontrado que la mitad de los profesionales presentó un alto riesgo de tener un trastorno mental después de la primera ola de la pandemia, con un 3,5% con ideación suicida activa. Por cuadros psiquiátricos, el 28,1% presentaban un trastorno depresivo, el 22,5% padecían un trastorno de ansiedad (un 25% padecían pánico y un 22,2%, estrés postraumático) y un poco más del 6%, presentaban consumo abusivo de sustancias psicoactivas (IMIM, 2021).

Los cambios generados por esta crisis sanitaria han provocado impacto en múltiples niveles pero de forma socialmente desigual también con repercusiones en el personal sanitario y en su quehacer diario, muchas veces con gran afectación emocional y con dificultades en la toma de decisiones y en el ejercicio profesional. Irigoyen-Otiñano et al. (2022), encontraron que hubo un aumento del número de suicidios tanto en la población general como en el colectivo médico. La tasa de suicidio en España entre 2005 y 2014 pasó de 43.662.613 a 46.455.123 en población general y de 199.123 a 238.240 en el colectivo médico, con un porcentaje superior en mujeres. Situación que ha sido destapada en los medios de comunicación en el último año cuando la presión asistencial pública ha empezado ha sufrir un incremento exponencial.

Este capítulo tiene como objetivo realizar una reflexión desde la práctica clínica sobre el rol de los profesionales de la salud mental insertados en la atención pública en Cataluña/España. Se trata de un estudio teórico-reflexivo en base a la lectura crítica sobre temas relacionados con la pandemia de COVID-19 y la salud mental de las trabajadoras y los trabajadores.

## La realidad como fenómeno "proteico"

Las tensiones que la pandemia ha impuesto a los sistemas de salud en general y, en nuestro caso en particular, en el sistema de salud mental han conllevado la puesta en marcha de estrategias para mitigar su efecto a fin de volver al estado de homeostasis anterior. Desde que se decreta el estado de alarma en España en marzo de 2020, los protocolos de actuación han ido variando/cambiando de forma para poder dar respuesta a las necesidades de la población atendida y para mantener la seguridad de los profesionales que desarrollan las tareas de atención directa, siempre respaldados por los estudios epidemiológicos que daban el marco posible para determinar dónde y cómo actuar. Esta situación ha sido vivida en muchos momentos como caótica ya que evoca todo lo que es cambiante. Voy a utilizar la analogía de lo proteico para arrojar luz sobre el estado actual de la práctica clínica.

Proteo era un dios griego del mar (relacionado con Poseidón) que adoptaba diferentes formas del ser y era conocedor de los secretos del pasado, del presente y del futuro. Sin embargo, él era muy astuto y se mostraba reticente a compartir su saber a menos que alguien le abordase mientras dormía y resistiese mientras él ejecutaba una sucesión de cambios de forma bruscos y difíciles de soportar. No resultaba fácil abordar a un león que mutaba una serpiente para luego transformarse en agua. En la mitología, personifica las formas líquidas, indefinidas y mutables.

El dios nos ha mostrado y nos muestra sus distintas caras en los tiempos en que vivimos, en los cambios globales, en las relaciones humanas, en nuestro trabajo clínico o campo de estudio, para citar algunas. Constituye nuestro día a día en sus formas más bellas y a la vez más inquietantes. Desde el primer contacto en una visita de acogida en un centro de salud mental, este hito fundacional de una relación terapéutica, hasta el proceso de construir esta misma relación basada en la confianza y en la colaboración, hay muchos cambios de formas. Hay que resistir, todos los involucrados lo sabemos.

Proteo, en forma de pandemia viral, ha barrido el planeta dejando al descubierto las debilidades de los sistemas de salud mental sobre todo en los

contextos más precarizados, como es el caso de la salud mental catalana/española. La economía española se ha visto todavía mas enflaquecida y el masificado sistema de salud mental catalán muestra signos de colapso. Se avecinan tiempos de incremento de disfunciones sociales, desigualdad y pobreza, cambios a nivel personal (emociones, pensamientos y valores), grupal (relaciones interpersonales), social (organizacional), lo que hará todavía más complejo el trabajo en salud mental dada la diversidad de expresiones psíquicas que aparecerán en respuesta a los cambios sociales.

Estos cambios pueden generar una atención más sostenible con la utilización de las estrategias efectivas para cada comunidad en particular. Se trata de una oportunidad de flexibilizar la atención en salud mental a los colectivos con mayor vulnerabilidad. Es decir, los más empobrecidos social y emocionalmente, personas con problemática de salud mental previa, ancianos institucionalizados, la masa de trabajadores en situación precaria, cuidadoras y cuidadores, supervivientes de cualquier tipo de violencia y las y los adolescentes y jóvenes con sufrimiento psíquico grave (Cano et al. 2021; Goldberg, 2020; Moreno y col, 2020; Nicol et al., 2020). Sin embargo, para una mudanza estructural en la atención es necesario potenciar recursos económicos y humanos tanto en los servicios especializados como en atención primaria en salud (puerta de entrada de nuestro sistema), servicios sociales y potenciar una mayor participación ciudadana/comunitaria en la toma de decisiones (Buitrago et al., 2021).

Vivimos tiempos de una precarización creciente del cuidado en salud mental que es el resultado de las transformaciones del propio trabajo en las últimas décadas (sobre todo desde la última gran recesión de 2008 en adelante) marcadas por políticas neoliberales y la re-estructuración productiva del capitalismo (Souza et al., 2021). El aumento de casos de profesionales con cuadros de b*urnout* y diversas presentaciones clínicas y grados de sufrimiento psíquico se han disparado en Barcelona en lo que va de pandemia, con muchos profesionales que deciden abandonar la clínica o plantearse otra forma de actuación. La protocolarización excesiva como intento de control de la situación “proteica” de la pandemia ha generado un impacto negativo en la salud mental de los trabajadores que, conjuntamente con la discontinuidad de la atención directa, han promovido un sentimiento de impotencia, frustración y distanciamiento emocional. En palabras de una trabajadora de la atención primaria: “Llevamos años mal pagados, pero recibías el agradecimiento directo de la gente que atiendes y eso, no tiene precio. Ahora viene todo esto (la pandemia) y ya no puedes atender…es como dejar de ser médicos” (I., 2021).

Esta frase evoca muchas cuestiones: no han podido atender porque inicialmente no hubo cómo protegerse y luego porque son pocos (muchas bajas laborales y profesionales que han realizado cambios vitales y de lugar de trabajo) y hay demasiados usuarios para atender y, también, demasiados procesos burocráticos (bajas laborales, informes clínicos, listados). Se trata de una tormenta perfecta, lo que concuerda con la noción de sindemia, un fenómeno que va mucho más allá de la enfermedad misma y que tiene en cuenta los determinantes sociales. Es decir, "la experiencia individual de esta pandemia global no es homogénea, sino que está atravesada por las vulnerabilidades individuales impuestas por cada contexto comunitario" (Nunes, 2020).

El bienestar psicoemocional del trabajador es uno de los pilares fundamentales para el buen ejercicio, no solamente para el propio profesional, sino también para el paciente y es coste-efectivo para el sistema evitando un incremento de las incapacidades laborales y el abandono de los profesionales (West et al., 2018). El fenómeno del profesional quemado no debe ser interpretado como una falla de los individuos, sino como consecuencia de la sobrecarga emocional llevada de forma crónica en un sistema que pide un rendimiento óptimo en un funcionamiento multitarea constante. Bea Vil (2021) con su post "Médica disidente" relata: "Más que hacer mi trabajo, sobrevivía a él, como una de esas eternas partidas (de ajedrez) en que te hacen jaque, y aún así sigues sin querer ver el final del juego".

El síndrome de b*urnout* (o sínd. del desgaste profesional, coloquialmente conocido como sínd. del profesional quemado) tiene como característica fundamental la respuesta al estrés laboral crónico; es decir, cuando las exigencias del trabajo superan los recursos de los cuales se dispone y aparecen sentimientos de falta de energía o agotamiento, aumento de la distancia mental con respecto al trabajo (o sentimientos negativos a respecto del trabajo) y sensación de ineficacia o falta de realización (Jakovljevic, 2020). Cabe aclarar que la OMS no lo considera como una enfermedad, sino como una entidad capaz influir de forma negativa en la salud de las personas cualquiera que sea su salud mental. La fatiga y el b*urnout* están significativamente correlacionados, particularmente en su dimensión de desgaste emocional, lo que podría establecer la fatiga como factor predictor de esta condición, según apuntan Seguel y Valenzuela (2014) y Yao (2020).

La pandemia, en algunos casos, ha acelerado este proceso de sentirse "quemado" ya que generalmente los profesionales de la salud mental en un contexto industrializado como el de Catalunya, no tenemos que lidiar con los propios sentimientos de miedo al contagio de alguna enfermedad, la incertidumbre sobre la posible vía de infección de las propias familias o las dificultades de conciliación

familiar con el aumento de las demandas vinculadas con las bajas laborales por contagios virales. Todo eso ha generado una sobrecarga que ha desafiado las capacidades de elaboración emocional, contención y resiliencia en un colectivo que ya padecía con la carga asistencial desmedida y la dificultad de ejercer la labor psicoterapéutica.

De hecho, Wiesen y Cortada (2021) apuntan que el modelo de gestión está cambiando del Triple Aim de Berwick al Quadruple Aim, es decir de una prestación de servicios centrada en la experiencia de la persona, el coste sanitario y los resultados en salud a una prestación que tiene en cuenta estos 3 ejes y también la satisfacción de los profesionales con el ambiente laboral y la tarea realizada. Es evidente que este tipo de crisis pandémica de base biológica va a repetirse y estar preparados para afrontarlas no es cuestión de heroísmo o solidaridad sino de medidas y organización sanitaria adecuadas, con aumento de financiación y una formación en salud mental colectiva que incluya conocimientos de salud pública y aspectos relevantes de las políticas sociales que aportan un conocimiento más amplio del contexto en que estamos insertados los profesionales de salud mental.

La respuesta a la precarización de las condiciones laborales empieza en el campo político y económico, con la necesidad de reforzar el sistema de salud pública y epidemiología y culmina con el cambio de paradigma en la cultura asistencial donde los componentes sociales ganan una mayor visibilidad en la toma de decisiones clínicas. Más que nunca la relación entre profesionales y personas atendidas tiene que ser de mutuo reconocimiento, cooperación y acompañamiento.

## ¿Atrapando a Proteo?

Es sabido que cada contexto tiene su especificidad. La carga asistencial y la problemática vivida por los profesionales de atención primaria no es la misma que en la atención hospitalaria que a la vez no es la misma que se vive en un centro de salud mental de adultos.

En nuestro contexto, en el CSMA Nou Barris Nord con un capital humano de profesionales de varias corrientes terapéuticas en un verdadero trabajo interdisciplinar, los espacios de discusión de casos, de intercambio de experiencias intra e inter equipos y los espacios de supervisión clínica han ayudado (y ayudan) a mantener el norte en medio del caos de la falta de información inicial y del cansancio/fatiga pandémica de estos momentos. Sin embargo, algunos profesionales empezaron a acusar un mixto de cansancio por la situación vivida (cambios constantes de directrices y bajas laborales), donde la constante necesidad

de adaptación ha sido la tónica y un cierto sentimiento de soledad por la imposibilidad de hacer reuniones habituales, las supervisiones, interconsultas o la discusión de casos de manera presencial en el periodo de restricción de aforo. La gestión individualizada de las tareas a desarrollar (por muy claros que sean los procesos a nivel técnico) ha imprimido un carácter de duelo, dado que la rutina que se tenía anteriormente ha cambiado radicalmente. Se reflejó también en el discurso de miembros del equipo en formatos diversos: como la dificultad de recuperar los espacios de escucha y de debate y la sensación de fragmentación del equipo. También la percepción de que el sistema pide más y más pero que la contraprestación es escasa. La percepción de estar en un engranaje perpetuo como en la película “Tiempos Modernos”. Todo ello, fomentó varios cambios en nuestro equipo (jubilaciones, despedidas por cambios vitales, peticiones de excedencias).

Movimientos afines se dieron en otros dispositivos en salud mental ya que lo descrito anteriormente reflejan sentimientos universales en los foros de debate en salud mental. Es innegable que la pandemia ha promovido una revisión de los intereses y una búsqueda de un mayor equilibrio entre las demandas laborales y la conciliación familiar y de un autocuidado vinculado a la salud mental propia.

En todo ello, la presencia de las personas que atendemos también nos ha recordado (y recuerdan) que el vínculo terapéutico es una vía de doble sentido y en los momentos más inciertos ellos estaban para darnos estos “ánimos” (y escucha) que habíamos dado nosotros a ellos en tantas ocasiones. Llamadas telefónicas para saber cómo estábamos y mensajes al equipo: “Dile al equipo que se cuide mucho, os necesitamos bien, para cuidarnos” (Y., 2020).

Agradecimientos por escrito, en las sesiones presenciales y en las telefónicas nos han dado el aliento para persistir en el camino, como una brújula para no perdernos. La relación terapeuta-paciente se invertía por momentos, cuando en lugar de que preguntáramos por “cómo habían pasado estos meses”, rápidamente la persona preguntaba “¿cómo has pasado tú en estos meses?” Se hace imposible no dar una respuesta y, de esta manera, el vínculo se hizo todavía más fuerte.

La horizontalidad y la colaboración son elementos fundamentales de un deseado cambio de paradigma donde las jerarquías se desdibujan y la persona es proactiva en su proceso de recuperación. En este contexto, la escucha y la mirada, entendidas desde su sentido amplio, son grandes aliados para promover un cambio de paradigma clínico tan necesario en los dispositivos de salud mental. Este movimiento es imparable dado que los sistemas internacionales están en proceso de transición hacía a servicios altamente comunitarios que envuelven interacciones entre personas con conocimientos muy diversos sobre salud mental y que desean

una participación activa en su proceso de recuperación. El trato/el buen trato, este trabajo de artesanía realizado por varias manos (usuarios, familiares, profesionales) articula la red de apoyo necesaria para el desarrollo de la persona que atendemos. En palabras de un usuario: “Sois como la malla de protección que está debajo de los trapecios en el circo…en el momento del espectáculo, cuando estás ahí arriba, las luces no te dejan ver que la malla está ahí…pero está y nos protege de estamparnos contra el suelo…estas sois vosotras” (C., 2021)

La forma como se atiende la demanda en salud mental ha cambiado de formato en era pandémica pero el foco sigue siendo la “Recuperación”, entendida como “la experiencia de las personas a medida que aceptan y superan el desafío de la discapacidad, de manera que experimentan y recuperan un nuevo sentido de sí mismos” (Deegan, 1988) o como “un proceso profundamente personal y único de cambiar nuestras actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles. Es una forma de vivir una vida satisfactoria y esperanzadora, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad (…)” (Anthony,1993).

La “Recuperación” es uno de los conceptos que guía de forma subliminal el plan terapéutico individualizado de cualquier persona que se trata, por ejemplo, en nuestro centro de salud mental, dado que esta orientación nos lleva a considerar el proceso personal de cada individuo por encima de nuestros objetivos en el pronóstico. El idea de acompañar el proceso de cada usuario/a da la tónica de la intervención.

A nivel del individuo, la recuperación involucra cinco procesos centrales: 1) conectarse con otros; 2) tener un sentido de esperanza y optimismo sobre el futuro; 3) tener un sentido positivo de la identidad; 4) otorgar un sentido o significado a la propia vida; y 5) cuidarse y decidir por sí mismo (Tondora et al, 2010).

De acuerdo con estos procesos, los profesionales nos deberíamos centrar en potenciar: 1) las relaciones que dan un sentido de pertenencia y autoestima; la transmisión de la esperanza; 2) el trabajo con las fortalezas (en contraposición al trabajo con los déficits) y en los esfuerzos de la persona para desarrollar y mantener un sentido de la propia identidad; 3) la realización de actividades de las que pueda derivar sentido y propósito; 4) el cuidado de sí misma y la reivindicación de sus derechos de ciudadanía e inclusión social (Tondora et al, 2010).

Eso nos recuerda la importancia de acompañar los procesos terapéuticos para “no hacer daño” y buscar siempre confeccionar aquel “traje a medida” del que tanto se habla en las reuniones de discusiones de casos en los dispositivos de salud mental. Más que nunca, la escucha activa y la mirada atenta a cómo la crisis social impacta en los individuos, tiene que impedirnos de patologizar los procesos

naturales y de dar respuestas estereotipadas a problemas sociales. Dicho de otra manera, la práctica clínica en salud mental tiene algo que va mucho más allá del tratamiento farmacológico o psicoterapéutico. La forma de tratar a las personas con problemática de salud mental tiene que ser "proteica" por naturaleza. En caso contrario, se sedimenta, negando la subjetividad de los diferentes actores (usuarias, usuarios, familiares y profesionales) que participan del acto terapéutico. Con esta cristalización se pierde la capacidad de colaboración y la clínica se torna impositiva, independientemente del modelo terapéutico del cual provenimos.

Es sabido que para trabajar en el campo de la salud mental hay que dominar los tratamientos farmacológicos, estar familiarizado con la diversidad cultural y saber tratar de forma psicoterapéutica los procesos de enfermedad en sus más distintas formas. Además, hay que estar proveído de una sensibilidad que nos posibilitará acompañar al otro en el proceso de toma de decisiones. Esta interacción social compleja y dinámica tiene que involucrar al profesional y a la persona en un proceso de trabajo conjunto que ayude a esta última a alcanzar su objetivo.

Proteo seguirá cambiando de forma incesantemente y tanto el micro (practica clínica) como el macro (contexto político) de la atención en salud mental se verán atravesados por necesidades mutuas de adaptación a los tiempos que nos ha tocado vivir. A nivel macropolítico, la nueva estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud (2022-2026) se basa en "la importancia de la promoción de la salud mental y en el reconocimiento de los derechos de las personas con problemas de salud mental buscando la equidad, la sostenibilidad y la calidad en la atención a las personas con problemas de salud mental, basada en el modelo de recuperación, incorporando la participación ciudadana y todo ello desde una perspectiva de género y de eliminación de las inequidades sociales en salud" (Ministerio de Sanidad, 2022).

A nivel micropolítico, se ha sumado un apartado de salud laboral a fin fomentar la existencia de una coordinación entre los profesionales de la salud mental y los servicios de prevención de riesgo laborales y un programa preventivo de intervención psicosocial. Nunca será posible atrapar a Proteo pero se hace necesario resistir en el proceso de cambio hacia formas de atención y acompañamiento del sufrimiento más humanizadas para todos los agentes sociales involucrados (usuarios/as, cuidadores y profesionales).

**Referencias:**

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial rehabilitation journal, 16(4), 11.

Austín, B., González-Sanguino, C., Castellanos, M. A., López-Gómez, A., Saiz, J., & Ugidos, C. (2020). Estudio del impacto psicológico derivado del COVID-19 en la población española (PSI-COVID-19). Rev Infocop.

Balluerka Lasa, M. N., Gómez Benito, J., Hidalgo Montesinos, M. D., Gorostiaga Manterola, M. A., Espada Sánchez, J. P., Padilla García, J. L., & Santed Germán, M. Á. (2020). Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Informe de investigación.

Batista-Alentorn, A. (2001). La reforma en Salud Mental en Cataluña: el modelo catalán. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 21. 101-128. 10.4321/S0211-57352001000300009.

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). (2021). Encuesta sobre la salud mental de los españoles durante la pandemia de la COVID-19.

Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. Psychosocial rehabilitation journal, 11(4), 11.

Irigoyen-Otiñano, M., Castro-Herranz, S., Romero-Agüit, S., Mingote-Adán, J. C., Garrote-Díaz, J. M., Matas-Aguilera, V., ... & González-Pinto, A. (2022). Suicide among physicians: major risk for women physicians. Psychiatry Research, 114441.

Institut Municipal D´Investigacio Medica (IMIM). (2021). Casi la mitad de los profesionales sanitarios de España ha presentado un riesgo alto de trastorno mental durante la primera ola de la COVID-19. Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBERSAM).

Jakovljevic, M., Bjedov, S., Jaksic, N., & Jakovljevic, I. (2020). COVID-19 pandemia and public and global mental health from the perspective of global health security. Psychiatria Danubina, 32(1), 6-14.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2022). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2022.

Seguel, F., & Valenzuela, S. (2014). Relación entre la fatiga laboral y el síndrome *burnout* en personal de enfermería de centros hospitalarios. Enfermería universitaria, 11(4), 119-127.

Tondora, J., Miller, R., & Davidson, L. (2010). The top ten concerns redux: Implementing person-centered care. Sociedad Iberoamericana de Información Cientifica, 1.

Wiesen, G. T., & Cortada, E. B. (2021). Impacto emocional de la pandemia por SARS-CoV-2 en profesionales sanitarios. Fmc, 28(3), 141.

Yao, H., Chen, J. H., & Xu, Y. F. (2020). Pacientes con trastornos de salud mental en la epidemia de COVID-19. The Lancet Psychiatry, 7(4), e21.

# “AÊ CURUPIRA U TUCÁ MUIRÁ SAPUPEMA, ACHIHY U ÇACEMA”[1]: PROTEÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL E DO BEM-VIVER ÀS MARGENS DE UM IGARAPÉ

Márcio Mariath Belloc
Luana Borges Teixeira
Károl Veiga Cabral

Era uma tarde de luz inclemente, dessas de um dia sem chuva no início do verão amazônico em Belém do Pará. Dessas em que o tempo parece escorrer lento, preguiçoso, que passa a ditar o gesto possível nessas condições. Na imposição do passo lento, aproveitamos para observar, encontrar olhares de gentes, de coisas e do lugar. Olhar com os olhos semicerrados pela incidência solar, com a pele húmida, pupunhenta em resposta ao calor e encontrar-se com a leve brisa morna vinda do rio Guamá. Um ar suave que nos envolvia com o cheiro do rio e prenunciava as energias e perfumes da mata, ao outro lado da margem, na ilha do Combu. Impossível olhar aquele volume de água amarronzada bailante e não pensar, inspirados por Guimarães Rosa (1994), numa terceira margem do rio. Desde já se anunciava que chegar ao outro lado não era uma simples travessia, senão habitar essa terceira margem rica em produção e potência de vida e de esperança, uma dança das águas que habita os corpos das gentes daqui e de quem se abre para a experiência amazônida.

Íamos para a primeira reunião do que mais adiante, com a criação e o desenrolar da experiência de proteção e promoção de saúde mental e bem-viver que aqui narramos, nomearíamos como espaço de cuidados coletivos. Nossos passos lentos chegando ao pequeno porto rústico de madeira não escondiam a alegria que vestia nossos anseios, dúvidas e apostas naquela composição de cuidado que iria ter início. Das pessoas que vinham na direção contrária ao nosso andar, que acabavam de atravessar o rio e que se dirigiam à cidade, depois da troca de olhares, sorrisos e boas-tardes, escutamos o comentário tão comum no linguajar belenense: égua, maninho, hoje tá um sol pra cada cabeça já!

Um sol para cada cabeça. E realmente a cabeça sem um chapéu, sem um boné, sem proteção parece pegar fogo nessas proximidades da Linha do Equador.

[1] Verso de um conto em tupi, colhido por João Barbosa Rodrigues (1890/2018) na região de Rio Branco, cuja tradução aproximada é: Ele, o Curupira, bateu na árvore nas raízes chatas, depois gritou.

Cabeça pegando fogo e logo nossas memórias se ativam na figura do Curipira, protetor das plantas e animais e povos das florestas. Recordações de histórias em contos que se escutam desde pequeno em distintas latitudes brasileiras. Que estava, então, nesse contraditório e necessário refrescar das memórias em meio àquela quentura. Que está na literatura, mas também vivo e em ato ainda nas formas ribeirinhas de habitar e levar a vida às margens de águas e matas. E, oxalá, possa vicejar também em nossos gestos de cuidado. Curupira de cabelos de fogo e pés ao contrário para despistar quem ousar lhe perseguir. Segundo João Barbosa Rodrigues em sua *Piranduba Amazonense*, cuja primeira publicação data de 1890, os domínios do Curupira se estendiam por um vasto território sul-americano: era falado naqueles Brasis de sua época, mas também nos territórios demarcados pela colonização europeia como Venezuela, Peru, Paraguai e Guianas. De origens imemoriais, segundo o mesmo, dos Nahuas chegou aos Caraíbas, destes aos Tupis e Guaranis. Ensina-nos ainda que autores dos séculos XVI e XVII como “Anchieta (1580), Fernão Cardin (1584), Laet (1640) e Acuña (1641) falaram e acreditaram mesmo em sua existência” (p.46). E mais, provavelmente já andava pelas matas da Pindorama e arredores antes mesmos destas civilizações indígenas que entraram em contato com o branco europeu. Deixava suas peculiares pegadas ao contrário, que fingem que vem quando estão indo, junto com os povos pré-históricos, tal como denominados pelas temporalidades do dito velho mundo. Desde essas épocas imemoriais era protetor e detentor de toda a enorme força das matas que, dialeticamente, está amalgamada na produção de um equilíbrio tênue. Equilíbrio que sempre lutou para proteger e que tem sido a principal presa de todas as manifestações do brutal colonialismo que assola estas terras desde a chegada do primeiro europeu.

Colonialismo, que Eugênio Zaffaroni (2015) organiza em três fases. Colonialismo originário, que inicia nos eurocentricamente chamados descobrimentos, passando pela extração e rapinagem predatórias de insumos e riquezas, bem como pelo genocídio dos povos originários, sequestro e escravização brutais desses e de povos do continente africano, como também já nos ensinava Eduardo Galeano (1971). Colonialismo que desde sua fase originária negou a existência da história, da cultura e das pessoas do sul do mundo, que envolve a exploração econômica intercontinental e produz, como mínimo, humanos menos humanos.

A segunda fase, segundo o mesmo Zaffaroni, é a do neocolonialismo, que compreende desde a derrocada dos regimes escravocratas e construção das repúblicas oligárquicas do final do século XIX – que sabemos com Souza (2019)

deixa suas marcas presentes atualmente no racismo estrutural de nossas terras –, passando pelas confrontações populistas e antipopulistas dos anos 1960, até a decadência genocida e seguridades nacionais dos anos 1980 com o fim das ditaduras militares latino-americanas orientadas pelo Plano Condor estadounidense. Em todo esse período, quem segue pagando com seus corpos o preço das necropolíticas (Mebembe, 2016), seguem sendo os mais indígenas, os mais pretos, os mais empobrecidos e vulnerabilizados.

Zaffaroni, sobre o primeiro período do neocolonialismo nos lembra que no territorio latinoamericano, para nós, específicamente durante a República Velha, “algunas familias monopolizaron la producción primaria y constituyeron unas elites que imitaban a Europa en sus modas y costumbres, al margen del resto de la población, que estaba casi toda sometida a condición servil.” (2015: 191) E mesmo na derrocada dessas oligarquias caricatas, ao breve período de reação e de tênues mas importantes pulsões redistributivas dos populismos personalistas, sobrevieram os regimes de exceção ditatoriais. O terror de estado instaurado e impulsionado pelo grande império do norte do globo, desaba de novo e principalmente sobre os mesmos corpos para os quais se dirigiam as pulsões tanáticas colonialistas anteriores.

E a atual, a fase superior do colonialismo, que inicia nas reaberturas e construções democráticas – que nunca foram e ainda estão longe de ser democracias raciais –, é marcada pelo capitalismo de mercado transnacional:

> la historia había llegado a su fin, estábamos en el paraíso del capitalismo de mercado, la política sólo debía tener por objeto discutir la mejor manera de garantizar la más absoluta libertad para el ídolo omnipotente, no se necesitaban más ideas, sino sólo el culto a una realidad que funcionaba por sí misma, regida por la mano pretendidamente *invisible* del ídolo. (Zaffaroni, 2015:196)

No paraíso do capitalismo globalizado, em consonância com Milton Santos (2008), os barrados do banquete, relegados aos restos e a entrar com seus corpos objetificados na cadeia de consumo, seguem sendo os mesmos mais pobres, mais pretos e mais indígenas do sul do planeta. Os mesmos que já eram os humanos menos humanos do colonialismo originário e do neocolonialismo. Segundo o mesmo Santos, o capitalismo é o verdadeiro fundamentalismo atual. Sob as perfumadas e sedutoras vestes do neoliberalismo contemporâneo, o bote agora não é somente a mais-valia sobre a força de trabalho do proletariado, mas também, e sobretudo, sobre a própria produção de subjetividade (Alemán, 2019). A meritocracia enganosa e perversa que sustenta o privilégio das classes mais ricas e mais brancas (Souza, 2016), desaba sobre os corpos e formas de viver a vida dos já transformados e

reatualizados em humanos menos humanos sob a égide de teleologias da prosperidade (Belloc, 2021). Formas de existência que competem entre si, individualizadas e atomizadas, como consumidoras consumidas de subjetividades *prêt-à-porter*.

Nos tempos do início da presente narrativa, os meados de 2021, essa fase superior do colonialismo ganhara o acréscimo de uma gestão nacional negacionista criminosa da pandemia da Covid-19. Que lutou contra as medidas sanitárias mundialmente reconhecidas e recomendadas, que relutou em comprar vacinas e apostou na imunidade de rebanho a desprezo de milhares de vidas, que investiu na fabricação, prescrição e distribuição de medicamentos sabida e completamente ineficazes. Da versão do genocídio a conta-gotas, identificado por Zaffaroni em meados da década passada como uma característica fundamental da fase superior do colonialismo, no cotidiano das mortes das comunidades periféricas da América Latina, o genocídio dos tempos pandêmicos em nosso país é embalado pelo fascismo à brasileira, que levou ao fim milhares de vidas que poderiam ter sido salvas, principalmente dos mais vulnerabilizados no réquiem das periferias do capitalismo global. Periferias do neoliberalismo contemporâneo, reproduzido no gesto macropolítico, mas não sem sua justificação e legitimação nos gestos micropolíticos cotidianos. Nos gestos mais comuns disfarçada ou abertamente está presentificado o caçador predatório da violência colonial. O que pode o Curupira frente a tamanho poder destrutor colonial? Se escutamos o que nos apresenta Fanon (1968), contra a violência total do colonialismo é preciso uma revolução anticolonial com igual ou maior dimensão, que possa sacudir e até mesmo reinventar a tradição para a produção de um outro modelo de sociedade.

Mas aquele que perseguiu por milhares de anos caçadores inescrupulosos, que matam muito além da sobrevivência e no avesso da sustentabilidade, teria força suficiente frente a tamanha força destrutora? Teria o Curupira desaparecido completamente, dado por vencido e esquecido?

Algo parecia nos dizer que não, ao menos nesse despertar de nossas memórias que já se transformavam na produção de um vir-a-ser. Talvez fossem só os reflexos do sol a acender luzes lá do outro lado do rio, nas margens da ilha, em pequenas fagulhas reluzentes. Talvez se acendesse na terceira margem que já começávamos a habitar em potência, prenhe de futuro. Ou talvez sobrevivesse ele ainda, o Curupira, mas ao invés de bater e gritar, agora pudesse apenas, colonialmente silenciado, faiscar e tocar melancolicamente as árvores e sussurrar ao ouvido, às memórias. Não obstante, fogos curupiranos fagulhavam na outra

margem e acendiam nossos corpos, ainda mesmo no caminho preguiçoso do asfalto da cidade em direção à beira do rio.

Chegando ao abrigo das telhas do pequeno porto-palafita se dissipam por hora estas conjecturas para dar passagem a questões pragmáticas. Enquanto tentávamos descobrir quanto tempo levaria nosso barco a chegar, buscamos ao redor o responsável pelo porto, que somente sabíamos atender pelo apelido de Navalhada. Tomados por esta imagem, buscávamos um rosto desenhado por uma cicatriz ou alguma marca importante de agressão ou expressão da agressividade. Nada, nem ninguém ali presente respondia a este estereótipo. Apenas o ventinho morno, o cheiro do rio e da madeira, o balançar e ranger baixinho das lanchas atracadas que se tocavam. Uma senhora com sacolas plásticas de compras de um supermercado local fumava e olhava o horizonte. Um senhor dormitava sentado no outro canto, na sombra, e, a seu lado, um breve olhar podia reconstruir arqueologicamente um almoço, nos restos da pequena lixeira um saco plástico ainda manchado do roxo-avermelhado do açaí.

Este senhor, simpático e sereno, soubemos semanas mais tarde, era o próprio Navalhada. Bem sabemos que o caçador predatório colonial também se presentifica nas pequenas e mais corriqueiras formas. O racismo estrutural atravessa a micropolítica, estabelecendo de antemão a agressividade, a violência e o perigo nos humanos menos humanos da vez. A jocosa descoberta de que o senhor sereno e simpático era o Navalhada, precisa ser acompanhada de uma bofetada decolonial do Curupira. Desde já invocamos esse avô milenar em nosso auxílio frente ao colonialismo escondido no nosso próprio gesto cotidiano.

