

# REABILITAR

## UMA PERSPECTIVA BASAGLIANA

MARIA STELLA BRANDÃO GOULART  
Organizadora



editora



redeunida

**Série Saúde Mental Coletiva**

# **REABILITAR**

## UMA PERSPECTIVA BASAGLIANA

**MARIA STELLA BRANDÃO GOULART**  
**Organizadora**



**Porto Alegre**

**2024**

**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 Cecon, 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).

**Ángel Martínez-Hernández** (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).

**Érica 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 Kodjaoglianian** (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil).

**Vincenza Pellegrini** (Università di Parma, Itália).

**Copyright © 2024 by Associação Rede UNIDA**

**Comissão Executiva Editorial**

Alana Santos de Souza  
Camila Fontana Roman  
Jaqueline Miotto Guarnieri

**Arte da Capa**

Márcio Mariath Belloc

**Fotografia da Capa**

Associação Insieme a Noi, Modena (Itália) sobre grafite do Collettivo FX

**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](http://www.redeunida.org.br)



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

---

R281

**Reabilitar:** uma perspectiva Basagliana/ Organizadora: Maria Stella Brandão Goulart – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024.

257 p. (Série Saúde Mental Coletiva, v. 12).

E-book: PDF.

Inclui bibliografia.

**ISBN** 978-65-5462-103-8

**DOI** 10.18310/9786554621038

1. Políticas Públicas. 2. Psicologia. 3. Reabilitação. 4. saúde mental. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

**NLM WM 420**  
**CDU 364-786**

---

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

*À Regina*

# SUMÁRIO

## PREFÁCIO

### **Uma contribuição à luta anti-institucional**

Luca Negrogno

Delia Da Mosto ..... 7

## PREFAZIONE

### **Contributo alla lotta anti-istituzionale**

Luca Negrogno

Delia Da Mosto ..... 17

APRESENTAÇÃO ..... 27

## CAPÍTULO 1

### **Basaglia e a reabilitação “social”**

Maria Stella Brandão Goulart ..... 40

## CAPÍTULO 2

### **Reabilitação psicossocial: uma revisão na perspectiva basagliana**

Ernesto Venturini ..... 85

## CAPÍTULO 3

### ***Empowerment*: análise de um conceito central**

Bruna Zani ..... 112

## CAPÍTULO 4

### **Arte-cultura na desconstrução do paradigma psiquiátrico: participação social e modos de resistência na reforma psiquiátrica**

Eduardo Henrique Guimarães Torre

Paulo Duarte de Carvalho Amarante ..... 140

## CAPÍTULO 5

### **Percursos sócio reabilitativos em Bolonha**

Maria Stella Brandão Goulart

Hernani Luís Chevreux Oliveira Coelho Dias

Áquila Bruno Miranda

Marina Passos Pereira Campos

Bruna Zani

Angelo Fioritti ..... 172

## CAPÍTULO 6

### **Centros de convivência: arte, artífices e artefatos**

Maria Stella Brandão Goulart ..... 201

AUTORAS E AUTORES..... 254

## UMA CONTRIBUIÇÃO À LUTA ANTI-INSTITUCIONAL<sup>1</sup>

Luca Negrogno

Delia Da Mosto

A reflexão de Basagliana, imersa nas tensões e questões brasileiras, recupera uma vitalidade e um vigor há muito desaparecidos na Itália: o cerceamento da elaboração e do debate no interior da psiquiatria reformada<sup>2</sup>, simultaneamente com a difusão da hegemonia empresarial<sup>3</sup> e com o esgotamento do espaço político que ocorreu desde a década de 1990 (Scotti, 2021), enfraqueceu a estrutura material e a densidade cultural das instituições públicas, a sua disposição responder às necessidades da população, a relação entre a saúde mental crítica e a sociedade.

Na Itália o significativo “Basaglia” viu-se esvaziado de referências reais atribuíveis a práticas sociais dignas do que foi elaborado em experiências locais e nacionais que remetiam ao movimento anti-institucional até a década de 1980. Privados da maior parte das suas ligações reais, os conteúdos de Basaglia desempenham funções meramente compensatórias, ideológicas ou consoladoras. Para redescobrir usos vitais desses materiais, o Brasil oferece um importante campo de observação: na dureza das contradições locais, os temas de Basaglia funcionam como instrumentos de luta e elaborações experimentais, em composições políticas, sociais e técnicas desconhecidas na Itália. No Brasil, os estímulos de Franco

---

<sup>1</sup> Tradução para o português: Maria Stella Brandão Goulart

<sup>2</sup> No Congresso de Arezzo em 1976, Gian Franco Minguzzi renuncia ao cargo de presidente da psiquiatria democrática (fundada por ele e Basaglia). Suas teses centraram-se na necessidade de introduzir a psicologia nas universidades e nas especialidades asfixiadas da psiquiatria e nas escolas de enfermagem, pedagógicas, ciências sociais e educação. Reconheceu a necessidade de formação e investigação para apoiar as políticas de fechamento dos manicômios como ato fundador do processo de reforma do Sistema Nacional de Saúde que será estabelecido pela lei 833/1978. O confronto em Arezzo foi duro e decidiu-se enfrentar a contradição primária (o hospital psiquiátrico) adiando para mais tarde a contradição secundária de formação/pesquisa/universidade. Várias experiências de desospitalização existiram na Europa e nos EUA, mas nenhuma delas conseguiu radicalmente a eliminação dos lugares segregadores do processo global de cuidado das pessoas. Uma linha difundida naqueles anos defendia a construção de serviços locais que circundassem o hospital psiquiátrico, tornando-o supérfluo; em particular na Emília Romagna, as experiências de Jervis, Mistura, Polletta, Asioli, De Plato, só para citar alguns, são fundamentais: são serviços de alta e de prevenção à internação no hospital psiquiátrico. A relação com Minguzzi também foi decisiva nos anos seguintes à ruptura da Psiquiatria Democrática para formular a linha que respondesse à “contradição primária”. Entretanto, Minguzzi e Galli continuaram a prosseguir a sua linha educativa na região bolonhesa, orientada para o contato com a psicologia e as ciências humanas, com efeitos que perduram até hoje. Agradecemos a Angelo Righetti por esta nota.

<sup>3</sup> Processo de *Aziendalizzazione* dos serviços sanitários.

Basaglia e do movimento anti-institucional funcionam como dispositivos capazes de autolimitar sua intrusividade colonial e abrir-se para reflexões inesperadas que contribuem para ativar o protagonismo das populações marginalizadas. Na verdade, enquanto no Ocidente havia o desejo de comprimir o conteúdo da desinstitucionalização no quadro da Saúde Mental Global, cuja tendência de exportar um modelo ocidental de doença e tratamento foi criticamente reconhecida (Summerfield, 2012), no contexto brasileiro o movimento antimanicomial se enquadra em uma estrutura mais ampla de ativismo, composta por pessoas racializadas, profissionais do sexo, LGBTQIA+, psicanalistas lacanianos atípicos e povos originários com diversas conexões, no qual fica claro que os direitos civis, culturais e civis estão em jogo nas práticas de reabilitação sociais, sobretudo. Consequentemente, o conceito de “reabilitação”, na Itália reduzido em articulações objetivistas e basicamente sanitárias – quer se concentre nos aspectos orgânicos dos déficits dos usuários ou que indique a organização territorial dos serviços como elemento essencial – recupera a sua versatilidade e a complexidade disso deriva de assumir a relação não resolvida entre tecnologia e política como uma contradição aberta.

Este livro mistura os pontos de vista italiano e brasileiro a partir das grandes polêmicas que surgem em torno de um conceito de reabilitação. Antes de tudo, é uma reflexão sobre práticas – variadas e com diferentes fontes de inspiração, desde a psicanálise ao cognitivismo. Considera-se também a continuidade do conceito de reabilitação – e os possíveis derivados implícitos nas suas diversas formulações – com os “modelos” de *recovery* e participação (ver as reflexões de Venturini no capítulo “Reabilitação Psicossocial: uma Revisão na Perspectiva Basagliana”), até os riscos contidos nos conceitos semelhantes de “inclusão” e “integração”. Como relata Goulart na “Apresentação”, a amplitude deste campo semântico é acompanhada por fenômenos locais de “perda de sentido” enquanto, na tentativa de o transformar num sentido emancipatório, se depara com a dificuldade de colocar-se entre duas polaridades opostas: de um lado o “preconceito adaptativo” das “visões físico-ortopédicas”, de outro as “perspectivas crítico-políticas que inspiram a luta pela cidadania”.

Naturalmente estas últimas perspectivas, que, com base na lição rotelliana, vêem na reabilitação o vector de fuga do campo técnico específico da saúde mental e da saúde social, em benefício de um avanço no campo das práticas sociais e das reivindicações políticas de direitos (Saraceno & Gallio, 2023), são aquelas em que se enquadra a maioria de autores italianos e brasileiros. No entanto, a assunção da reabilitação como um conceito de muitas interfaces, a ser abraçado criticamente,



permite que a reflexão aqui apresentada explore questões epistemológicas, políticas, clínicas e sociais, que na Itália permanecem obscuras por diversas razões. Apesar da existência de um arquipélago de “boas práticas”, de fato, na Itália existe um forte risco de que estas permaneçam sempre subordinadas à orientação geral neutra, baseada no hipertecnicismo de desempenho (Ierna, 2014) – e que, pelo menos em parte, contribuem sub-repticiamente para reproduzir a sua hegemonia.

No Brasil, quando se pronuncia o slogan segundo o qual “desinstitucionalizar é reabilitar o contexto” – como diz Rotelli na síntese de Saraceno e Gallio (2023) –, revela-se a ligação entre a luta contra as instituições psiquiátricas segregadoras e a luta política pela criação de uma sociedade democrática. Os recentes projetos de lei sobre “internação humanizada”<sup>4</sup> (versão suavizada, mas confluyente com os outros projetos mais explícitos, sobre “internação involuntária”, atribuíveis à tendência única que “normatiza e facilita o processo de certificação das Comunidades Terapêuticas”<sup>5</sup>), apesar do freio imposto eleitoralmente ao poder de Bolsonaro, mostram que a resistência progressista ainda não teve a capacidade de fortalecer plenamente as práticas sociais. Ventos reacionários continuam a passar pela vida política brasileira: o sucateamento dos serviços, o poder exorbitante do aparato prático-ideológico das clínicas privadas, o domínio econômico das comunidades terapêuticas sobre os serviços territoriais<sup>6</sup>, continuam a orientar as políticas públicas e a sobredeterminar a expressão das necessidades da população num sentido reacionário.

Na Itália, a institucionalização das lutas dos anos 60 e 70 conduziu a situações em que as lógicas de funcionamento dos serviços foram objetivadas dentro de dispositivos de asséptica eficiência, com princípios econômicos de gestão empresarial (*aziendalizzazione*); em alguns casos, abriram-se espaços de reflexão sobre a complexidade para adaptar a abordagem Basagliana ao contexto atual e “alinhar o sistema [de serviços] às necessidades reais” (Fioritti, 2018, p. 10), introduzindo hibridizações com Modelos cognitivistas anglo-saxões e a identificação de um “desafio ao tecnicismo” na abordagem voltada ao território e à participação, conforme relatado no capítulo “Percurso Sócio Reabilitativo” em Bolonha. No entanto, estas abordagens mantêm a centralidade do paradigma médico e, devido ao impacto crescente das políticas neoliberais, nem sempre conseguem manter a

---

<sup>4</sup> Faz-se referência ao Projeto de Lei N° 00009-2024 recentemente aprovado em Niterói, e ao Projeto de Lei n.19.044/2024 de Florianópolis, que dispõem sobre a internação involuntária de pessoas em situação de rua.

<sup>5</sup> A título de exemplo citamos a criação do Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas no âmbito do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome que através da recente Portaria 962/24 estabelece de forma contraditória os critérios para a certificação de entidades que atuam na área de álcool e drogas, fragilizando realidades baseadas na “redução de danos” e favorecendo as Comunidades Terapêuticas.

<sup>6</sup> Atualmente existem 587 Comunidades Terapêuticas financiadas pelo Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, o que supera o número de CAPS (443) e Unidades de Acolhimento (70).

extensão desta abertura no nível necessário às práticas reais de encontros e formas locais de atenção e cuidado. Por outro lado, a crise da psiquiatria anti-institucional neste momento se dá pelo fato de que práticas de controle e esvaziamento da subjetividade se reproduzem mesmo em serviços renovados e territoriais, porque os conteúdos relacionais, existenciais – talvez definíveis como terapêuticos – da prática, do diálogo, do encontro com a alteridade sofredora não são nem objetificáveis nem transmissíveis (Saraceno & Negrogno, 2023). Há provas precisas de que isto está acontecendo na Itália: mesmo nos territórios mais progressistas, ao lado de “boas práticas” positivas, resistem e até se convertem em “norma” para algumas faixas e tipologias de população, a submissão farmacológica, a contenção e o recurso à internação involuntária/coerciva.

Estas políticas assistenciais, caracterizadas pela cronicidade e pela atenção e cuidados vinculados à aceitação de papéis sociais e à diminuição da expectativa de vida, em diminuição para grande parte da população, reduzem o papel médico a funções ambulatoriais e excluem totalmente do seu paradigma a possibilidade de, a partir do trabalho dos serviços sobre histórias individuais de sofrimento, desenvolva-se um *empowerment* comunitário estendido à ação política na sociedade.

A coexistência desta situação crítica com as “boas práticas” – muitas vezes coextensivas ao mesmo território, e apenas dirigidas a diferentes tipos e grupos de populações, quando não a diversos momentos da carreira moral do usuário – acaba por obscurecer e dificultar a total compreensibilidade do sistema, em vez de ser um estímulo à sua crítica.

Na Itália assistimos, em última análise, à “arriscada dispersão” de uma teoria anti-institucional que, em vez de discutir os seus limites epistêmicos e as suas articulações internas, se estabeleceu num horizonte teórico ecumênico e pacificador: aquele biopsicossocial que – como a totalidade da teorização sobre saúde mental global – parece ser um modelo que se presta a todas as ocasiões, sustentado por um discurso abstrato de direitos, mas incapaz de operar como um instrumento elucidador das contradições da realidade.

Não é por acaso que, atualmente, as perspectivas capazes de vincular o funcionamento dos serviços e as dinâmicas políticas e sociais mais globais devem ser alimentadas por elaborações “estrangeiras”, nascidas em momentos de efervescência política e social.

Veja-se o exemplo de Portugal na história da proposta de reforma da Atenção Primária à Saúde (na qual teve um papel fundamental a geração posterior à ditadura salazarista) e o exemplo do Brasil que, justamente, tem procurado apostar na valorização do conhecimento dos povos originários como um vetor importante para

a estruturação dos Centros de Atenção Psicossocial e que hoje se apresenta como um campo fundamental para a reflexão italiana sobre a saúde local.

Riccardo Ierna, tentando fornecer uma descrição dos serviços de saúde mental italianos (nos quais a psiquiatria e a saúde mental são campos semânticos cuja sobreposição ambígua contribui para a opacidade geral do sistema) também denuncia as condições estruturais da relação público-privado:

Dos dados recolhidos no anuário estatístico do serviço nacional de saúde relativos a 2020, resulta que 48,8% dos estabelecimentos hospitalares do nosso país são geridos pelo setor privado da saúde, bem como 60% dos serviços ambulatoriais, 78% dos estabelecimentos de reabilitação e até 82% dos estabelecimentos residenciais, dando uma ideia do peso que os cuidados de saúde do setor privado credenciado exercem hoje no nosso sistema nacional de saúde. Destes números fica claro que foi sobretudo a qualidade e a eficácia do serviço público que pagou o preço, ainda mais onerado por cortes de gastos e escassez de pessoal, e em particular o de saúde mental local. (2023)

Apesar do esforço trágico das diversas tentativas progressistas de governar a relação público-privado (esta é hoje a única posição possível para os técnicos italianos mais avançados), a relevância desta contradição estrutural ainda não é acompanhada de reflexão suficiente.

Sem uma reformulação adequada do significado de bem-estar público, os dispositivos de integração sócio sanitária, participação e territorialização dos sistemas de saúde (por exemplo os previstos pelo Decreto Ministerial 77/2022 e pela legislação sobre o Orçamento da Saúde) correm o risco de se transformarem em meros ajustamentos quantitativos que visam a racionalização do existente e não a construção de proximidade real. Esta última emerge no Brasil a partir da reapropriação de saberes e poderes pelas populações subalternas, como elaboração de resistências decoloniais, que se expressam na geração de espaços de cuidado indisciplinados, como o Centro Bahserikowi de Medicina Indígena da Amazônia (Barreto, 2018), no desenvolvimento de projetos que se baseiam em conhecimentos situados (Haraway, 1991) ou profanos (Correa-Urquiza, 2023)<sup>7</sup> e em micropolíticas do trabalho vivo (de Almeida & Merhy, 2020). Por outro lado, na Itália como em outros países europeus, nas administrações locais mais progressistas, corre-se o risco de que o conhecimento que emerge da proximidade ser meramente importado, com uma abordagem governamental orientada para a apropriação

---

<sup>7</sup> A título de exemplo, relatamos o projeto “Bikes da Prevenção: nos entremeios da Inclusão, Equidade e Cuidado”, concluído em 2019 no Rio de Janeiro, que teve como objetivo “permitir o acesso a ações de redução de danos e terapias de saúde do município rede à população em situação de vulnerabilidade” por meio da construção de um grupo operacional formado por pessoas que compartilharam parte da biografia das pessoas beneficiadas pelo projeto, gerando a partir daquele momento outras possibilidades de trabalho e cuidado orientados pelo conhecimento experiencial.

colonial de conhecimentos subordinados, em que através a geração de um “comunitarismo não conflitual” torna explícitos novos processos de controle social (Negrognó, 2022)<sup>8</sup>. Estaríamos assim diante de um paradoxo: enquanto o Brasil rearticula o conhecimento do Norte global para apoiar práticas decoloniais, a Itália importa práticas decoloniais, transformando-as em ferramentas governamentais, relegando conhecimentos localizados nas margens<sup>9</sup> e gerando novas ferramentas para cooptar a subjetividade, reafirmando assim o movimento que Basaglia reconhece na ideologia, que “é liberdade enquanto se faz e opressão quando se estabelece” (Rotelli, 2006).

Este livro pretende, ao contrário, propor uma visão não apropriativa das relações entre o Sul e o Norte globais em continuidade com a tradição desenvolvida pelo Laboratório Ítalo-Brasileiro, um dispositivo de cooperação entre a Região Emilia-Romagna, as universidades e os serviços de saúde de dos dois países existentes desde 2014, que, apesar do quadro formal de cooperação internacional “normalmente prevê que as iniciativas sejam realizadas em apoio ao país beneficiário (...), tem-se caracterizado por um forte espírito de reciprocidade” (Consoloni & Belluto, 2022), em continuidade com o fermento intelectual e político que fundamentou as experiências de reforma sanitária nos dois contextos (Martino et al., 2016).