Nossa lancha, com mais ou menos meia hora de atraso protocolar, finalmente chega. Sorridente o barqueiro de pé na proa estende a mão para ajudar os nossos passos ainda claudicantes do flutuador de madeira do porto para adentrar a pequena nau de alumínio com uma capota de lona avermelhada, já um pouco desbotada pelo tempo e pelo sol inclementes.

O barulho do motor, o vento no rosto, os respingos das águas pelo movimento da lancha contra o fluxo do rio que vasava àquelas horas, compunham uma primeira acolhida e uma preparação a adentrar o território ribeirinho. Sim, os volumes gigantes das águas doces dessas latitudes funcionam no regime das marés. Um fluxo talvez impensado por Heráclito, produz uma história que se redobra em devir no ir e voltar dessas massas líquidas em exuberantes e lentos bailados diários.

Já perto da outra margem, a segunda, e já mergulhados na terceira, adentramos o Furo da Paciência, que divide as ilhas do Combu e do Murucutu. A lancha diminui a velocidade e a vida ribeirinha se abre no mergulho dos meninos

saltando da ponte – o avarandado coberto diante da casa ribeirinha –, uma senhora estendendo a roupa no varal, um casal passava ao lado sorrindo e cumprimentando nosso barqueiro, ele pilotando a rabeta – lancha pequena e típica dessas localidades –, ela segurando em uma das mãos a sombrinha colorida que os protegia do sol e na outra embalando a filha bebê de vestido cor-de-rosa estampado de flores, combinando com o chapeuzinho de abas curtas em babados.

Nós sorríamos e contínhamos o gesto predatório violento – ao mesmo tempo ridículo, quando nos damos conta do mesmo – de fotografar tudo com a avidez neófita da apropriação da imagem. Deixamo-nos adentrar e fruir o território líquido, nossa terceira margem. Em seguida a lancha gira à direita e adentra o igarapé Periquitaquara diminuindo ainda mais a velocidade. Alguns acenos vindos das casas à beira, da beleza sutil da arquitetura vernacular das palafitas ribeirinhas emolduradas pela mata de árvores frondosas, açaizeiros e arbustos, também alguns olhares curiosos. O cheiro das águas agora compunha com o do barro das margens, do verde das matas e algum que outro perfume de comida em preparo. O motor é desligado e a lancha desliza suave até a beira onde fica a escola, a capela e o centro comunitário.

Esse caminho, essas impressões e emoções se repetem e vem se reatualizando e multiplicando por um pouco mais de dois anos na composição de nossa terceira margem. Não obstante, guarda ainda e se retroalimenta a cada travessia de toda essa energia da experiência original. Uma experiência na qual se entende a proposta benjaminiana do conceito de origem, que se compõe entre o vir-a-ser e a extinção (Benjamin, 1984).

Subimos pela ponte da escola e nos dirigimos ao centro comunitário que já tinha as cadeiras dispostas em círculo, tomadas de empréstimo da Capela de Santo Antônio vizinha. Era a primeira reunião do grupo composto hegemonicamente por mulheres da comunidade. A proposta do encontro tinha sido tecida um par de semanas antes. Acompanhando e apoiando um projeto desenvolvido pelas artistas Galvanda Galvão e Mônica Lizardo, em conjunto com outras companheiras do coletivo Cidade em Frestas, em visita ao Periquitaquara, um dos autores da presente narrativa, Márcio Mariath Belloc, teve sua formação de graduação em psicologia identificada por uma das lideranças comunitárias. Era a época do lento mas importante declínio da pandemia após o período da primeira vacinação, que já permitia, mantendo as precauções sanitárias de não contaminar e não ser contaminado, atividades presenciais. Essa pequena grande mulher ribeirinha convoca a pensar uma forma de cuidar das pessoas do igarapé, perguntando sobre a possibilidade de conseguir consultas no campo da saúde mental para seu povo.

Fala do adoecimento, do sofrimento de muitos com a presença importante de afetos tristes, angústias e sentimentos de desesperança. Fala do suicídio de uma jovem. Fala sobretudo da falta de acesso e da solidão sentidas e da necessidade urgente de cuidar das pessoas dali. Observamos também a dificuldade de endereçamento do cuidado desses mal-estares. Com relação à unidade de atenção primária da ilha, aponta a dificuldade de acesso geográfico e a inexistência até então de um trabalho de prevenção nesse campo. Chegar à Unidade envolve pagar pelo transporte, economicamente inviável para algumas famílias, ou contar com a ajuda de quem tem um barco, ou ir remando. Impossível deixar essas demandas sem resposta.

Não obstante, sabemos com Rubén Ferro (2010) que 80% dos problemas de saúde mental são tratáveis no âmbito da atenção primária e/ou articulação comunitária. O mesmo demonstra que, ao que pese essa evidência, a maior parte do financiamento e do investimento em saúde mental do mundo está nos níveis secundários e terciários da atenção. Tal situação, continua o mesmo Ferro, induz os usuários à busca pelo nível especializado de atenção, quando poderiam tratar de seu padecimento mais perto de seus territórios geográficos e existenciais no âmbito comunitário ou da atenção primária em saúde, gerando por um lado um impacto direto sobre o financiamento do sistema, mas, sobretudo, sobre sua própria saúde mental e qualidade de vida. Sabemos também que, infelizmente, nosso modelo social e a condução dos processos de saúde-adoecimento-atenção atravessados indelevelmente pelo modelo biomédico hegemônico (Menéndez, 2020) tem seus efeitos. Demonstramos em outro trabalho (Belloc, 2021a), em consonância com Martínez-Hernáez (2000), Correa-Urquiza (2015) e Cabral (2021), a iatrogenia decorrente das respostas sociais e dos processos de atenção especializada em saúde mental hegemonizadas ao discurso biomédico. Não por acaso, iatrogenia que se estabelece pela colonização da experiência de padecimento por tal modelo. Outra importante ação decolonial para o nosso Curupira que, já gritando aos nossos ouvidos, nos instava de antemão a compor uma resposta de cuidado diferente da colonização da experiencia de padecimento.

Responder diretamente à demanda manifesta sempre tem um risco, no caso precisávamos pensar no cuidado, sem descartar a possibilidade de acesso ao nível especializado, mas primeiro na modalidade da proteção e da promoção da saúde mental e do bem-viver. Trata-se da saúde mental tal como defendida pela Organização Mundial da Saúde (2022a), aquela que dista da ausência de sintomas, enfermidades ou transtornos. Um estado de bem-estar no qual o sujeito possa desenvolver suas atividades diárias, possa também se recuperar dos tensionamentos cotidianos e contribuir de forma produtiva em sua comunidade.

Neste sentido, utilizando a célebre definição “saúde é democracia” de Sérgio Arouca (1986) em sua palestra de abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual aborda todas as dimensões da vida em sociedade como condições para a produção da saúde, propomos parafraseá-lo com: “saúde mental é cidadania” (Belloc, Cabral e Reis Júnior, 2023). É o acesso a este bem-estar da definição da OMS, a partir de sua inclusão, não necessitando a cessão de todo o padecimento, ou mesmo a remissão completa de sintomas. Ao contrário. Partimos da concepção de que a cidadania se dá quando também os saberes provenientes da própria experiência de padecimento são tomados com o mesmo valor de verdade quanto os nossos saberes científicos sobre o mesmo padecimento, participando ambos inclusive das estratégias de cuidado.

Contudo, se seguimos realmente esta definição, o território amazônico nos impõe ainda mais desafios do que esta composição de saberes, pois aqui aprendemos algo além da cisão corpo e alma da tradição europeia ocidental. Mais além da integralidade da atenção, já prevista no texto constitucional como princípio do Sistema Único de Saúde, ocorre que trabalhamos com coletivos para os quais a separação da saúde do corpo e da mente não faz o menor sentido. E se estes saberes estão na construção das estratégias e dispositivos de cuidado, além de mente e corpo, para culturas indígenas, quilombolas e ribeirinhas amazônidas, muitas vezes também temos que agregar a própria comunidade e o meio onde a mesma se insere. Trata-se, assim, de trabalharmos com a concepção de bem-viver que, segundo Alberto Acosta (2016), parte de um mundo pensado e organizado comunitariamente, articulando direitos humanos e direitos à e da natureza. O bem-viver, assim, de acordo com o mesmo autor, estaria vinculado à construção de relações de produção, nas quais a égide está no intercâmbio e cooperação na direção da autossuficiência e autossustentabilidade, com a presença estrutural da ancestralidade. Uma relação de produção que, ao contrário da busca da eficiência, seja baseada na solidariedade e na historicidade dos povos e territórios, superando o divórcio da natureza e do humano, superando a objetividade fantasmagórica (Lukàcs, 1970) da reificação das relações humanas, superando também a separação corpo e alma.

Nesta direção, a ideia era construir junto com aquela comunidade uma resposta de cuidado possível. Não obstante, tomar por base essa concepção de saúde mental indelevelmente ligada à cidadania, sobretudo em território amazônico, precisa necessariamente estar também embasada nesta concepção de bem-viver: constituir-se a partir do encontro com saberes, pessoas e territórios amazônidas. O que nos leva a refletir, tal como nos ensina Ailton Krenak (2022), também na

cidadania que habita a floresta, na florestania. Em também buscar formas de fazer a floresta viver em nós e em nossas práticas de cuidado e ação comunitária. Trazer a floresta para o nosso gesto de cuidado, fazer gritar de novo o Curupira frente as violências predatórias coloniais.

Tratava-se então de construir uma resposta no campo da saúde mental e do bem-viver como uma estratégia de proteção e promoção, tal como adotada, ao menos como princípio, desde o início da implementação do Sistema Único de Saúde Brasileiro:

> [...] cujos pilares e estratégias retomam, incorporam e refletem os grandes dilemas da esfera social, que tem originado, no campo da saúde, novas agendas como o estímulo à autonomia dos indivíduos, o reforço da ação comunitária, a desafiante superação da especialização e fragmentação das políticas públicas e da atenção à saúde, bem como a pactuação de propostas de gestões intersetoriais, a construção de ambientes saudáveis e a formulação de políticas comprometidas com a qualidade de vida. (Brasil, 2002: 10)

Todavia, para produzir essa resposta de cuidado no âmbito da atenção primária em saúde tínhamos diante de nós outra série de desafios. Observamos que a cobertura populacional da atenção básica da capital paraense, cidade a que pertence o Periquitaquara, é ainda bem abaixo da desejada cobertura universal ou dos mínimos 70% preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008). De acordo com os dados compilados pelo Ministério da Saúde[2], apesar do estado do Pará apresentar em janeiro de 2023 a cobertura de atenção primária em saúde para 62,45% da sua população, Belém, no mesmo período, atende apenas 33,05% de seu povo com serviços desse nível de atenção. E se analisamos os dados de março de 2020, observamos ainda uma queda expressiva da cobertura atual: a cidade de Belém 40,90% e o estado do Pará 65,95%. Nota-se, assim, o efeito da pandemia de Covid-19, que inicia justamente nesse período, sobre a oferta de cuidado em atenção primária em nosso território.

Sendo assim, podemos desde já observar uma cobertura bem abaixo do necessário para que este nível de atenção possa trabalhar efetivamente a prevenção, a promoção e a proteção da saúde, suas principais atribuições. E dentro destas atribuições, se nos debruçamos sobre o componente da saúde mental, notaremos que é ainda muito pouco desenvolvido ou mesmo inexistente. A Organização Mundial da Saúde já vinha apontando desde 2001 as enormes lacunas ainda existentes no mundo, referente ao cuidado em saúde mental no nível primário da atenção (OMS, 2002). No contexto nacional, um estudo de Salgado e Fortes (2021) demonstra que tais lacunas seguem reproduzidas na realidade da atenção

[2] Dados da Plataforma E-Gestor AB, do Ministério da Saúde: https://egestorab.saude.gov.br/index.xhtml

primária brasileira, apontando a fragilidade das equipes quanto à produção do cuidado em saúde mental. Em relação ao estado do Pará, Cabral et al (2022) demonstram que “a maioria das equipes de atenção básica do estado afirma ofertar consultas para usuários em sofrimento psíquico, contudo, apenas uma parcela dessas equipes comprova a realização desses procedimentos” (:107), o que pode denotar tanto o distanciamento entre o que as equipes acreditam que produzem e o que realmente acontece, quanto as falhas na gestão e na produção da informação em saúde justamente para esse componente. Ambas possíveis razões denotam fragilidades de como se lida com saúde mental na atenção primária. Não obstante, essa mesma consulta informada e não comprovada é, na sua esmagadora maioria, vinculada ao acompanhamento e renovação da prescrição medicamentosa recebida no Centro de Atenção Psicossocial, ou mesmo na internação hospitalar. Tal fato já denota uma simples continuidade de um tratamento do nível secundário e terciário. O mesmo estudo demonstra que, além do baixo atendimento da demanda dos territórios, as estratégias de cuidado utilizadas pela atenção primária paraense são hegemonicamente biomédicas e vinculadas ao atendimento individual, “poucas equipes referem lançar mão da estratégia de atividades em grupos.” (:107) Estratégias essas, tratadas e preconizadas como imprescindíveis ao trabalho de prevenção, promoção e proteção da saúde mental há mais de duas décadas pela Organização Mundial da Saúde (2002), já previstas inclusive na Declaração de Alma Ata, resultado da conferência que em 1978 que estrutura as bases da atenção primária em saúde no mundo. Da mesma forma, ações também previstas e preconizadas pelo Ministério da Saúde, visto o que já apresentava e discutia nos Cadernos de Atenção Básica Nº 34, Saúde Mental, editado em 2013, seguindo as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica vigente há época.

Outro dado importante levantado pelo estudo de Cabral et al (2022) é a baixa adesão no estado do Pará às equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e, das existentes, a baixa atuação com o dispositivo do matriciamento do cuidado em saúde mental, demonstrando o isolamento e a solidão das equipes de atenção primária na criação e desenvolvimento de estratégias de prevenção, promoção e proteção da saúde mental. Pudemos observar também que a maioria das equipes de atenção primária em saúde refere dificuldades em articulação com o nível secundário da atenção, recebendo pouco ou nenhuma ação de matriciamento (Belloc, 2021b). Nesse sentido, os NASFs têm funcionado como uma atividade ambulatorial especializada, com pouca cobertura e baixa resolutividade. Por sua vez, a queixa dos níveis de atenção especializados em saúde mental é de que acolhem usuários que poderiam ser tratados no nível primário, ou que sua

maioria poderia não necessitar dos Centros de Atenção Psicossocial, por exemplo, se um trabalho de prevenção e promoção fosse desenvolvido. E do outro lado dessa desarticulação do trabalho e da informação, é possível encontrar também algumas estratégias e ações de saúde mental na atenção básica sendo desenvolvidas, desconhecidas da própria Rede de Atenção Psicossocial que deveriam integrar. Na verdade, se seguida à risca a Portaria MS/GM Nº 3088/2011, que implementa a Rede de Atenção Psicossocial, seriam estas ações de promoção e prevenção que deveriam regular o funcionamento da RAPS.

E se já era possível observar a fragilidade da implementação do componente da saúde mental na atenção primária no Brasil e no mundo, nos últimos 4 (quatro) anos o que já era frágil foi ainda mais precarizado, haja vista toda uma série de retrocessos tanto ao que se refere a RAPS, quanto da própria política nacional de atenção básica em saúde. E além de tais ataques diretos às conquistas e às experiências exitosas na saúde mental e na atenção básica em saúde (Cabral e Belloc, 2019), a reconhecida má gestão brasileira da pandemia da Covid-19 multiplicou as vulnerabilidades e os efeitos sobre a saúde mental da população. Neste sentido, se já vínhamos observando um importante vazio assistencial no que se refere ao componente da saúde mental no nível primário da atenção, a vulnerabilização de nossas populações tem um expressivo aumento, uma sobrecarga, tendo em vista o impacto da dita pandemia que, segundo a Organização Mundial da Saúde (2022a), tem as questões vinculadas à saúde mental como um dos principais efeitos do processo pandêmico. Como vimos, não era diferente no Periquitaquara.

A Ilha do Combu, atendida por uma Unidade Básica de Saúde, intercortada por canais e igarapés, possui comunidades singulares, com suas culturas e costumes, cuja principal atividade econômica fora há pouco tempo o extrativismo sustentável, principalmente do açaí e do cacau, mas também de outras frutas típicas amazônicas. Uma vida comunitária, centrada nas temporalidades ditadas pelos ciclos das águas, da floresta, das estações, repleta de saberes e sabores ancestrais, passados e incrementados de geração em geração pela transmissão oral.

Em pouco mais de duas décadas, este panorama, essa forma de ser no mundo, mudou drasticamente. A economia e a vida não giram mais somente em torno do extrativismo sustentável. Aos poucos, uma outra atividade passa a ocupar o dia a dia da população ribeirinha. No início, uma que outra casa ribeirinha começa acolher visitantes, ou melhor, turistas para o almoço e um banho de rio. Nas margens dos canais e igarapés restaurantes vão abrindo, um a um, cada qual com sua oferta de lazer lacustre e cardápio gastronômico, mas principalmente composto por pratos

com os frutos dos rios da região. Para levar os turistas aos restaurantes estrutura-se toda uma frota de lanchas, que se organizam em cooperativas. Empresários passam a também montar seus restaurantes e contratar os ribeirinhos. Agora é a velocidade das lanchas, do ir e vir de turistas, das atribulações de arrumar, servir, limpar e prover mantimentos para iniciar tudo de novo, não mais a dos ciclos das águas, das estações, da vida comunitária. Tudo isso impacta não somente sobre a economia e o cotidiano de trabalho, mas também opera a subalternização dos saberes ribeirinhos. As formas urbanas de ser e viver invadem a ilha na mesma velocidade das lanchas que trazem e levam turistas. Juntando essa transformação com o isolamento pandémico, atomização e individualização se precipitam sobre os corpos ribeirinhos como um drama contemporâneo, uma equação de difícil solução. Mudanças que envolvem impactos nas necessidades de saúde dessas populações. Além dos processos de saúde-adoecimento-atenção já vinculados à vida ribeirinha, para os quais os saberes locais tradicionais produziam respostas de cuidado, somam-se questões relacionadas à saúde-adoecimento-atenção da vida urbana. Não há mais vida comunitária suficiente para dar continência aos processos de padecimento no âmbito da saúde mental e do bem viver. Tampouco as políticas públicas dão conta de produzir uma resposta de proteção e promoção da saúde mental para essas pessoas. Neste sentido, nossa aposta não poderia ser outra que buscar ativar um dispositivo comunitário.

Soma-se a esta justificativa o preconizado pela OMS (2022b) em relação aos efeitos específicos da pandemia sobre a saúde mental das pessoas em geral: a necessidade de ações de prevenção e promoção no âmbito da saúde mental, utilizando tecnologias leves, no sentido de auxiliar as populações na estabilização psicossocial e elaboração das perdas inerentes ao processo pandêmico, principalmente na ação comunitária e atenção primária, contando com média e alta complexidade para casos cujo padecimento ultrapassa suas possibilidades de continência.

Assim, sendo gestado com o protagonismo da população ribeirinha do Periquitaquara, nasce o espaço de cuidados coletivos, construído a partir de encontros grupais semanais. A metodologia inicial de trabalho foi a roda de conversa (Afonso e Abade, 2008), abordando temas de interesse comum ao grupo de forma participativa, isto é, constituindo um espaço no qual se possa refletir sobre situações cotidianas vivenciadas. Uma ação participativa, centrada nas pessoas e seu território ao encontro de suas necessidades, potencialidades e possibilidades. O grupo como uma tecnologia leve de cuidado (Merhy, 2014) que se estabelece num primeiro momento como acesso às formas de mal-estares e a posterior criação

coletiva de propostas de ação futuras. Também utilizamos como ponto de partida os grupos de ajuda e suporte mútuo em saúde mental (Vasconcelos et al, 2013), que são direcionados para pessoas já diagnosticadas com transtorno mental grave, na verdade protagonizados por elas, justamente no âmbito da atenção primária em saúde e/ou ação comunitária.

Mas no Periquitaquara não se tratava de pessoas diagnosticadas, ao contrário. No nosso caso, a adaptação dessas tecnologias de cuidado à necessidade do território e, principalmente, inspirados por Paulo Freire e sua pedagogia da esperança (1992), o respeito e a construção com os saberes do próprio território é que levaram ao que denominamos espaço de cuidados coletivos. Um trabalho vivo e em ato, tecido a muitas mãos a cada encontro, desde o primeiro, este da travessia aqui narrada.

Nossa narrativa até aqui tratou da travessia que levou às margens do Periquitaquara e, como já mencionado, a uma terceira margem do rio. A lancha que deslizara suavemente até a beira, agora partia. Viria nos buscar em duas horas, o tempo combinado previamente para a duração do grupo. Com o ruido do motor se afastando, os sons da floresta cada vez se faziam mais presentes. Bichos vários, árvores ao sabor da brisa leve, uma rabeta que passa veloz, desviando do popopô – barco tradicional, feito de madeira, que transporta pessoas e cargas, cujo nome é a onomatopeia do ruído do seu motor –, que cruza preguiçoso no sentido contrário ao som de um techno-brega, cuja letra era bem conhecida das integrantes do grupo que ali já estavam. Cantarolando incluíam um par de cadeiras a mais no círculo já formado, abriam o espaço para aproximar uma mesa para amparar uma garrafa térmica de café, outra com chocolate feito com o cacau autóctone, além de copos descartáveis, um pacote de biscoitos e um bolo de macaxeira ainda quente, saindo do forno, espalhando seu doce perfume convidativo. Além dos manjares, também nos recepcionaram olhos brilhantes e sorrisos acanhados e curiosos, gestos acolhedores e afetuosos. Sejam bem-vindos – disseram – aqui é tudo muito simples, não reparem, espero que gostem.

Uma nova lancha se aproxima, trazendo cinco pessoas mais, alguns quitutes mais chegam junto com elas. Outras chegam a remo, de canoa, ou melhor, tal como nomeiam, de casquinho. É preciso esperar uns minutinhos mais, pois informam que tem mais gente que está vindo lá do início do igarapé. Aquela líder comunitária, que nos contou sobre a situação e nos convocou a construir uma resposta, foi uma das primeiras a chegar. Parecia nervosa, afinal era ela que tinha convidado toda aquela gente. Será que iria funcionar essa ideia de roda de conversa? Seria mais outro projeto que vem como novidade, depois cansa e se vai? Será que realmente

manteriam a promessa da vinda semanal? Será que conseguiriam entender como é que estamos sofrendo aqui? Será? Do meio da mata e vindo para a terceira margem do rio, Curupira nos encarava desconfiado, esperançoso, mas alerta!

Cerca de vinte pessoas presentes. A maioria esmagadora, mulheres. Três gerações de mulheres negras, de dezoito a setenta e poucos anos. Entre origens autodenominadas quilombolas e caboclas, a ancestralidade viva se refazia ali em presença. A exceção, um menino, sobrinho de uma delas, de visita no igarapé. Resolveu ir também: pra vê qualé dessa roda... Algumas foram porque já corria entre as conversas sobre a visita de um psicólogo com jeito de gringo, outras também foram pra vê qualé, outras por respeito, admiração e companheirismo em relação a nossa agenciadora local. A maioria, inclusive as da curiosidade, as do qualé e as do respeito, mesmo no gesto singelo emanavam implicação. Transferiam generosamente para aquele espaço ainda em construção sua ancestralidade, os anseios de encontrar apoio, anseios ali tramados com o afeto político da amizade. E tanto tempo sem se falar assim com tempo pra falar. As distâncias dos afazeres diários de cada uma, as distâncias do isolamento pandêmico, as distâncias da colonização neoliberal da experiência comunitária. Tantas distâncias ali sendo desconstruídas que o Curupira nos deu um voto de confiança, mais que isso, da encarada ameaçadora inicial, emprestou sua força, deixou tocar sua lança, para que começássemos a falar.

Em roda começamos a conversa pelas combinações iniciais: todas as ali presentes, inclusive os facilitadores, teriam garantido o espaço de fala, mas ninguém seria obrigado a falar se não quisesse. A cada encontro teríamos um tema para conversar, decidido em consenso no grupo e pelo grupo. Uma conversa estruturada no respeito à pluralidade. E mais que garantia, uma troca de experiências e construção do comum justamente a partir de cada posição singular. Também combinamos que o que se falasse no grupo, ficaria ali. Um contrato de sigilo, mas que contava também com a possibilidade de ações conjuntas. Assuntos poderiam sair dali se decidido em consenso e, principalmente, estruturados como uma ação de apoio mútuo.

Nosso primeiro tema discutido foi como passamos a pandemia. Cada uma e cada um de nós teve o tempo para falar, para escutar e para comentar. Importante marcar que nessa construção da roda, todos podem se posicionar, inclusive quem fica na posição de facilitador, que garante o tempo de fala e, especialmente, a possibilidade de inscrição da singularidade na recomposição e reinvenção desse espaço comunitário. Jorge Alemán (2019) nos ensina que propor resistência ao discurso do capitalismo neoliberal contemporâneo, é dizer, construir possibilidades

emancipatórias, passa justamente pela construção de um comum instaurado pela pluralidade, pelo acesso e exercício do singular.

Na roda da partilha, acolhemos coletivamente histórias de solidão, de viver a incerteza do amanhã, a proximidade morte. Compareceram também o lugar da mulher negra no contexto da cultura patriarcal e racista, de sustentar a casa, o cuidado dos membros do núcleo familiar. A dor intensa de não ter espaço para fraquejar. A dor de não poder expressar a dor, pois incorreria no desmoronamento de si e dos entes mais próximos. Pela primeira vez poder falar da dor de cuidar também dos seus próprios adoecimentos pandêmicos em um imperioso silenciamento de suas dores emocionais e corporais, ao mesmo tempo em que precisava inventar leveza em meio ao caos como forma de cuidado dos filhos e companheiros. Desaba ali em lágrimas essa leveza artificial sustentada no próprio corpo e às expensas dessa corporeidade, desaguando naquele encontro também em outros corpos, em outros rios que compunham nossa terceira margem no ato de compartilhar e deixar-se afetar e acolher essas águas e afetos.

Mas também fluímos conjuntamente histórias engraçadas vividas nesses tempos de confinamento pandêmico. A alegria também entrou na partilha. Sorrisos, e uma que outra gargalhada, encontraram nos mesmos leitos, num momento anterior chorosos, sua possibilidade de fluir. De repente, aporta na margem a lancha que nos levaria de volta ao asfalto. As duas horas passaram num piscar de olhos. Neste primeiro encontro, todas e todos falaram, compartilharam e acolheram na invenção de uma temporalidade do cuidado. Precisávamos!, disseram em uníssono ao final. As últimas falas trouxeram a ajuda e o apoio mútuo entre vizinhos, entre núcleos familiares, entre amigas e amigos moradores do igarapé nos momentos mais críticos da quarentena. Decidimos e concordamos em consenso, assim, a partir da sugestão de uma das participantes, o tema do próximo encontro: companheirismo.

Além da Covid-19 e do companheirismo, tratamos de diversos temas nas nossas reuniões semanais. Medo, cuidado, lambanças, respeito, liberdade, felicidade, saudade, assédio, humilhação, preconceito, entre muitos outros, ocuparam durante duas horas nossa atenção, nossa terceira margem de produção de vida e florestania. Falas emocionadas, lembranças boas ou mesmo terríveis situações de violência e opressão racista e machista, ou mesmo momentos hilários. Fez-se presente também a ancestralidade em receitas de saberes e cuidados tradicionais, passados oralmente de geração em geração, mas, sobretudo no exercício do cuidado coletivo. Histórias e vidas singulares são toda a semana colocadas generosamente em partilha, acompanhadas de afeto, empatia, risos e

lágrimas, além do café, chocolate autóctone, sucos de frutas amazônicas, quitutes e comidas locais. Quem mora nessas latitudes sabe o valor de uma tarde de conversa com café e pupunha na beira do rio.

Em meia às despedidas, a mão novamente estendida do barqueiro dava início ao nosso retorno. Era também a mão estendida à amizade daquele grupo de mulheres e um menino que conhecemos e com quem iniciamos a compor um espaço de cuidados coletivos. Na boca ainda o sabor e os saberes generosamente compartilhados. A lancha gira a esquerda saindo do igarapé e já apontando para a cidade que já emoldurava o horizonte de final de tarde. Ainda entre o verde ao redor, entre luzes alaranjadas e os escuros da noite chegando, nós em silêncio, elaborando o vivido, o Curupira em nós.

**Foi e tem sido assim...**

Como um epílogo possível para esta narrativa, mais que um fim, uma abertura. Abertura do aprendizado dos gestos simples, da micropolítica do trabalho vivo em ato, que esse espaço de cuidados coletivo tem sido composto. Compartilhando saberes e sabores amazônicos, temos conjuntamente criado um espaço comum onde a chave é a singularidade, na qual a ancestralidade se faz presente e na qual se presentifica um sacudir das tradições ribeirinhas na composição de um itinerário coletivo de proteção e promoção da saúde mental e do bem-viver amazônidas, decolonial, antirracista e antipatriarcal. Suficientemente potente para construir uma linha de horizonte para o desaprisionamento e decolonização das formas de viver a vida na atomização neoliberal, do gozo mortífero que exige ciclos de renúncia e melancolização, tão próprios das teleologias contemporâneas da prosperidade, embebidas nos racismos e machismos estruturais.

A partir de encontros semanais, a constituição do grupo, o intercâmbio de saberes, a elaboração coletiva das experiências de padecimento se reinventa o cuidado. Sendo também o processo grupal o guia para as ações a serem criadas e desenvolvidas pelo grupo. Ações sempre participativas e comunitárias, sendo a continência grupal a principal tecnologia leve colocada em ação. Não obstante, casos que ultrapassaram essas possibilidades de continência foram devidamente encaminhados e acompanhadas junto à média e/ou à alta complexidade.

Na avaliação das participantes, é um espaço que se tornou imprescindível, que recompôs uma vivência comunitária que parecia perdida e que tem ajudado singularmente a cada uma delas – e inclusive aos facilitadores do grupo, autores dessas linhas – na produção de vida e florestania necessárias para enfrentar nosso cotidiano, principalmente nestes tempos de impacto de um modelo ultraneoliberal

sobre as vidas ribeirinhas. O sentimento compartilhado de aos poucos e continuidamente terem se reinventado e se emancipado de muitas formas de opressão. Temos aprendido muito a cada encontro. Em cada travessia para nossa terceira margem, mais saberes ancestrais se abrem, mais saberes se encontram e se reatualizam e são recompostos em saberes coletivos, que assim são incorporados nas respostas singulares. Com resistência e reinvenção da vida comunitária, nosso espaço de cuidados coletivos bate nas raízes das árvores, grita e, agitando sua lança, tem ajudado curupiramente a proteger e promover a saúde mental e o bem-viver. Parafraseando e no avesso da poesia de Ruy Barata, como um resto de sol no rio, nas conquistas de cada encontro e na composição das mesmas, foi e tem sido assim.

**Referências:**


Alemán, J. (2019) *Capitalismo**:** Crimen perfecto o emancipación*. Barcelona: Ned Ediciones.

Arouca, A. S. S. (1986) *Conferência: democracia é saúde.* In: Brasil. Ministério da Saúde. *8ª Conferência Nacional de Saúde, Anais*. (pp.35-44). Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.

Acosta, A. (2016) *O bem viver: uma oportunidade para imaginar outros mundos*. São Paulo: Autonomia Literária, Elefante.

Belém. (2022) *Relatório de Gestão: janeiro a dezembro de 2022*. Belém: Secretaria de Saúde.

Belloc, M. M. (2021a) *Homem-sem-história: a narrativa como criação de cidadania*. Porto Alegre: Rede Unida.

Belloc, M. M. (2021b) *Relatório de Supervisão Clínico-Institucional 2020-2021:* Centros de Atenção Psicossocial, Unidade de Acolhimento Adulto e Experiências na Prevenção e Promoção da Saúde Mental. Secretaria Municipal de Saúde. Belém.

Belloc, M. M.; Cabral, K. V.; Reis Junior, L. P. (2023) Freire susiano, SUS freireano. In: Lemos, F. C. S. et al. (Orgs.) *Psicologia Social, Educação e Análise Institucional* (pp.375-390). Curitiba: CRV.

Benjamin, W. (1984) *A origem do drama barroco alemão (1925).* São Paulo: Brasiliense.

Brasil. (2002) *Política Nacional de Promoção da Saúde: documento para discussão*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2011) Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.* Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília.

Brasil. (2013) *Cadernos de Atenção Básica, n. 34.* Brasília: Ministério da Saúde.

Cabral, K. V. (2021) *Artesãos da Saúde: saúde mental e participação social em Porto Alegre e em Barcelona.* Porto Alegre: Rede Unida.

Cabral, K. V.; Belloc, M. M. (2019) Política, subjetividade e saúde em tempos precários: linhas de resistência e reinvenção. In: Lemos, F. C. S. et al. (Orgs.) *Biopolítica e tanatopolítica: a agonística dos processos de subjetivação contemporâneos*. (pp.367-384) Curitiba: CRV.