O Brasil ainda hoje é atravessado por movimentos políticos com participação de trabalhadores da saúde e da população, profundamente envolvidos nas mobilizações populares e na reflexão clínica psicanalítica, de cuja elaboração emerge uma abordagem anti-institucional da reabilitação, voltada para a construção da contratualidade e dos direitos sociais, não redutível ao espaço técnico e vetor de reabertura e reconfiguração do espaço político. De fato, neste livro se fala, com uma consciência ardente das contradições que isso implica, em “forçar aberturas nas estratégias de controle”, escavando os espaços que se abrem onde é possível desatar o nó em que se encontram os três vetores de tutela, tecnicismo e patologização. A relação entre inclusão social, saúde mental e direitos humanos assume uma trajetória específica que tem a ver com a realidade histórico-social de um país caracterizado pela violência estrutural contra os povos originários e racializados – diante da qual a mera cidadania é insuficiente porque é um dispositivo

---

<sup>8</sup> Considera-se útil relatar algumas reflexões desenvolvidas no âmbito dos *Mad Studies* segundo as quais “conceitos ativistas como *recovery*, inclusão, acessibilidade e esperança foram cooptados, apropriados e neutralizados politicamente pelos decisores políticos, prestadores de serviços e governo” (McWade, Milton, Beresford, 2015), tornando as posições de trabalhador de apoio entre pares, *peer support worker*, acessíveis apenas àqueles que se identificam com a narrativa de *recovery*, omitindo as dificuldades, os abusos e a violência sofridas (Dhar, 2022; Rose & Rose, 2023).

<sup>9</sup> Com o risco de que figuras próximas sejam institucionalizadas como “novos funcionários do consenso” (Basaglia & Ongaro Basaglia, 1975).

que reproduz a opressão em si mesmo. Precisamente o contexto desigual em que as pessoas (que na Itália seriam definidas como “frágeis”) estão inseridas permite uma ativação de baixo para cima que também se reflete no desenvolvimento de serviços ligados ao ativismo e a uma leitura decolonial dos problemas. Quando as subjetividades envolvidas na reforma psiquiátrica brasileira denunciam as barreiras de acesso ao espaço político, falam-nos da insolubilidade dos problemas de saúde mental numa mera dimensão técnica da reabilitação; na verdade, o espaço no qual se realiza a contratualidade social (casa, relações e trabalho) é sociopolítico e só assim torna possível a reaquisição da subjetividade e da relação clínica com ela. Este é um campo irreduzível tanto a uma prática técnica socio sanitária quanto a um privatismo psicoterapêutico, pois diz respeito diretamente à questão do poder e dos direitos sociais e civis ligados à própria subjetivação. Do ponto de vista do Brasil, também parece mais claro o risco implícito no difundido discurso patologizante da prevenção, ou seja, sua ligação com as formas mais violentas de controle social, decorrentes de quando a prática preventiva não é uma ação coletiva e política de intervenção “antiespecialista e antipsiquiátrica”<sup>10</sup> (Basaglia, 1968). De certa forma, no Brasil, é mais evidente que as únicas instituições progressistas são instituições de contradição, capazes de retornar a Basaglia de uma forma não monumentalizante, mas sistemática. Esta capacidade de ver a contradição plena e imediatamente talvez decorra do fato de que, quando Franco Basaglia se encontra com o Brasil, fala de um passado presente em que já eram visíveis os sinais da mudança realizada hoje, de uma fase já “pós-manicomial”, poderíamos dizer, da qual Basaglia identifica as raízes nos reformismos do período pós-Segunda Guerra Mundial, olhando para a Europa e a Itália, mas também para os Estados Unidos. Isto permite-lhe, por exemplo, destacar as duas almas políticas opostas que também veremos em ação na Itália no fechamento das grandes instituições públicas de internamento: a alma “Reagan” dos cortes nas despesas públicas e do abandono dos doentes, e a dos direitos de cidadania e a oferta de um “tratamento alternativo”, que qualifica a nova lei italiana e que para Basaglia é a única que poderia verdadeiramente levar “à superação dos hospitais psiquiátricos como à destruição dos mecanismos da instituição”. (Giannichedda, 2018)

---

<sup>10</sup> Sobre a utilização do conceito de antipsiquiatria relativo à obra e ao pensamento de Franco Basaglia, ver John Foot “A república dos loucos”. Franco Basaglia e a psiquiatria radical na Itália, 1961-1978”. Franco Basaglia escreve no prefácio de “A Instituição Negada”: “A derrubada de uma realidade dramática e opressiva (o hospital psiquiátrico) não pode, portanto, ocorrer sem violência polêmica contra o que se quer negar, envolvendo criticamente os valores que permitem e perpetuam a existência de tal realidade. Por isso, o nosso discurso anti-institucional, antipsiquiátrico (ou seja, não especializado) não pode ficar restrito ao terreno específico do nosso campo de atuação. A polêmica contra o sistema institucional sai da esfera psiquiátrica, para passar para as estruturas sociais que o sustentam, obrigando-nos a criticar a neutralidade científica, que atua em apoio aos valores dominantes, para se transformar em crítica e ação política.” (1968, p. 7).

O livro não só (re)dá valor e vida à prática Basagliana, mas aprofunda o seu significado político e cultural através do diálogo com novas linguagens: antes de tudo a dos projetos artísticos como construção de possibilidades de expressão e ressignificação da vida, numa visão de política cultural que visa contribuir para a consolidação da Cidadania Cultural como elemento de reconstrução da vida, através de experiências de cultura e arte [...]. Por meio de todas essas experiências artísticas que se desenvolvem, a dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica mostra sua importância como dimensão de transformação da relação social com a loucura e sua importância para o campo da Saúde Mental no Brasil hoje. (Goulart)

Estes projetos, desenvolvidos na encruzilhada entre as reflexões políticas e psicanalíticas, não podem ser resolvidos nem em formas de arteterapia nem em cursos de formação profissional: baseiam-se no “aprimoramento” das capacidades intrínsecas das pessoas, determinando não apenas o reconhecimento do conhecimento situado (Haraway, 1991), mas também a utilização desta última para promover uma mudança cultural que, ao agregar a experiência vivida “à força da tessitura das singularidades no coletivo, permite o surgimento de ações transformadoras” (Correa-Urquiza, 2023, p. 219) que desconstruem o paradigma psiquiátrico.

Este cotejamento entre a Itália e o Brasil pode reativar a consciência de que a instituição psiquiátrica (qualquer instituição psiquiátrica, não apenas o hospital psiquiátrico) tende inevitavelmente a sobredeterminar a interpretação das necessidades sociais, a converter em “dados” os equilíbrios de um conflito político em curso, a moldar a forma como as populações leem as suas necessidades: restaurando aquelas compatíveis em formas “técnicas”, “específicas” e adaptativas e negando e desumanizando aquelas incompatíveis com a ordem política e as hierarquias sociais dominantes. Ao aceitar, em vez disso, a crítica à individualização psicológica do empoderamento e à necessidade de uma visão complexa do conceito de saúde mental – para evitar que este decaia numa mera injunção performativa e produtivista – abre-se outra possibilidade. Se, como escreve Bruna Zani no terceiro capítulo, o construto do empoderamento adquire sentido quando trazido de volta a uma dimensão coletiva de capacidade global de determinar políticas públicas e de afirmar nelas o significado da saúde mental como instrumento de reivindicação de direitos, paz e igualdade (e não como um dispositivo técnico de controle individualizante das populações) podemos dizer que este livro expressa a capacidade do movimento anti-institucional brasileiro de assumir um papel de liderança na luta anti-institucional. A capacidade de dialogar com as práticas sociais difundidas através das ferramentas artísticas, o diálogo profundo entre a

organização dos serviços e a reflexão clínica, uma declinação da proximidade ligada mais às lutas sociais do que às técnicas governamentais, esta capacidade – sem precedentes em Itália – de usar Gramsci em conjunto e Deleuze são aspectos que colocam a prática e reflexão brasileira do movimento anti-institucional à frente do italiano. Com esta consciência contribuimos para este texto, na esperança de que as suas elaborações cheguem à Itália, onde temos que (r)aprender.

## Referências Bibliográficas

- Barreto; J., P., L. (2018). Bahserikowi - Centro de Medicina Indígena da Amazônia: concepções e práticas de saúde. *Amazônica - Revista de Antropologia*, Vol. 9, n. 2, pp. 594-612. doi:<http://dx.doi.org/10.18542/amazonica.v9i2.5665>.
- Basaglia, F. (1968). Presentazione. In Basaglia F. (a cura di) *L'Istituzione Negata*. Torino: Giulio Einaudi editore. pp. 7-9.
- Basaglia, F., & Ongaro Basaglia, F. (1975). Premessa. In Basaglia, F., & Ongaro Basaglia, F. *Crimini di pace*. Torino: Giulio Einaudi editore. pp. 7-9.
- Belluto, M., & Consoloni, M. (2022). L'Antropologia nella Primary Health Care. *Antropologia Pubblica*, Vol. 8, n. 2, pp. 37 - 54. doi:<http://dx.doi.org/10.1473/anpub.v8i2.275>.
- Correa-Urquiza, M. (2023). Movimiento loco: saberes colectivos, saberes compartidos. Itinerarios y contrahegemonía para una reforma continua en el ámbito de la salud mental. In Ferla, A. A., Cabral, K. V., Belloc, M. M., & Nicoli, A. (a cura di) *Saúde Mental Coletiva: transoceanizando políticas e práticas locais-globais*. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida. pp. 215-230.
- De Almeida, S. A., & Merhy E.E. (2020). Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: Composição por uma ética antimanicomial em ato. *Psicologia Política*. Vol. 20, n. 47. pp. 65-75.
- Dhar, A. (2022). Is Service-User Research Possible in Mental Health? An Interview with Diana Rose. *Mad in America. Science, Psychiatry and Social Justice*. Disponibile a: <https://www.madinamerica.com/2022/09/service-user-research-diana-rose/>
- Fioritti, A. (2018). Chi non innova perde il proprio passato. I quarant'anni della legge 180 in Italia ed in Emilia-Romagna. In Costi, D., Ugolini, P., & Vignoli, T. (a cura di). *Sestante. 40 anni di Apertura mentale. Anniversario della legge Basaglia*. pp. 3-9.
- Foot, J. (2014). *La "Repubblica dei Matti". Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*. Storie. Milano: Feltrinelli.
- Giannichedda, M. G. (2018). Introduzione. In Ongaro Basaglia, F., & Giannichedda, M. G. (org). *Conferenze Brasiliane*. Milano: Raffaello Cortina Editore. pp. 8-23.
- Haraway, D. (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres: La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.