Cabral, K. V.; Belloc, M. M.; Oliveira, P. T. R.; Tupinambá, L. S. (2022) Prevenção e promoção da saúde mental na Atenção Básica no estado do Pará. In: Cunha et al. (Orgs.) *Análise da atenção primária à saúde no Estado do Pará*. (pp.100-109). Porto Alegre: Rede Unida.

Correa-Urquiza, M. (2015) *Radio Nikosia: La rebelión de los saberes profanos*. Madrid: Editorial Grupo 5.

Fanon, F. (1968) *Os condenados da terra.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Ferro, R. O. (2010) Salud mental y poder. Un abordaje estratégico de las acciones en salud mental en la comunidad. *Rev. Salud Pública (Córdoba).* 14(2):47-62.

Freire, P. (1992) *Pedagogia da Esperança: Um reencontro com a Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Galeano, E. (1971) *Las venas abiertas de América Latina.* Buenos Aires: Siglo XXI.

Lukács, G. (1970) *Historia y conciencia de clase.* Havana: Editorial de Ciencias Sociales.

Krenak, A. (2022) A vida é selvagem. *Revista Amazônia Latitude.* 5: 1-18.

Mbembe, A. (2016) Necropolítica. *Arte & Ensaios: Revistado PPGAV/EBA/UFRJ*, 32.

Menéndez, E. (2009) *Sujeito, saberes e estruturas: Uma introdução ao enfoque relacional no estudo da Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec.

Menéndez, E. (2020) Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*. 16:e2615.

Merhy, E. (2014) *Saúde: a cartografia do trabalho vivo.* 4ª Ed. São Paulo: Hucitec.

Martínez-Hernáez, A. (2000) *What's Behind the Symptom? On Psychiatric Observation and Anthropological Understanding*. Londres: Routledge.

Martínez-Hernáez, A. (2008) *Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropological.

OMS. (2002) *Relatório Mundial da Saúde 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança.* Lisboa: Ministério da Saúde de Portugal, Organização Mundial da Saúde.

OMS. (2008) *Relatório Mundial de Saúde 2008: Atenção Primária em Saúde agora mais do que nunca.* Lisboa: Ministério da Saúde de Portugal, Organização Mundial da Saúde.

OMS. (2020) *Mental health and psychosocial considerations during COVID-19 outbreak.* Genebra: World Health Organization.

OMS. (2022a) *World mental health report: transforming mental health for all.* Genebra: World Health Organization.

OMS. (2022b) *Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact.* Genebra: World Health Organization.

Rodrigues, J. B. (2018) *Poranduba amazonense – kochyima-uara porandub (1890).* Manaus: Editora Valer.

Rosa, J. G. (1994) A terceira margem do rio. In: *Ficção completa: volume II*. (pp. 409-413) Rio de Janeiro: Nova Aguilar.

Salgado, M. A.; Fortes, S. L. C. L. (2021) Indicadores de saúde mental na atenção primária à saúde: avaliando a qualidade do acesso através da capacidade de detecção de casos. *Cad. Saúde Pública.* 37(9):e00178520.

Santos, M. (2008) *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. 15ª ed. Rio de Janeiro: Record.

Vasconcelos, E. M. et al. (2013) *Manual de ajuda e suporte mútuo em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental.* Rio de Janeiro: Escola de Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde.

# LA SALUTE MENTALE DOPO LA PANDEMIA
# APPUNTI PROPOSITIVI PER UNA RESILIENZA TRASFORMATIVA

Fabrizio Starace

L'emergenza psicologica e sociale innescata dalla pandemia da coronavirus ha evidenziato i punti deboli di un sistema di cura che mostraba – da anni – segni di sofferenza, se non di vera e propria crisi. Non si può dunque comprendere lo stato attuale della salute mentale in Italia e tantomeno proporre azioni per la ripresa e la resilienza se non si considerano le condizioni che la caratterizzavano sino al dilagare della pandemia.

Il sistema di cura per la salute mentale nel nostro Paese è oggetto di analisi approfondita nei rapporti annuali[1] che la Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP) produce sottoponendo ad analisi secundaria i dati raccolti dal Ministero della salute attraverso il Sistema Informativo Salute Mentale (SISM)[2]. Esso è stato strumento prezioso per l'attività del Tavolo Tecnico Salute Mentale istituito dal Ministero della Salute[3], che ha presentato alla recente Conferenza Nazionale per la Salute Mentale[4] un Documento di Sintesi[5] sulle criticità dei Servizi e dei percorsi di cura in Italia, corredato di proposte concrete di miglioramento. Rinviando a questi Rapporti e Documenti per una trattazione più dettagliata, vogliamo in questa sede enucleare alcuni aspetti che riteniamo particolarmente rilevanti per l'attuale fase di programmazione della ripresa e promozione della resilienza.

Il primo attiene alla spesa nel settore della salute mentale rispetto al finanziamento complessivo della sanità pubblica. In Italia, nonostante un accordo risalente al 2000 della Conferenza dei Presidenti di Regione, siamo ben lontani dall'investire almeno il 5% del Fondo Sanitario Nazionale per la salute mentale. Se negli anni dal 2015 al 2018 questo rapporto oscillava in media tra il 3,5 e il 3,6%, nel 2019 – l'anno che ha preceduto la pandemia – il dato è sceso al di sotto del 3%, con una riduzione netta di oltre 600 mln di euro, nonostante il Fondo Sanitario Nazionale avesse in quell'anno toccato il suo massimo storico, superando i 111 mld di euro. Questi numeri collocano l'Italia agli ultimi posti tra i Paesi Occidentali avanzati e

[1] www.siep.it.
[2] https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3081.
[3] https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=5322.
[4] https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioEventiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&menu=eventi&p=daeventi&id=583
[5] https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3084_allegato.pdf.

costituiscono una chiave di lettura poco opinabile sugli interventi cui è necesario porre mano.

La prevedibile conseguenza della contrazione della spesa appena descrita attiene al capitale umano e professionale che popola i Servizi.

Tutte le categorie professionali presentano macroscopiche carenze di organico: si è passati da 29.260 operatori nel 2015 a 28.811 nel 2019 (-1,6%) e cioè da 57,7 operatori x 100.000 abitanti >18 anni nel 2015 a 56,8 x 100.000 nel 2019, stabilmente inferiore allo standard minimo di 66,6 x 100.000 fissato nel Progetto-Obiettivo "Tutela della Salute Mentale" 1998-2000 (DPR 10.11.1999). I medici erano 4.931 nel 2015 (di cui 3.772 psichiatri) e 5.341 nel 2019 (di cui 3.436 psichiatri). Come appare evidente dai dati, la 'tecnologia umana' nei dipartimenti di salute mentale è fortemente caratterizzata in senso biomedico, in coerenza con il modello culturale prevalente. Ancorché sottoposto a pesanti critiche, questo modello riproduce per la salute mentale i medesimi limiti rilevati per le altre branche della medicina: uno specialismo esasperato all'interno anche della medesima disciplina, una distanza sempre più marcata dagli aspetti umani della sofferenza, un uso disinvolto dei presìdi farmacologici – non scevro dalle pressioni dei portatori di interessi commerciali – un'organizzazione semplificata sulla polarità visita specialistica/ricovero ospedaliero. Gli psicologi erano 2.213 nel 2015 e 2.009 nel 2019. La loro carenza nel lavoro clinico individuale, familiare e di gruppo con i pazienti che presentano situazioni cliniche e relazionali e sociali più svantaggiate, finisce per radicalizzare una tendenza alla separatezza tra interventi medici e interventi non farmacologici, di fatto relegati in una dimensione ancillare rispetto alla prima.

L'insufficiente dotazione di operatori si traduce in carenza materiale del tempo necessario a stabilire una relazione terapeutica fiduciaria, a comprendere le dinamiche relazionali, a esplorare i determinanti sociali che in modo così notevole impattano su decorso ed esiti dei disturbi psichiatrici. Gli aspetti quantitativi della scarsità di risorse umane in salute mentale sono stati esplorati in dettaglio altrove[6]. Basterà qui ricordare le conclusioni cui gli AA. giungevano analizzando il rapporto tra *capacità* assistenziale e *fabbisogno* assistenziale: i DSM sono in grado di rispondere appropriatamente solo al 55,6% della domanda espressa. È sorprendente rilevare che a conclusioni analoghe era giunto uno studio effettuato su base regionale per valutare la proporzione di persone che ricevevano in un anno un "trattamento mínimamente adeguato": la percentuale era pari al 55% per la diagnosi di

[6] Starace F., Rossi R., Baccari F., Gilbertoni G., *Domanda di salute mentale e capacità di risposta dei DSM italiani*. In: Di Munzio W. (a cura di): *Lineamenti di Management in Psichiatria. Riorganizzazione e rilancio dei servizi di salute mentale*, Idelson- Gnocchi, Napoli, 2020, pp. 131-144.

schizofrenia, al 47% per la diagnosi di disturbo bipolare, al 58% per la diagnosi di depressione[7].

La mancanza di psichiatri e psicologi nei servizi pubblici innesca verosímilmente circoli viziosi, diminuendo l'adeguatezza delle cure in termini di continuità di rapporto, aumentando il carico di interventi urgenti e la necessità di gestione tramite terapie farmacologiche ad alto dosaggio e/o di ricoveri ospedalieri. Il tutto a discapito di interventi elettivi efficaci ed *evidence based* che potrebbero dare esiti superiori, in termini di migliore prognosi e qualità di vita dell'utenza, ed una prospettiva di *recovery* più elevata.

Un'analisi statistica condotta sui dati 2015 evidenziava l'esistenza di una relazione statisticamente significativa tra il carico assistenziale dei DSM (ottenuto dividendo la prevalenza trattata per il numero complessivo di operatori con funzioni assistenziali) e il numero di TSO per popolazione residente, confermando l'ipotesi che al di là dei modelli organizzativi adottati in ciascuna Regione, il vero antidoto all'uso di pratiche coercitive sai la presenza di personale competente e motivato, che disponga del tempo necessario a stabilire una relazione fiduciaria e promuovere la volontarietà del trattamento.

L'associazione tra carenza di personale e maggiore uso di farmaci neurolettici è stata recentemente dimostrata sulla base dei dati di registro[8]. Nel quadriennio 2015-2018, parallelamente alla citata riduzione del personale, è stato registrato nel Paese un incremento medio del 44% dei soggetti trattati con farmaci neurolettici, con Regioni come il Piemonte, la Sardegna, il Molise e l'Abruzzo che presentano dati ancora maggiori.

Il sottofinanziamento descritto – che penalizza come si è visto soprattutto il capitale umano e professionale dei servizi – non è indiferente rispetto alla definizione 'implicita' di soglie elevate di accesso ai DSM delle persone che presentano i c.d. "disturbi psichiatrici minori" (es.: disturbi d'ansia, sindromi distimiche). Nonostante queste condizioni possano essere gravemente invalidanti per i singoli e rappresentino un peso gravoso per la comunità, per la loro diffusione e per le conseguenze sociali ed economiche che comportano, i DSM ne intercettano una quota assolutamente marginale. Secondo i risultati dell'Indagine Multiscopo ISTAT, in un anno il 5,7% della popolazione adulta riceve da un medico la diagnosi di ansia e/o depressione. Nello stesso anno le persone con questa diagnosi che afferiscono ai DSM corrispondono a circa lo 0,6% della popolazione adulta. In altri termini, i DSM

[7] 7 Lora A., Conti V., Leoni O., Rivolta AL., *Adequacy of treatment for patients with schizophrenia spectrum disorders and affective disorders in Lombardy, Italy*. Psychiatric Services, 62, 9, 2011.
[8] Starace F., Mungai F., Barbui C., *Does mental health staffing level affect antipsychotic prescribing? Analysis of Italian national statistics*. PLoS ONE 13(2): e0193216, 2018.

vedono solo 1 persona su 10 con ansia e/o depressione[9]. Una quota parte viene presumibilmente seguita esclusivamente dal Medico di Medicina Generale; chi può permetterselo accede a cure private; molti altri, tuttavia, restano senza cure appropriate e spesso vanno incontro allá cronicizzazione dei disturbi, che possono assumere caratteristiche invalidanti. Recenti stime stabiliscono in oltre 100 mln €/anno i costi previdenziali della sola depressione in Italia, con un andamento in rapida crescita negli ultimi anni.

Nonostante la scarsità di risorse (o forse proprio a causa di questa) la spesa per gli interventi residenziali e semi-residenziali assorbe in media la metà dell'intera spesa per la salute mentale. Quella dei trattamenti residenziali è un'altra area che già prima della pandemia mostrava il bisogno di una decisa azione riformatrice. Le persone accolte nei circa 30.000 posti residenziali censiti dal Ministero della salute presentavano una durata media della loro permanenza pari a 1044,9 giorni (con un incremento del 38,1% rispetto al 2015). Le giornate di presenza presso strutture residenziali sono passate da 7.510.206 nel 2015 a 11.318.853 nel 2019 (+50,7%%), mentre il numero assoluto di presenti presso strutture residenziali si è ridotto da 29.733 nel 2015 a 27.502 nel 2019. L'incremento della durata del ricovero nelle strutture residenziali, unito a una scarsa progressione dei pazienti verso sistemazioni di vita indipendenti, mal si coniuga con la funzione riabilitativa di tali strutture, volta a favorire il rientro nei contesti ordinari di vita. Per molti pazienti esse sembrano rappresentare delle 'case per la vita' piuttosto che dei luoghi di riabilitazione, e il loro ruolo pare dunque oscillare ambiguamente tra trattamento e riabilitazione da un lato, e custodia dall'altro.

## Lezioni apprese dall'emergenza pandêmica

Dall'8 marzo 2020, a queste condizioni di difficoltà si sono sommate quelle determinate dall'emergenza pandemica. Nella pianificazione delle azioni di fronteggiamento della pandemia, l'attenzione alla dimensione psicosociale è centrale. Lo prescrivono tutte le Linee guida internazionali, europee e quelle che regolano le attività della nostra Protezione Civile. Se la grande tragedia collettiva ha determinato un impegno senza precedenti del servizio sanitario nazionale, non altrettanto si può dire delle azioni di coordinamento e di concreto intervento per la salute mentale e di sostegno psicosociale, affidate alla sensibilità delle singole aziende sanitarie o ospedaliere piuttosto che a una regia centrale. Un primo spunto

[9] Starace F., *The mental health paradox, between increased demand and cutback of resources*, Journal of Psychopathology, 22:4, 2016, p.219-220.

di riflessione per la sanità pubblica post-pandemica riguarda proprio la necessità di sottoporre ad attenta verifica e manutenzione la programmazione degli interventi psicosociali in caso di emergenza, con particolare attenzione al coordinamento delle 'risorse naturali' del sistema di cura, ovvero i Dipartimenti di Salute Mentale, i Servizi di Psicologia Clinica e i servizi di Neuropsichiatria Infantile, intervenendo laddove queste non fossero sufficienti ed evitando inutili e confusive duplicazioni. In una prospettiva programmatoria più ampia e di lungo respiro, il sistema di cura per la Salute Mentale si gioverà certamente dell'azione riformatrice indirizzata a tutta la sanità territoriale. I princìpi guida declinati nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) coincidono, d'altronde, con quelli della salute mentale post Legge 180: prossimità e domiciliarità delle cure, e casa come primo luogo di assistenza. È necessario semmai interrogarsi sugli ostacoli che negli ultimi 40 anni hanno progressivamente indebolito la spinta propulsiva della Riforma e agire per evitare di ripetere i medesimi errori.

In primo luogo va ridefinito l'oggetto e il campo dell'intervento in salute mentale. La spinta riformatrice del 1978 nasceva dalla lotta anti-istituzionale che aveva individuato nell'Ospedale Psichiatrico il moloch da abbattere. A oltre 40 anni di distanza, molte cose sono cambiate, a partire dalle caratteristiche demografiche e sociali della società italiana. Solo per citarne alcuni: il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento delle persone con polipatologie a lungo decorso e con livelli ridotti di autosufficienza, l'aumento dei nuclei familiari mono-componente, l'incremento delle persone in condizioni di povertà e disoccupazione, l'arrivo di flussi migratori con esposizione prolungata ad eventi traumatici, la diffusione anche nei giovanissimi di sostanze psicoattive, le contraddizioni del sistema penitenziario ed il rapporto perverso con la psichiatria, sono tutti elementi che connotano quella 'sofferenza urbana' per la quale la salute mentale costituisce non solo un'area di cura, ma di vera e propria 'mediazione sociale'. Mediazione cui viene progressivamente meno, per effetto di alcuni dei fenomeni citati, quel formidabile ammortizzatore sociale costituito dalla famiglia estesa, che da un lato ha esaurito la sua capacità di resilienza, dall'altro non ha ricevuto sufficiente e strategica attenzione dalle politiche pubbliche.

È quindi certamente necessario iniettare nel sistema le risorse per troppi anni negate, ma identificando con chiarezza standard organizzativi e di personale che assicurino al sistema la stabilità necessaria. Per ricorrere a una metafora automobilistica, non avrebbe senso fare il pieno di carburante ad un'autovettura col motore in panne, né farlo senza conoscere la distanza dalla prossima stazione di servizio. E, d'altro canto, solo conoscendo la quantità di carburante disponibile sarà

possibile definire il percorso da compiere. Ci affidiamo a questa metafora per stigmatizzare (esorcizzare, se si vuole) sia le manovre *one shot* che hanno mostrato tutto il loro 'cortotermismo a fronte di problemi che richiedono interventi strutturali, sai l'insostenibile contraddizione delle c.d. riforme 'sulla carta', che non si realizzano perché strette nella famigerata invarianza di bilancio mai preceduta da un'impopolare ma necessaria *spending review*. Le condizioni di inadeguatezza del sistema di cura pre-pandemico non riguardano solo le risorse economiche e professionali ma anche (soprattutto) le risorse culturali di cui il sistema deve poter disporre. Emerge allora con forza la questione della formazione specifica degli operatori: allá lettura del territorio e delle comunità che lo abitano, al lavoro integrato con le politiche sociali degli EE.LL., alla relazione interpersonale, al lavoro d'équipe che integri visioni disciplinari diverse. Competenze epidemiologiche, sociali, economiche, di comunicazione, solo per elencarne alcune, devono affiancarsi a quelle psichiatriche, per garantire pianificazione, realizzazione, valutazione; entro orizzonti temporali che implicano la capacità di guardare lontano, ben oltre l'emergenza. La formazione in salute mentale non può realizzarsi in modo decontestualizzato, né può prescindere dal modello organizzativo della presa in carico multidisciplinare (profondamente distante da quello specialistico ambulatoriale). In tal senso appare necessario uno stretto raccordo col Ministero dell'Università e della Ricerca per definire congiuntamente percorsi formativi adeguati alle esigenze della Salute Mentale territoriale. L'ingente investimento che ha quasi raddoppiato le borse per la formazione specialistica deve essere occasione per un profondo ripensamento dei contenuti, dei luoghi e dei modi in cui essa si realizza.

All'assenza di risorse si ascrive anche la insufficiente incisività della ricerca in salute mentale e delle evidenze che questa produce. Una reforma di portata epocale, come quella che si annuncia grazie agli investimenti del Recovery Fund, non può non tener conto del bisogno di sottoporre la propria azione a verifica, perché possa definirsi scientificamente corretta. Costituirebbe tuttavia un errore imperdonabile l'immissione di risorse in un sistema della ricerca che non sia realmente orientato al servizio della sanità pubblica. Si pensi a quanto è avvenuto in corso di emergenza: scarsa o nulla attenzione è stata dedicata al monitoraggio dell'impatto della pandemia sotto il profilo psicologico e comportamentale. È facile osservare oggi che molte scelte avrebbero potuto efficacemente giovarsi di un osservatorio periodico sul disagio percepito dalla popolazione generale, sulle esitazioni circa le scelte preventive, sull'avversione alla campagna vaccinale. Abbiamo piano metodologico, che segnalavano l'aumento di sintomi ansiosi o depressivi senza alcuna correlazione con le fasi pandemiche, le prescrizioni preventive, le distorsioni comunicative. Per la

salute mentale ma più in generale per tutta la medicina territoriale occorre quindi più ricerca con caratteristiche traslazionali, ossia immediatamente traducibili in scelte di sanita pubblica.

Uno dei pochi vantaggi determinati dalla pandemia riguarda il recupero del *gap* temporale che il nostro Paese scontava nell'uso delle tecnologie di comunicazione da remoto in salute mentale. Abbiamo tutti verificato che le relazioni (quelle interumane, prima ancora che terapeutiche) del terzo millennio possono realizzarsi con modalità nuove rispetto a quanto eravamo abituati a fare e che una telefonata, una videochiamata, un web meeting di gruppo possono essere strumenti altrettanto efficaci di quelli tradizionali. Abbiamo anche constatato che alcune attività possono essere ibridate con l'uso di applicazioni specifiche e programmi che fanno largo uso della c.d. Intelligenza Artificiale. Tutto questo arricchisce, non certo sostituisce, il ventaglio di opzioni a disposizione degli operatori per perseguiré i medesimi princìpi che hanno da sempre ispirato la Salute Mentale di comunità: la tempestività della risposta, la continuità del rapporto, la promozione dell'autonomia della persona, il rispetto del suo diritto a conoscere e decidere assieme. Molta strada resta ancora da percorrere, ad esempio nel campo delle applicazioni che forniscono indicazioni di *self-help*, per le quali è necessario un puntuale lavoro di validazione, o per gli interventi di telemedicina, ai quali vanno garantiti stringenti criteri di protezione della *privacy*, ma certamente la direzione è quella giusta.

Altre due questioni vorrei citare, per completare in modo meno parziale questa rapida carrellata sulle lezioni apprese dall'emergenza pandemica. Lo farò più rapidamente, perché esse riguardano tutto il comparto sanità e sono state oggetto di numerose, più approfondite riflessioni.

Innanzitutto vorrei sottolineare la vulnerabilità e la ridotta capacità di risposta (alla pandemia così come ai problemi di salute mentale) dei sistemi sanitari sbilanciati verso l'ospedale. Per ricorrere a una logorata metáfora bellica, se è vero che alcune – anche significative – battaglie si conducono nell'ospedale, la guerra si vince o si perde sul territorio. Il depotenziamento dei presìdi e della cultura territoriale costa cara, nel contrasto alla pandemia come nella lotta ai disturbi mentali. Inoltre, affidare al privato accreditato/convenzionato quote consistenti di prestazioni elettive (essenzialmente residenziali) ha finito inevitabilmente con il concentrare l'attenzione dei DSM sul segmento dell'acuzie, riducendone la capacità proattiva (e gli investimenti) verso le attività di contrasto alla purtroppo ancora frequente *cronificazione*. Qualcosa del genere si è osservato anche nella gestione dei casi Covid+: laddove i sistemi sanitari disponevano di una coordinata e capillare rete di presìdi e medici di cure primarie la gestione è stata domiciliare, com

decongestionamento degli ospedali e migliore capacità di controllo dela diffusione epidemica.

Quest'emergenza ha infine richiamato l'attenzione del Paese al problema più grave, ad avviso di chi scrive, della sanità italiana. Le disuguaglianze determinate dall'autonomia organizzativa e gestionale delle singole Regioni sono emerse, infatti, in tutta la loro drammatica portata, ponendo tutti noi di fronte a una questione che ci interroga sul piano etico prima ancora che professionale: fino a quando sarà possibile tollerare che un cittadino italiano abbia maggiore (o minore) diritto di poter essere curato in forza del luogo di nascita o di residenza? È superfluo in questa sede ricordare quanto da noi ampiamente documentato sulle disuguaglianze inter-regionali del sistema di cura per la salute mentale[10], tanto più odiose in quanto non attenuabili da nessuna mobilità sanitaria. L'introduzione di strumenti perequativi a monte, ossia nella suddivisione delle risorse del FSN, e a valle, ovvero nel finanziamento differenziato e vincolato al raggiungimento di precisi obiettivi di Piano, ci sembra in questa prospettiva non più rinviabile.

[10] Starace F. & Baccari F., *La Salute Mentale nelle Regioni. Disuguaglianze di sistema,* Quaderni di Epidemiologia Psichiatrica, SIEP, 2020 (da: siep.it).

# IDAS Y VUELTAS, DEL DERECHO, DEL REVÉS Y POR LOS MÁRGENES "VISTO DE CERCA, NADIE ES NORMAL"[1][2]

Lia Zóttola
Horacio Czertok
Natasha Czertok

"Visto de cerca, nadie es normal", quizás solapadamente, esa fue la razón fundamental de la construcción de los vínculos e intercambios transoceánicos que les compartiremos. Nos dimos cuenta desde el inicio que con certeza esta premisa Basagliana nos incluía. ¡Qué alivio!

Ya Laing, Foucault, Canguilhem, entre tantos, dedicaron mucho de su obra a este estado/condición, de "lo normal" que no es más que la idealización de una estandarización que tiene como propósito la homogenización de los comportamientos, el ajuste a cánones normativos de perfección respecto a principios impuestos por sociedades y culturas. Normativización necesaria para justificar la marginalización de quienes no se someten, viven resistiendo los formatos únicos, las formas únicas de vivir en sociedad. Sin embargo, diversas experiencias en lo ancho del mundo así lo demuestran, es posible otra vida en los pliegues de la resistencia, de la rebeldía que emerge de los intersticios como portavoces de anhelos, esperanzas, que son a la vez hechos concretos que dan cuenta de que "otro mundo es posible", donde las etiquetas son innecesarias, donde lo que importa es la vida en concreto, aun de lo diverso.

Para Canguilhem[3], quizás la apuesta está en la posibilidad de ver que lo que "no es normal" para muchos, es solo la posibilidad de una forma de vivir en otra frecuencia, con otros ritmos, en otras dimensiones, diferente a los criterios establecidos por las sociedades modernas y sus instituciones, que no son capaces de contener ni entender lo que desajusta de las normas.

El Teatro "Julio Cortázar" en Pontelagoscuro de Ferrara, Italia, febrero de 2023, es el punto de llegada de una etapa del proceso de interacción iniciado dos

[1] Expresión de F. Basaglia, recogida por Natasha Czertok en las contribuciones de este texto.
[2] La narrativa de este capítulo seguirá el ritmo de largos intercambios en los que la voz de cada uno de nosotros, los autores, irá emergiendo, anunciándose la pertenencia de lo dicho, pero sin entrecomillar todo, porque lo dicho aquí es el resultado de relatos construidos por cada uno en relación al sentido de nuestros intereses comunes, que son los que justifican haber compartido experiencias, trayectorias y proyectos en movimientos.
[3] https://www.icesi.edu.co/blogs/antro_conocimiento/files/2012/02/51588480-CANGUILHEM-Lo-normal-y-lo-patologico.pdf

años antes con Horacio Czertok y el Teatro Núcleo. Nada más llegar, emergen elementos simbólicos que enuncian los hilos de la urdimbre sobre la que se vino tejiendo una trama inesperada.

Augusta Nicoli, una amiga italiana fue el puente que facilitó el encuentro, conocernos y visitarnos. Augusta, psiquiatra que también encontró en la Psicología Social su lugar en el mundo[4], supo que con Horacio teníamos puntos biográficos e ideas que podíamos complementar y coincidir, más allá de nuestra nacionalidad, y es ese núcleo de significación que sustenta esta otra mirada sobre la salud mental, los sufrimientos mentales y el arte, del mismo modo que ella lo admite.

Coincidimos todos en la necesidad urgente de construir desde las universidades, otras miradas posibles sobre la Salud Mental. Este desafío lo asumimos desde la Cátedra de Psicología Socio-Comunitaria[5]: aprender a sentipensar para poder usar dispositivos y técnicas que integren la razón, las emociones y den cuenta de las afectaciones para potenciar Salud Mental sin recurrir al padecimiento como punto de partida, salud desde la salud. La salud integrada, donde ni siquiera sea necesario distinguir la salud mental de otras. *Ni salud descorporizada ni salud decapitada*. Simplemente SALUD. Ahí comenzó a tejerse lo que sigue.

Este texto reconstruido es el resultado de intercambios de notas escritas, e-mails, conversaciones, encuentros virtuales y borradores de pappers compartidos entre los tres (Horacio y Natasha Czertok, y Lia Zóttola)[6], en los que fuimos reconstruyendo de alguna manera, estos trayectos individuales (si es posible pensar en eso), rescatando lo que hizo que nuestros caminos se cruzaran y se transformaran en un reservorio de nuevas experiencias a compartir juntos entre Argentina-Italia.

Desde nuestras primeras conversas, compartimos la concepción de que lo que H.C. concentra en “su laboratorio”, no es solo un teatro con método y técnicas propias, allí se asumen expresiones de concepciones de la vida, fuera de los muros, de las estructuras de las instituciones tradicionales del arte, de la salud, de la cultura, de la política. El teatro en las calles, con gente común, pudiendo pensar la vida como una gran obra autogestionante. El teatro como dispositivo de aprendizaje de la vida. La calle como un verdadero desafío para entender la vida en primera persona. Lo cotidiano, los problemas, la sorpresa, las emociones, las preocupaciones, las quejas, los malestares, como el libreto más genuino de esta gran puesta en escena que es vivir.

[4] REVISTA REDE GOVERNO COLABORATIVO EM SAÚDE | NÚMERO 3 | ANO 2016, Pag 31
[5] Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud- Universidad Nacional de Santiago del Estero, Argentina.
[6] Nos identificaremos como: Horacio Czertok (HC), Natasha Czertok (NC) y Lia Zóttola (LZ)

Esta historia que actualmente parece novedosa venida desde Italia, en realidad, rememora lo que 40 o 50 años antes se gestó en Argentina. Ya David Cooper, el padre de la antipsiquiatría, decía en 1972: "Regresé a la Argentina por varias razones: una es que aquí hay una gran tradición psicoanalítica –formada por Enrique Pichón Rivière, Marie Langer y Emilio Rodrigué, entre otros-; esta tradición ha dado como resultado que muchos jóvenes psicólogos y médicos se rebelen contra las instituciones que deberían haberlos 'formado' y estén dispuestos a recibir ideas nuevas, particularmente si son de naturaleza anti-institucional…"[7].

Sin embargo, esta visión de Cooper estuvo congelada, experiencias antimanicomiales surgidas en Argentina antes de la dictadura, no fueron difundidas en las universidades, me atrevería a decir, que hasta el presente. Quienes incursionamos por estos caminos alternativos fuimos casi autodidactas, exploradores, arqueólogos, al menos desde mi experiencia de formación en Tucumán. No recuerdo haber leído a Franco Basaglia, algo de la psiquiatría democrática o al menos haber estudiado algo de anti psiquiatría en la formación universitaria áulica, una década después de iniciado el proceso italiano antimanicomial. (LZ)

HC cuenta que apenas llegados a Italia conocieron a Antonio Slavich, quién les propuso implantar un laboratorio teatral en el Hospital Psiquiátrico de Ferrara, del que era director. Se preparaba la ley 180[8], que será promulgada el año siguiente, en 1978, y que abolirá los manicomios, considerados lugares de marginación y represión que no sirven para curar el sufrimiento psíquico. Los Czertok, estaban recientemente llegados a Italia, inmigrantes, exiliados de Argentina.

Así sigue su relato: Como un resabio medieval el hospital psiquiátrico hundía una proa de angustia y terror sobre el flanco de la ciudad. Más de mil personas vivían una existencia paradojal regulada por leyes inaptas para seres humanos. Personas olvidadas. Marcadas "enfermos mentales". Sometidas a tratamientos inventados para contener y reprimir, para hacer morir en vida más que para curar. Una violencia inaudita infligida cotidianamente y por tanto inaceptable. Psicofármacos sustitutivos de la camisa de fuerza. Ésta es la realidad que Slavich quiere transformar, para hacerla entrar a toda costa en la civilización contemporánea. La nueva idea desarrollada por Franco Basaglia junto a Slavich en el manicomio de Gorizia en los años '70 se había revelado transitable. Abrir el hospital. Abrir, de modo que los de adentro puedan salir y también para que los de afuera puedan comenzar, todos, a tomar conciencia.

[7] https://www.topia.com.ar/articulos/el-padre-de-la-antipsiquiatr%C3%AD-vivi%C3%B3-en-la-argentina
[8] Conocida como la Ley Basaglia que reguló el proceso del cierre de los psiquiátricos.

Les pidió que le propusieran un proyecto: “A Slavich le interesaban las relaciones que habíamos creado con psiquiatras y psicólogos en Argentina, los resultados que habían dado, y que sobre todo podrían dar, las experiencias comunes”.

El proyecto era complejo, preveía laboratorios de experiencia teatral para pacientes y operadores y una activación, por medio del teatro, de la nueva circulación interna en el hospital, hecha posible por la abolición de las viejas barreras que separaban los pabellones. Las barreras arquitectónicas habían sido demolidas, pero las mentales persistían con fuerza: los pacientes no circulaban. A través del juego de los actores podían en cambio descubrir nuevas posibilidades. Nace así *Luces,* nuestro primer espectáculo de calle: teníamos en la memoria reciente las imágenes del Odin Teatret, del Teatro Tascabile, de los Comediants, del Théâtre du Soleil, los primeros espectáculos que habíamos visto en Europa y que nos proponían nuevas vías para el teatro.