- Ierna, R. (2014). Dalla psichiatria alla salute mentale. Un'ipotesi di ricerca sul destino del movimento anti-istituzionale italiano. *Annali di Esplorare politiche: per una comprensione delle produzioni politiche dal basso. Approcci, metodologie e apporti teorici*. Disponibile a: <http://www.lavoroculturale.org/dalla-psichiatria-salute-mentale/>
- Ierna, R. (2023). Attualità e contraddizioni della via italiana al dopo riforma. In Bertani, M., Colucci, M., & Di Vittorio, M. (a cura di). *Aut Aut. La psichiatria e il futuro della salute mentale*. n. 399. Milano: Il saggiatore. pp. 38-49.
- Martino, A., Guimarães, C. F., Marta, B. L., Ferla, A. A., Sintoni, F., & Nicoli, M. A. (2016). La costruzione del Laboratorio Italo-Brasiliano di Formazione, Ricerca e Pratiche. Salute Collettiva come strumento di lavoro in salute tra Italia e Brasile. In Franco, T., & Ceccim, R. (a cura di). *Prassi in salute globale: azioni condivise tra Brasile e Italia*. ed. 1. Porto Alegre, Bologna: Rede Unida, CSI-Unibo, pp. 193-221. Disponibile a: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/178180/001062320.pdf?sequence=1>
- McWade, B., Milton, D., & Beresford, P. (2015). Mad studies and neurodiversity: a dialogue. *Disability & Society*. Vol. 30, pp. 305-309.
- Negrognolo, L. (2022). *Partecipazione e potere nei servizi di salute mentale*. "Ibridamenti/Due". Disponibile a: <https://www.ibridamenti.com/2022/03/15/partecipazione-e-potere-nei-servizi-di-salute-mentale/#>
- Rose, D., & Rose, N. (2023). Is "another" psychiatry possible? *Psychological Medicine*, Vol. 53, n. 1, pp. 46-54.
- Rotelli, F. (2006). Per Franco Basaglia: "L'uomo e la cosa". *Carmilla online*. Disponibile a: <https://www.carmillaonline.com/2006/04/29/per-franco-basaglia-luomo-e-la-cosa/>
- Saraceno, B., & Gallio, G. (2023). Il futuro delle politiche di salute mentale nell'ultimo dialogo con Franco Rotelli. In Filoni M. e Palma M. (a cura di). *Aut Aut. Il doppio gioco di Kojève*, n. 399.
- Saraceno, B., & Negrognolo, L. (2023) Ma come si curano le malattie mentali? (prima parte). *Machina*. Disponibile a: <https://www.machina-deriveapprodi.com/post/ma-come-si-curano-le-malattie-mentali-prima-parte>
- Scotti, F. (2021). Nascita ed evoluzione di una psichiatria di comunità in Umbria. Per una storia della riforma psichiatrica in Umbria. *SMAS Studi e Materiali di Antropologia della Salute*. Perugia: Morlacchi Editore.
- Summerfield, D. (2012). Afterword: Against "global mental health". *Transcultural Psychiatry*, Vol. 49, n. 3-4, pp. 519–530. doi:10.1177/1363461512454701



# PREFAZIONE

## CONTRIBUTO ALLA LOTTA ANTI-ISTITUZIONALE

Luca Negrogno

Delia Da Mosto

La riflessione Basagliana calata nelle tensioni e nelle domande brasiliane riacquista una vitalità e un vigore che in Italia sono da lungo tempo scomparsi: la chiusura dell'elaborazione e del dibattito interno alla psichiatria riformata<sup>1</sup>, contestualmente con il dilagare dell'egemonia aziendalista e con l'inaridimento dello spazio politico intervenuti a partire dagli anni '90 (Scotti, 2021), hanno indebolito la struttura materiale e la densità culturale delle istituzioni pubbliche, la loro complessiva disponibilità a rispondere ai bisogni della popolazione, il rapporto tra la salute mentale critica e la società.

In Italia il significant "Basaglia" si è trovato svuotato di reali riferimenti riconducibili a pratiche sociali all'altezza di quanto elaborato nelle sperimentazioni locali e nazionali che si sono richiamate fino agli anni '80 al movimento anti-istituzionale. Privati della maggior parte dei loro addentellati reali i contenuti basagliani hanno svolto funzioni meramente compensatorie, ideologiche o consolatorie. Per ritrovare usi vitali di queste materie il Brasile offre un campo importante di osservazione: nell'asprezza delle contraddizioni locali i temi basagliani funzionano come strumenti delle lotte e delle elaborazioni sperimentali, in composizioni politiche, sociali e tecniche del tutto ignote in Italia. In Brasile gli stimoli di Franco Basaglia e del movimento anti-istituzionale fungono da dispositivi in grado di autolimitare la loro invadenza coloniale e aprire a riflessioni imprevedute che

---

<sup>1</sup> Gian Franco Minguzzi si dimette da presidente di psichiatria democratica (da lui e Basaglia fondata) nel convegno di Arezzo 1976. Le sue tesi vertevano sulla necessità di fare entrare la psicologia nelle università e nelle asfittiche specialità di psichiatria e nelle scuole infermieristiche e pedagogiche, sociali ed educative. Ravvisava la necessità della formazione e della ricerca a supporto delle politiche di chiusura dei manicomi come atto fondativo del processo di riforma del SSN che sarà la legge 833/1978. Lo scontro ad Arezzo fu duro e si decise di affrontare la contraddizione primaria (il manicomio) rimandando quella secondaria della formazione/ricerca/università al dopo. Varie esperienze di demanicomializzazione esistevano in Europa e USA, nessuna di esse tuttavia realizzava radicalmente l'espunzione di luoghi segreganti dal complessivo processo di cura delle persone. Una linea diffusa in quegli anni propugnava di costruire servizi territoriali che circondassero il manicomio rendendolo superfluo; in particolare in Emilia Romagna sono fondamentali le esperienze di Jervis, Mistura, Polletta, Asioli, De Plato, solo per citarne alcuni: si tratta di servizi estrattori e preventivi del manicomio. Il rapporto con Minguzzi fu decisivo anche negli anni seguenti alla rottura in Psichiatria Democratica per formulare la linea che rispondeva alla "contraddizione primaria"; nel frattempo Minguzzi e Galli continuarono nel territorio bolognese a perseguire la loro linea formativa orientata al contatto con la psicologia e le scienze umane, con effetti che perdurano ancora oggi. Ringraziamo Angelo Righetti per questa nota.

contribuiscono ad attivare il protagonismo di popolazioni marginalizzate. Infatti, mentre in occidente si sono voluti comprimere i contenuti della deistituzionalizzazione nel framework della Salute Mentale Globale, di cui però si è riconosciuta criticamente la tendenza ad esportare un modello occidentale di malattia e trattamento (Summerfield, 2012), nel contesto brasiliano il movimento antimanicomiale si inserisce all'interno di una cornice di attivismo più ampio, composto da persone razzializzate, sex workers, LGBTQIA+, psicanaliste lacaniane atipiche, e popoli originari variamente congiunte in cui si rende evidente che nelle pratiche di riabilitazione sono in questione diritti civili, culturali e, soprattutto, sociali. Di conseguenza il concetto di "riabilitazione", in Italia schiacciato su articolazioni oggettivistiche e tendenzialmente sanitarizzanti – sia che si focalizzi sugli aspetti organici dei deficit dell'utenza sia che indichi come elemento essenziale l'organizzazione territoriale dei servizi – riacquistano in Brasile la poliedricità e la complessità che derivano dall'assumere come contraddizione aperta il rapporto irrisolto tra tecnica e politica.

Questo libro mescola punti di vista italiani e brasiliani proprio a partire dalle ampie controversie che si aprono attorno a un concetto di riabilitazione così inteso. In primo luogo si tratta di una riflessione sulle pratiche – variegata e con diverse fonti di ispirazione, dalla psicanalisi al cognitivismo. Si considera inoltre la continuità del concetto di riabilitazione – e le possibili derive implicate dalle sue varie formulazioni – con i "modelli" di recovery e partecipazione (si vedano le riflessioni di Venturini nel capitolo *Reabilitação Psicossocial: uma Revisão na Perspectiva Basagliana*), fino ai rischi contenuti nei concetti affini di "inclusione" e "integrazione". Come riporta Goulart nella "Apresentação", l'ampiezza di questo campo semantico si accompagna con fenomeni locali di "perdite di significato", mentre nel tentativo di volgerlo in senso emancipatorio si incontra la difficoltà di collocarsi tra due polarità contrapposte: da una parte il "pregiudizio adattivo" delle "visioni fisico-ortopediche", dall'altra le "prospettive critico-politiche che ispirano la lotta per la cittadinanza". Naturalmente queste ultime, che sulla scorta della lezione Rotelliana vedono la riabilitazione come vettore di una fuoriuscita dal campo tecnico specifico della salute mentale e del sociosanitario, a vantaggio di uno sfondamento nel campo delle pratiche sociali e delle rivendicazioni politiche sui diritti (Saraceno & Gallio, 2023), è quella in cui la maggioranza delle autrici, italiane e brasiliane, si collocano. Tuttavia, l'assunzione della riabilitazione come concetto dalle molte interfacce, da abbracciare criticamente, consente alla riflessione che qui si presenta, di esplorare questioni epistemologiche, politiche, cliniche, sociali, che in Italia restano per vari motivi oscurate. Nonostante l'esistenza di un arcipelago di "buone pratiche", infatti, in Italia esiste il forte rischio

che queste restino sempre subalterne rispetto all'orientamento neutralistico generale basato sull'ipertecnicismo prestazionale (Ierna, 2014) – e che, almeno in parte, contribuiscano oscuramente a riprodurre l'egemonia.