Natasha (NC)[9] recuerda: “Si pienso en mi infancia, el primer recuerdo son los larguísimos viajes (sin smartphones), horas y días en la furgoneta leyendo, durmiendo, contando árboles y aprendiendo de memoria las matrículas, cruzando fronteras tras fronteras para llegar a menudo a ciudades inéditas de todos los rincones de Europa, llevando el teatro a la calle. Un trabajo laborioso, hecho a medida cada vez, cuando el "site specific" aún no estaba nada de moda, para un público que no estaba preparado para entrar en contacto con actores que aparecían por todas partes. El famoso “tercer teatro [10]” fue una obra que seguí desde abajo, colándome entre las piernas de los espectadores, o a horcajadas sobre los hombros de mi padre Horacio, que a su vez corría literalmente de un lado a otro de la ciudad para seguir el espectáculo, dirigir al público, encender bombas de humo, mover los decorados, transportar escenografias. Ese extenuante ejercicio de libertad dejó en mí una especie de impronta, una semilla de acción hacia el entorno que me acompaña en cualquier proyecto, quizás especialmente cuando trabajo con niños y jóvenes, casi como si quisiera transferirles mi impronta, pasarles el testigo”.

HC retoma el relato y cuenta: En el 1978 realizamos un infructuoso y peligroso intento de regresar a la Argentina. Artículos en los periódicos, proyecciones del film hecho en Ferrara sobre la intervención en el manicomio, octava edición de la revista *Cultura* editada siempre con Juan Andralis. La conspiración del silencio que la dictadura y sus cómplices han logrado imponer al mundo es tal, que no sabemos

[9] Natasha Czertok, actual codirectora de Teatro Núcleo, hija de Horacio Czertok y Cora Herrendorf.
[10.] Hacia un tercer teatro: Eugenio Barba y el Odin Teatret Paperback – November 1, 2000 Ian Watson

nada de los desaparecidos. Creemos que el Mundial con toda la atención de la prensa internacional nos resguarda. Diez meses de actividad, seminarios teatrales a Buenos Aires y Tucumán. Alquilamos un local, se forma un grupo, publicamos artículos en “La Opinión” sobre la “desmanicomialización” y sobre el movimiento teatral, un nuevo número de la revista “Cultura” Hasta que una amenaza directa no nos da alternativa. Hacemos de vuelta las valijas.

Deciden radicarse en Ferrara donde en un ex-pabellón puesto a disposición por la dirección del Hospital Psiquiátrico construyen, junto a nuevos actores italianos, la nueva sede del Teatro Núcleo. El primero de los muchos teatros que construirán. Este, en via Quartieri es muy importante, dice Slavich, para evitar que se pueda volver atrás: restituir espacios a la ciudad y convertirlos en lugares de cultura. De aquí tendrán que irse diez años después, cuando la Municipalidad decide junto a la Universidad, construir allí mismo la Facultad de Arquitectura. Se instalarán en la periferia, en Pontelagoscuro, justo junto al rio Po: el nuevo teatro – que será dedicado a Julio Cortázar- crecerá en un cine abandonado, restaurado con un proyecto contemporáneo y recursos públicos y privados. Así reconstruye la historia Horacio y es allí donde nos encontramos físicamente después de muchos años del proceso recorrido por el Teatro Núcleo.

En estos años de experiencia, enuncia H.C.: hemos verificado innumerables veces el poder resolutivo del trabajo teatral, en sus diversas facetas, en la reintegración de la personalidad en personas ex-toxico-dependientes, y en pacientes de hospitales psiquiátricos. Resultados éstos que algunas veces han creado confusiones y conflictos en la relación con los operadores responsables de aquellos pacientes, aunque nuestro enfoque no ha sido nunca -ni podría serlo- declaradamente terapéutico. No queríamos ver a aquellos individuos como "pacientes", sino como personas con las cuales era necesario crear un lenguaje, y podíamos hacerlo a través del trabajo teatral. Cuando se alcanza un resultado, generalmente en poquísimo tiempo, las consecuencias son casi mágicas: mudos hablan, depresivos crónicos ríen, drogadictos empedernidos se liberan de la dependencia. Sin fármacos, sin terapia, sin constricciones. Es comprensible que el "personal responsable" se subleve, mostrando incredulidad aun frente a resultados objetivos.

Cuando trabajábamos en el Hospital Psiquiátrico de Ferrara, Cora Herrendorf guiaba un laboratorio de expresión -o de "gimnasia", como lo llamaban los operadores- reservado a pacientes femeninas. Entre ellas estaba Aleida, una joven catalogada como "esquizofrénica" y con varios intentos de suicidio a sus espaldas. El trabajo era continuamente filmado. Un día mostramos el vídeo a médicos y

enfermeros para que viesen los progresos realizados por sus pacientes en la recuperación de la identidad y de la socialización. En un momento, una enfermera comenta sobre la proyección, seguida por los otros: "¡Esto no es cierto, es un montaje, es falso!", decían. ¿Qué había ocurrido? Que, en las diversas situaciones mostradas por el vídeo, Aleida *reía de corazón,* Aleida *sonreía,* Aleida *participaba.* La enfermera decía con una voz fuerte e inapelable: "Desde que está con nosotros no la he visto jamás reír, que digo, sonreír, ni siquiera una vez".

Interesa la creación teatral, no buscamos curaciones: cualquier situación nos lleva a actuar, y en todas ellas nuestra intención es crear. Se suscita a las personas una tensión creativa y ésta motiva tanto gestos y acciones internas -que tienden a una integración fuerte de la personalidad- como hacia lo externo, que algunos podrán leer como curación. Como afirma Oliver Sacks en su obra *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero:* "En la actuación (...) está el poder organizador de la *parte,* su poder de conferir, en el arco de su duración, una entera personalidad. La capacidad de actuar, de *ser,* que se diría "innata" en la vida humana, es totalmente independiente de las diferencias intelectuales. Se ve en los niños muy pequeños, se ve en los ancianos dementes".[11]

## Teatro y salud mental

> *Begriffendfeldt lleva Peer Gynt a visitar un hospital psiquiatrico, y observa que los internados están allí a vivir solamente para si mismos. "cada uno se encierra en el barril del Yo [...]nadie tiene lágrimas para el dolor de los demas, nadie tiene comprensión por las ideas del prójimo"*
>
> Hendryk Ibsen, Peer Gynt, acto IV

El grupo teatro, compuesto por pacientes psiquiátricos y algunos operadores que trabajan con ellos, inicia siempre con una especie de ritual al cual no se da particular importancia. Las personas entran en la sala, toman una silla de las depositadas al ingreso y las llevan a un lugar que silla tras silla conformará un círculo en el cual nos sentamos para vernos, antes de decidir cómo será hoy el encuentro y comenzar. Desde hace algunas semanas el grupo está preocupado, aunque no lo demuestra particularmente. Hace unos meses ha comenzado a preparar un espectáculo y se acerca el momento del encuentro con el público. Y de golpe sucede algo extraordinario. Dos de las señoras llegan con cierta anticipacion. En vez de proceder como normalmente, veo que, juntas, toman las sillas del montón y las

[11] 0. SACKS, *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero* [1985], Milán, Adelphi, 1994, p. 245.

ponen en círculo. Luego se cambian y se sientan a esperar el inicio. Me parece un gesto fuertísimo. Se han salido de su individualidad, de la soledad de sus propios malestares, del propio barril, como dice Ibsen, y han pensado a los demás: anticipan el futuro y se preocupan por los demás componentes. Más allá de los así llamados grandes resultados, este momento es uno de los más significativos de todo el proceso.

Cuando pensamos al teatro usamos imágenes, lenguaje e instrumentos viejos para estudiar y conocer un fenómeno que en nuestros días se manifiesta en otras formas. Este es un problema: no somos nosotros los que decidimos cuál sea el teatro apropiado a nuestra época, es nuestra época la que lo decide. Para poder ser sus intérpretes tenemos que adecuar nuestros instrumentos y nuestra capacidad de lectura y acción. Han sido los progresos en la tecnología de la comunicación que han determinado esos cambios en la función antropológica del teatro. La invención del cine, la televisión e internet, como ya hemos anotado en otra parte, han quitado al teatro el protagonismo en la *comunicación a las masas* de la información, del debate político, de la difusión de las ideas y el conocimiento. Como el arco y la flecha, armas potentes y esenciales en los ejércitos antes del arcabuz. O la esgrima: de arma de teatro (de guerra) ha pasado a ser teatro de armas, práctica deportiva y a veces espectacular. Sin embargo, con la aparición de las nuevas tecnologías, se han podido descubrir e identificar todas las funciones del teatro. Eliminada la exclusividad y lo espectacular, y también el aspecto museal (en el sentido para nada sarcástico de *museo de la comunicación audiovisual*) queda la esencia: la relación contemporánea y compresente actor-espectador. No es que Grotowski ha inventado un nuevo teatro: se ha dado cuenta que es en las relaciones interpersonales donde se concentra hoy la utilidad y la función del teatro, y que por tanto era allí que la gente de teatro tenía que investigar.

(NC) Lo que se hace a través del teatro en la cárcel, o en una escuela, un hospital o un centro de rehabilitación psiquiátrica, es deconstruir, reelaborar ese imaginario que Latouche[12] define como colonizado (por la lógica del beneficio, por las multinacionales, por la política). El cambio, del que sentimos la necesidad, puede comenzar cuando uno es capaz de imaginarse a sí mismo dentro de ese proyecto de transformación.

En los últimos años también hemos puesto nuestro saber hacer al servicio de diversos proyectos de innovación social, caminos que se iniciaron cuando los servicios públicos sentían más los efectos de la crisis: de representación (política e

[12] Decolonizzare l'immaginario. Il pensiero creativo contro l'economia dell'assurdo di Serge Latouche (Autore) R. Bosio (Curatore) EMI, 2004

institucional), económica, cultural, de ideas y de coraje. Una vez más, el teatro se ha convertido en un instrumento para buscar nuevos caminos. Con proyectos de teatro participativo (por ejemplo, teatro comunitario tomado del modelo argentino), trabajamos con las comunidades para crear identidad, para recuperar el sentido ancestral del teatro, la estructura ceremonial más antigua de nuestra especie, que encontramos en sus más diversas manifestaciones en todas las culturas y que el "progreso" ha moldeado hasta transformarlo en un medio de comunicación de masas durante muchos siglos. Hoy, que ya no tiene esa función, puede volver a su antiguo papel, retomar el espacio de la ceremonia y, a través de su lenguaje, revelar dinámicas, fantasmas, cuestiones fundamentales del individuo y de la sociedad. Así hemos trabajado durante diez años con la comunidad de Pontelagoscuro, creando espectáculos con un grupo de 70 elementos de entre 4 y 80 años que relatan la propia comunidad, su historia, sus conflictos, en un intento de escarbar en esas grietas que siempre existen en un territorio: los cambios en la sociedad, la atomización de las relaciones, los cambios urbanos, las heridas dejadas por la guerra.

Volvimos a hablar de la guerra durante la “Summerschool para las Artes y la Paz” en Georgia, un curso dirigido a artistas activos en territorios complicados y perpetuamente en conflicto entre sí: Georgia, Armenia, Ucrania, Rusia. Una vez más, el tema del conflicto emerge con fuerza: los términos conflicto y violencia se asocian normalmente, a veces incluso se utilizan como sinónimos.

Mientras que el conflicto es la esencia misma del crecimiento, la transformación y la toma de conciencia, la violencia es la forma de matar el conflicto. El conflicto produce miedo, inadecuación: para aceptar el conflicto, es necesario capacitar a las personas para hacer frente a estos sentimientos de una manera pacífica, productiva y alegre. El arte -especialmente el teatro- es el camino hacia el conflicto, porque no hay arte posible sin él. Las chicas y chicos -muy jóvenes- con los que trabajamos aquel verano de 2016 habían visto matar a amigos y familiares, habían estado ellos mismos en la guerra, estaban heridos en el alma. Habían abrazado las armas y a menudo confundían los términos conflicto y violencia. Estaban allí por ello y no lo sabían. Se llamaban a sí mismos activistas sin saber aún exactamente lo que significaba, y descubrieron en aquellos días el poder que podía tener el teatro para transmitir al mundo su necesidad de paz.

Estas experiencias del Teatro Núcleo no son conocidas en los ámbitos universitarios argentinos, sin embargo, van en sintonía de lo que desde los inicios de la formación en Psicología sería el centro de interés para los que nos acercamos a las experiencias de Enrique Pichon Riviere y Alfredo Moffat, la mirada de

Psicoterapia del Oprimido[13], los antecedentes de Frank Fanon, Roland Laing, David Cooper, entre otros. Ellos fueron los cimientos en la formación antipsiquiátrica autodidacta que tuvo como resultado la conformación del Grupo “La Bicicleta” en 1988 en Tucumán, liderado por Qoqi (María Eugenia) Méndez, colega y comprovinciana, quién realizó su camino formativo similar al que incursionamos quienes decidimos por caminos diferentes a los marcados por “los normales”. Fuimos por itinerarios contra-culturales hacia una militancia en el “campo psi”, que no estaba avalada por la formalidad académica de la facultad. (LZ)

El acercamiento a Alfredo Moffat y el conocer la experiencia de la “Peña Carlos Gardel” en el Hospital Borda[14], nos impuso el desafío de probar estrategias similares en Tucumán en el “Hospital Colonia Juan Obarrio”, que aunque su historia de creación lo asocia a una institución vanguardista en la atención y rehabilitación de personas con padecimientos mentales[15], poco quedó de esa historia en su consolidación institucional sanitarista.

Sin dudas, los procesos surgidos en este lado del mundo favorecieron lo que años después pudimos recuperar y reeditar en los haceres y formaciones del “campo psi”. Sin embargo, hoy surgen como novedades experiencias en la academia como las compartidas con Horacio Czertok desde nuestra cátedra, y esto sucede porque hubo una etapa de ocultamiento, tal vez negación de procesos previos a la dictadura militar, aún por los profesionales que vinieron después. Las experiencias negadas y silenciadas, fueron y son parte de los procesos vividos.

(HC) plantea que el teatro es el único espacio-tiempo donde puede experimentarse el ser uno en muchos y muchos en uno, bajo la bandera de la poesía, donde se puede compartir la presencia de lo espiritual, donde en la quietud del encuentro se pueden experimentar las propias verdades, y meditar juntos sobre el valor de una palabra, de un gesto, de un concepto. En el laboratorio teatral no fingimos que los pacientes sean actores profesionales.

Por qué es útil hacer teatro con pacientes psiquiátricos, a lo que se responde con la simple constatación de las reacciones y de los cambios positivos en términos de socialización, calidad de vida, autoestima y tantos otros valores, queda abierta la otra cuestión: cómo y por qué hacer un espectáculo con este teatro. Si no se poseen habilidades profesionales particulares, ¿por qué los espectadores deberían asistir? ¿Para sostener los esfuerzos rehabilitadores de los pacientes y sus operadores? Si no se encuentran otras razones, cada una de las motivaciones mencionadas serán

[13] Libro fundamental: Moffat, A (1988). Psicoterapia del Oprimido. Ideología y técnica de la psiquiatría popular. Editorial Humanitas
[14] El centro Neuropsiquiátrico más grande de Argentina, aun abierto y en funcionamiento.
[15] https://www.oocities.org/ar/jornadasamaicha/aboutus11.htm

los clavos con los cuales sujetar los pacientes a sus propias cruces. No se liberarán del estigma que los quiere enfermos y “diversos”. No se emanciparán de una piedad que no es compasión en el sentido de *compàti*, padecer juntos y por tanto conocerse; sino foso, separación, el subrayar de un *limes* en el cual de una parte estoy yo, sano y bueno y capaz de producir buenos sentimientos y de la otra voz, enfermo, señalado y justamente digno de piedad.

Si no consideramos estas intervenciones, dice HC, producimos la pérdida de una extraordinaria oportunidad para el teatro: la de enriquecerse de nuevas miradas y nuevas ideas. Los pacientes psiquiátricos con quienes trabajamos a menudo transportan sin darse cuenta intuiciones, posibilidades, que en un contexto adecuado pueden tomar forma. Es la naturaleza misma del teatro que se da en modo diferente entre esas personas, y entre esas personas y los *espectadores*: hay que saber verla, saber identificarla, esa naturaleza, y seguir sus dictados, para que pueda manifestarse. Solamente entonces se comprenderá –todos juntos, actores, pacientes, operadores, espectadores- que nos encontramos viviendo en un lugar nuevo, diferente, imprevisto e imprevisible. Muy probablemente no se parecerá a lo que ya conocemos como teatro. Podemos prever cómo será un espectáculo solo si conocemos *a priori* los elementos que lo conformarán, y la única manera en que esto puede suceder es que nosotros hagamos de tal manera que se ajuste a nuestros *a priori*. Así no crearemos nada nuevo, porque no estaremos abiertos para interceptar cuanto de nuevo proviene de los pacientes con quienes trabajamos, pero por cierto es mucho menos cansador y mucho más seguro.

¿Cuál es el producto, en el teatro con pacientes psiquiátricos y espectadores “normales”? ¿Qué cosa será el espectáculo? ¿El proceso que conduce al espectáculo?

*La señora K. es pequeña, suave, tiene una mirada directa jamás desafiante, abierta, curiosa, tiene una voz muy tierna; venciendo muchas dificultades ha comenzado a leer en voz alta poemas y fragmentos de textos que ella misma ha seleccionado, de los cuales pesa cada palabra con quehacer experto; se mueve ligera con una elegancia natural muy medida. Me he habituado a este personaje que ella encarna naturalmente, cuando se mueve en el espacio se instaura una cierta atmósfera japonesa; cuando habla todos callan para que se pueda oír bien su voz clara y suave. Un día discurríamos en el grupo de los tiempos de la escuela primaria. Cuenta: ¡en los recreos “jugábamos al futbol –yo hacía de atacante!” En ese momento la señora K. volvió a tener por un instante sus nueve años, un nuevo equilibrio, una nueva forma física y sobre todo una mirada que derramaba júbilo.*

*Pronta, presente. La verdadera señora K. que vive dentro la no menos verdadera señora K. de todos los días.*

(HC) Trabajo con un grupo de personas incapaces de mentir. No es que no quieran, es que no lo logran, en tantos modos diferentes. Son lo que son, desesperadamente. Un grupo de actores incapaz de mentir.

Si la terapia consiste en adaptar al individuo disfuncional a la sociedad, esto implica que la sociedad funcione bien y el individuo mal, sigue que es el individuo a deber ser refuncionalizado. Es típico el caso de las terapias a la americana: el americano es el mejor *way of life*, si tu non funcionas debes ser ayudado a adaptarte para poder gozar de sus beneficios. Para nosotros la sociedad está bien lejos de ser el mejor *wayoflife* y que las personas disfuncionales señalen, en muchos casos, carencias y disfuncionalidades del sistema, más que una propia desadaptación. Un desadaptado en la sociedad alemana de los años 30/40 del Novecientos tenía que ser ayudado a insertarse en esa sociedad – o eliminado. Desde nuestra perspectiva, ese desadaptado señalaba en cambio, el escándalo de una sociedad tiránica, racista y destructiva.

El teatro es un arte del presente, existe solamente en el *aquí y ahora*, es el arte de potenciar el presente relacional, es un arte que se basa en el potenciamiento de todas las instancias activas en el tiempo presente entre sujetos variadamente relacionados: es en la peculiaridad de esa variación que cada acción artística puede diferenciarse y encontrar su propia poética. En el momento del teatro pasado y futuro se anulan porque el presente potencial revela su falacia, porque el pasado está muerto y el futuro es una ficción creada por la mente en modo automático. Por cierto, el pasado concurre a crear el presente, y es esto lo que implica la construcción del encuentro, así como para esto se utiliza la capacidad de proyectar el futuro presente. El tiempo pasado, en el análisis y la reflexión sobre los materiales que utilizarán, el tiempo futuro en lo que hace a forma y características del encuentro, pero el teatro en si existe solamente en el presente.

**El interior y el exterior**
**una nota personal** [16]

*Te escribo mientras camino por tus venas que yo llamo caminos*
*Te recorro en la oscuridad y en la luz, te conozco pero te redescubro*
*Me encuentro con los detalles de los cuadrados*
*Me los ocultas haciendo visible a los ojos lo superfluo*

[16] Texto compartido por NC

*En las paredes tienes nuevas escrituras*
*Vivo viéndote crecer y empeorar, pero a mis ojos mejoras*
*Las estaciones frías, la primavera con sus brisas*
*La esquina de la estación*
*Encuentro gente ocupada, despreocupada, agobiada*
*Los veo al pasar y me pregunto*
*¿Cómo me ven? ¿Cómo me ven caminando por estas calles llamadas venas?*

Este texto lo escribió Benedetta, una chica de 17 años, durante un taller de teatro urbano en Reggio Emilia. Se les había pedido que escribiera cartas a la ciudad, tratando de guardar en su interior las sensaciones e imágenes acumuladas durante el trabajo de exploración realizado juntas. calles, plazas, callejones escondidos, balcones, portales como espejos en los que encontrarse. Reflejando el exterior en el interior y viceversa, así la reflexión sobre la ciudad pensada como un ser vivo que respira, crece y cambia, se convierte en un trabajo de geografía emocional que revela rasgos muy íntimos de las chicas participantes en el taller y que nunca hubieran surgido sin hacer esta transición. Este situarse dentro de un tejido urbano, la visión desde arriba, desde lejos, las convierte en partes de un todo, las desubjetiviza y así surgen pensamientos muy profundos, que también las sorprenden.

¿Cómo es posible? ¿Por qué ocurre? Existe un vínculo sutil y poderoso entre el individuo y el entorno vital, una fuerza irresistible nos empuja hacia él y nos identificamos con él, por eso Benedetta se encuentra definiendo VENAS las calles de la ciudad en la que vive, como si fuera una criatura viva, o una prolongación de su cuerpo.

N.C: En 2020-21 trabajamos mucho con adolescentes, reinventando de nuevo la metodología, adaptándola al contexto: distancia, máscaras, uso del vídeo y la fotografía. El encierro debido a la pandemia, la educación a distancia, la prohibición de contacto, el miedo generalizado han actuado contundentemente sobre su salud mental, aún no nos damos cuenta del todo de cuáles son las consecuencias, el impacto ha sido devastador y lo vemos claramente en la relación con el entorno. La dificultad para apropiarse de los espacios públicos (cualquier espacio que no sea una escuela, o un gimnasio, o una cafetería) es un reflejo directo de la total incapacidad de los adultos para imaginar espacios para ellos, o para dejar espacios para ellos . ¿Cómo hacerlo? ¿Por dónde empezar? ¿Quizás una vez más el teatro pueda venir al rescate, el vuelo de la poesía a través de la plaza por una noche?

La sociedad en que vivimos está impregnada de narraciones creadas por una potente ideología cuyos símbolos nos martillan continuamente a través de los mass-media. Los modelos de comportamiento dictados por el *sentido común* en la mayor parte de los programas televisivos y en la casi totalidad de una publicidad siempre más persuasiva e invasiva, son en abierta contradicción con los presupuestos ético-morales y religiosos bajo cuya égida se supone debiéramos vivir.

HC: Los pacientes con quienes trabajo son en gran parte personas que no soportan o no han podido soportar estas contradicciones. La mayor parte vive esta situación como una derrota. Si damos vuelta el punto de vista y vemos su derrota como lo que es, una derrota de la sociedad, de la superficialidad y miopía de sus dirigentes y gobernantes en el sentido más amplio de la palabra- da la incapacidad de crear una civilización acogedora, abierta y solidaria, entonces nuestros pacientes se convierten en testigos preciosos. Su *derrota* testimonia su propia humanidad, de la cual todos podemos aprender. Para hacerlo posible tenemos que encontrar el modo en el cual el teatro que subyace en esa humanidad pueda emerger sin que nuestras prácticas colonizadoras lo deformen, masacrando su pureza y por tanto impidiéndonos de percibirlo y de ser influenciados a nuestra vez.

¿Cómo será el espectáculo, si decidimos hacer uno? Ya que hemos aprendido que el teatro es un encuentro, el problema nace del hecho que mientras conocemos siempre más cosas a propósito de los actores y de la situación que vamos construyendo juntos, muy poco sabemos de los espectadores que vendrán a encontrarnos. Sospechamos que vendrán con toda una serie de prejuicios. Vienen a ver un teatro de locos. Esperan ver locos, y tienen una idea muy precisa de lo que debe ser el teatro: escenario, escena frontal, desarrollo de una historia con inicio, desarrollo y final.

Decidimos de no decidir nada *a priori*, proponemos el problema al grupo. A lo largo del camino se comprende que aun no pensando en un espectáculo frontal sino en un encuentro, de todos modos, se hace necesaria una dramaturgia para este encuentro, y decidimos escribirla juntos. Para ayudarnos a entender cómo funciona todo esto, elegimos ofrecer una serie de ensayos abiertos.

Desde hace más de diez años, algunas clínicas psiquiátricas (de las Universidades de Modena-Reggio Emilia, Ferrara, La Sapienza de Roma) nos han abierto sus aulas. Dado que hoy día es un hecho confirmado que las prácticas teatrales contribuyen decididamente a la rehabilitación, es fundamental que los operadores que serán llamados a practicar la rehabilitación psiquiátrica conozcan el significado de estos procesos y las técnicas a utilizar.

Desde el principio, en las acciones en los psiquiátricos –primero en Buenos Aires y en Sassari, y en un sinnúmero de ocasiones en Italia, en Europa y en América Latina, hemos constatado que la acción del teatro en la realidad psiquiátrica no podía estar solo en las manos del operador teatral. Era imprescindible formar con el teatro a los operadores psiquiátricos, que establecen con los pacientes una relación continuada y que crean la atmósfera y el contexto en el cual el teatro puede crearse o no. A menudo se generaban situaciones muy violentas. Antes de iniciar un trabajo hacíamos acuerdos bien precisos con la institución y con los médicos, se realizaba un plan de acción, se explicaba la metodología y se tomaban acuerdos sobre los objetivos, la evaluación y los resultados que querían alcanzarse. Se iniciaba. Los médicos siempre ausentes y, con algunas excepciones, los enfermeros saboteaban las acciones. Nos dejaban solos con los pacientes, y no podía crearse una continuidad. A menudo encontrábamos a los pacientes sedados más de la cuenta, nos decían que después de estar con nosotros se excitaban. Slavich usaba una expresión tanto feroz cuanto eficaz para este tipo de situaciones: el teatro se convertía en el perfume sobre la mierda. Se aprueba un proyecto teatral para mostrar cuánto se es modernos, a la vanguardia, pero sin creer en ello verdaderamente.

Por otra parte, las presiones hacia una hipermedicalización del *malvivir*, que tienden a transformar cualquier cosa en síntoma, las presiones de las empresas farmacéuticas y las dificultades económicas del sistema de salud pública que reduce el tiempo/operador disponible, hacia un abuso de los psicofármacos, son enormes. Tales que resulta difícil crear espacios en los cuales la fuerza de la creatividad, fármaco natural endógeno y precioso, y gratis y sin contraindicaciones, pueda expresarse en pleno y pueda alcanzar el público. Hemos tenido siempre presente los condicionamientos derivados de la estructura misma en la cual nos encontrábamos actuando. Trabajando en instituciones “totales” es fácil chocar con la rigidez en los horarios impuestos a la vida cotidiana –la típica “cena a las cinco de la tarde”- a menudo organizados para la comodidad del personal. O con interferencias del personal de servicio el cual generalmente tiene dificultades para entender las exigencias del trabajo artístico: muchas veces la infeliz y violenta apertura de una puerta -justificadísima, desde el punto de vista del personal- ha desencadenado el pánico paralizando y arruinando una entera jornada de actividad.

Si los operadores psiquiátricos no están sensibilizados, el trabajo con el teatro puede tener efectos devastantes sobre los pacientes, y contraproducentes. Esta constatación nos llevó en las últimas décadas a concentrar la actividad exclusivamente en la formación de los operadores psiquiátricos, sea en las universidades sea en nuestro Centro para el Teatro en las Terapias.

Moviliza, llama la atención, aunque no debiera sorprender, sorprende, esta descripción de HC. y sus conclusiones. Tremendamente similar al proceso que durante 3 años hemos vivenciado desde el Grupo “La Bicicleta “en Tucumán. Más sorprende porque nuestra experiencia no partió del teatro, sino de dinámicas terapéuticas, a través de actividades lúdicas, artísticas y productivas, todas genealógicas, ontológicas, relacionales, procurando recuperar las trayectorias de vida de esas personas internadas antes de ser internados/abandonados/olvidados allí, por la familia, el Estado, la sociedad. El teatro fue una de estas estrategias, otras fueron talleres de pintura, de poesía, rondas de conversas mediatizadas por el mate, como en la Peña Carlos Gardel, “la mateada” (en Argentina se toma mucho mate y es un ritual cargado de vivencias). (LZ)

HC: Solo en los últimos años hemos retomado el trabajo con los pacientes: gracias a la formación y al crecimiento de la conciencia de los operadores sanitarios, ha sido posible crear situaciones en las cuales pacientes, operadores sanitarios y teatreros actúan juntos, participando directa y activamente en las acciones. Para los alumnos de rehabilitación psiquiátrica la materia *teatro* consiste sobre todo en un trabajo sobre sí mismos. Es claro que se puede comprender de qué se trata solo experimentándolo personalmente. En la introducción a su tesis de doctorado *El teatro: una hipótesis para la rehabilitación*, M. Nonni escribe: “*He pensado a lo que ha determinado sea en el curso de los últimos años pero también en el presente, mis cambios, lo que soy hoy, o mejor aún, que cosa ha favorecido la adquisición de una mayor conciencia de lo que soy [...]el teatro[...]me ha permitido de extender la mirada más allá del horizonte de mi cotidiano, de entrar en relación con otros espacios, ritos, vivencias, y reconocer más lenguajes[...]”*

Un problema de difícil solución, cuando nos dirigimos a estos alumnos, es la absoluta carencia de formación específica en el conocimiento y la práctica de las artes. Como se hace para impartir educación sobre el *arte en la terapia* a personas que ignoran todo sobre las artes, o peor aún tienen lo que se llaman *idees reçues*, prejuicios. Dada la exigüidad del tiempo que se nos concede hay que crear breves seminarios de *iniciación a las artes* y luego apoyarse a lo que casi todos los alumnos saben hacer –más o menos- leer y escribir. Centrando el trabajo sobre la narración, a veces sobre la propia biografía –para aprender de sí mismos a gestionar la memoria- creando historias a las cuales dar sucesivamente cuerpo físico, con el canto, el gesto, a veces el dibujo.

J. Longobardi escribe, en su tesis del primer año “*Mi tarea ha sido elegir un antepasado, narrar su historia y transformarla en primera persona, narrar mi relación con él, de él y su hija, pasar todo a la primera persona y luego construir un mosaico*

*con los fragmentos para contar su vida. En los varios pasajes hemos compartido nuestros escritos. Ha sido un trabajo muy emocionante, como revivir la relación con alguien que ya no está, como conocer algo que no sabía poseer, ha sido como reencontrar a mí misma"*

Más allá de las dificultados el trabajo es provechoso. Se logra generar confianza en la propia capacidad, ayudando a los alumnos a identificar sus propias habilidades y vocaciones, para que luego puedan estudiar el arte en el que más se reconocen y dirigirla para enriquecer la poesía del encuentro que es, a fin de cuentas, el trabajo *terapéutico*. Es así que pueden convertirse en útiles colaboradores en los procesos creativos que se generan en los laboratorios dedicados en los centros de salud mental.

Esta misma concepción trabajamos en nuestra cátedra en la formación de Educadores para la Salud, y es por esto que la experiencia del Teatro Núcleo hizo sintonía de manera casi espontánea, al fin encontramos con quienes hablar un lenguaje común. Para quienes trabajamos desde la producción de salud produciendo valor de las vidas, lo central sucede en el encuentro, en la escena precisa en donde es posible lograr la producción subjetiva de los cuidados.

Como dice HC, el lado derecho del cerebro permite aprender y conocer de forma limitada. Si desconocemos el otro hemisferio perdemos la oportunidad de conocer aquellas verdades universales que no pueden ser medidas, predichas y previstas. Decimos nosotros, no se puede sentipensar para aprender a vivir. "La experiencia ha demostrado que es posible (y absolutamente más enriquecedor) plantear definiciones desterritorializantes, que puedan moverse y crear estructuras rizomáticas, verdaderas cartografías en el sentido que ha sido señalado por Deleuze-Guattari, lo que permite una flexibilidad y una red viva de conocimientos que no terminan jamás. Es esta la transformación cultural de la que habla Czertok en su propuesta de laboratorio teatral, de técnica y del actor guía.[17]

Este es el camino que elegimos para la formación para nuestros estudiantes en Santiago del Estero, Argentina; por esa razón seguimos produciendo nuevas escenas y escenarios donde estos procesos puedan ocurrir. En 2022 invitamos a HC a dar una charla virtual a nuestros estudiantes aprovechando su estancia en Buenos Aires, cuando ya habían leído sobre el Teatro Núcleo.