In Brasile quando si pronuncia lo slogan secondo cui “deistituzionalizzare è riabilitare il contesto” – come dice Rotelli nella sintesi di Saraceno e Gallio (2023) – risuona con evidenza il legame tra il contrasto alle istituzioni psichiatriche segreganti e la lotta politica per la realizzazione di una società democratica. I recenti progetti di legge sulla “*internação humanizada*”<sup>2</sup> (versione edulcorata ma confluyente con gli altri più espliciti progetti, sulla “*internação involuntária*”, entrambi riconducibili all'unica tendenza che “*normatiza e facilita o processo de certificação das Comunidades Terapêuticas*”<sup>3</sup>), nonostante il freno imposto elettoralmente al potere bolsonariano, mostrano che la resistenza progressista non ha ancora avuto la capacità di innervare fino in fondo le pratiche sociali. Venti reazionari continuano ad attraversare la vita politica brasiliana: la perdurante povertà dei servizi, l'esorbitante potere dell'apparato pratico-ideologico delle cliniche private, il predominio economico delle comunità terapeutiche sui servizi territoriali<sup>4</sup>, continuano ad orientare le politiche pubbliche e a sovradeterminare in senso reazionario l'espressione dei bisogni della popolazione.

In Italia l'istituzionalizzazione delle lotte degli anni '60 e '70 ha portato a situazioni in cui le logiche di funzionamento dei servizi sono state oggettivate entro dispositivi di asettica efficienza, con principi di economicità manageriali; in taluni casi si sono aperti degli spazi di pensiero sulla complessità al fine di adattare l'approccio basagliano al contesto attuale e “allineare il sistema [dei servizi] ai bisogni reali” (Fioritti, 2018, p. 10), introducendo ibridazioni con i modelli cognitivisti anglosassoni e individuando nell'impostazione rivolta a territorio e partecipazione una “sfida al tecnicismo”, come riportato nel capitolo *Percursos Sócio Reabilitativos em Bolonha*. Tuttavia questi approcci mantengono la centralità del paradigma medico e, a causa del crescente impatto delle politiche neoliberali, non sempre riescono a tenere legata l'altezza di tale apertura con le reali pratiche di incontro e con le forme locali di presa in carico. D'altra parte, la crisi della psichiatria anti-istituzionale in questo momento è data dal fatto che si riproducono pratiche di controllo e svuotamento della soggettività anche in servizi rinnovati e territoriali, non essendo né oggettivabili né trasmissibili i contenuti relazionali, esistenziali – forse definibili “terapeutici” – della

---

<sup>2</sup> Con la presente si fa riferimento al Projeto de Lei N° 00009-2024 recentemente approvata a Niterói, e il Projeto de lei n.19.044/2024 di Florianópolis, che prevedono l'*internação involuntária* di persone in *situação de rua*.

<sup>3</sup> A titolo esemplificativo si cita la recente creazione del Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas che attraverso al portaria 962/24 stabilisce in modo contraddittorio i criteri per la certificazione delle entità che attuano nel campo dell'alcol e delle droghe, escludendo le realtà basate sulla “riduzione del danno” ad appannaggio delle Comunità Terapeutiche.

<sup>4</sup> Attualmente ci sono 587 Comunità Terapeutiche finanziate per il Ministero dello Sviluppo Sociale, Famiglia e Contrasto alla fame, che supera il numero di CAPS (443) e di Unità di Accoglienza (70)

pratica, del dialogo, dell'incontro con l'alterità sofferente (Saraceno & Negro, 2023). Che questo stia accadendo in Italia ha precise evidenze: anche nei territori più progressisti, accanto alle positive "buone pratiche", resistono e anzi diventano "la norma" per alcune fasce e tipologie di popolazione la somministrazione farmacologica, la contenzione e il ricorso all'immissione involontaria/coercitiva. Queste politiche di assistenza, caratterizzate dalla cronicizzazione e dalla presa in carico vincolata all'accettazione di ruoli sociali e aspettative di vita al ribasso per larga parte della popolazione, riducono il ruolo medico a funzioni ambulatoriali ed escludono totalmente dal suo paradigma la possibilità che, a partire dal lavoro dei servizi sulle singole storie di sofferenza, si sviluppi un empowerment di comunità allargato all'azione politica sulla società. La coesistenza di queste criticità con le "buone pratiche" – spesso coestensive per territorio, solo rivolte ad altre tipologie e altre fasce di popolazioni, quando non ad altri momenti della carriera morale di utente – finisce per oscurare e rendere opaca la comprensibilità totale del sistema invece di essere un pungolo alla sua critica.

In Italia vediamo in definitiva la "rischiosa dispersione" di una teoria anti-istituzionale che, invece di discutere i propri limiti epistemici e le sue articolazioni interne, si è andata appaesando in un orizzonte teorico ecumenico e pacificatorio: quel biopsicosociale che – come l'insieme delle teorizzazioni sulla salute mentale globale – sembra essere un vestito buono per tutte le occasioni, innervato del discorso astratto dei diritti ma incapace di fungere come strumento dirompente nelle contraddizioni del reale. Non è un caso che oggi le prospettive in grado di legare funzionamento dei servizi e dinamiche politiche e sociali più complessive debbano nutrirsi di elaborazioni "esterne", nate in momenti di effervescenza politica e sociale. Si vedano l'esempio del Portogallo nella storia della proposta di riforma delle Cure Primarie (in cui ha avuto un ruolo fondamentale la generazione uscita dalla dittatura salazarista, modello per la campagna PHC) e l'esempio del Brasile, appunto, che ha trovato nella valorizzazione dei saperi dei popoli originari un importante vettore di strutturazione dei Centri di Attenzione Psico-Sociale e che oggi si propone come campo fondamentale per la riflessione italiana sulla salute di prossimità.

Riccardo Ierna, provando a fornire una descrizione dei servizi di salute mentale italiani (in cui psichiatria e salute mentale sono ambiti semantici la cui ambigua sovrapposizione contribuisce alla complessiva opacità del sistema) denuncia inoltre le condizioni strutturali del rapporto pubblico-privato:

Dai dati raccolti nell'annuario statistico del servizio sanitario nazionale relativo al 2020, emerge infatti che il 48,8% delle strutture ospedaliere del nostro paese sono gestite dalla sanità privata, così come il 60% dei servizi ambulatoriali, il 78% dei

servizi riabilitativi e addirittura l'82% delle strutture residenziali, dando l'idea del peso che la sanità privata accreditata esercita oggi sul nostro sistema sanitario nazionale. Da questi numeri appare evidente che a farne le spese sono state soprattutto la qualità e l'efficacia del servizio pubblico, ulteriormente gravato dai tagli di spesa e dalla carenza di personale e in particolare quello della salute mentale territoriale. (2023)

Nonostante la fatica tragica dei vari tentativi progressisti di governare il rapporto pubblico-privato (è questa ormai l'unica posizione possibile per i tecnici italiani più avanzati), la rilevanza di questa contraddizione strutturale non è ancora accompagnata da una sufficiente riflessione. Senza un'adeguata riformulazione del senso del welfare pubblico i dispositivi di integrazione sociosanitaria, partecipazione e territorializzazione dei sistemi sanitari (per esempio quelli previsti dal Decreto Ministeriale 77/2022 e dalla normativa sul Budget di Salute) rischiano di risolversi in meri aggiustamenti quantitativi rivolti alla razionalizzazione dell'esistente e non alla costruzione di reale prossimità. Quest'ultima emerge in Brasile dalla riappropriazione di saperi e poteri da parte delle popolazioni subalterne, come elaborazione delle resistenze decoloniali, che si esplicitano nella generazione di spazi di cura indisciplinati, come il Centro Bahserikowi di Medicina Indígena da Amazônia (Barreto, 2018), nello sviluppo di progetti che si basano sul sapere situato (Haraway, 1991) o profano (Correa-Urquiza, 2023)<sup>5</sup> e di micropolitiche di lavoro vivo (de Almeida & Merhy, 2020). D'altra parte in Italia come in altri paesi europei, nelle amministrazioni locali più progressiste, c'è il rischio che i saperi emergenti dalla prossimità vengano meramente importati, con un approccio governamentale e orientato all'appropriazione coloniale dei saperi subalterni, in cui mediante la generazione di un "comunitarismo acconflittuale" si esplicito ulteriori processi di controllo sociale (Negrognò, 2022)<sup>6</sup>. Ci troveremmo così di fronte a un paradosso: mentre il Brasile riarticola il sapere proveniente dal nord globale per sostenere pratiche decoloniali, l'Italia importa pratiche decoloniali tramutandole in strumenti governamentali, relegando il sapere situato ai margini<sup>7</sup> e generando ulteriori strumenti di cooptazione di soggettività, riconfermando così il movimento che

---

<sup>5</sup> A titolo esemplificativo si riporta il progetto "Bikes da Prevenção: nos entremeios da Inclusão, Equidade e Cuidado", che completato nel 2019 a Rio de Janeiro, aveva l'obiettivo di "consentire l'accesso alle azioni di riduzione del danno e alle terapie della rete sanitaria del comune alla popolazione in situazione di vulnerabilità" tramite la costruzione di un gruppo operativo composto da persone che condividevano parte della biografia delle persone beneficiarie del progetto, generando da quel momento in poi, altre possibilità di lavoro e di cura orientate dal sapere esperienziale.