Luego iniciamos un proceso de formación sobre teatro espontáneo con un profesor de teatro que aprendió sobre la necesidad de construir desde el paradigma

[17] http://revistascientificas.filo.uba.ar/index.php/telondefondo/article/view/8273/8471 **Teatro Nucleo: Un teatro de exilio en exilio (de Buenos Aires a Ferrara) Claudia Andrea Cattaneo Clemente** Pontificia Universidad Católica de Chile / Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italia cacattaneo@uc.cl

de la salud colectiva, un concepto más claro sobre la salud integrada, corporizada y con cabeza: salud! Teníamos la necesidad de aprovechar las motivaciones que se habían generado en el aula como posibilidad de pensar estrategias para el trabajo comunitario, que resultaran novedosas, creativas, estimulantes, comprometidas; que las pasaran por el propio cuerpo y los pusimos a aprender a pensar la salud desde el propio lugar de sujetos activos. Unos meses más tarde, pensamos con NC que era posible recorrer un tramo de trayectoria de la obra del cineasta Antonioni sobre sus películas y su mirada puesta en las conflictivas sociales y a propósito también de Julio Cortázar y su manera de entender el mundo. ¡Otra vez volvíamos a coincidir! Nuestros estudiantes, hace tiempo que leen cuentos de Cortázar para tener unos acercamientos más amablemente críticos de entender la cotidianeidad. (LZ).

Mientras tanto, cuando nos vimos virtualmente HC, nos comenta que tiene un libro autobiográfico en el que fundamentalmente narra la historia, la vida y el proceso del Teatro Núcleo como teatro del exilio, como el laboratorio, las experiencias, las experimentaciones, las técnicas y el método. Decidimos editárselo en Argentina, por lo que será la primera edición de esa obra en español argentino.

Ese punto es el de una nueva partida que abre el espacio para insertar un diálogo profundo entre el Teatro Núcleo y colegas que investigan y enseñan sobre el *Paradigma de la complejidad.* HC en su última estancia en Buenos Aires se encuentra con estudiantes y docentes de Ciencias Políticas de la Universidad de Buenos Aires, con la coordinación de Leonardo Rodriguez Zoya[18], y con nosotros de forma virtual, para instalar el tema del teatro como un militancia política de vivir y comprender los avatares de lo cotidiano.

Así, seguimos tejiendo las tramas de un hacer diferente en la formación de agentes de salud para fomentar un aprendizaje que parece contra-cultural hoy entre las necropolíticas y las tecnologías duras de la atención sanitaria que nos invaden, que medicalizan la vida y patologizan lo distinto. Nos encontramos así con la realidad de que pretendemos formar agentes de salud que no saben trabajar en el campo de la salud, solo piensan desde las enfermedades, tanto así, ha calado el modelo medico hegemónico que se sostiene en lo deficitario y disfuncional.

Diseñamos un proyecto formativo dentro de la universidad, con la intención de recuperar experiencias de trabajo en salud que vengan desde otros campos del

[18] Dr. Leonardo G. Rodríguez Zoya. Doctor en Sociología y Ciencias Sociales (Universidad de Toulouse ~ Universidad de Buenos Aires). Investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Argentina). Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires. Director Ejecutivo de la Comunidad de Pensamiento Complejo (CPC). Coordinador del Grupo de Estudios sobre Interdisciplina y Complejidad en Ciencias Sociales (GEICCS)

hacer humano, campos que igualmente identificamos como parte de la construcción social y colectiva de pensar en los cuidados de la vida. Estudiantes de Educación para la Salud piensan y construyen hoy con otras herramientas epistémicas, tecnológicas y dispositivos para fomentar la vida con más vida, tomando el teatro espontaneo como motor creativo, lo que Horacio Czertok, llama teatro como acción lúdica de enfrentar lo cotidiano, y desde ahí es la propuesta de incidir en los cuidados de si y de los otros[19].

El laboratorio experiencial del que ya nos sentimos parte, suma ahora un proceso nuevo. Esta vez el encuentro, este juego envolvente, también será físico, el Teatro Núcleo estará en nuestras aulas y “Contragigantes” en nuestros espacios públicos.  Llegan a Argentina muy pronto, Horacio, Natasha y Tommaso.

Este viaje es una ida y vuelta de procesos que se tejen, destejen y recrean.

[19] https://www.teatronucleo.org/wp/category/pubblicazioni/https://it.wikipedia.org/wiki/Horacio_Czertok

# GALOPANDO EM MARCO CAVALLO VESTIDA COM MANTO DE GRAMA: EFEITOS DE UM GIRO NA ITÁLIA PARA SENTIR-PENSAR FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Barbara Eleonora Bezerra Cabral

Arte não tem pensa:
O olho vê, a lembrança revê, e a imaginação transvê.
É preciso transver o mundo.

Manoel de Barros[1]

## Sobre os mares que me navegam e me fazem querer partir: *"vamos brincar de viagem?"*[2]

Começo assim, de um ponto que defino como começo, mas nem o é propriamente. Em 30 de novembro de 2022, zarpei do Rio de Janeiro para um giro de dois meses na Europa, com mochila nas costas, uma bagagem de mão, totalmente disposta (isto é, com coragem) e disponível (isto é, com abertura) a abrir trilhas à proporção que viajava. Atravessei o Atlântico tomada de emoção e com os braços abertos para o porvir. A sensação de borboletas no estômago estava presente e se manteve durante a viagem e, em alguns pontos, precisei tomar decisões para reduzir o campo das incertezas, no qual me pus a rodopiar, sendo uma delas comprar um chip de celular europeu, já nos últimos quinze dias.

Eu estava movida pela questão-bússola que guia minha pesquisa no pós-doutorado[3]: *como refletir sobre práticas pedagógicas voltadas à formação de operadores e operadoras da saúde mental/atenção psicossocial para uma produção de cuidado sustentada na potência do encontro e em um agir micropolítico?* Ao retomar esta questão do modo como apresentada em meu plano de atividades, percebo que ela evidencia um valor para a formação – a potência do encontro, que tenho assumido e refinado como sustentação de um método de trabalho.

[1] Versos de "As lições de R.Q.", poema inserido no Livro sobre Nada, de Manoel de Barros.
[2] Nos títulos das seções, recorro a trechos da canção "Brincando", de Alexandre Leão e Mabel Velloso, canção que me encantou na interpretação de Belô Velloso e Maria Bethânia.
[3] No momento de escrita deste texto, estou na metade da temporada reservada ao pós-doutorado: 15 de agosto de 2022 a 14 de agosto de 2023, realizado com o acompanhamento do Professor Doutor Emerson Elias Merhy, na Linha de Pesquisa Psicossociologia da Saúde e Comunidades do Programa de Pós-graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social (EICOS), da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ.

Apresento-me brevemente para lhe convidar a seguir nessa leitura. Sou professora em uma universidade situada no semiárido nordestino, a Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf), e trabalho no campus de Petrolina-PE, compondo o corpo docente do Colegiado de Psicologia e da Residência Multiprofissional de Saúde Mental. Da trajetória como educadora nesse pedaço de sertão, brotou esse interesse de estudo, em que ponho em análise o próprio sentido de ser docente.

*Pensar, saber, conhecer com o corpo, sentindo! Tenho tido a chance de inscrever no corpo novas tatuagens e ativar cores de tatuagens antigas*. Relendo meus diários da viagem, encontro este fragmento, que aponta um dado posicionamento metodológico, visceralmente conectado com a intenção de produzir experiências com o corpo no giro além-mar. Aliás, já vinha experimentando essa atitude desde que chegara ao Rio. Então, escrevo com o corpo, em fina sintonia com as experiências vividas. "Escrever com o corpo" é ir além dos seus contornos biológicos e experimentá-lo de vários modos – corpo-multidão, corpo sem órgãos, corpo animado ou habitado, corpo que se metamorfoseia, corpo vibrátil, corpo sensível, corpo que sente-pensa. Ao escrever, sinto vibrações no que sou e reconheço traços de muitos encontros que me moveram, de modo sempre singular. Muitos intercessores se apresentam neste exercício de escrita cartográfica: textos; filmes; conversas; peças e oficinas de teatro; blocos de carnaval; batuques; exposições; canções; encontros com árvores, passarinhos, gatos e cães etc[4]. Inspiro-me em Deleuze para pensar em tudo o que moveu, repercutindo em mim e me abrindo à produção de sentido (criação), como intercessor.

Escrever é um modo de parar, dando uma trégua aos rodopios. Um recolhimento para me relacionar com o que foi colhido em meio a intensidades, pois muito treme em mim, e sinto urgência de partilhar. Faço isso parando em um canto, tentando decantar efeitos, para produzir algum canto que, quiçá, provoque algo em quem o degustar. Sim, escrevi "degustar" – e isso tem um sentido pedagógico. Saber e sabor têm a mesma raiz etimológica, o que encaminha muito do que tenho criado de sentido para processos de ensino-aprendizagem.

É inspirada em Larrosa (o Jorge) que sinto a responsabilidade de tentar dar forma a esses tremores, convertendo-os em canto. Um canto de experiência. Este texto pretende ser um canto, atravessado por tempos e espaços diversos, inclusive o tempo de minha formação como psicóloga na UFPE, em Recife, de que saí "desabordada" e com intenção de me constituir profissional em contextos de políticas

[4] Só para dar uma dimensão: espalhados no texto, estão efeitos de Tom Zé, com a música "Tô", de Gonzaguinha, com "Caminhos do coração" e já apareceu um efeito Paulinho (o da Viola), com "Timoneiro".

públicas. Assim, tornei-me psicóloga militante antimanicomial no Sistema Único de Saúde (SUS), tatuagem cravada no mais profundo de mim, interferindo na minha atuação docente. Não quero pouco. Não há garantia de que conseguirei produzir algo que faça sentido para além das minhas entranhas, mas tento. Quero lhe conduzir pelas mãos em uma viagem que pode ser vertiginosa.

Há um tempo assumi, lendo Serres (o Michel), que a exposição é fundamental em processos de aprendizagem e sempre implica correr risco. Nesse momento de minha existência, renovo os votos de minha eterna condição de aprendiz, enquanto durar nessa forma humana. Cultivo-me aprendiz para ser semente e seguir me metamorfoseando. Aposto com força na imanência, no valor contundente que tem o aqui e agora e, nesse culto ao instante-já, conclamo com Krenak (o Ailton) que o futuro é ancestral.

Para o giro além-mar, havia linhas tracejadas de um roteiro bastante desafiante. A passagem pela Itália era imprescindível, pela referência mundial deste país na transformação dos modos de cuidado em saúde mental, em que a aprovação da Lei 180, em 1978, sancionando o fim dos manicômios, funcionou como dispositivo potente. Caso você que me lê não saiba, na Itália, partindo de Trieste, capital da Região da Friuli Venezia Giulia, no nordeste do país, aconteceu uma das experiências mais revolucionárias neste campo, que precisa seguir sendo estudada e melhor compreendida, tendo sido uma fonte fundamental para o processo de reforma brasileiro.

Combinei essa imersão de dois meses com Emerson (o Merhy), que tenho como mestre a me acompanhar em meus périplos investigativos e me permite um exercício de liberdade estonteante, inclusive para assumir, como método, mergulhar, voar e/ou rastejar em um campo de experimentações. Favor não ler experimentação como “experimento”, em sua acepção no paradigma científico clássico – não há variáveis a controlar aqui tampouco a intenção de que o narrado seja replicado. Recorro ao significante “experimentações” em conexão à qualidade existencial, singular e concreta do saber de experiência, que se forja a partir do que se vive e como singularmente é vivido, de novo me respaldando em Larrosa.

Colocar-me em circulação, cultivando, em meu corpo, a porosidade aos encontros que se apresentam – eis a diretriz assumida. Um modo de produzir conhecimento em que a condição de vulnerabilidade, uma marca de ser vivente na forma humana, se aguça, na relação direta com a incerteza do que virá, exceto de que um dia esse ciclo de vida se encerrará. Se ao chegar no Rio, eu já encontrava em Macabéa, a personagem de Clarice (a Lispector) em A Hora da estrela, um referente forte para a condição de vulnerabilidade que vi se marcar em mim, isso se

aguçou na Europa. Eu pari coragem de circular, perguntar e me mostrar, experimentando um não saber. Corri mundo, corri perigo e quis muito voltar bem viva para contar o que vivi. Voltei.

Ao final de cada dia, a sensação de exaustão era imensa e não conseguia dar conta das leituras e escritas imaginadas, mas tinha uma dimensão concreta de que algo importante se forjava. Eu estava experimentando a força do trânsito em regiões fronteiriças diversas, como modo de produzir matéria-prima para futuras compreensões, que de algum modo já se inscreviam em mim. Emerson me acolhia, via WhatsApp: *"Oi B., bom te acompanhar. Vai ter muito tempo para recolher isso tudo que te passa. Bjão."*

Disparei a escrita depois de me ativar pela visitação a diários, fotos, livros, áudios de conversas, perfil criado no Instagram etc. Fui sentindo meu corpo vibrar, invadida pela sensação de vertigem que tantas vezes me atingiu nos rodopios vividos na viagem. Terei mesmo a capacidade de dar contorno a esse canto? Creio, com a força de uma necessidade!

**Sobre o convite para o texto: *"no mar, precisa coragem"***

Este canto começou a se gestar bem antes, dou-me conta. Já no convite, feito enquanto eu estava em pleno giro, em Bolonha, capital da Emília-Romana, uma região situada no norte da Itália. Eu já tinha completado um mês de viagem, tendo partido de Lisboa para aportar em Trieste e, depois, fazer uma imersão no surpreendente sul da Itália (Puglia e Calabria).

Meu corpo estava tatuado com reverberações de inúmeros encontros, além de avanços significativos na constituição de uma curiosa personagem que foi se impondo a mim, ainda na escrita do plano de atividades, e figurou como uma companhia constante, animando-me a seguir – chama-se Barbekina. Ela é também eu e travamos intensos diálogos, que me inquietam e me levam adiante. Aliás, para ser honesta, devo dizer que a convoco para que esse texto se aproxime de um canto. Eis suas/nossas palavras inaugurais no perfil no Instagram (@barbekina), que talvez confundam, porém, para esclarecer.

> Barbekina in process (ou "em processo", com sotaque pernambucano bem carregado): opereta de uma formação sensível sobre a produção do cuidado.
> Por favor, leiam o k como se estivesse virado, pois está...
> Perfil finalmente criado, depois de vários ensaios. Decido fazê-lo em meio a uma nova etapa da travessia, além-mar. Frio no estômago, mas muito fôlego para produzir coragem.

> Ai! Ai! Sem horizonte definido, só vou... Tantas flechas me atravessam e me movem adiante. Quem sabe partilhar um pouco dos efeitos por aqui co-mova? Mas não há garantias... Nem promessas...
> Trata-se de mais um recurso para registrar o intenso campo de experimentações no contexto de um pós-doc: uma parada para sentir-pensar a formação de trabalhadoras/es (operários/as/es?) do campo da Saúde Mental e Atenção Psicossocial.
> Ofício docente posto sob investigação, no modo cartográfico. Uma desmontagem de quem sou, em curso já há algum tempo. Disposição de desaprender para produzir outras miradas. Tiro e ponho casacos de Arlequim – ou Arlechina. Reconheço as tatuagens.
> Adelante!
> Barbekina me bebe, me come, me guia, me pensa, me sente... Vontade de dançar! Bora?
> Sinto, em meu corpo-usina, a abertura para a composição de outros mundos, neste mesmo mundo.
> Abertura para aventura.
> É necessário suportar a vertigem!

Bem, o convite... Estava eu na "Osteria Quadrilatero", que fica em uma esquina de uma simpática rua nos arredores da Piazza Maggiore, em Bolonha, para jantar, quando troquei mensagens com Ricardo (o Ceccim), a fim de agradecê-lo pela ponte feita com Augusta (a Nicole), uma profissional fundamental no processo de reforma psiquiátrica na Região da Emília-Romana. Ela havia construído a minha agenda na cidade, em um período delicadíssimo: os primeiros dias do ano de 2023. Mesmo com diferença de quatro horas, o momento foi propício à troca de mensagens quase sincronamente. Nas mensagens trocadas, surgiu o convite para compor uma produção para um livro, fruto de parceria ítalo-brasileira.

Lembro, ainda, de ter achado incrível que eu estivesse justamente em uma encruzilhada, em um lugar chamado "Quadrilátero", conversando com Ricardo. É que o texto "Quadrilátero da Formação", escrito por ele e Laura (a Feuerwerker), é um marco na discussão da formação em saúde. Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social, fios discutidos na relação com a perspectiva da Educação Permanente em Saúde (EPS): linhas instigantes para pensar uma produção do cuidado em saúde que se compromete com a sua própria invenção e expansão, em ato, no cotidiano das práticas. Gosto também do termo "encruzilhada", que convoca a pensar sobre a potência de encontros e possíveis alianças ou confluências em meio aos diversos fluxos que cada ser experimenta na vida e que, para mim, faz muito sentido, tendo em vista minha trajetória profissional.

Aquela troca de mensagens me moveu tanto que, no ímpeto, fiz uma videochamada, que foi atendida. Tivemos uma conversa rápida e calorosa. A compreensão mútua era de que algo precioso estava acontecendo nos meus encontros além-mar, que valia a pena contar. Percebi o convite como um efeito do

giro, além de um elemento interessante para análise: um convite-evento que brota da potência de encontros tecidos em uma intensa rede de conexões. Não tinha como não aceitar. Barbekina jamais me permitiria não aceitar. *"Tudo na vida começou com um sim."* – é assim a primeira frase do romance *A hora da estrela*, que surge em ato como intercessor nessa escrita. Acolho...

Este convite constitui um exemplo do sem-fim de eventos semelhantes vividos por mim no campo de experimentações em que tenho estado metida: no cultivo da porosidade ao sabor dos encontros, uma coisa vai levando a outra, pelas afecções produzidas; por essa via, pode se gestar saber, um saber de experiência. Dito de outo modo, trata-se de esculpir sentidos ao que se colhe/recolhe/acolhe como efeitos das andanças, no contexto de uma destinação que se vai lapidando ao longo da caminhada.

Sinto-penso que aprender a encontrar é uma habilidade fundamental a ser desenvolvida por quem toma a produção de cuidado em saúde como ofício. Na saúde mental, a capacidade de encontrar é o que produz conexões. Assim, a aproximação compreensiva da mirada da micropolítica do trabalho vivo, em ato, tem agenciado, em mim, modos de encaminhar inquietações e questionamentos, uma vez que a percebo afinada com a premissa de que é imprescindível cultivar uma dada abertura/disponibilidade para que algo significativo aconteça no encontro entre quem cuida e quem busca cuidado, na direção de produzir expansão de vida.

Radicalmente, a produção de cuidado, no viés da micropolítica, é entretecida na direção de produzir mais vida na vida vivida, em complexas tramas relacionais de seres diversos e singulares, que produzem suas existências em contextos específicos. *"Produção de mais vida na vida vivida para poder viver!"* é um dizer de Emerson que remete à potência do encontro entre corpos sensíveis para a produção de mundos[5]. Nele se apresenta um ponto nodal de seu pensamento, em que introduz a amplitude do mundo do cuidado: de que se deve cuidar na vida é da própria produção da existência, o que extrapola o setor saúde e ultrapassa a polarização saúde-doença. Transformei-o em um mantra a me acompanhar por todo o giro, revigorando-me nos momentos de intensa vertigem.

Percebo aí uma aproximação possível com a perspectiva nietzscheana da "grande saúde", que enfatiza a força da criação e da plasticidade na composição das existências, conectando-se com a disponibilidade de afirmar a vida, para além dos valores de bem e de mal, de modo que a própria compreensão de saúde é transvalorada.

[5] "Produzir mais vida na vida vivida para poder viver" é tema fundamental no pensamento de Emerson Merhy, abordado no bate-papo disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=VQJ2JK5nueU&t=3795s.

Eu viajava e divagava, como também faço agora... Uma produção de cuidado sensível requer uma formação com ativação do sensível. Pronto! Escrevi... E, claro, sei que isso me compromete com aprofundamentos. Mas eis a grande aposta que sustento e que pude reafirmar no giro além-mar. Aposta de quem acredita que as coisas podem ser diferentes do que são; de quem sonha e sabe que precisa lutar para fazer acontecer algo. Sinto-penso: uma docente que se assume educadora e militante antimanicomial aposta intensamente nas possibilidades de transformação.

> Produzir outras miradas para uma mesma vista: eis o que parece ser uma fonte de saúde.
> Saúde não como a ficção de um estado de bem-estar: esparrela das brabas...
> Saúde só pode ser algo mais próximo de fricção... Diz de movimento, de trânsito, de metamorfose.
> Não se separa, assim, de vida, em sua potência de transformação contínua.
> Para bem viver, parece fundamental se haver com a processualidade que marca a vida e que se revela em nossa pele cotidianamente.
> Sair das molduras... e descobrir/inventar mundos... ativando todos os sentidos.
> (Perfil Instagram @barbekina)

Barbekina me rodopiava, e segue a fazê-lo. Não nos largamos as mãos. É ousada, a danada. Na circulação, pareceu-me inspiradora a perspectiva de confluência, com que Nego Bispo (o Antônio dos Santos) trabalha, indicando que nem tudo que se ajunta se mistura, ou seja, é fundamental reconhecer que nada é igual e que as diferenças não precisam desaparecer nas composições. Gosto também da discussão de Krenak sobre alianças afetivas, apontando a importância de reconhecer as singularidades dos interesses e modos quando as articulações ocorrem, devendo-se dispensar qualquer intuito homogeneizador.

Nestes conceitos, “confluência” e “aliança afetiva”, percebo ferramentas vigorosas para dar sentido às cenas vividas no giro, pensando-sentindo sobre a força da aproximação intercultural – na relação entre povos –, que pode ter uma interface com o reconhecimento da alteridade – na relação entre seres humanos ou seres viventes. Produção de cuidado remete à relação entre pessoas em complexos cenários políticos, em que diversos elementos se entrelaçam e em que nem sempre o compromisso com o reconhecimento da diversidade se autentica na ação cotidiana, sobressaindo-se desejos de controle e homogeneização – “desejos de manicômio”[6].

[6] Expressão que corre mundo e que considero muito precisa, usada por Leila Machado e Cristina Lavrador no texto intitulado “Loucura e Subjetividade”, que está nas referências

Percebi que lá, além-mar, como aqui, o desafio maior é manter a abertura aos diversos posicionamentos, com expansão da capacidade crítico-reflexiva-sentinte aos atravessamentos da hegemonia do sistema capitalista, que transforma tudo em mercadoria, como indicado por Kopenawa (o Davi). Lá, como aqui, as alianças afetivas são decisivas no enfrentamento do assolador processo de medicalização da vida que, no cotidiano das práticas, invisibiliza os efeitos de vetores de nossa organização social na produção de sofrimento, como o racismo, o patriarcado e a heteronormatividade, relacionados diretamente aos ditames do sistema capitalista-neoliberal, que se sustenta na brutal desigualdade social pela necessidade de exploração de alguns segmentos, no incentivo ao consumismo e no culto ao individualismo.

Importa o cultivo de uma abertura ou de uma vulnerabilidade às forças que nos atravessam como seres viventes, como indicado por Rolnik (a Suely), suplantando o desejo de certezas, ou vontade de verdade, que sustenta a categorização de modos melhores ou piores de estar na vida a partir de um único viés ou parâmetro. Para escapar do empobrecimento que é supervalorizar esse viés, é preciso ativar o sensível. Nisto, mergulhei e sigo...

*É um cavalo...*
*um chapéu...*
*É um colar...*
*Um microfone...*
*Um instrumento de sopro...*
*Um cipó...*
*Uma cobra...*
*Uma harpa...*
*Um brinquedo...*
*Etc... etc... etc...*
*Pode ser também uma mangueira (e bem que me molhei na brincadeira...).*
*Mas, atenção, MANGUEIRA não é uma mangueira.*
*Criar! Inventar! Transmutar...*
*Hélio Contreiras viajou nas Estampas Eucalol, canção que ganhou mundo na interpretação de Xangai. A música me encanta. Boal me inspira. Magritte me move.*
*Ontem vi em uma estação de metrô: "All you need is art!".*
*Arte é vida. Vida é arte. É amor, como exercício.*
*Amor é criação.*
*MetAMORfose, como aprendi com a flecha 3 do @selvagem_ciclodeestudos*
*Produção de cuidado é artesania...*
(Perfil Instagram @barbekina)

Performance “Isso não é uma mangueira”



Desde que pisei na Europa, aportando em Lisboa, tive encontros, casuais, que me fizeram pensar-sentir que eu havia ido à Europa para encontrar África. Então, no giro, além da ativação do sensível como uma flecha fundamental atravessando a

minha questão, uma outra se afirmou: a perspectiva da contracolonização, e assim denomino acompanhando, de novo, Nego Bispo. Em termos simples, a compreensão dele é de que a colonização segue em curso. Passar a chamar de "flecha" aconteceu no meio do giro. Efeito contundente de meu encontro com o pensamento de povos originários da América, em especial Krenak, e ofertas do Ciclo de Estudos Selvagem[7].

**Outras cenas barbekinadas em rodopios por Trieste,**
**Sul da Itália e Bolonha:**
**"eu faço mar, você barco"**

Passei a maior parte do tempo deste giro além-mar na Itália. Meu interesse por esse país se enraíza na curiosidade que senti a partir de notícias que me chegaram sobre a Reforma Psiquiátrica Italiana ainda na graduação de Psicologia. Depois, no primeiro emprego como psicóloga, trabalhei em uma equipe do Centro de Atenção Psicossocial Estação Cidadania, no Cabo de Santo Agostinho-PE, em que fui totalmente contagiada pela potência de um agir militante, sustentado fortemente em experiências brasileiras conectadas com a revolução triestina, como a experiência santista. Preciso chamar o que houve de revolucionário – em Trieste e em Santos.

> *De Lisboa, voei a Veneza. Lá encontrei anjinhos (de carne e osso) que me ajudaram a fazer o trânsito do aeroporto até a estação de trem, dentre eles, Riccardo de Santis, ao lado de quem viajei a Trieste.*
> *Sim, encontro casual que me rendeu um belo papo, além do apoio!*
> *Ah, isso será tema específico, mas preciso escrever: muito frequentemente tive a sensação de ter viajado a Europa para encontrar África...*
> *Mais encontros em Trieste, cidade que já havia ganhado meu coração antes de mesmo de a conhecer, pousando lá, em 2013. Afinal, é a cidade marcada pela revolução na produção de cuidado em saúde mental.*
> *Ave Basaglia! Aposta grande na produção de alegria, especialmente via arte (criação) e compromisso (prático) com a desmontagem dos aparatos manicomiais todos, incluindo a própria psiquiatria...*
> *O desafio segue, pois não?*
> *Teatro. Ópera. Obras de arte a céu aberto. Música. Grupo Berimbau. Posto delle Fragole. Accademia della follia. Lister Sartoria. Cooperativas. Centro de Documentação "Além do Jardim".*
> *Encontros... Encontros...*
> *Corpo aberto e flechado...*
> *Joyce (o James) disse que a alma dele ali estava. A minha ali se alegra, apesar do frio de rachar que enfrentei...*

[7] Acessível em: https://selvagemciclo.com.br/

*Caminhos do coração. Pisar firme. Sinto-me mesmo a marca das lições diárias de tantas pessoas - incluindo não humanas...*
*Ave Gonzaguinha!*
(Perfil Instagram @barbekina)

Era minha segunda passagem por Trieste. Eu já era professora quando fui em 2013 e tinha o intuito de conhecer o trabalho na rede, para além das referências bibliográficas, nutrindo uma expectativa de retorno para um pós-doutorado uns quatro anos mais tarde. Voltei, porém, bem depois e em um contexto de pós-doutorado diferente do que o vislumbrado na época. Da primeira imersão, lembro intensamente do encantamento com a força das cooperativas de trabalho na potencialização dos projetos terapêuticos ofertados, em funções como serviços como cuidar dos jardins do *Parco di San Giovanni* (chamado de ex-OPP – ex-hospital psiquiátrico) e ofertar refeições nos Centros de Saúde Mental. A produção do cuidado era atravessada por preocupações concretas com o andamento da vida de quem estava em sofrimento, sendo a geração de renda um ponto central.

Porém, uma figura de que eu nunca tinha ouvido falar e, ao conhecer, passou a habitar o meu imaginário e atravessa minha produção de memória: Marco Cavallo. É um símbolo tão forte do processo triestino a ponto de ser a matriz para a escultura em ferro que está em frente ao Departamento de Saúde Mental (DSM), que também fica no Parque. Originalmente, trata-se de um cavalo azul, de papel machê, feito em uma oficina de arte durante o processo de desmontagem do hospital. Quando finalizado, não podia sair da sala em que fora montado, de tão grande. Há uma clássica foto de Basaglia (o Franco) com martelo na mão, para quebrar a parede e possibilitar a saída de Marco Cavallo: a sua libertação. Marco era uma homenagem a um cavalo real, que recolhia a roupa para lavar nos pavilhões do antigo hospital.

Marco Cavallo em alerta, em frente ao DSM



Nessa segunda imersão, decidi exercitar a diretriz de ver que trilhas se conformariam a partir dos encontros. Contei com apoio inicial de minha pequena, mas potente, rede local, com destaque a Nina e Pasquale, que me acolheram. A rede se ampliou aos poucos, a partir dos encontros e contei também com o precioso apoio de Fernanda (a Nicácio), no Brasil. O ponto de partida seria pisar no Parque, onde se situa a Cooperativa Social "La Collina", ao qual se vincula o Centro de Documentação "*Oltre il Giardino*" (Além do Jardim), uma novidade para mim e super indicada por Fernanda. Ao pisar no *parco*, comecei entrando no *Posto delle Fragole*, um restaurante que compõe o sistema de cooperativas local. Era um excelente ponto de encontro e fui me situado no *parco* sempre a partir dali.

Em minhas idas, fui conhecendo pessoas que me ajudaram a ir compondo uma agenda, que se tecia a cada dia. Uma delas foi Marina Colja, que me recepcionou no Centro de Documentação, me apresentando a Agnese (a Baini) e Pantxo (Ramas), também trabalhadores do projeto. Ela é uma dessas profissionais que falam com entusiasmo de sua relação com a saúde mental, tendo tido uma experiência intensa na desmontagem de um manicômio em uma ilha grega, Leros, uma das experimentações ligadas ao processo triestino. Ao escutar sobre minha proposição de pesquisa, percebi que os olhos de Marina brilharam: era uma das muitas pessoas que eu encontraria que gostavam do tema.

Fiquei comovida ao escutar Marina contar de sua experiência em Leros e de sua confiança na possibilidade de transformação de pessoas internadas ali, em geral tratadas como objetos. Destacou uma situação, em especial, de um interno em que ninguém mais apostava: não há o que fazer com esse aí, ouvia. Mas não acreditou: viu além, investiu e produziu milagre, como fruto de ação humana. O jeito visceral de Marina contar sua experiência me ativou o sensível. Senti no corpo, que se pôs a pensar. Se avaliamos que outros modos são necessários e possíveis, é fundamental manter vívida a disposição de ousar e inventar, vendo além – ou *transvendo*, como propõe Manoel (o de Barros, poeta do Pantanal).

Um dia, li coisas importantes em um painel sobre a revolução triestina, montado com fotos e textos, nas paredes do DSM, em que entrei aleatoriamente no meu primeiro dia de visita ao *parco*, ouvindo o chamado de Marco Cavallo. Deparei-me com essa exposição e descobri que acontecia um evento de recepção a profissionais africanos, que buscavam conhecer o modelo triestino. De novo, a África... Encantei-me com obras de arte, em madeira, alojadas no corredor, possivelmente feita em oficinas artísticas. Parei diante de uma foto dentro de um avião, em que se destacava Basaglia: ela havia articulado um voo para internos do hospital. Um texto, em particular, me capturou – intitulado "A arte quebra o círculo",

destacava a potência da prática artística no processo de libertação dos internos do hospital em desmontagem, na afirmação da sua condição cidadã e nas relações com a comunidade. Um ponto merece grifo: a prática artística como recurso de expressão, e não de terapia. Rodopios...