<sup>6</sup> Si ritiene utile riportare alcune riflessioni sviluppate nell'ambito dei *Mad Studies* secondo cui "i concetti attivisti come recovery, inclusione, accessibilità e speranza sono stati cooptati, appropriati e politicamente neutralizzati da decisori politici, fornitori di servizi e governo" (McWade, Milton, Beresford, 2015), rendendo le posizioni di *peer support worker* accessibili solo a coloro che si identificano nella narrativa della recovery, omettendo il disagio, l'abuso e la violenza subita (Dhar, 2022; Rose & Rose, 2023).

<sup>7</sup> Con il rischio che le *figure di prossimità* si istituzionalizzano come "nuovi funzionari del consenso" (Basaglia & Ongaro Basaglia, 1975).

Basaglia riconosce nell'ideologia, che "è libertà mentre si fa e oppressione quando si è costituita" (Rotelli, 2006).

Questo libro intende invece proporre una visione non appropriativa dei rapporti tra sud e nord globale in continuità con la tradizione sviluppata dal Laboratorio italo-brasiliano, un dispositivo di cooperazione tra la Regione Emilia-Romagna, le università e i servizi sanitari dei due paesi esistente dal 2014, che, nonostante la cornice formale della cooperazione internazionale "solitamente prevede che le iniziative vengano realizzate a supporto del paese beneficiario (...), si è contraddistinto per un forte spirito di reciprocità" (Consoloni & Belluto 2022), in continuità con il fermento intellettuale e politico che ha sostanziato le esperienze di riforma sanitaria nei due contesti (Martino et al. 2016).

Il Brasile è attraversato ancora oggi da movimenti politici partecipati da operatori e popolazione, profondamente imbricati nelle mobilitazioni di base e nella riflessione clinica psicanalitica, dall'elaborazione dei quali emerge una precisa impostazione antistituzionale della riabilitazione, volta alla costruzione di contrattualità sociale e diritti, irriducibile allo spazio tecnico e vettore di riapertura e riconfigurazione dello spazio politico. In questo libro si parla infatti, in una cocente consapevolezza delle contraddizioni che implica, di "forzare aperture nelle strategie di controllo", scavando negli spazi che si aprono laddove si riesca ad allentare il nodo in cui si stringono i tre vettori di tutela, professionalismo e patologizzazione. Il rapporto tra inclusione sociale, salute mentale e diritti umani assume una traiettoria specifica che ha a che vedere con la realtà storico sociale di un paese caratterizzato dalla violenza strutturale ai danni dei popoli originari e delle persone razzializzate – di fronte alle quali la mera cittadinanza è un dispositivo insufficiente perché riproduce in sé l'oppressione. Proprio il contesto disuguale in cui sono inserite le persone (che in Italia sarebbero definite "fragili") permette un'attivazione dal basso che si rispecchia anche nello sviluppo di servizi legati con l'attivismo e con una lettura decoloniale dei problemi. Quando le soggettività impegnate nella riforma psichiatrica brasiliana denunciano le barriere all'accesso dello spazio politico ci parlano della irrisolvibilità dei problemi di salute mentale in una mera dimensione tecnica di riabilitazione; è infatti socio-politico lo spazio in cui la contrattualità sociale (casa, relazioni e lavoro) si realizza e di conseguenza diviene possibile la riacquisizione della soggettività e anche del rapporto clinico con essa. Si tratta di un campo irriducibile tanto a una pratica tecnica socio sanitaria quanto ad un privatismo psicoterapeutico in quanto investe direttamente la questione del potere e dei diritti sociali e civili connessi alla soggettivazione stessa. Dal punto di vista del Brasile appare più chiaro anche il rischio implicito nel pervasivo discorso patologizzante della

prevenzione, vale a dire il suo legame con le forme più violente di controllo sociale, quando la pratica preventiva non è un'azione collettiva e politica di intervento "antispecialistico e antipsichiatrico"<sup>8</sup> (Basaglia, 1968). Per certi versi in Brasile è più evidente che le uniche istituzioni progressiste sono istituzioni della contraddizione, capaci di tornare a Basaglia in modo non celebrativo ma sistematico. Questa capacità di vedere fino in fondo e fin da subito la contraddizione deriva forse dal fatto che, quando Franco Basaglia incontra il Brasile, parla da un passato presente nel quale i segni del cambiamento oggi compiuto erano già visibili, da una fase già "post-manicomiale" potremo dire, di cui Basaglia rintraccia le radici nei riformismi del secondo dopoguerra, guardando all'Europa e all'Italia ma anche agli Stati Uniti. Questo gli consente, per esempio, di evidenziare le due opposte anime politiche che anche in Italia vedremo all'opera nella chiusura dei grandi istituti pubblici di internamento: l'anima "reaganiana" dei tagli alla spesa pubblica e dell'abbandono dei malati, e quella dei diritti di cittadinanza e dell'offerta di una "alternativa di cura", che qualifica la nuova legge italiana e che per Basaglia è la sola che potrebbe portare davvero "al superamento dei manicomi come distruzione dei meccanismi dell'istituzione". (Giannichedda, 2018)

Il libro non solo (ri)dà valenza e vita alla pratica Basagliana ma ne approfondisce il significato politico e culturale tramite il dialogo con nuovi linguaggi: in primo luogo quello dei progetti artistici come costruzione di possibilità di espressione e di ri-significazione della vita, in una visione della politica culturale volta a contribuire al consolidamento della Cittadinanza Culturale come elemento di ricostruzione della vita, attraverso esperienze di cultura e di arte [...]. Attraverso tutte queste esperienze di arte-cultura che si stanno sviluppando, la dimensione socioculturale della Riforma Psichiatrica mostra la sua importanza come dimensione di trasformazione del rapporto sociale con la follia e la sua importanza per il campo della Salute Mentale in Brasile oggi. (Goulart)

Questi progetti, elaborati al crocevia tra riflessioni politiche e psicoanalitiche, non sono risolvibili né in forme di arteterapia né in percorsi di formazione professionale: si basano sulla "valorizzazione" delle capacità intrinseche delle persone, determinando non solo il riconoscimento del sapere situato (Haraway,

---

<sup>8</sup> Sull'uso del concetto di antipsichiatria relativo all'opera e al pensiero di Franco Basaglia si veda John Foot "«La repubblica dei matti». Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978". Scrive Franco Basaglia nella prefazione a «L'Istituzione negata»: "Il rovesciamento di una realtà drammatica ed oppressiva (il manicomio), non può dunque attuarsi senza una violenza polemica nei confronti di ciò che si vuole negare, coinvolgendo nella critica i valori che consentono e perpetuano l'esistenza di una tale realtà. Per questo il nostro discorso anti-istituzionale, antipsichiatrico (cioè antispecialistico) non può mantenersi ristretto al terreno specifico del nostro campo di azione. La polemica al sistema istituzionale esce dalla sfera psichiatrica, per trasferirsi alle strutture sociali che lo sostengono, costringendoci ad una critica della neutralità scientifica, che agisce a sostegno dei valori dominanti, per diventare critica ed azione politica." (1968, p. 7).

1991) ma anche l'utilizzo di quest'ultimo per favorire un cambio culturale che sommando l'esperienza vissuta "alla forza della tessitura delle singolarità nel collettivo, permette l'emergere di azioni trasformative" (Correa-Urquiza, 2023, p. 219) che decostruiscono il paradigma psichiatrico.

Questo confronto tra Italia e Brasile può riattivare la consapevolezza che l'istituzione psichiatrica (qualunque istituzione psichiatrica, non solo il manicomio) tende inevitabilmente a sovradeterminare la lettura dei bisogni sociali, a restituire come "dati" gli equilibri di un conflitto politico in corso, a plasmare il modo in cui le popolazioni leggono i loro bisogni: restituendo in forme "tecniche", "specifiche" e adattive quelli compatibili e negando e disumanizzando quelli incompatibili all'ordine politico e alle gerarchie sociali dominanti. Accogliendo invece la critica alla individualizzazione psicologista dell'empowerment e la necessità di una visione complessa del concetto di salute mentale – per evitare che esso si declini in mera ingiunzione performativa e produttivistica – si apre un'altra possibilità. Se, come scrive nel terzo capitolo Bruna Zani, il costrutto dell'empowerment acquista senso quando riportato ad una dimensione collettiva di capacità globale di determinare le politiche pubbliche e di fare valere in esse il significante della salute mentale come strumento di rivendicazione di diritti, pace e uguaglianza (e non come dispositivo tecnico di controllo individualizzante delle popolazioni) possiamo dire che questo libro esprime la capacità del movimento anti-istituzionale brasiliano di assumere un ruolo guida nella lotta anti-istituzionale. La capacità di dialogo con le pratiche sociali diffuse attraverso gli strumenti artistici, il dialogo profondo tra organizzazione dei servizi e riflessione clinica, una declinazione della prossimità legata più alle lotte sociali che alle tecniche governamentali, questa capacità – inedita in Italia – di usare insieme Gramsci e Deleuze sono aspetti che collocano la pratica e la riflessione brasiliana del movimento anti-istituzionale più avanti di quella italiana. Con questa consapevolezza contribuiamo a questo testo, nella speranza che le sue elaborazioni arrivino fino in Italia, dove abbiamo da (r)imparare.