O processo triestino, efervescente na década de 70, contou inicialmente com uma aliança (certamente afetiva) com muitos artistas, a exemplo de Ugo Guarino, que produziu desenhos que provocam e comunicam bem mais intensamente do que palavras: ao menos este costuma ser o efeito em mim. Invadiu-me agora uma lembrança intrusiva. Não vou deixá-la de lado, pois um fato brutal coincidiu com o tempo dessa escrita: a notícia, em 16.03.2023, do falecimento de Franco Rotelli, considerado o sucessor de Basaglia na condução do processo em Trieste. Um dos poucos textos que consegui reler na viagem, dessa feita em italiano, era dele, “A instituição inventada”. Nele, um debate muito provocante sobre os limites do olhar clínico e a potência de inventar outros modos de cuidado centrados na produção de vida me atiçou. As conexões se movimentando em mim e o mantra me invadindo: importa, na dimensão do cuidado, *“produzir mais vida na vida vivida”*. De fato, este ponto me convoca, pois parece haver aí uma chave interessante para confrontarmos o empobrecimento nas estratégias de produção de cuidado no campo da saúde mental, capturadas pela hegemonia do viés clínico e organicista que, no jogo de forças da contemporaneidade, volta a ter maior peso.

A maioria desviante, de Ugo Guarino, em uma tela do *parco*



Voltando a efeitos da notícia... Para um texto escrito com o corpo, não há receita. Uma lembrança me assalta: estou no Centro de Documentação, com Marina e Rotelli, que se sentou junto para ver um dos vários vídeos que são ofertados lá. Continha imagens históricas das experimentações feitas no hospital e houve um comentário dele sobre uma festa, em que um grupo dançava *cancan*, a dança francesa. Lembro de ele dizer que, entre as dançarinas, havia psicólogas. Eu queria gargalhar, pois pensei que eu teria sido facilmente uma dessas psicólogas bailarinas... Fazer festa e produzir alegria é ferramenta de cuidado. *Psis* não são precisam ser talhados para ficar emparedados – ou emparedar – em *settings* clínicos. Estenderia a profissionais de cuidado. Provoco?

Era bonito testemunhar e, ao mesmo tempo, participar daquele momento. Um simples evento: assistir um vídeo. Fiquei a imaginar a emoção de Rotelli ao ver registros do processo que ajudou a construir e me (co)movi com aquilo: sim, tudo é efêmero, de modo que um centro como aquele era um grande ato, como uma aposta significativa nas possibilidades de continuação da história, em seus fluxos descontínuos. Vê-lo ali, concentrado, com aqueles olhinhos azuis brilhantes a assistir o vídeo, me comoveu. Tive a impressão de um homem reservado, de poucas palavras e, trocando essa impressão com Fernanda (de novo a Nicácio), ela soltou uma pérola: “sim, fala o importante e necessário...”. E rimos em texto – rsrsrs.

> No Centro Oltre il giardino, pode-se encontrar todos os documentos – entre livros, reportagens, atas, vídeos etc. – sobre o processo de reforma em Trieste. Tudo está à disposição e pode ser copiado, havendo uma máquina de fotocópia à disposição. O material pode também ser enviado por email a qualquer pessoa que ali chegar. Percebi o desafio de manter o local funcionando, mas acho que foi um passo importante para o objetivo de manter a experiência triestina viva. Pois as pessoas estão envelhecendo, se aposentando e, ao que parece, o modelo tradicional, com alto teor burocrático, ganha força. (Fragmento de diário)

Mas eu estava no texto do painel. Avisei que esse canto poderia causar vertigem. Lembra? Da aproximação intensa com artistas, foram criados laboratórios de expressão artística, experimentações teatrais que se desdobraram no grupo de atores/atrizes loucos/ loucas *Accademia della Follia/AdF* (Academia da Loucura) e a Rádio Fragola. Marco Cavallo é parido nessas experimentações, circulando depois pelas ruas de Trieste e além de seus limites, como em mim... Essas experimentações rompiam a rigidez institucional e promoviam diálogos com a

cidade, pois a proposta era que a cidade aprendesse a cuidar de quem pira, reconhecendo suas próprias contradições. Leio, na parede:

> *Pedagogia da realidade como multiplicação de sujeitos, onde a arte não é terapia do sensível, mas prática da expressão. Dentro e fora da instituição, dentro e fora da normalidade, os signos radicais desta afirmação ocupam os lugares da cidade, a partir da Praça Unidade da Itália, e desenham novas rotas de emancipação com o veleiro Califfo.* (Fragmento de texto de exposição nas paredes do DSM, visitada em dezembro de 2023 – tradução pela ferramenta Deepl, revisada por mim. Grifos meus.)

Voando, circulando pelas ruas na cidade ou velejando no mar: eu imaginava a loucura se mostrando nos espelhos de cada recanto de Trieste, que não poderia se recusar a olhar. O propósito de emancipação social requer participação da cidade. O período histórico era favorável à prática da liberdade: década de 70, que se seguiu aos arrojados e contestadores anos 60! Arte como recurso axial de expressão e criação, para fazer sentir-pensar, perspectiva que situa muito além de considerar a arte – e sobretudo sua potência na ativação do sensível – como acessório.

Eu, décadas depois, pisava naquela praça, que tem nome instigante, em cidade profundamente marcada pela guerra: *Unità d'Italia* (Unidade da Itália). Era período natalino e uma música sempre soava nos alto-falantes instalados ali. Eu a enxergar Marco Cavallo a galopar... E mais: eu montada nele, bradando "Precisamos seguir integrando a loucura na cidade, no mundo!". Fazer caber, como escreve Lobosque (a Ana Marta). Delírio doido! Barbekina a me rodopiar. Era mesmo mobilizador pisar de novo ali, quase 10 anos depois, sendo eu uma mesma outra Barbara, que tinha uma questão-bússola e carregava tatuagens do encontro com aulas de teatro, aos 40 anos.

Em Trieste, os momentos mais intensos, do ponto de vista das experimentações corporais – e que arrepiam os poros do corpo – se constituíram no contato com a *Accademia della Follia*. O grupo teatral foi criado por Claudio Miscullin, remontando às experimentações do tempo da revolução triestina, sendo conduzido atualmente por Antonella Carlucci. Ele havia falecido recentemente (em 2019) e seguia sendo uma figura de presença marcante, fazendo-se sentir na sustentação do projeto.

Fui acolhida ali e participei de três oficinas com o grupo. Senti muita produção de vida e a relação com as pessoas simplesmente fluiu... E tanto, que ganhei de presente a apresentação de um recorte do último espetáculo feito pelo grupo, em comemoração aos seus 30 anos, ali, naquele espaço sagrado de ensaio. Achei

aquilo um ato muito generoso e partilhei com o grupo o sonho de produzir articulações de trabalho adiante, nessa conexão teatro/saúde mental/formação. Não entendi tudo o que foi dito, mas senti. O teatro é uma arma muito poderosa de conexão e encontro. Participei de exercícios de aquecimentos corporal, de exercícios de atuação, de exercícios de leitura e me atrevi a ler. Eu estava – e sigo – em processo de aprender italiano, um tempero a mais para aguçar a sensação de vulnerabilidade. Não poucas vezes me peguei sem conseguir expressar em palavras o que queria. Daí, eu usava tudo o que eu tinha de corpo, incluindo o sem órgãos... Descobri que isso funcionava bem, mas voltei decidida a aprender o idioma.

Em um laboratório, vi-me diante de uma reinvenção do jogo "isto não é um chapéu", que conheci via Teatro do Oprimido – e que tinha me inspirado na performance da mangueira, em Lisboa. O jogo possibilitava criações incríveis na relação com um pedaço de tecido (que parecia um lençol), um banco e uma bengala. Em uma das propostas, o objeto só não poderia ser o que comumente era; em outra, se desenhava um cenário, como uma praia ou uma estação de trem; ainda em outra, o objeto deveria se transformar em um objeto de uso cotidiano em casa. Assim, cada pessoa construía sua cena. *Belíssimo* ver a criatividade em ato nos corpos em movimento... Imediatamente aquilo me transportou para possíveis experimentações em sala de aula, em formato mais ousado do que vinha fazendo. Salas de aula como laboratórios.

Esse giro ativou a intenção de seguir sentindo-pensando sobre a potência de transformar salas de aula – não apenas as clássicas, em que há quatro paredes limitantes, mas qualquer cenário formativo – em laboratórios de ativação do sensível. promovendo a reinvenção de atividades no tripé ensino-pesquisa-extensão. A quem se propõe a cuidar de alguém que sofre, importa ativar sua competência para se relacionar com o mundo. As tatuagens das experiências nos laboratórios estéticos da atenção (a partir de Yves Citton), promovidos em curso de extensão orquestrado por Virginia (a Kastrup)[8], de que eu havia participado pouco antes da viagem, ganhavam relevo quando eu mergulhava nesses devaneios – não raramente eu me via em sala de aula enquanto girava, delirando.

Já tinham me apontado o lugar onde a AdF: um prédio lindo, em cuja parede estava escrito, em letras vermelhas, "*La libertà è terapeutica*". Um dia decidi chegar lá, sem combinação prévia. Senti-me convidada, pelo olhar de Alice Gherzil, cantora

[8] O curso de extensão intitulado "Laboratório Estético de Atenção" foi ofertado por Virgínia Kastrup, professora titular do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), no segundo semestre de 2022. O objetivo foi o de "colocar o problema da atenção a partir da abordagem ecológica de Yves Citton (2014), criando um espaço coletivo de estudo e experimentação de práticas atencionais pautadas na arte", segundo o programa. Dentre as ofertas feitas, estudamos trechos traduzidos do livro "CITTON, Yves. Pour Une Écologie de L'Attention. Paris: Éditions du Seuil, 2014", em que a proposição dos laboratórios é apresentada e experienciamos diversos laboratórios estéticos.

e atriz do grupo, a entrar na oficina de percussão em andamento. Tem uma de mim que é dos baques e batucadas. Recorro às palavras de Benni, que coordenava o momento, em texto enviado por mensagem de WhatsApp sobre esse encontro:

> Há algumas coisas que eu acredito que só podem acontecer quando o Brasil está envolvido, porque o Brasil consegue ter aquele tanto de magia (talvez seja a música, talvez sejam os orixás...), que permite que certas coisas aconteçam, as quais certamente não são impossíveis, mas têm uma probabilidade quase zero de acontecer. Você sabe o que aconteceu na sexta-feira de manhã? Pietro Ricci e eu estávamos no pavilhão "E" do Parque *San Giovanni* para um encontro com a *Accademia della Follia*, com quem estamos conduzindo uma série de oficinas de percussão brasileira: um pouco de aquecimento, depois alguns ritmos hipnóticos de candomblé para passar ao maracatu e entoamos "Cheguei meu povo", de Estrela Brilhante de Recife...
> Pouco tempo depois, uma menina, que eu nunca tinha visto, entra na sala, ou talvez apareça, ou de repente se materializa, ninguém pode dizer exatamente. Tendo verificado que ela não era um holograma (ou talvez para verificar que não fosse), Pietro pega um agogô e lhe entrega, para que ela participe. Ela, sem demora, começa a fazer o toque do maracatu perfeitamente.
> Nesse momento, só posso pensar que ela é obviamente brasileira. Então, para variar o canto, entoo "Meu maracatu é da coroa imperial. É de Pernambuco, ele é da casa real".
> Ao final, ela se apresenta. Seu nome é Barbara, ficará em Trieste por alguns dias. Ela não somente é brasileira, mas de Pernambuco, e toca a caixa em um grupo de maracatu de Petrolina!
> Ela tinha aparecido ali porque se interessava por psiquiatria e queria conhecer as atividades da *Accademia della Follia*. Ela tinha escrito no mesmo dia uma mensagem para o Instagram do grupo, mas mesmo não tendo ainda recebido resposta, tinha arriscado ir para ver se encontrava alguém, e ela nos encontrou. Quais eram as chances de encontrar uma banda tocando ritmos brasileiros, particularmente maracatu, cantando sua canção favorita do Estrela Brilhante? Talvez o mesmo que encontrar o bilhete vencedor da loteria de Ano Novo, talvez menos.
> Esta noite, ela veio nos visitar com uma amiga italiana, Nina, em nosso ensaio da Banda Berimbau e quem sabe quando a gente vai se ver de novo? Talvez um dia ela volte para Trieste ou talvez nos vejamos no Brasil. Quem sabe? O certo é que não esqueceremos a magia do nosso encontro, que imediatamente criou um laço especial, como se a gente se conhecesse há muito tempo. Nina, por outro lado, prometeu vir ensaiar com a gente, quando retomarmos nossas atividades em janeiro. Estamos contando com isso! ;)
> (Mensagem de WhatsApp enviada por Benni em 20 de dezembro de 2022.)

Trouxe o texto na íntegra, que me chegou como um presente. A loa chamada "Cheguei meu povo" é a música que abre os trabalhos na versão atual da Opereta de Barbekina! Sim, a força da boneca é tanta que me levou a iniciar a produção de

uma opereta. Só consigo pensar nesse episódio como mais uma evidência das conexões rizomáticas de que Deleuze e Guattari falam. Tem mesmo algo que produz o efeito de magia na potência das conexões que vamos produzindo. Enquanto escrevo isso, penso na potência dos números de magia no circo, que nos encantam, ainda que saibamos que são pura ilusão. A potência das conexões não é ilusão, mas parece magia.

Não raramente na viagem me senti esparramar como uma grama, encontrando outras pessoas-grama. Essa é a imagem que mais intensamente mobiliza em mim os sentidos em torno da força de um rizoma. Em dado ponto da viagem, curiosamente, me deparei com a imagem de um manto de grama, usado como dispositivo para sentir-pensar a loucura e as relações sociais com esse fenômeno que integra nossa condição humana. Mas isso não cabe agora, pondero. Um mínimo de ordem importa...

Lembrei de uma cena que remete ao primeiro dia em que pisei ali, no *parco*. Foi assim: eu estava no corredor, explorando o Pavilhão M, onde fica a sede de vários projetos ligados à saúde mental e alguém me olha e cumprimenta. O olhar me acolhe e conto rapidamente quem sou. Ela se anima e me convida a entrar em sua sala e a contar de seu trabalho. Era Francesca, que trabalha na cooperativa que faz gestão de vários projetos, a La Collina. Contei do que me levava ali e, após um bom papo, acabamos nos montando para uma foto-performance inspirada em desenho de Ugo Guarino, da moça despenteada que quer um pente: "*Voglio un pettine*!" (Quero um pente!). Mais uma colega sua se juntou. Não há limites para Barbekina. O tema da formação encanta e faz olho brilhar, ou melhor, cabelo arrepiar. Envolve – ou deveria dizer: co-move, palavra que Barbekina me pôs na boca? Formação e produção de cuidado precisam de uma base comum de sustentação: co-moção – movimento em busca de encontro – baile.

Você já percebeu que a ordem aqui não é a dos acontecimentos, mas das memórias que emergem à medida que escrevo e, ao escrevê-las, eu as reinvento. A vontade de ter registrado tudo à medida que acontecia volta a me assaltar. Compreendo, contudo, que isso é uma faceta do desejo de retratar tudo, centrada na ilusão de que isso é possível. A vida se inventa... Vou sendo convocada a me relacionar com o sentido intenso de memória, função primordial para que teçamos história. História como produção de sentido a partir do que se vive.

Seriam tantas outras cenas pertinentes de apresentar, que me perco nas lembranças. Um dia, chegando no *parco*, encontrei Giordano Vascotto, um ator da AdF, que começou a me apresentar o lugar a partir das suas memórias, de quando esteve internado ali. *Uau!*, lembro de ter sentido. Outro encontro interessante se

gestou a partir da indicação de Ianni (a Scarcelli), lá do Brasil, e de Carla, a mãe de Nina, ambas amigas de Jaques Delgado, organizador do livro “A loucura na sala de jantar”, que contém o histórico texto “Resposta à crise”, escrito por Giuseppe Dell´Acqua e Roberto Mezzina, uma referência que gosto de usar em aula. No charmoso *Antico Caffè San Marco*, ele me contou de sua experiência nos anos efervescentes do processo da reforma triestina, nos anos 80.

As despenteadas




Também me chega uma cena de outro encontro neste cenário, com Pasquale, meu anfitrião, e Paolo Borghi; eram amigos que trabalharam juntos por anos em serviços da rede. Juntou-se na mesa mais tarde, e rapidamente, Roberto Mezzina. Aquelas eram algumas das pessoas que haviam produzido a história da saúde mental em Trieste, no cotidiano. Na minha cópia do livro organizado por Jaques, no capítulo “Resposta à crise”, tem uma assinatura de Mezzina quando da minha primeira ida, em visita que fiz ao Centro de Saúde Mental de Barcola. Essas memórias vão se misturando, sendo árduo manter um fio. Barbekina me espirala! Escrever é transpiração.

Preciso seguir e já sei que esse texto vale muito mais pelo que nele não deveu caber, como aprendi com Guimarães (o Rosa), via Henriette (a Morato). Então, sigo

para o sul. Pretendia descansar, pois já era Natal. A agulha da bússola se desgovernava, mas, em tudo o que eu vivia, alguma conexão se tecia. A questão se reinventava, me convocando a transitar nas fronteiras. Vertigem.

> - Dag, amorinha! Um ano bem bom pra tu. A boneca Barbekina tem sido bem mais ágil e rápida que eu, ou melhor, do que a minha capacidade de registrar, de compartilhar. Mas agora estou aqui, numa terra que faz lembrar demais de você, que é a Alemanha. Tô em Hamburgo, na casa dessa prima. (...) Tá tudo fluindo... Dias intensíssimos, com encontros muito potentes... Lá no sul da Itália foi bem interessante, onde eu descansei um pouquinho no Natal. Aí quando eu cheguei em Bolonha, que foi minha última parada, tive encontro bem bons relacionados à minha questão de pesquisa. Aliás, Dag, tudo de algum modo, tem se relacionado, sabe? Agora aqui, esses dias, eu espero construir um ritmo de escrita, de elaboração... e é isso. Quero muito conversar contigo depois. Espero que esteja bem. Beijão! (...)
> - Bom dia, Barbara! Que bom te ouvir... saber que tá tudo bem, que você tá aproveitando, em todos os sentidos. E, sim, eu imagino... quando a gente tá com os sentidos aguçados e, vamos dizer assim, a sensibilidade aflorada para determinados temas, ou determinadas questões, a gente acaba conseguindo fazer relações entre quase todas as coisas que a gente vê com essa questão. Parece que tudo de algum modo conflui pra ajudar a gente a dar algum sentido àquilo que a gente tá pesquisando. Eu me lembro bem disso com as minhas orientandas, e mesmo nas pesquisas que fiz, como qualquer filme, qualquer livro, até os mais assim inesperados, permitiam que a gente encontre uma frase ou alguma coisa que faça sentido. Então, eu fico muito contente. Eu acho que é bom fazer o exercício de ir registrando, mesmo que de forma desordenada, para depois conferir um certo nexo ou um certo eixo a isso... (...)".
> (Excerto de troca de mensagens por WhatsApp, com Dagmar - a Estermann Meyer – em 06.01.2023)

Pode parecer estranho, mas essa troca de mensagens me surgiu na escrita com força imperativa. Embora tenha acontecido logo após a minha partida da Itália, serve bem para dar a perceber a potência que foi viver o período natalino no seio de uma afetuosa família italiana, em Cellino San Marco, pequena cidade situada na Puglia, tendo por anfitriã uma amiga que conheci como estagiária em projeto de intercâmbio em Petrolina-PE[9]. Ilenia (a D'Attis) me guiou no meu giro em região até então desconhecida para mim, mas em que tive frequentemente a sensação de casa. Fomos também a Stillo, cidade calabresa onde nasceu Tommaso Campanella, um famoso e revolucionário filósofo, sobre quem fui ler um pouco. A proposta era participar do evento "Habitar o canto: da alvorada ao pôr-do-sol", que reunia cantoras provenientes de toda a Itália, que se conectam pelo interesse em cantos da tradição

[9] O Projeto Intereurisland é coordenado por Nicola Andrian, que há anos mora no sertão e estuda interculturalidade, tendo interesse particular pela extensão, que não é comum na Itália.

oral. Aqueles cantos de acento ancestral, executados por mulheres poderosas em uma antiga igreja, a *Cattolica*, que descobri ser um famoso templo grego-bizantino, me tocaram profundamente. Nas conexões tecidas nessa viagem, eu habitava a minha questão – ou me percebia atravessada intensamente por ela.

Naquela região marítima e fronteiriça do sul da Itália, acentuou-se a sensação de que precisamos aprender a tecer relações respeitosas não apenas entre humanos, mas com todos os seres, porque encontros constituem a marca mais potente das existências. Alianças afetivas como possibilidades para expandir modos de vida. Absolutamente tudo se conectava à minha questão-bússola, inclusive contemplar um pôr do sol magnífico à beira do Mar Jônico, imaginando os tantos encontros (bons e ruins) entre povos diversos que se produziram e se produzem ali ou me emocionar com árvores próprias da zona mediterrânea. Exercitei o modo "abertura" intensamente no giro e me dou conta de que essa narrativa me coloca frente a frente com discussões metodológicas: um corpo em circulação a experimentar efeitos de encontros casualmente tecidos. Chego, assim, bem remexida, em Bolonha, capital da Região Emília-Romana.

*"Non siamo mai scesi da Marco Cavallo!"* (Nunca descemos de Marco Cavallo!) é a frase que escolho para fazer a passagem para as intensidades vividas em Bolonha que, como adiantei, tiveram uma mão forte da disponibilidade de Augusta em abrir caminhos. Essa frase foi dita por Ivone Donegani, psiquiatra aposentada que me recebeu em sua casa, em pleno domingo – o primeiro dia de 2023, lembro bem –, para me contar sobre o Projeto Regional Teatro e Saúde Mental, de que participa há anos e com o qual se afina tanto que se mantem a ele vinculada. Atentou, sim? *Marco Cavallo* reapareceu...

Eu vi os olhos de Ivone brilharem ao falar do projeto e das conquistas que percebia nos usuários e usuárias que dele participavam, como atores e atrizes, e não como pessoas com problemas psíquicos. Havia seleção, ensaios regulares, o compromisso com a realização de um trabalho de excelência, guiado por um diretor de teatro, Nanni Garella. Desdobrou-se, assim, a montagem de vários espetáculos de peso, apresentados em vários espaços, incluindo o charmoso teatro da cidade, Arena do Sol. Ivone contou a história com orgulho e destacou que não se tratava da oferta de um espaço de terapia, mas um trabalho e, assim, configurou-se como modo de ampliação da vida de quem o integrava. Era maravilhoso poder conhecer a experiência da reforma em outros locais da Itália. Marco Cavallo cavalgava... Itália e mundo.

Quando busquei Augusta, por mensagem de WhatsApp, estando ainda no sul da Itália, indiquei meu interesse pela formação e destaquei que buscava conhecer

projetos que utilizavam a arte com instrumento, pois nisso identificava uma base arrojada para a produção de cuidado. Isso direcionou suas articulações: buscou possíveis interlocutoras que trabalhassem em projetos na interface arte/saúde mental. A ativação do sensível se afirmava, para mim, como uma flecha fundamental para o aprofundamento da temática da formação e isso se evidenciou quando eu falava de minha questão às pessoas. Como horizonte: uma formação comprometida com a ativação do sensível; uma educação pelo sensível, que reconhece a complexidade de cada ser, incluindo o que não se pode explicar; uma formação que valoriza a experiência como dispositivo de transformação. Dentro disso, a arte, ferramenta comumente usada em processos de cuidado em Saúde Mental e de construção de outras relações sociais com o que se chama de loucura, entra no debate em sua potência de ativar o corpo, pelos caminhos do sensível, surpreendendo, instigando, fazendo tremer.

As experiências na Região da Emília-Romana destacam a interface arte/saúde mental, sendo uma aposta forte, pelo que pude escutar no encontro com Augusta e Gabriella Gallo, uma psicóloga em atividade na rede local. Quase sinto a mesma a ansiedade experimentada naquele momento e retomo a cena a partir do fragmento de uma carta escrita a Augusta:

> *Dou-me conta, enquanto escrevo, que a passagem por Bolonha aconteceu bem no meio deste giro além-mar e me vem a tentação de escrever "nunca por acaso". Relendo este escrito, percebo que mais acima usei a expressão "não à toa", que é um sinônimo... Interessante. Cedo à tentação de usar a expressão, mesmo sabendo que é uma expressão problemática, ou seja, que requer posicionamentos. Acontece que Bolonha foi mesmo um porto, que me permitiu descansar os pés da caminhada, ao mesmo tempo em que colhi experiências incríveis nos encontros feitos. Eu chegara vinda diretamente do Sul da Itália, que percebi tão avizinhado ao meu pedaço de sertão, em vários aspectos, inclusive o da paisagem. Também rememorei aqui uma cena do nosso encontro no "Il Rovescio", local sugerido por Gabriella Gallo, em que Ilenia (a D'Attis), minha amiga psicóloga, anfitriã no meu giro no sul da Itália, também esteve. Formamos um quarteto animado pelos debates em torno da formação de profissionais para a produção do cuidado, com ativação do sensível. (...) Ah, preciso retomar a questão que me move, a minha questão-bússola, e o farei... Mas só um instante, ainda. Preciso lhe descrever esta cena.*
>
> *Chegamos antes de vocês no restaurante e indicamos que havia uma reserva no nome de Gabriella Gallo. Logo na sequência começa a tocar uma deliciosa música brasileira, o que me surpreendeu. Na primeira oportunidade, perguntei a Pasquale, o gerente: "Como assim?" e ele respondeu: "Nunca por acaso!". Eu não poderia perder esse trocadilho... Ele sabia que eu era brasileira, pois Gabri o havia avisado. O acaso pode ganhar incríveis sentidos, até aqueles*

> *matizados por um quê de magia, a partir da porosidade de quem está atento e sintonizado aos fluxos e confluências, revelando-se a força tentadora (e ilusória) do "tem que ser". Mas penso que se trata, a rigor, de destinação, como rumo continuamente produzido nas existências. Dou-me conta de que este é um ponto importante no âmbito da discussão sobre produção do cuidado. Então, aquele nosso primeiro encontro tinha que ser ali e como foi... Eu precisava encontrar vocês. Tinha que ser, com a força das confluências que se apresentaram.*
> (Fragmento de carta escrita a Augusta, enviada por email, já do Brasil, em 07.03.2023)

Escrever cartas é um modo que experimento para comunicar algumas das linhas soltas que constituem a intensificação de minha produção de vida ao longo desse pós-doc e me senti estimulada a isso a partir da leitura do livro "A perda de si", uma coletânea de cartas trocadas por Antonin Artaud, uma grande referência do teatro, que exerce um fascínio em mim. Esse livro caiu em minhas mãos “por acaso”, mas sua função intercessora não foi “um acaso”.

Mas, voltando... Gabriella atualmente coordena a equipe de psicologia de Bolonha. No nosso encontro, contou de como o Projeto Teatro e Saúde Mental tinha se constituído, chegando ao formato atual. Ela é parceira de Ivone, e foi muito bom poder ouvir também dela a história do projeto, com o bônus de me deparar com uma Augusta, também ouvinte, extremamente atenta e curiosa, mesmo tendo acompanhado todo o processo e inclusive feito um trabalho de avaliação dos seus efeitos. Eu experimentava a força que há em narrar uma trajetória vivida, na relação direta com a produção de memória e possibilidades de continuidade. Em alguns momentos, as duas escapavam para conversas específicas, fazendo articulações de trabalho, empolgadas com o papo e o encontro, dado que há tempos não se viam. Eu estava também sendo intercessora de algo ali e perceber isso me agradava.

A marcação de que o projeto de teatro não é percebido no campo da terapia e da clínica, reenfatizada por Gabriella, se evidenciou para mim. Extrapola tal enquadre e se conecta com o campo do cuidado, redimensionando a existência de quem nele se envolve, inclusive dos profissionais. Esse é um ponto axial e nevrálgico, que aparece com força na proposição italiana da desinstitucionalização: desmontar um aparato (manicomial) implica inventar outros modos e, mesmo, objetos, que não podem ser as pessoas de que se pretende cuidar, demandando aguçada leitura da complexa realidade social em que se produz o sofrimento, invariavelmente enraizado em uma existência, que se perfila em contexto específico. Produzir cuidado na relação com uma existência que sofre – talvez o legado mais potente da reforma italiana e, ainda hoje, dificílimo de compreender e operar, dadas as capturas por modelos reducionistas na produção de cuidado, como é o

organicista, que se requinta no contexto neoliberal predominante na organização mundial, em particular aliança com a indústria farmacêutica.

Ainda que o dispositivo teatro tenha sido enfatizado no que pude conhecer, tive uma rápida degustação das várias experimentações feitas em projetos variados, em geral com mediação de recursos artísticos.

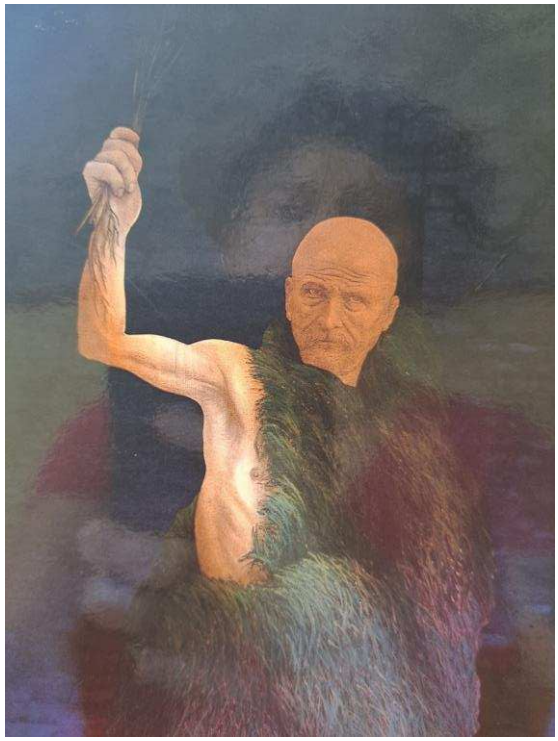
> Em nossa conversa em frente ao lindo painel de Gino Pellegrini, em uma sala do Roncati, o antigo hospital psiquiátrico onde você fez uma parte de sua formação e trabalhou por um bom tempo, você destacou que as inovações no campo da Psiquiatria – que por sua própria dureza, sempre também convocou a reinvenções – são pouco reconhecidas. Aquelas que se relacionam à interface Saúde Mental/Arte são ainda menos reconhecidas, embora produzam uma expansão imensurável na vida de quem participa desses projetos.
> Seus olhos brilhavam ao me apresentar algumas das iniciativas sonhadas e operadas nessa interface na Região Emília-Romagna, com destaque às mostras relacionadas ao Projeto Crisalide. Eu, ao escrever, fico só a me imaginar vestindo o manto de erva idealizado por Gino. Você não abandonou esse manto. E nós nunca descemos de Marco Cavallo, como destacou Ivone no papo que tive com ela.
> (Fragmento de carta escrita a Augusta, enviada por email, já do Brasil, em 07.03.2023)

Era uma sala do ex-Hospital Psiquiátrico Francesco Roncati, transformada em auditório. Ali se preservava, parcialmente, um belo painel pintado por Gino Pellegrini, um artista parceiro das várias mostras de arte realizadas na região, como estratégia de promover o debate sobre saúde mental e a construção de redes de cuidado nas comunidades. A obra de arte retratava um muro vazado e me impressionou. Augusta foi me contando de sua trajetória como psiquiatra e gestora, dos diversos projetos realizados com aposta na potência da arte como ferramenta mobilizadora e me apresentava livros que registravam essa trajetória. Produção de memória... Saí de Bolonha presenteada com um conjunto precioso de livros para degustar.

Em um deles, uma figura exerceu sobre mim uma atração, o *Homo salvatico*: um senhor, recoberto por um manto de grama e segurando no braço esquerdo um tufo de grama, que olha quem o olha de modo penetrante, com quem quer anunciar algo muito importante. Talvez o absurdo da constituição do paradigma psiquiátrico como aparato de controle do que não cabe nas normas. Augusta me conta que a obra foi composta por Gino a partir de uma foto tirada de um senhor internado no então manicômio da cidade de Imola. Ele não apenas montou a imponente instalação como confeccionou um manto de grama, que podia ser vestido por quem circulava na mostra.

*O homo salvatico* e *O homo salvatico e eu, no reflexo*



Antes de iniciar aquele papo, a gente tinha saído de uma conversa animada, em que o tema da formação de destacou, como uma via de enfrentamento do intenso processo de medicalização e centralidade do poder médico, aspectos também lá presentes e reconhecidos como dificultadores. No debate, entrou a consideração da potência de ferramentas artísticas, nas suas mais variadas linguagens, para ativar o sensível em cenários de cuidado e formação. Seria o teatro mais mobilizador? Diante daquela pintura na parede e da figura do homem com o manto de grama, reafirmou-se em meu corpo a compreensão de que a potência de mobilização não está relacionada diretamente a um tipo específico de linguagem.

Senti igual emoção diante de outra obra de arte ao visitar a sede da *Insieme a noi* (Junto a nós), em Modena, uma associação de usuários e usuárias, familiares, amigos e voluntários. Peguei um trem de Bolonha e fui recebida por Tilde (Arcaleni). A cena: depois me tentar me situar na estação, consigo finalmente encontrá-la. Eu dependia totalmente de *wi-fi* e me guiei pela foto no *WhatsApp*. Finalmente nos encontramos. Ela estava com seu filho, Sesto, que é usuário da rede de saúde mental, bastante falante, e fomos de carro para a sede da associação. No caminho, Sesto tentava me mostrar a cidade e contar do que fazia na associação, em um fluxo de fala veloz e estonteante e ainda mais desafiante para quem aprendia a língua. Tilde temperava a conversa, me mostrando locais importantes na cidade, inclusive

aqueles marcantes para a realização anual da Semana dos Loucos (Mat). Chegamos e me deparei com uma pintura enorme e bem expressiva de, adivinhem, *Marco Cavallo*, na parede da sede. Foi uma tarde agradável com um grupo de pessoas ligadas à *Insieme a noi*, com intensas conversas, que renovaram em mim a aposta nas redes de mobilização comunitária. Na carona de volta à estação de trem, Giorgio, integrante da associação, me falava de seu interesse por Gramsci, cujo conceito de intelectual orgânico me encanta. Mas isso, definitivamente, é um outro capítulo!

Marco Cavallo na sede da *Insieme a Noi,* em Modena



Eu também tive a chance de conhecer um pouco da VOLABO, um Centro de Serviços para o Voluntariado, na cidade de Bolonha, a partir de conversa instigante com Cinzia Migano, que destacou a versatilidade que pôde produzir em seu modo de atuação profissional pelas várias experiências vividas e isso me parece uma característica bem importante para quem trabalha no campo das políticas públicas. Cinzia é filósofa e foi parceira de Augusta em vários projetos na rede de saúde mental, tendo um compromisso com a análise das experiências vividas, sendo um dos seus interlocutores Merleau-Ponty. Encruzilhadas deliciosas!

Em poucos dias, os rodopios se intensificaram na agenda em Bolonha. Eu me ativava a cada encontro, pela conexão com pessoas que apostam na introdução de

diferença, que não se deixam dobrar pelas durezas das burocracias e ousam. Senti-me estimulada a produzir mais sentido para a minha intenção de seguir aprofundando a reflexão-sentinte sobre modos de formar pessoas para o trabalho da saúde mental.

**Sobre sustentar a travessia em movimento contínuo:**
**“vamos correr pra outra margem?”**

Estar além-mar foi uma etapa fundamental do meu périplo investigativo. Em terra ainda mais estrangeira para mim, reafirmei a importância do que tenho considerado ser a questão da minha vida, no âmbito profissional, conectando-se com tudo o que venho sendo: como apostar na formação de operadores e operadoras para a produção do cuidado pela ativação do sensível e reconhecimento dos efeitos da colonização (e marcadores sociais) na gestação de sofrimento?

São tantos fios a atravessar essa questão, que volto a insistir na importância de compreensão da teia complexa de ser vivente no mundo como algo sempre em movimento – cada mirada é sempre provisória. Em trânsito na Itália, pedaço da viagem que sustentou esse canto, conheci pessoas que incorporam, no trançado de suas existências, a dimensão de sonho e luta, produzindo outros possíveis na ação cotidiana.

Um ponto fundamental é o refinado debate acerca da potência de extrapolar o enquadre "clínico", com repercussões na formação e produção do cuidado. Enquanto escrevo, penso no vigor de experiências no Brasil que assumem esse caráter mais arrojado, indo na contramão de um processo que parece imbatível, mas não é: a medicalização da vida. Ir na contramão requer encarar a vida e respeitá-la em suas multiplicidades, em vez de tipificá-la, o que sempre a empobrece. O mantra reverbera: “cuidado é algo mais amplo e implica produzir mais vida na vida vivida". Simples e complexo, ao mesmo tempo.

A partir da encomenda original, esse seria o relato da missão de uma brasileira visitando a Itália para "escavar", no sentido de mergulhar mais, no mais significativo modelo de inspiração brasileira da reforma psiquiátrica. Como escrito, que aquele belo país tenha entrado necessariamente no roteiro em função de suas fundamentais experiências de reforma psiquiátrica – e preciso destacar esse plural – é fato, porém o horizonte maior era acessar filigranas de inovação presentes nas teias de conexão engendradas.

Na circulação, a questão em torno do que se compreende como arte tomou um lugar de destaque no modo como eu me apresentava aos encontros. Arte é

criação, como também o é a filosofia e a ciência, como destacam Deleuze e Guattari, mas tem essa conexão particular com a ativação do sensível. Arte na relação com a ativação do sensível: qualquer coisa que nos ative e nos lembre que somos mais que "cérebros andantes", dado nossa condição de seres viventes lançados em múltiplas conexões. De algum modo, isso convoca a reconhecer a complexidade da condição de vivo, e mesmo o seu mistério, sem reduzi-la a um fio explicativo único ou a polaridades, como mente/corpo. Arte e sensível: dois fios conceituais – ou experienciais – que se provocam mutuamente... Que formação é necessária e possível a partir de uma tal compreensão?

Em meus encontros em Trieste e Bolonha, a aposta na prática artística se destacou como ferramenta fundamental nas experiências de construção de cidades e comunidades que conseguem se ocupar e cuidar de quem apresenta uma condição de crise psíquica. O que é tomado como loucura fala de uma dada organização social e, assim, precisa ser compreendida em toda a sua complexidade, o que inclui a leitura do pertencimento em um mundo talhado pelo viés colonizador, base do capitalismo, que atualiza permanentemente suas vestes.

Afinal, finalizo este canto, que batizo de diário cartográfico errático e mosaicado. Ao tocar a minha pele, sinto a inscrição de uma extensa e descontínua tatuagem: ela tem contornos fronteiriços, cores múltiplas e traços acentuados pela alegria de encontros com pessoas que seguem apostando que vale a pena seguir galopando nos lampejos da fantasia-real de Marco Cavallo ou vestindo um belo manto de grama. A aposta comum: importa formar e cuidar não para produzir iguais, mas para ampliar espaços para a produção de outros cantos, cantos de experiência.

Formar e cuidar são processos que precisam preservar características singulares e jamais "*prêt-à-porter*", o que demanda “sair do esquema”. Recorro a versos de Gino Pellegrini, vinculados ao registro da exposição guiada pela imagem do *Homo Salvatico*. Eles me emocionaram profundamente e parecem um belo manto para que eu aqui encerre a escrita e me cale, ainda que sinta, pulsante no que sou, um corpo-multidão, prenhe de tanto a dizer:

> No prado de grama onde nasci,
> minhas lembranças crescem através da minha pele.
> Elas são verdes. Têm raízes.
> Protegem-me do frio, do calor e do medo da solidão.
> Vista-se de lembranças para que ninguém se esqueça de você.

**Referências:**


Barros, M. de (2010). O livro sobre nada. In _____ *Poesia completa*. São Paulo: Leya.

Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 14 (Physis, 2004, 14(1)), 41–65. https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004

Deleuze, G. (2010). Os intercessores. Em: DELEUZE, Gilles. Conversações. (2. ed., p. 155-172). São Paulo, SP: Editora 34, 2010.

Deleuze, G. & Guattari, F. (2011) Introdução: rizoma. In *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. (Tradução de Ana Lúcia Oliveira, Aurélio Guerra Neto e Celia Pinto Costa, V. 1. 2ª ed. Coleção Trans, p. 17-49.). São Paulo, SP: Editora 34.

Deleuze, G. & Guattari, F. (2010) *O que é a filosofia?* (Tradução de Bento Prado Jr. E Alberto Alonso Muñoz, 3ª ed. Coleção Trans). São Paulo, SP: Editora 34.

Kopenawa, D. & Albert, B. (2016) *A queda do céu*. São Paulo, SP: Companhia das Letras.

Krenak, Ailton (2022). *Futuro ancestral*. São Paulo: Companhia das Letras.

Larrosa, J. (2015) *Tremores: escritos sobre experiência*. (Trad. Cristina Antunes; João Wanderly Geraldi. 1ª ed.). Belo Horizonte, MG: Autêntica Editora.

Lispector, Clarice (1998). *A hora da estrela*. Rio de Janeiro, RJ: Rocco.

Lobosque, A. M. (1997*). Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. São Paulo, SP: HUCITEC.

Machado, L. D. & Lavrador, M. C. C. (2001). Loucura e Subjetividade. In, Machado, L. D. & Lavrador, M. C. C. (orgs.) *Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. (p. 45-58) São Paulo: Casa do Psicólogo.

Merhy, E. (2002). Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo, SP: HUCITEC.

Morato, H. T. P. (1999). *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa*: novos desafios. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Migani, C. & Nicole, A. (org.) (2013) Il prato d'erba e la mia pelle. Istituzione Gianfranco Minguzzi. Provincia di Bologna.

Nietzsche, F. (2008). *Humano, demasiado humano*. São Paulo, SP: Companhia das Letras.

Rolnik, S. (2018). *Esferas da insurreição: notas para uma vida não cafetinada*. São Paulo, SP: N-1 edições.

Rotelli, Franco (2021). L'istituzione inventata. In _____ *Quale psichiatria?* – taccuino e lezioni. A cura di Agnese Baini. Merano, Italia: Edizioni alpha beta Verlag.

Santos, A. B. (2015). *Colonização, Quilombo: modos e significados*. Brasília: INCTI; UnB; INCT; CNPq; MCTI.

Serres, M. (1993). *Filosofia mestiça – Le tiers-instruit*. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira.

# MOVIMIENTO LOCO:
# SABERES COLECTIVOS, SABERES COMPARTIDOS
## ITINERARIOS Y CONTRAHEGEMONÍA PARA UNA REFORMA CONTINUA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL.[1]

Martín Correa-Urquiza

Un lunes catorce de marzo Borja se bajó los pantalones. No en sentido figurado, sino literalmente se bajó los pantalones. Se puso de pie en medio de una asamblea en la que participaba por primera vez junto a unas 35 persona que no conocía, y sin pensarlo se desnudó. Dio un par de vueltas en redondo como dejando bien claras sus intenciones mientras argumentaba que habían sido "las voces" las responsables de todo. "A mí las voces me dicen que haga eso", decía mientras volvía a sentarse en el círculo como si nada hubiese sucedido. La asamblea es uno de los espacios de reflexión de Nikosia[2] (Correa-Urquiza: 2023) en donde se piensan y preparan los programas de radio; una suerte de semillero para el germinar de las ideas, un espacio de construcción colectiva de contenidos que luego dan forma al programa radiofónico en directo que se emite cada miércoles. A la asamblea se había acercado Borja por primera vez, llegó junto a su padre. Acababa de salir de un ingreso psiquiátrico con un permiso de unas horas. Segundos antes del episodio, Micaela, una de las compañeras del colectivo, estaba presentando la idea central para elaborar un programa sobre "la falta de opciones y posibilidades para la des-continuación de la medicación psiquiátrica". Cuando Borja volvió a sentarse Micaela lo miró con cierta ternura y le preguntó:

– ¿Todo bien? ¿Continuamos con el tema del programa?
– Si, si, por favor. Contestó Borja mientras se atrevía a opinar sobre lo que estaba tomando y lo dormido que pasaba los días.
– Un zombi soy a veces, un zombi de tanta pastilla. Dijo ya sentado.

[1] Este artículo es parte del proyecto de investigación titulado "Hacia un archivo de la memoria histórica de las luchas y reivindicaciones sociales del movimiento loco en Catalunya" llevado a cabo desde el grupo de Antropología de la locura del Instituto Catalán de Antropología. Una primera fase/parte de este proyecto comenzó a hacerse efectiva con 16 entrevistas en profundidad realizadas durante el 2022 en Cataluña y una aproximación etnográfica a las principales entidades y colectivos en 1era persona a partir de una ayuda recibida en el marco del proyecto "Red del Observatorio del Patrimonio Etnológico e Inmaterial – Programa de actividades y proyectos 2022" del Instituto Catalán de Antropología (Núm. de expediente: CLT051/22/000015), vinculada al 'Observatorio del Patrimonio Etnológico e Inmaterial, (OPEI) Cataluña.

[2] Nikosia es la primera radio en el estado español realizada por personas en tratamiento psiquiátrico. www.radionikosia.org

La asamblea continuó como si aquello formara parte de las posibilidades del acontecimiento en la rutina del cotidiano *nikosiano*. Como si eso que había sucedido fuera parte de una normalidad consensuada, como si en la liminaridad construida colectivamente en el espacio seguro de la asamblea, desnudarse fuese una de las tantas opciones o maneras de estar. Cinco minutos después, cuando el debate se activaba, Borja volvió a levantarse. Volvió a desnudarse.

"Es que las voces me dicen que lo haga", repetía mientras se bajaba los pantalones como sufriendo su desnudez, como sintiéndose preso de un mandato que no podía controlar. Se colocó nuevamente las ropas y regresó a su sitio. Su padre no sabía cómo contenerlo, como detenerlo, ni sabía si debía detenerlo. Se lo veía contrariado, preocupado por lo que interpretaba como una "exhibición" incomprensible por parte de su hijo. Entonces Marta se puso de pie y caminó hacia Borja. Temblando. Marta tiembla por los nervios y el exceso de la misma medicación de la que algunas veces quiere librarse. Se acercó a Borja, lo miró a los ojos y le preguntó.

– ¿Porque lo haces? ¿Porque crees que tienes la necesidad de hacerlo?
– Para follar, contestó Borja mientras volvía a vestirse y a sentarse.
– ¿Y te da resultado? ¿Crees que es una forma de conseguirlo? Consultó Marta amablemente.
– No. Asumió Borja y bajó los ojos. Sonrío asumiendo el absurdo.
– ¿Y entonces..? Preguntó Marta. Eso que tú tienes ahí lo tienen todos los hombres aquí, y no nos sorprende. No es novedad. Ya lo hemos visto muchas veces.

Borja se quedó pensativo, buscando respuestas, buscando preguntas. Marta miró a la asamblea, contactó visualmente con Mica. David apoyó la acción de Marta, todos allí apoyábamos la acción de Marta, la de Mica.

– Es bueno preguntarnos porque hacemos ciertas cosas. Aunque no sepamos las respuestas. Completó.

La reunión se reanudó, Marta pidió permiso a Borja y retomaron el tema. Tres minutos después el muchacho interrumpía el espacio nuevamente, se ponía de pie en el centro de la asamblea y se desnudaba.

– ¡Es que me gusta ella!!! Dijo señalando a una compañera que quedó paralizada sin saber que responder. Y entonces Mica se levantó, Marta la acompañó y entre ambas le pidieron a Borja que se sentara, que había traspasado un límite.
– ¡Las relaciones no se construyen así! dijo Mica certera y mirándolo a los ojos. Y continuó.

– No puedes ir por la vida interpelando y desnudándote ante la gente. Piensa que aquí te hemos escuchado, te hemos esperado, te hemos atendido y hemos comprendido y acompañado tu necesidad. Te hemos acogido y dado un lugar.

Con cada palabra, mientras hablaba, Mica miraba a la asamblea; de alguna manera se sostenía en las compañeras, en los compañeros que le devolvían la mirada y asentían con la cabeza. Sabía que no estaba sola afirmando lo que afirmaba. No lo estaba. Se la veía fuerte, erguida, hablando con precisión y claridad. Con ternura. Marta asentía con la cabeza, David, María y el resto de las participantes, acompañaban el proceso en sus sillas pero con los cuerpos inclinados hacia adelante. Como señalando una intencionalidad de grupo, una posición de grupo, una atención al cuidado, al acompañamiento y al límite construido colectivamente. Una predisposición atenta a lo que estaba sucediendo.

El padre tomó a Borja del brazo y explicó que quizás era momento de marcharse, que aquello ya había ido demasiado lejos. Se levantaron y abrieron la puerta de la sala mientras el grupo entero de la asamblea, las 35 personas casi a coro comenzaron a decir en voz alta…

– No es necesario!!! No es necesario que se marchen!!!! Podemos seguir intentándolo.
– Puedes quedarte, claro que sí. Si tú quieres, aquí estamos. Confirmó Micaela mirando al grupo y mirando a Borja. Todos volvieron a sus asientos.

Borja no comprendía la reacción colectiva. Empezó a decir que le daba igual, que él siempre “iba a su bola”, que estaba sólo, que siempre había estado sólo y seguiría estándolo.

– Pero has llegado hasta aquí. ¿No? Preguntó la asamblea. Quisiste venir y al parecer, quieres seguir estando. Quizás hay algo que te interesa de lo grupal. Pero como sabes, lo grupal implica ciertos consensos y uno necesita estar atento, atenta, a las necesidades de los otros para poder crear esos consensos.

Entonces Borja bajó la mirada y pidió perdón. El padre pidió perdón. Entre los dos comenzaron a agradecer al grupo. El padre abrazó a su hijo.

– Es la primera vez, qué al desnudarme en público no se me tiran encima para neutralizarme, atarme, pincharme. Dijo casi susurrando. Es la primera vez que me preguntan porque lo hago, que puedo pensar en porque lo hago y puedo pensar en los límites de lo que hago para no dañar a otros.
– ¡No quise asustarte! Le dijo a la muchacha a quien había señalado y que estaba, efectivamente un poco asustada.

Borja agradecía y volvía a agradecer el espacio. Respiraba profundamente. El padre lo abrazaba y agradecía. El grupo observaba, se observaba, todos se veían en Mica, en Marta, en David. Todo se sabían parte de lo que había sucedido. Había un cierto brillo de orgullo, mezclado con susto, incertidumbre y certeza de que algo bonito había ocurrido allí esa tarde. El tema elegido para el programa se terminó de construir, de pensar colectivamente y se dejó listo para la articulación del programa que tendría lugar dos días más tarde. Incluso Borja participó en esa construcción. Ya no volvió a desnudarse. Al terminar la asamblea, él y su padre volvieron a agradecer, pidieron permiso y se marcharon. Tenían que volver al Centro de Salud Mental para la hora de la cena. Entre todos, todas comenzamos luego a elaborar la situación, a integrarla, metabolizarla. La clave había estado en la trama, en la construcción de un espacio colectivo, articulado a partir de las experiencias vividas durante años, de los mundos vitales encarnados como resultado del sufrimiento psíquico, los diagnósticos médicos y los procesos de psiquiatrización consecuentes.

Un espacio en el que sus miembros llevaban ya un tiempo pensando y actuando juntos para potenciar y multiplicar sus capacidades de agencia. La clave, había estado también en la capacidad colectiva de empatizar con la situación de Borja, darle lugar, acogerlo para incluso, en algún momento poner un límite desde la certeza y la ternura. La clave había estado en la priorización del vínculo como pieza fundamental para la construcción de espacios de cuidado, había estado en la capacidad permeable que tiene y tuvo el grupo para poner en movimiento el saber situado (Haraway:1991), el saber profano (Correa-Urquiza:2017) de sus propias experiencias sensibles y reconocer y reconocerse en el otro. En este caso, en Borja. De ahí el tipo de respuestas, el tipo de cercanía y calidez. María repetía que en cierto modo habíamos sido como los pájaros que ante el viento de una tormenta, cuando el aire les vuela el nido, se agrupan, se quedan juntos, pegados unos a otros para sostenerse mutuamente. Así hacen frente a los huracanes. Y por allí había pasado un pequeño huracán. Pero en lugar de expulsarlo, de censurarlo, sancionarlo, detenerlo, el grupo había sabido dar un lugar, contener con la hospitalidad radical de quien sabe del sufrimiento del otro por, en algún momento, haber estado allí. Había sabido explicar los encuadres necesarios para lo grupal y dar cuenta del abanico inmenso de las posibilidades que abre lo colectivo como dispositivo activo de cuidados.

## Sobre el saber profano y el Movimiento Loco

En el ámbito de esto que hemos dado en llamar “salud mental”, el saber profano que es en tanto resultado de la experiencia vivida sumado a la fuerza de la tramatización de singularidades en lo colectivo, posibilitan el emerger de acciones transformadoras. Decíamos en un artículo anterior (Correa-Urquiza: 2017) que el saber profano… “no es solo un relato de lo sufrido, sino la base misma a partir de la cual se construye el sentido de lo vivido y las posibles estrategias derivadas para un mejor estar.”

Y continuábamos: “Hablamos, por lo tanto, de la existencia de una capacidad de agencia en los sujetos (Pizza:2005) que deriva de un cierto *habitus* (Bordieu:1988) y define y articula prácticas de autoatención (Menéndez:1984) que son y pueden ser conceptualizadas para formar parte de los itinerarios de recuperación.”

Es ese universo último de saberes y capacidades de acción tejidos por la experiencia encarnada (Correa-Urquiza: 2015) que se puso en acto durante la asamblea nikosiana. La palabra “profano” nos permite aquí evidenciar y analizar la realidad de esos saberes frecuentemente velados por el cotidiano asistencial pero existentes. Es decir, hablamos por un lado de los condicionamientos asociados a una clase particular de formas de existencia y, por el otro, de lo que de ello se deriva en términos de producción de sentido y acción individuales y colectivas de la llamada locura; saberes que se desenvuelven o que residen latentes bajo circunstancias de negación y ocultamiento y que, de alguna manera, se constituyen como una dimensión del conocimiento que pone en evidencia el carácter, en ciertos aspectos, sacro del pensamiento científico.

Y continuábamos en aquel ensayo breve: “Adicionalmente, entendemos estos saberes como profanos porque en su insistencia se articulan como la dimensión de algún modo *hereje* con relación al saber institucionalizado, a aquel que ha ido naturalizándose como el *sentido común* en nuestro contexto. Lo profano interpela las prácticas naturalizadas de la cotidianeidad asistencial, y no ha dejado nunca de manifestarse a través de sus rebasamientos, sobrepasando obstáculos teóricos y físicos para lograr conformarse, atreverse, articularse, enunciarse, materializarse. A este respecto, es necesario observar que la complejidad de pensar la cuestión de los saberes profanos se relaciona con la posibilidad de aceptar que esos saberes no son solo aquellos que quiebran el molde o subvierten lo dado, sino que también residen en el ámbito de la micropolítica de las resistencias y victorias sobre lo impuesto. Estos saberes suelen encontrar en lo comunitario y más allá del ámbito

estrictamente biomédico, el contexto descolonizador que permite su emergencia, desarrollo y articulación; contextos de posibles para el germinar de esos otros conocimientos posibles."

En este sentido, la lucha por el reconocimiento social (Fraser:2008, 2006)) de dichos saberes, puede entenderse como uno de los pilares en las demandas que actualmente se están produciendo desde el Movimiento Loco en España. Es, de hecho, una las reivindicaciones fundamentales en la búsqueda de una construcción simétrica de los cuidados y de los itinerarios y prácticas de recuperación en el campo del sufrimiento psíquico. El Movimiento, del cual forma parte Nikosia entre otras entidades, colectivos y asociaciones es un cuerpo de resonancias no uniforme ni homogéneo. Es más bien una instancia de reverberaciones mutuas sin unidad jurídica, fundamentada en la reivindicación de derechos y en la recuperación de una cierta legitimidad para nombrarse, pensarse y articular modos y estrategias hacia un mejor estar que superen la unidimensionalidad del paradigma biomédico. En Catalunya comenzó a gestarse hace más de 20 años y en la actualidad son más de catorce agrupaciones que nuclean a más de mil personas. Personas que han atravesado diferentes procesos de psiquiatrización y que buscan un lugar legítimo de enunciación, un espacio de justicia para la recuperación de derechos y abogan por visibilizar las violencias constantes que aún persisten en la atención a la salud mental comunitaria en el territorio y que son en parte resultado de las herencias del período manicomial. En síntesis, el Movimiento loco es una instancia y proceso de recuperación y activación de los saberes profanos como parte esencial en la construcción de los cuidados, un espacio de contrahegemonías y resistencia, de politización del sufrimiento vivido.

## La Reforma como proceso

Suelen decir en Trieste, aquella ciudad italiana que linda con Eslovenia, que la Reforma psiquiátrica es como viajar en bicicleta; no es posible dejar de pedalear. Es fundamental mantenerse en un movimiento constante para no perder el equilibrio. Y caer. La Reforma, entonces, es un proceso continuo y continuado, no un lugar de llegada ni un horizonte definitivo, sino una circunstancia flexible, porosa, una instancia que transcurre en el devenir de las relaciones entre sociedad y la llamada locura. Es un posicionamiento político, una pregunta constante y atenta para no reproducir las violencias que los modelos manicomiales persistentes ejercen y han ejercido históricamente sobre las personas con sufrimiento psíquico diagnosticado. La Reforma se concretizo en España a partir de una ley nacional de 1986 que

buscaba transformar las circunstancias de opresión y las estrategias de cuidado herederas de las lógicas asilares crecidas al amparo de las imposiciones franquista. Sin embargo, tal como nos recuerda Manuel Desviat, psiquiatra de referencia en el proceso de reforma español, aquí este acontecimiento no puede leerse en términos de revolución o ruptura con lo anterior, sino como “una transición pactada, cuidadosa con los poderes psiquiátricos provenientes de la dictadura, que ocupaban las cátedras y las jefaturas de los hospitales clínicos.” (Desviat: 2016) Para Desviat la reforma no cambió las reglas del juego." (Huertas: 2020) Y estaba en lo cierto.

En sus orígenes la Reforma española se inspiró como muchas, en los avances de Trieste que derivaron de la Ley 180 (conocida como Ley Basaglia). En los años ´70 en Italia y a partir de lo que se consideraba un tipo de revolución y reformulación del campo de la atención en salud mental, se había dado el empujón inicial a todo un proceso de des-institucionalización que buscó entre otras cosas terminar con los centros de internación u hospitales psiquiátricos como espacios dominantes en las estrategias de respuesta y terapéutica en salud mental. El paradigma surgido en aquella ciudad italiana planteaba que en el psiquiátrico la persona era privada de su libertad y sus derechos tanto civiles como políticos, y que para combatir esa instancia no era suficiente con cerrar las instituciones, sino que se volvía necesaria la construcción de redes y servicios comunitarios que promuevan la salud desde una perspectiva que hiciera hincapié en aquellos derechos individuales y grupales. Este mismo enunciado, junto a una serie de políticas consecuentes, comenzaba a activarse casi de manera paralela en Gran Bretaña, Francia, Estados Unidos y Canadá. Fue una transformación que, al mismo tiempo, planteaba un cambio de perspectiva que incluía la modificación en las relaciones psiquiatra-paciente y la necesidad de realizar, en paralelo, un trabajo para de-construir el estigma y mudar la mirada social sobre el sufrimiento psíquico.

Al estado español esa reforma llegó con ciertos matices y ya entrados los años 80. Aquí, la descentralización de la salud mental hizo que las distintas comunidades avanzaran de manera dispar en la elaboración de las redes y servicios alternativos a los hospitales. Particularmente en Cataluña, se fue logrando un importante grado de desarrollo a partir de la creación de una red extensa de dispositivos asistenciales que funcionan de manera aparentemente interconectada y que incluye Centros de Día, Hospitales de Día, Centros de Inserción Laboral, Centros de Formación, Hogares asistidos, etc. Sin embargo, con el pasar de los años se fue evidenciando que aquellos movimientos como afirmaba Desviat, no significaron una transformación profunda en los modos de articulación y en el marco de referencia desde el cual se construyen los dispositivos de salud mental y se generan las

prácticas de atención y cuidado. En general, en la actualidad se pondera la infraestructura, se ha trasladado el esquema básico de las propuestas de la reforma a la comunidad a las que se le han sumado iniciativas específicas del contexto pero, sin embargo, pocas modificaciones ha sufrido el paradigma global desde donde se piensan las problemáticas mentales y los modos de dar respuesta a la aflicción. El modelo biomédico o también llamado Modelo Médico Hegemónico -según propuesta conceptual de Eduardo Menéndez (1992)- y su desarrollo en el campo de la psiquiatría comunitaria continúa en gran medida siendo el eje a través del cual se articulan las prácticas relativas a este ámbito de la salud. Al mismo tiempo, se trasluce una oposición a los debates transdisciplinarios, debates que deberían incluir entre otras cosas la versión subjetiva del sufrimiento de la problemática mental. Los saberes profanos. Es decir que se ha logrado un cambio *arquitectónico*, de *escenografía* ahora acomodada a un *deber ser* acorde a aquellos principios de transformación, pero, salvo en muy pocos casos, el funcionamiento intrínseco, lo relacionado a las formas de reflexionar y de vincularse con el sujeto de la locura aún carga en sus articulaciones ciertos remanentes que pueden pensarse como originarios de las lógicas interiores de los antiguos manicomios. Dicho de otro modo:

> En las sociedades contemporáneas, el campo de la rehabilitación psicosocial de los trastornos mentales severos, principalmente de las diferentes variedades de psicosis de curso crónico, viene unido a una curiosa paradoja: por un lado constituye una alternativa al modelo custodial clásico a partir de la creación de dispositivos externalizados y la puesta en práctica de iniciativas de tratamiento e inserción social de un colectivo que había visto reducidos -si es que no anulados- sus derechos de ciudadanía. Por otro lado, sin embargo, este mismo campo parece requerir de un esfuerzo continuado para no reproducir en los nuevos espacios asistenciales las inercias del modelo manicomial, como la exclusión, el estigma, la segregación, la vida tutelada y otras formas de confinamiento que operan tanto en el plano ideológico como en las prácticas sociales de los saberes expertos y populares. (Correa-Urquiza et al, 2006: 48).

Así, podríamos decir que quizás sea el momento de volver a pensar, siguiendo a Robert Castel, que una vez más:

> Hemos llegado indudablemente al final de un ciclo. Un modelo de intervención sobre los trastornos de la *psyché* establecido hace cerca de dos siglos, y que se había mantenido y enriquecido a través de sucesivas renovaciones, está perdiendo preeminencia. Eso no significa que dispositivos como el del sector psiquiátrico o el del psicoanálisis sean caducos o estén superados, sino que las innovaciones más significativas, las que comprometen el porvenir, no pueden ya pensarse exclusivamente dentro de tal filiación. (Castel, 1975).

Y en este sentido podríamos afirmar que hoy el Movimiento Loco surge y se instala como un desafío permanente a esa filiación que menciona Castel. Sus demandas materializan una propuesta de reforma permanente de la reforma. De alguna manera, la aparición del Movimiento loco nos obliga a revisar y repensar en clave de una ética transdisciplinar no sólo la naturaleza de los espacios en donde se articulan los cuidados, sino fundamentalmente las maneras a través de las cuales se construyen y articulan los vínculos y los itinerarios de recuperación en el ámbito de la salud psíquica. Dicho de otro modo, no puede haber reforma sin la participación activa del Movimiento Loco, sus saberes y posibilidades.

Rafael Huertas (2020), historiador de la medicina, recupera en un artículo reciente las ideas de Manuel Desviat:

> Reformar la reforma psiquiátrica implica, para Desviat, no solo soluciones técnicas, de organización de servicios, sino también una clara posición política e ideológica ante la locura y ante el sufrimiento humano. Entre las primeras, se propone una "clínica renovada" en la que la continuidad de cuidados, el acompañamiento terapéutico, la intervención en crisis, la hospitalización a domicilio y, por supuesto, la importancia de los equipos aparecen como elementos fundamentales. Pero, junto a todos estos dispositivos, se nos advierte de los riesgos de las etiquetas diagnósticas, siempre estigmatizantes, o de las iatrogenias de muchos tratamientos; y, frente a una psiquiatría basada en "evidencias", se aboga por una psiquiatría basada en narrativas."

Y al hablar de narrativas, no hace ni hacemos referencia sólo a la posibilidad de enunciación de lo sintomatológico, sino al hecho de hacer lugar para el emerger de los saberes profanos y promover su articulación junto a un concierto de saberes transdisciplinarios (Stolkiner:1999) que aboguen por un cuidado atento a la complejidad inherente al sufrimiento psíquico y social de la locura. El paso continuo de la Reforma precisa hacer lugar para que quienes han sido históricamente los objetos de la intervención puedan devenir sujetos activos en la construcción de las prácticas del cuidado.

## La emergencia del Movimiento Loco

Como decíamos, el Movimiento loco (Chamberlin:1997) (Huertas:2020) no puede entenderse como de construcción homogénea ni lineal, es más bien una suerte de archipiélago de asociaciones, entidades y colectivos que luchan por el reconocimiento de un lugar en el proceso de construcción de los itinerarios de recuperación. Si bien el movimiento se autodenomina “loco” y tiene en el día de la celebración del “orgullo loco” su principal momento de unión y articulación (Correa-Urquiza et al: 2020), no es un movimiento identitario, en el sentido clásico del

término, básicamente porque para un gran número de los participantes, no hay consenso sobre lo que significa la idea de una "identidad loca". Es un movimiento no esencialista, emergente, naciente, que busca la consolidación a partir de producir una suerte engranaje entre colectivos con el objetivo de transformar la situación actual. Un elemento interesante es el hecho de que existe una importante circulación de algunos participantes entre los distintos colectivos, es decir, hay personas que pertenecen a una o más entidades, que transitan de una a otra y participan de maneras variables mientras van tejiendo una cierta unidad conceptual en sus reivindicaciones y propuestas de cambio.