### **Referências Bibliográficas**

Barreto; J., P., L. (2018). Bahserikowi - Centro de Medicina Indígena da Amazônia: concepções e práticas de saúde. *Amazonica - Revista de Antropologia*, Vol. 9, n. 2, pp. 594-612. doi:<http://dx.doi.org/10.18542/amazonica.v9i2.5665>.

Basaglia, F. (1968). Presentazione. In Basaglia F. (a cura di) *L'Istituzione Negata*. Torino: Giulio Einaudi editore. pp. 7-9.

Basaglia, F., & Ongaro Basaglia, F. (1975). Premessa. In Basaglia, F., & Ongaro Basaglia, F. *Crimini di pace*. Torino: Giulio Einaudi editore. pp. 7-9.



- Belluto, M., & Consoloni, M. (2022). L'Antropologia nella Primary Health Care. *Antropologia Pubblica*, Vol. 8, n. 2, pp. 37 - 54. doi:<http://dx.doi.org/10.1473/anpub.v8i2.275>.
- Correa-Urquiza, M. (2023). Movimiento loco: saberes colectivos, saberes compartidos. Itinerarios y contrahegemonía para una reforma continua en el ámbito de la salud mental. In Ferla, A. A., Cabral, K. V., Belloc, M. M., & Nicoli, A. (a cura di) *Saúde Mental Coletiva: transoceanizando políticas e práticas locais-globais*. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida. pp. 215-230.
- De Almeida, S. A., & Merhy E.E. (2020). Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: Composição por uma ética antimanicomial em ato. *Psicologia Política*. Vol. 20, n. 47. pp. 65-75.
- Dhar, A. (2022). Is Service-User Research Possible in Mental Health? An Interview with Diana Rose. *Mad in America. Science, Psychiatry and Social Justice*. Disponibile a: <https://www.madinamerica.com/2022/09/service-user-research-diana-rose/>
- Fioritti, A. (2018). Chi non innova perde il proprio passato. I quarant'anni della legge 180 in Italia ed in Emilia-Romagna. In Costi, D., Ugolini, P., & Vignoli, T. (a cura di). *Sestante. 40 anni di Apertura mentale. Anniversario della legge Basaglia*. pp. 3-9.
- Foot, J. (2014). *La "Repubblica dei Matti". Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*. Storie. Milano: Feltrinelli.
- Giannichedda, M. G. (2018). Introduzione. In Ongaro Basaglia, F., & Giannichedda, M. G. (org). *Conferenze Brasiliane*. Milano: Raffaello Cortina Editore. pp. 8-23.
- Haraway, D. (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres: La reinvencción de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Ierna, R. (2014). Dalla psichiatria alla salute mentale. Un'ipotesi di ricerca sul destino del movimento anti-istituzionale italiano. *Annali di Esplorare politiche: per una comprensione delle produzioni politiche dal basso. Approcci, metodologie e apporti teorici*. Disponibile a: <http://www.lavoroculturale.org/dalla-psichiatria-salute-mentale/>
- Ierna, R. (2023). Attualità e contraddizioni della via italiana al dopo riforma. In Bertani, M., Colucci, M., & Di Vittorio, M. (a cura di). *Aut Aut. La psichiatria e il futuro della salute mentale*. n. 399. Milano: Il saggiatore. pp. 38-49.
- Martino, A., Guimarães, C. F., Marta, B. L., Ferla, A. A., Sintoni, F., & Nicoli, M. A. (2016). La costruzione del Laboratorio Italo-Brasiliano di Formazione, Ricerca e Pratiche. Salute Collettiva come strumento di lavoro in salute tra Italia e Brasile. In Franco, T., & Ceccim, R. (a cura di). *Prassi in salute globale: azioni condivise tra Brasile e Italia*. ed. 1. Porto Alegre, Bologna: Rede Unida, CSI-Unibo, pp. 193-221. Disponibile a: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/178180/001062320.pdf?sequence=1>
- McWade, B., Milton, D., & Beresford, P. (2015). Mad studies and neurodiversity: a dialogue. *Disability & Society*. Vol. 30, pp. 305-309.

Negrognolo, L. (2022). *Partecipazione e potere nei servizi di salute mentale*. "Ibridamenti/Due". Disponibile a: <https://www.ibridamenti.com/2022/03/15/partecipazione-e-potere-nei-servizi-di-salute-mentale/#>

Rose, D., & Rose, N. (2023). Is "another" psychiatry possible? *Psychological Medicine*, Vol. 53, n. 1, pp. 46-54.

Rotelli, F. (2006). Per Franco Basaglia: "L'uomo e la cosa". *Carmilla online*. Disponibile a: <https://www.carmillaonline.com/2006/04/29/per-franco-basaglia-luomo-e-la-cosa/>

Saraceno, B., & Gallio, G. (2023). Il futuro delle politiche di salute mentale nell'ultimo dialogo con Franco Rotelli. In Filoni M. e Palma M. (a cura di). *Aut Aut. Il doppio gioco di Kojève*, n. 399.

Saraceno, B., & Negrognolo, L. (2023) Ma come si curano le malattie mentali? (prima parte). *Machina*. Disponibile a: <https://www.machina-deriveapprodi.com/post/ma-come-si-curano-le-malattie-mentali-prima-parte>

Scotti, F. (2021). Nascita ed evoluzione di una psichiatria di comunità in Umbria. Per una storia della riforma psichiatrica in Umbria. *SMAS Studi e Materiali di Antropologia della Salute*. Perugia: Morlacchi Editore.

Summerfield, D. (2012). Afterword: Against "global mental health". *Transcultural Psychiatry*, Vol. 49, n. 3-4, pp. 519–530. doi:10.1177/1363461512454701

# APRESENTAÇÃO

temos que escolher a nossa estrada: se preferimos permanecer na obscuridade, ou queremos estar presentes no nosso tempo e mudar na prática a nossa vida.

Franco Basaglia, 2000.

Porque estamos juntos, juntas, aqui nesta leitura? Basaglia coloca-se uma questão análoga no Brasil, por ocasião dos debates dos quais participava. (Basaglia, 2000, p.19) Relendo “A Psiquiatria alternativas – contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática” (Basaglia, 1979), me pergunto pelo encontro que se realiza na leitura deste livro e qual interesse ou curiosidade poderia estimular um diálogo sobre a “reabilitação”. Ao pé da letra, nos situamos em um ambiente semântico convidativo de busca de satisfação, restituição, talvez reparação, restauração ou ainda renovação. É uma metáfora acolhedora.

Enfocar o tema da reabilitação na perspectiva das políticas de saúde mental é uma tarefa mais complexa. Ela nos projeta um conjunto bastante diversificado de práticas que têm as mais diversas fontes de inspiração. Disso resulta um incômodo que impõe, inclusive, a busca de novas nomenclaturas e que trazem o ônus de uma qualificação talvez genérica: inclusão, reinserção, habilitação, reintegração entre outras. Este incômodo nos abriga a “prejuízos de sentido” (Pitta, 2016, p. 9). Abre-se um espectro entre visões “fiscalistas-ortopédicas”, de viés adaptacionista, e as perspectivas crítico-políticas que inspiram a luta por cidadania (Saraceno, 1999; 2001; Pitta, 2001; 2016; Castilho & Goulart, 2015; Guerra, 2004). Esta vastidão fragiliza a aplicabilidade do conceito. Seria melhor simplesmente abandonar o significativo “reabilitação”?

Neste livro, optamos por abraçar o termo. Nesta estrada que escolhemos, temos a intenção de reconhecer, claramente, nosso ponto de partida, ainda que não haja um destino certo. Entendemos que seja necessário operar com este conceito, em função de sua vitalidade e relevância histórica, entrevendo criticamente suas interfaces, que podem viabilizar um aprofundamento da compreensão sobre a prática e a teoria em saúde mental, que contempla um campo de dispersão de saberes: sociológicos, políticos, antropológicos, econômicos, biomédicos, psicossociais, clínicos, educacionais, éticos. Não há como “virar esta página” e produzir (falsa) uma mudança de paradigma. A reabilitação ainda integra o discurso psiquiátrico e mobiliza importantes recursos em todo o mundo.

Com Saraceno, que cita Rotelli, podemos afirmar que “desinstitucionalizar” é “reabilitar o contexto” (1999, p.133), denotando a enorme sintonia entre os dois conceitos e deslocando nossa atenção para novas possibilidades de uso, ainda que reste a dúvida: qual o sentido de reabilitar as pessoas ou suas histórias de sofrimento?

Optamos por nos posicionar frente a esta dispersão, elucidando alguns de seus termos e realizando uma clara opção pela perspectiva “antimanicomial”. Ou seja, orientamo-nos pela práxis da desinstitucionalização, que se consagrou necessária na construção da política de saúde mental na esfera pública estatal brasileira e deu forma à luta por uma “sociedade sem manicômios”. É esse o horizonte com o qual trabalharemos nos diversos capítulos que compõem esta coletânea, que é resultante de duas décadas de colaboração entre espaços públicos de formação, através de parcerias, encontros, acordos de colaboração em pesquisa.

O grande e abrangente tema da inclusão social certamente nos interessa pois endereça à área de Direitos Humanos e extrapola o campo da saúde, desdobrando-se em todo um conjunto de políticas sociais necessariamente amplo.