Para Jordi, uno de los referentes del activismo, se trata un movimiento aún tierno, una semilla hecha de otras semillas que poco a poco irán sumando. Una de las claves pasa por la transversalización de las luchas, por el reconocerse parte de un entramado mayor de violencias y opresiones sufridas por un lado, y en la construcción de caminos de diálogo y articulación compartida junto a profesionales del campo que estén dispuestos a cuestionar la idea del poder por el otro.

Según afirma Jordi en una entrevista reciente[3], el movimiento responde a una suerte de violencia estructural que sigue sosteniendo las prácticas. Afirma: "Desde el momento en que tu voz no importa dentro de un sistema de atención, o sea que a nivel mayoritario no se te tiene en cuenta, pues tú buscas que se te tenga en cuenta. Desde el momento en que se vulneran derechos y que no sientes que se te trate bien, tú necesitas con esta voz que tú tienes hacerte oír. Visibilizar toda una serie de historias de vulneraciones de historias de vida, de historias de marginalidad. Visibilizar cómo las formas de atención pueden llegar a marginarte en el sistema, cómo vulneran los derechos de forma múltiple. O sea, se quiere ayudar pero la forma de ayudarte a veces es pisándote"…"Entonces, cuando esto ocurre, hacer oír tu voz y decir lo que digo que se respete que se tenga en cuenta lo que tú piensas pues me parece importante."

Edgar, otra de las personas referentes afirmaba que el Movimiento "Parte de un sentir de personas que están convencidas de que las situaciones que se están dando en los contextos de atención o desatención son indignas. Creo que parte de una compasión humana al ver situaciones que, que son desgarradoras, que son injustas. Parte de alguna manera, de conmoverse por una situación y parten de compromisos de personas que, que deciden invertir su energía y su tiempo para transformar una situación real. Entiendo que se configura de alguna manera un pacto

[3] Se realizaron 16 entrevista a los principales referentes del Movimiento Loco a partir del proyecto mencionado: "Hacia un archivo de la memoria histórica de las luchas y reivindicaciones sociales del movimiento loco en Catalunya".

entre distintas personas para accionar de distintos modos, para transformar esas situaciones."

Y Marcos lo secundaba: "Es por esa pérdida de voz, por las vergüenzas de vivir con vergüenza, ¿Cuánto tiempo se puede vivir con vergüenza? ¿Se puede vivir toda la vida arrodillado asumiendo la idea de una enfermedad? ¿Se puede vivir claudicando con tu historia y asumiendo que eres un error? Pues no, vamos a decir que no, que quizá no, que quizá nos podemos organizar y decir al menos cómo nos sentimos. Que al menos se hable de eso, es que esto nos está sentando mal, y es que la medicación nos está sentando mal, es que no se me deja hablar, no se me deja decir, no se me deja actuar. Es que me molesta que también mi madre lo diga y que el miedo, la vergüenza, esté en la familia incluso. Todo esto yo creo que es lo que hace que en algún momento dado todo eclosione, ¿no?. Con el movimiento loco se están moviendo cosas... Se empieza a mover la gente, hay esa inquietud que aparece, se puede hablar, empieza a haber palabra sobre lo que nos pasa o como nos sentimos."

A pesar de no ser una instanca homogénea, para Jordi "Se puede hablar de un movimiento que se construye a partir de acciones y puntos de encuentro y que es incipiente"…"Tener voz es algo que hace poco tiempo que se tiene voz. Y ahora hay diferentes colectivos que tienen voz"… "Yo lo definiría como que es un espacio o es un ecosistema, por decirlo así, donde la gente se está encontrando, se está reconociendo, está también colisionando".

El Movimiento responde a lo que la filósofa Miranda Fricker (2017) conceptualizó como "injusticia epistémica" aplicada en este caso al campo de la salud mental. Fricker habla de un silenciamiento sistemático de los grupos vulnerables y vulnerados que a su vez subdidvide en dos categorías: la "injusticia testimonial" y la "injusticia hermenéutica". En palabras de Fricker:

> La injusticia testimonial se produce cuando los prejuicios llevan a un oyente a otorgar a las palabras de un hablante un grado de credibilidad disminuido. La injusticia hermenéutica se produce en una fase anterior, cuando una brecha en los recursos de interpretación colectivos sitúa a alguien en una desventaja injusta en lo relativo a la comprensión de sus experiencias sociales. Un ejemplo de lo primero podría darse cuando la policía no nos cree porque somos negros; un ejemplo de lo segundo podría ser el de alguien que fuera víctima de acoso sexual en una cultura que todavía carece de ese concepto analítico. Podríamos decir que la causa de la injusticia testimonial es un prejuicio en la economía de la credibilidad, mientras que la de la injusticia hermenéutica son prejuicios estructurales en la economía de los recursos hermenéuticos colectivos." (Fricker, 2017: 11).

A partir de estas ideas que nos permiten dar luz sobre lo frecuentemente inefable, es sencillo reconocer como ambas situaciones confluyen y se articulan de

forma continuada en y sobre las personas que han sido objetos del diagnóstico y la psiquiatrización. No sólo se produce en la actualidad un silenciamiento sistemático de lo decible a partir de la asignación de una categoría cuyas significaciones sociales desbordan lo médico, sino que la colonización producida por los saberes expertos y el etiquetamiento ha eclipsado la posibilidad de que puedan pensarse desde un otro lugar que el hegemónico. Podemos pensar entonces que el Movimiento Loco se articula hoy como un espacio de construcción en común para producir testimonio y habilitar otras posibilidades hacia la comprensión de la experiencia social del sufrimiento. Un territorio de diálogo y escucha social. Allí se abre la reflexión de y sobre las categorías, el emerger de los saberes profanos. Es un limen en el que se abren las posibilidades de la *heterogeneidad*, un espacio que existe en tanto punto de convergencia de lo extraoficial. Un nuevo territorio de escucha que a su vez disputa la hegemonía.

Edgar lo explicaba así en una entrevista: “Sí, entiendo que hay una conciencia compartida de que no se pueden seguir tolerando ciertas situaciones y que hay que luchar contra lo que se está dando porque es algo que daña y en ocasiones destruye, incluso fatalmente, porque mata. Me imagino que bueno, que es toda una corriente de pensamiento crítico donde se entiende que las personas tienen derecho a ser tratadas dignamente. Es una cuestión de derechos humanos.”

Y continuaba: “Al nacer como movimiento estábamos muy convencidos y convencidas de que era una autoafirmación colectiva que nos diferenciaba de las organizaciones de profesionales y sobre todo de las asociaciones de familias. Partía de la convicción de que debíamos tener nuestra propia voz, que sentíamos que nuestros intereses no se veían representados por las preocupaciones, las reivindicaciones de las asociaciones de familias. Fue un paso muy importante porque de alguna manera tomábamos una forma que dejaba claro nuestra capacidad de autogestión, nuestro deseo y necesidad de emanciparnos de otras estructuras y tomar un espacio propio donde poder pensar y trasladar directamente nuestras reivindicaciones y propuestas. Entonces, creo que fue a partir de sentirnos capaces de dar ese paso, de una necesidad de diferenciarnos y una voluntad de asistir y participar en otros espacios donde hasta ahora no se nos había tomado suficientemente en serio o no nos habían tenido en cuenta. Creo que ahí aparece la configuración de un cuerpo político organizado, que quiere hacer llegar especialmente a la administración pública mensajes muy claros. En todo esto, hay organizaciones de profesionales que celebraban nuestra aparición e incorporación, pero también hay otras a las que no les gusta nada que existamos.”

## Lo que lo político promueve como dispositivo de cuidados

El Movimiento Loco nace desde la necesidad de operar sobre lo dado, y es en ese accionar que deviene a su vez en un espacio que promueve la recuperación de la legitimidad de las personas que lo componen para pensar y participar de sus itinerarios vitales de recuperación. Habilita procesos de re-subjetivación que conllevan indudables resultados de activación y mejor estar. No es un movimiento terapéutico, pero sí genera en su articulación un mejor vivir. En otras palabras: Hablar de las consecuencias terapéuticas del hacer político, no implica la captura de lo político por la terapéutica.

Bea, una de las entrevistadas lo decía de este modo: “yo no hablaría de un efecto terapéutico, aunque sí que me ha permitido agarrarme a la vida.”

Edgar la acompañaba diciendo: “Me ha permitido construir una identidad mucho más resistente y un autoconcepto que mejora mi autoestima. Un reconocimiento externo, una emancipación de espacios más de sobreprotección, de control. Es una lucha permanente, un intento de rebelarme contra lo que se me estaba ofreciendo, contra el pronóstico que me daban, contra lo que se suponía que era para mí-. Me ha ayudado a no entrar en sitios donde querían que fuese y a salir de sitios donde querían que me quedase. Me ayudado a defender con más serenidad y con más potencia mis decisiones, a proteger lo que consideraba valioso de mi vida. Pero bueno, al final me ha permitido ponerme más en valor, hacerme respetar más, y eso también, pues, también ha sido un proceso de respetarme más a mí mismo y de valorarme más y de cuidarme más.

Y continuaba: “Creo que el activismo, los activismos más allá del de las personas que estamos psiquiatrizadas o somos supervivientes de la psiquiatría, tiene que ver con creer en un futuro inmediato más justo en donde las vidas sean más dignas, donde ciertas situaciones que atentan contra la dignidad dejen de darse. Pero creo que ahí en el activismo hay ese componente de saber que no lo estás haciendo solo por ti, por tu futuro, sino que aunque quizá sea la herida personal e íntima  la que te moviliza, hay una consciencia de que eso va a ayudar a otras personas que igual ni conoces, pero que tienen una situación similar a la tuya. Entonces, para mí el activismo tiene que ver con esa inversión de tiempo y de energía, de tu espacio íntimo y personal, y un compromiso, un compromiso, no de por vida, pero sí que en el momento en el que, en el que lo sientes y te y te comprometes, es compromiso total, que lo trasladas a cualquier ámbito de tu vida.

Y Marcos agregaba: “Me ha dado un lugar. Si pensara en que qué ha pasado con mi vida en el momento que entra al diagnóstico y se instala y me señala… Es

precisamente una desactivación de roles sociales y de mis funciones, más allá de mis derechos. Digamos que perdí completamente mi función social y pasé a tener un rol de enfermo. Y de ahí que me da la sensación de que yo creí que no tenía salida y que esa iba a ser mi vida. Es que me dio la sensación de que era una trampa, me costaba verlo, sobre todo al principio, cuando estaba metido y que estaba muy desconcertado. Me sentía como ¿Qué ha pasado? Toda mi familia lo sentía así. Y en un momento dado el activismo, este trabajo con compañeros, que se basa precisamente en denunciar y visibilizar este maltrato, me dio un lugar, un papel, esa idea de pensar también que puedo hacer algo. Para mí ahora es un canal, o sea, yo ahora solo puedo ver la vida a través de este trabajo, de poder poner algo más de dignidad en la salud mental y poder colaborar para que los que llegan como yo, con 20 años o 30 y tienen tantos problemas, pues no tengan que pasar por lo que he pasado yo."

Al decir de sus participantes, el Movimiento Loco es entonces una oportunidad para dejar de estar solo, sola, y en palabras de Edgar, reconocer que "no eres el único al que le ha pasado esto". Es una posibilidad para poder ser más allá de lo pautado por los saberes médicos, para rebelarse contra un futuro irrevocable, contra la imposición de un pronóstico cerrado. "Empieza a haber palabra" decía Marcos. Sus principales demandas pasan por transversalizar una perspectiva de derechos en el ámbito de la salud, trabajar por la eliminación de los electroshocks y las contenciones mecánicas, denunciar las iatrogenias, las violencias vividas durante los ingresos y el tratamiento psiquiátrico en general. Por otra parte, existe un énfasis puesto en la necesidad de ayudar y ser ayudado. De crear grupos de ayuda mutua y desarrollar la figura de acompañamiento entre iguales para aquellos momentos de fragilidad extrema durante las internaciones hospitalarias. Aparece entonces la urgencia de participar en la creación de las Políticas Públicas que definen la atención, y transformar la percepción social sobre la salud psíquica y la locura, des-estigmatizar a partir de colocar en circulación social las experiencias, los saberes profanos que pueden contribuir en el desarrollo de las prácticas de cuidados. En definitiva, politizar el sufrimiento y habilitar contextos para los saberes profanos, promover el valor de las diferencias, de la diversidad, para crear sociedades más democráticas, más sensibles con las minorías.

En este sentido, el Movimiento Loco recupera para la reforma la urgencia de entenderse como proceso permeable, poroso; como un itinerario continuo, una predisposición a la práctica hermenéutica, a la necesidad de pensar y pensarse en movimiento. La reforma es un posicionamiento activo hacia la re-politización de la salud psíquica de las poblaciones, a la construcción de espacios de escucha, de

encuentro e intercambio de saberes y conocimientos para la producción de un mejor estar. Politizarse pasa aquí por la necesidad de dar visibilidad a los determinantes sociales del sufrimiento, a las violencias estructurales y sus impactos sobre la vida y los cuerpos de las personas; pero al mismo tiempo pasa por reconocer saberes y la activación subjetiva que promueven este tipo de acciones y movimientos. La Reforma necesita del Movimiento Loco para romper filiaciones, para seguir re-aprendiendo a articular los cuidados, para construir el vínculo como elemento central de la recuperación, para dar lugar en cada proceso a todos los Borjas que desnudándose, pidan abrazos.

**Referencias:**


Bourdieu, Pierre (1988). Cosas Dichas. Barcelona: Gedisa.

Butler, Jidith (2018). Resistencias. Repensar la vulnerabilidad y repetición. Ciudad de México: Paradiso.

Castel Robert (1975). El tratamiento moral. Terapeútica mental y control social en el siglo XIX. En: Ramón García (ed.) Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial. Barcelona: Barral, pp. 71-96, p. 84.

Chamberlin Judi (1978). On Our Own: Patient Controlled Alternatives to the Mental Health Sys-tem. New York: Haworth Press.

Chamberlin, Judi (1997). A working definition of em-powerment. Psychiatric Rehabilita-tion Journal, 20 (4): 43-46.

Correa-Urquiza, Martín. (2023) Justicia social, comunicación y desestigmatización en salud mental. La experiencia de Radio Nikosia. Revista De La Asociación Española De Investigación De La Comunicación, 10(19), 134-159 https://doi.org10.24137/raeic.10.19.7

Correa-Urquiza Martín; Pié Balaguer Assumpció; Coll-Florit, Marta; Hernández i Encuentra Eulalia y Climent Roca, Salvador (2020). Orgullo loco y metáforas para una disidencia: un análisis lingüístico y simbólico. Salud Colectiva, 16:e2886. https://doi.org/10.18294/sc.2020.2886

Correa-Urquiza, Martín (2017). La condición del diálogo. Saberes profanos y nuevos contextos del decir. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 38 (134): 567-585.

Desviat, Manuel: Cohabitar la diferencia. De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva. Reseña. Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental, 2016. Disponible en: https://amsm.es/2016/10/09/manuel-desviat-cohabitar-la-diferencia-de-la-reforma-psiquiatrica-a-la-salud-mental-colectiva-resena-de-francisco-perena/

Fraser, Nancy (2008). La justicia social en la era de la política de identidad: redistribución, reconocimiento y participación. Revista de Trabajo, 4 (6): 83-99.

Fraser, Nanacy y Honneth, Axel (2006). ¿Redistribución o reconocimiento? Un debate político-filosófico. Madrid: Morata.

Fricker, Miranda (2017). Injusticia epistémica: el poder y la ética del conocimiento. Barcelona: Herder.

Haraway, Donna (1991). Ciencia, cyborgs y mujeres: La reinvención de la naturaleza. Madrid: Cátedra.

Huertas Rafael (2021). El discurso de la emancipación: ambigüedades y apropiaciones. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, 18 (1): 37-49.

Huertar, Rafael. De la reforma psiquiàtrica a la salud mental col·lectiva. A propósito de la obra de Manuel Desviat. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol 40. Núm.138 (2020)

Huertas, Rafael (2020). Locuras en primera persona. Subjetividades, experiencias, activismos. Madrid: Los libros de la Catarata.

Menéndez E. El modelo médico hegemónico. Transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. Arxiu d'Etnografía de Catalunya 1984;3:84-119.

Plaza Marta (2021). Cuando la locura toma la palabra. El Salto [internet] 2019 [consultado 25 de febrero de 2021]. Disponible en: https://www.el-saltodiario.com/salud-mental/cuan-do-la-locura-toma-la-palabra-acti-vismo-salud-diversidad-orgullo-lo-co

Pizza G. Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, capacidad de actuar. (agency) y transformaciones de la persona. Revista de Antropología Social 2005;14:15-32.

Stolkiner Alicia. 1999. Lo transdisciplinario como momento o como producto. Rev El Campo Psi, abril - 1999, Buenos Aires, Argentina http://www.campopsi.com.ar

# AUTORES E AUTORAS
# AUTORI
# AUTORES Y AUTORAS

**Alcindo Antônio Ferla**
Graduado em Medicina (1996) e Doutorado em Educação (2002) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor associado na UFRGS. Professor permanente nos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva (UFRGS), Psicologia (UFPA) e Saúde da Família (UFSM). Professor colaborador no Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA) e pesquisador sênior do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) da Fiocruz Amazônia (ILMD/FAPEAM). Coordenador nacional da Associação Rede Unida e editor da Editora Rede Unida. Atuação: ensino das profissões da saúde; educação permanente em saúde; modelagens tecnoassistenciais em saúde; trabalho em saúde; participação social em saúde e políticas públicas; saúde internacional; sistemas comparados de saúde; saúde coletiva. Curriculum vitae: http://lattes.cnpq.br/6938715472729668. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9408-1504
ferlaalcindo@gmail.com

**Ana Carolina Rios Simoni**
Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2002). É especialista em Atendimento Clínico - ênfase em Psicanálise, pela Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS (2005), mestre (2007) e doutora em Educação (2012), pelo PPG-EDU/UFRGS. Foi coordenadora da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Rio Grande do Sul em 2014, bem como trabalhou como gestora na Secretaria Estadual de Saúde do RS, de 2011 a 2018, atuando na implementação da Rede de Atenção Psicossocial/Linha de Cuidado em Saúde Mental, de Políticas de Promoção de Equidade no SUS e de processos de Educação Permanente em Saúde. Atualmente, é professora no Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN.
anacarolrs@hotmail.com

**Analice de Lima Palombini**
Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1983), mestrado em Filosofia pela mesma universidade (1996) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (2007). É docente do

Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com atuação junto ao curso de graduação em Psicologia, ao Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional e à Residência em Saúde Mental Coletiva, da qual é atualmente coordenadora. Mantém, desde 1998, aliado ao ensino e à pesquisa, o projeto de extensão Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública - ATnaRede. Foi coordenadora do GT da ANPEPP Dispositivos clínicos em saúde mental. Segue fazendo parte do mesmo GT, renomeado Psicanálise, política e clínica. Esteve vinculada à Université de Montréal como pesquisadora convidada no período de maio a dezembro de 2018. Integrou a gestão do Conselho Regional de Psicologia (2019-2022). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Mental, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental coletiva, acompanhamento terapêutico, atenção psicossocial, psicanálise, cidade. É bolsista produtividade CNPq 2.
analice.palombini@gmail.com

**Barbara Eleonora Bezerra Cabral**
é docente do Colegiado de Psicologia e da Residência Multiprofissional de Saúde Mental (RMSM), na Universidade Federal do Vale do São Francisco/Univasf. Assume a ativação do sensível e o exercício contracolonizador como valores em projetos de ensino/pesquisa/extensão, em que a formação profissional e a produção do cuidado em saúde/saúde mental se destacam como temas de interesse, e é militante antimanicomial.
barbaraebcabral@gmail.com

**Cinzia Migani**
Di formazione filosofica. Si occupa dagli anni ’90 di volontariato e di servizi e progetti in ambito socio.sanitario. Ha condotto ricerche storiche sul manicomio di Bologna e di Imola. E autrice di numerosi articoli e ha curato la pubblicazione di più libri.
cinziaquitiliani@libero.it

**Elisa Alegre-Agís**
Doctora en Antropología Médica y Salud Global (Cum Laude y Premio Extraordinario de Doctorado) por la Universitat Rovira i Virgili (2021), Licenciada en Antropología Social i Cultural (URV, 2012), Máster en Antropología Médica y Salud Internacional (URV, 2014) y Trabajadora Social por la Universitat de València (2009). Actualmente es investigadora Postdoctoral a través de la beca 2020ICREA-08. Es docente en la Universitat Rovira i Virgili en el área de Trabajo Social y en el Máster de Antropología Médica y Salud Global, y profesora consultora en la Universitat Oberta de Catalunya en el Grado de Educación Social

y el Máster de Trabajo Social Sanitario. En 2015 fue becaria predoctoral por Santander Iberoamérica en el Instituto de Ciencias Antropológicas de la Universidad de Buenos Aires (2015), y posteriormente becaria predoctoral del Programa Martí-Franqués de ayudas a la investigación PDI por la URV. Ha participado en diversas investigaciones en salud mental, locura, historia de la psiquiatría, familia, consumo de drogas y malestares en jóvenes y adolescentes, así como en salud en clave feminista y de género. Es miembro del *Medical Anthropology Research Center*, del consejo de edición de la Colección de Antropología Médica de Publicacions URV y del Institut Català d'Antropologia.
elisa.alegre@urv.cat

**Ernesto Venturini**

Medico, psichiatra; ha lavorato nell'ospedale psichiatrico di Gorizia e in quello di Trieste, insieme a Franco Basaglia, partecipando attivamente al processo scientifico, culturale e politico che ha portato al superamento degli ospedali psichiatrici in Italia. Come direttore del Dipartimento di Salute Mentale di Imola ha promosso lo sviluppo di una radicale deistituzionalizzazione delle istituzioni psichiatriche, coinvolgendo attivamente la comunità cittadina. Quale esperto del Ministero Affari Esteri e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha prestato la sua consulenza in vari paesi africani e sudamericani. Ha collaborato con diverse Università italiane e straniere; ha pubblicati libri e articoli di carattere scientifico su riviste nazionali e internazionali.
eventurini250@gmail.com

**Fabrizio Starace**

Psichiatra italiano (n. Napoli 1958). Co-principal investigator presso la Division of Mental Health dell'Organizzazione Mondiale della Sanità a Ginevra, ricercatore presso il Royal Free Hospital dell'università di Londra, è professore a contratto di Psichiatria sociale e di Salute mentale di comunità presso l'Università degli studi di Modena e Reggio Emilia. Ha svolto attività di ricerca sui temi della sanità pubblica, dei determinanti ambientali e sociali di salute e malattia, dell'epidemiologia clinica, dei disturbi neuropsichiatrici e delle tossicodipendenze. Direttore del Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche dell'AUSL di Modena, è inoltre presidente della Società italiana di epidemiologia psichiatrica (SIEP). Componente del Consiglio superiore di sanità dal 2019, nel 2020 è stato nominato membro del Comitato di esperti in materia economica e sociale, istituito dalla presidenza del Consiglio dei ministri per fronteggiare la fase 2 dell'emergenza legata al Covid-19; dal 2021 al 2023 ha coordinato il Tavolo tecnico ministeriale per la Salute mentale. Grande Ufficiale dell'Ordine al Merito della Repubblica Italiana (2021).
fabrizio.starace@gmail.com

**Horacio Czertok**

Cofundador y Presidente de Teatro di Nucleo s.c. a r.l., director, dramaturgo y actor, Horacio Czertok es también autor del libro "Teatro in esilio", publicado en Italia por Bulzoni en 2000 y por Editoria&Spettacolo en 2011. (ed. alemana Brandes&Apsel, ed. húngara Kjarat, Budapest. "Theatre of Exile", ed. inglesa. Routledge, London-NewYork). Becario emérito de la Clínica Psiquiátrica de las Universidades de Ferrara y Módena y Reggio Emilia, titular del Curso de Grado en Rehabilitación Psiquiátrica de 2001 a 2012, es Responsable de proyectos de teatro aplicado a la salud mental de Teatro Nucleo, a partir de las experiencias del Hospital Psiquiátrico de Ferrara (1977) hasta 2017. También dirigió actividades teatrales para pacientes del DSM de Ferrara y Copparo de 2006 a 2012. De 1993 a 2004 fue Director del Taller de Teatro del Centro Universitario de Teatro de Ferrara. Director del Taller de Teatro permanente de la Prisión “C. Satta” de Ferrara desde 2005 y fundador de el “Coordinamento Teatro Carcel” Emilia Romagna, es coordinador de proyectos europeos, asociaciones estratégicas Erasmus+ de Teatro Nucleo y embajador de la agencia nacional italiana de la plataforma europea EPALE.

czrhcs@unife.it

**Károl Veiga Cabral**

Psicóloga; Doutora em Antropologia pela Universitat Rovira i Virgili (URV), validado nacionalmente como Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFGRS); Mestre em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS. Especialista em Teoria Psicanalítica. Experiência em gestão, atenção e participação no âmbito da saúde mental no Sistema Único de Saúde. Professora e pesquisadora em saúde mental, saúde coletiva, acompanhamento terapêutico, psicanálise, reforma psiquiátrica, experiência urbana. Pós-doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA). Militante da luta Antimanicomial pelo Fórum Gaúcho de Saúde Mental. Atualmente é professora adjunta do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará.

karolveiga@ufpa.br

**Leticia Medeiros Ferreira**

Es médico psiquiatra por la Escuela de Salud Pública (Porto Alegre/Brasil), PhD en Psicología Clínica y de la Salud, DEA en personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos, Master en iniciación a la investigación y DESE en psicopatología, todos por la Universidad Autónoma de Barcelona/Cataluña/España. Postgraduada en

Análisis y Conducción de Grupos por el Departamento de Psicología Social de la Universidad de Barcelona/Cataluña/España. Compagina su tiempo entre la atención y la gestión clínica el Centro de Salud Mental Nou Barris Nord (Barcelona/España).
leticia.medeiros@csm9b.com

**Luana Borges Teixeira**
Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Pará. Residente do Programa de Atenção à Saúde Mental pela Universidade do Estado do Pará. Membro do Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão Transversalizando.
psi.luana.bt@gmail.com

**Lia Zóttola**
Docente e investigadora de la Universidad Nacional de Santiago del Estero y del Instituto Multidisciplinario de Salud, Tecnologia y Desarrollo (IMSaTeD)-UNSE_CONICET. Profesora Asociada, responsable de las Cátedras de Psicologia Social y Psicologia Socio-Comunitaria de la Licenciatura y Profesorado en Educacion para la Salud. Docente Investigadora Categoria I (Uno). Directora de la Maestría en Salud Familiar y Comunitaria, de la Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud. Dra. en Psicología por la Universidad Autonoma de Madrid-España- Magister en Necesidades y Derechos de la Infancia, por la Universidad Autonoma de Madrid- España.
lia.zottola@gmail.com

**Márcio Mariath Belloc**
Doutor em Antropologia (Universitat Rovira i Virgili), validação nacional Doutor em Saúde Coletiva (Universidade Federal do Rio Grande do Sul), Mestre em Artes Visuais (Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Professor Adjunto da Universidade Federal do Pará (UFPA): Faculdade de Psicologia e Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Professor convidado da Universidad Nacional de Córdoba (UNC, Argentina): Diplomatura en Salud Mental, Maestría en Saúde Mental. Professor e pesquisador convidado na Universidad Catolica Redemtoris Mater (UNICA, Nicaragua): Maestría y Doctorado en Salud Pública. Professor e pesquisador convidado do Medical Anthropology Research Center, Universitat Rovira i Virgili (URV, Espanha). Pesquisador colaborador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia da Fundação Oswaldo Cruz Manaus. Editor associado da Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813) e da Editora Rede UNIDA.

Membro do Coletivo Aparelho: Arte e Cidadania. Membro do Coletivo Rádio Estamira.
mmbelloc@ufpa.br

**Maria Augusta Nicoli**
Medico, psichiatra, dottore di ricerca in psicologia sociale; vice-coordinatrice dell'Associazione Rede Unida, ricercatrice Università di Parma
mariaaugustanicoli@gmail.com

**Maria Stella Brandão Goulart**
Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Psicóloga Social, com Especialização em Saúde Pública, Mestrado em Sociologia Urbana, Doutorado em Ciências Humanas - Sociologia e Política e Pós-doutorado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.
goulartstella2011@gmail.com

**Martín Correa-Urquiza**
Martín Correa-Urquiza es Doctor en Antropología Médica y Salud Internacional por la Universidad Rovira i Virgili (España), Máster en Antropología Social (Universidad Autónoma de Barcelona) y Licenciado en Ciencias de la Comunicación por la Universidad de Buenos Aires (Argentina). Es profesor/investigador Serra Hunter en la Universidad Rovira i Virgili y profesor/investigador en la Universidad Oberta de Catalunya. Es Coordinador del Máster en Antropología Médica y Salud Global (URV-CSIC). Es Director y Coordinador del Posgrado de Salud Mental Colectiva en España (URV) y profesor y articulador del Certificado de Estudios Críticos en Salud Mental Colectiva en el 17-Instituto de Estudios Críticos de México. Ha ejercido como asesor internacional de la UNESCO y de la Organización de las Naciones Unidas a través diferentes proyectos ligados a Salud Colectiva y prevención de la violencia del Ministerio de Educación en Brasil. Es Editor, Revisor y Evaluador externo en publicaciones científicas internacionales. Es miembro del Grupo de Investigación Consolidado de la Generalitat de Catalunya, miembro del MARC (Medical Anthropology Research Center), miembro del ICA (Institut Català d´Antropologia). Trabaja a la vez como asesor en proyectos de participación y construcción colectiva de procesos de salud y vida en el campo de la diversidad funcional y la salud mental. Es miembro fundador y coordinador general de la Asociación Socio Cultural Radio Nikosia, entidad referente en el ámbito de la salud mental colectiva en el estado español. Ha publicado diversos libros y artículos sobre el tema. Algunas de sus

publicaciones pueden verse en https://www.researchgate.net/profile/Martin_Correa-Urquiza/contributions
martin.correaurquizav@urv.cat

**Natasha Czertok**

Licenciada con matrícula de honor en Comunicación Pública de la Cultura y las Artes (Facultad de Letras y Filosofía, Universidad de Ferrara) y diplomada por la Escuela de Enseñanza Superior "El teatro como instrumento de profesionalidad educativa" (Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Bologna). Formada en el Teatro Nucleo, trabaja en él desde 2001 como actriz, directora, formadora, coreógrafa y se ocupa de la planificación y la dirección artística. Ha profundizado en el estudio de la danza clásica, moderna y contemporánea con numerosos maestros entre Italia y Sudamérica. Es profesora de expresión corporal en la Escuela de Formación de Operadores Teatrales en Obra Social "L'Attore Sciamano" (Teatro Nucleo). Realiza proyectos pedagógicos en instituciones, escuelas y diversas áreas de malestar social, entre ellos: talleres de teatro integrado en escuelas secundarias, en la Comunidad "Casa Famiglia di Baura", el taller de teatro integrado para las generaciones más jóvenes "La nostra voce" . Entre 2013 y 2019 colabora como experta en Comunicación y Formación Teatral en el proceso participativo Community Lab creado por la Agencia Sanitaria y Social Región Emilia-Romagna. Entre sus producciones teatrales destacan: "La lingua dei fiori" (dirigida por Natasha Czertok, Marco Luciano) "Domino", "Il viaggio di Vega" "Tenebra" (teatro, dirigida por Natasha Czertok y Davide Della Chiara) "Luce nell'ombra"-Selección "Premio Scenario per Ustica" 2014, "Knot"(danza teatro), finalista en el premio "Le Voci dell'anima" 2007.
natasha.czertok@gmail.com

❖

editora redeunida

## SÉRIE SAÚDE MENTAL COLETIVA

A Série Saúde Mental Coletiva é composta por livros e coletâneas, organizadas a partir do resultado de pesquisas empíricas e teóricas, dialogando pari passu com os eixos da saúde coletiva, em especial, com as ciências sociais, o planejamento e a gestão de sistemas e serviços de saúde e a produção da clínica de base territorial. A série busca fazer circular a vasta produção no campo nacional da saúde mental coletiva, em diálogo permanente com os maiores centros de investigação internacional sobre o tema.

A tradição brasileira na atuação em saúde pública, reconhecida internacionalmente, tem o foco direcionado para as produções no campo da saúde mental coletiva, conceito forjado no território nacional, mas internacionalizado a partir do forte diálogo estabelecido com os grupos de pesquisa internacionais, em especial de Espanha e Itália. Cumpre assim a importante missão de apresentar o diálogo entre as práticas de saúde desenvolvidas no território, partindo de uma compreensão da saúde mental coletiva como um processo construtor de sujeitos sociais, disparadores de transformações nos modos de pensar, sentir, fazer política, ciência e gestão, implicados com projetos de vida.

Os originais são submetidos a um Conselho Editorial da Editora da Rede Unida, acompanhados de pareceres escritos por profissionais de notório saber na área, cujo processo de avaliação procura respeitar o sistema duplo cago, preservando a identidade do autor e do avaliador.




ISBN 978-65-5462-087-1
9 786554 620871 >