Concordamos, porém, que no campo da clínica do cuidado, que se procura realizar na Rede de Atenção Psicossocial brasileira: “[...] as pessoas com problemas de saúde mental transitam e até conseguem de certa forma estabelecer ‘laços sociais’. Entretanto, é no espaço político-social que as barreiras continuam quase inalteradas.” (Floriano et al, 2022, p. 669)

O espaço político-social ao qual os autores se referem, seria aquele onde se realizaria (remetendo-se a Saraceno) a contratualidade, a possibilidade de negociação das pessoas que tem histórias de sofrimento mental ou de psiquiatria, em relação ao conjunto de relações sociais com as quais operam: familiares, comunidade, serviços entre outros. Além disso, se coloca a possibilidade de acesso a moradia e trabalho (Floriano et al, 2022, p. 670).

Esta tem sido a ênfase italiana, especialmente quando pensamos na prática de basagliana, que evoca a necessária corresponsabilização de equipe técnica e as pessoas com histórias de sofrimento mental grave e persistente, que tendem a ser psiquiatrizadas: lidas e capturadas pela lógica das instituições psiquiátricas em seus diversos formatos organizacionais e normativos. Através do movimento “anti-institucional” italiano, configurou-se uma direção operacional: casa, relações sociais e trabalho. Esta é a expectativa que gira em torno do conceito de reabilitação que se avizinha à desinstitucionalização. No entanto, estas possibilidades de acesso a direitos ainda tem as cores de uma desejável utopia no Brasil, seja pela profunda desigualdade socioeconômica ou pela superficialidade com a qual o tema da

reabilitação é tratado: como um “plus”, um “extra”, uma complementação para evitar a evasão ao tratamento.

Saraceno, concluindo o tão conhecido “Libertando identidades – da reabilitação psicossocial à cidadania possível”, afirma que o paradigma da reabilitação psicossocial pode desvelar “estratégias de controle do paciente e do cuidador” e forçar uma abertura nessas estratégias, augurando pela afirmação da ideia pela qual “na vida, no sofrimento e nas necessidades complexas das pessoas, a resposta não vem do médico”. (Saraceno, 1999, p. 161-162). De onde viriam as respostas? Como forçamos uma abertura nas estratégias de controle? Essa preocupação se estende a todas e todos profissionais e técnicos da saúde reinstaurando o problema fundamental da tutela e dos jogos patologizadores de poder.

Mais recentemente, Saraceno e Negrognò (2023), apontam para uma crise da psiquiatria anti-institucional, preocupados com duas possibilidades: que esteja ocorrendo o exercício de uma clínica tradicional (controladora) em serviços inovativos; ou que a clínica anti-institucional que não saiba de autodefinir. Denuncia, em sintonia com o movimento de usuários e usuárias, o aumento dos tratamentos sanitários obrigatórios, sem consenso da pessoa interessada, na Itália, apesar da ênfase nos serviços territoriais/comunitários e da política de inclusão. Entre outros aspectos críticos da práxis anti-institucional, como o apelo à resposta psicofarmacológica, eles apontam para a ecumênica e superficial da concepção “bio-psico-social” que não discute adequadamente os próprios limites epistêmicos e suas articulações internas (Saraceno & Negrognò, 2023).

A releitura de Basaglia – Franco e Franca – pode trazer contribuições diante do desconforto desta arriscada dispersão? Nosso livro pretende retomar a perspectiva analítica basagliana, voltando às raízes para vitalizar a prática da desinstitucionalização que se funda na reabilitação da vida das pessoas que operam ou jazem no contexto do que identificamos como sofrimento mental. É necessário retomar o paradigma de desinstitucionalização para poder reconhecer as novas estratégias de controle que se desenvolveram nas últimas décadas de modo a produzir os necessários questionamentos das novas tecnologias, como ideologias de substituição apaziguadoras. Não basta abandonar o termo “reabilitação” e seguir em frente com outros significantes, quando a prática segue por rumos inquietantes e os “manicômios” ressurgem pelas gretas da prática clínica, dos projetos residenciais, da instauração de novos “lugares” especializados para a loucura, na contenção química entre outras possibilidades. O alargamento do discurso da prevenção decorrentes da hipótese de epidemias de ansiedade e depressão, a *over*

medicalização e medicação, a profusão dos diagnósticos, a reificação da doença mental – seja como diagnósticos psiquiátricos ou como “neurodiversidade” –, as boas práticas de *recovery* que convivem com o tratamento involuntário e tantas outras novidades exigem atenção crítica.

Igualmente, devemos nos perguntar pelos novos sujeitos que são objeto das estratégias de reabilitação e acompanhamento. Certamente não são apenas os que se libertam dos espaços manicomiais (que ainda existem). Há uma potente produção de sujeição que se organiza no igualmente difuso campo da saúde mental, que exige um manejo que ultrapassa os “reabilitandos” e os “reabilitadores”. A afirmação de cidadania é insuficiente diante do sofrimento dos povos indígenas, da imigração, da toxicod dependência, do racismo estrutural, dos feminicídios, das máquinas de ódio das redes sociais, da aporofobia.

Yasui em colaboração com outros autores, com as mesmas preocupações, prescinde do conceito de reabilitação quando afirma o conceito de “atenção psicossocial” evocando a “vida em suas infinitas manifestações: dor, sofrimento, medo, desamparo, desigualdades, iniquidades, nascimento, morte” (Yasui et al, 2018, p.175) e na concepção do cuidado como “criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades” (Yasui et al, 2018, p.176). Mais uma vez Basaglia é evocado quando se justifica a construção permanente de renovadas instituições que possam apoiar, suportar, o trânsito da loucura – ao invés de conter e controlar – na sociedade contemporânea.

Saraceno conclui, recentemente, a propósito da última entrevista que Franco Rotelli concedeu a ele e Giovanna Gallio, que

a saúde mental, como condição desejável e permanente, é construída na e a partir da comunidade [...], é a política cívica que deve se colocar como política específica de saúde mental pois é nela a convocação daquele tanto de comunidade que ainda pode existir. No “cívico” há alguma coisa que ainda se possa chamar de comunidade: grande comunidade, pequena comunidade, mais forte ou mais frágil, mais murcha ou quebradiça, ou invés disso, mais densa e presente, mais destruída e fragmentada, ou institucionalmente sólida, coesa. (Saraceno & Gallio, 2023, p. 177).

Rotelli evoca o civismo, a vitalidade da sociedade civil, em contraposição à entrada em cena da psiquiatria com sua “arrogância” e “violência”, mais ou menos cruel ou boazinha.

Se Trieste funcionou é porque houve o motor de recursos disseminados. Tinha o Guarino, o Villas e outros – arquitetos, marceneiros, desenhista, pintores, cinegrafistas, jardineiros, jornalistas, poetas, escritores [...] recursos outros [terceiro setor] ligados à política da cidade, à política local [...] o coração da política cívica [comunitária] (Saraceno & Gallio, 2023, p. 177).

Eis a desinstitucionalização como reabilitação do contexto.

Saraceno considera urgente que a chamada Psiquiatria Democrática “inovativa, alternativa, progressista e psicossocial” abdique de sua auto referencialidade a favor de um “nomadismo organizativo” territorial e evoca, com Rotelli, a noção de “Empresa Social” (*intrapresa sociale*), inter-empresorismo cívico que se expressa no mundo do cooperativismo e suas contribuições históricas à desinstitucionalização. O que se propõe é a procura por aquelas pessoas que são capazes de produzir o bem comum.

O que Saraceno chama de “última lição” envolve algumas tarefas: defender a memória sem monumentalizá-la; afirmar a radicalidade da desinstitucionalização; compreender a dimensão do cuidado, da atenção como a busca de viver nosso mundo da melhor maneira possível sem dissociar as dimensões pública e privada. Poderíamos aprofundar esta discussão apontando para o conceito de saúde mental e para as diversas concepções acerca do que vem a ser chamado de psicossocial. Mas não será este o momento, ainda que fique o registro da inespecificidade do termo e sua docilização. Uma apresentação deve ser breve e procurar convidar para a leitura.

Considerando esta desconstrução, que talvez nos conduzisse para o que Basaglia chamava de pessimismo da razão, localizamos o termo “reabilitação” em um campo que nos endereça aos desafios específicos da Reforma Psiquiátrica brasileira, que “construiu”, com o otimismo da prática, uma complexa estrutura de serviços chamados “reabilitativos” e a uma rede de relações sociais e institucionais, em direção ao tão desejado tratamento (atenção, cuidado) em liberdade (onde se situam os Centros de Convivência). Reconhecemos os enormes esforços que têm sido empreendidos nesta direção e este livro pretende fortalecê-los a partir das discussões aqui contempladas.

O tema da loucura, do sofrimento mental, da psicopatologização, da medicalização, da psicologização ganha especificidade dentro deste campo, mesmo quando evoca suas dimensões interseccionais, intersetoriais e transdisciplinares.

Decidimos, pois, retomar as “raízes” – de modo não celebrativo, mas sistemático – para evocar a necessidade e a urgência da reflexão crítica. Assim, este livro se dirige aos profissionais de saúde mental e à formação em saúde mental nos mais diversos níveis. A simpatia com a perspectiva basagliana é ponto de partida, e não pretende recuar diante das polêmicas que se impõem na atual conjuntura que nos faz dependentes do aparato institucional da Reforma Psiquiátrica quando ao mesmo tempo a questionamos. “A nossa luta é uma revolução silenciosa, que se

combate dia a dia com o objetivo de mudar a cabeça das pessoas”. (Basaglia, 2000, p.149)

O conjunto de textos que apresentamos é expressão dos campos da Psiquiatria Social, Democrática, Crítica, da Psicologia Social Crítica e da Psicologia Comunitária, italiana e brasileira, que se entrelaçam, na medida em que expressam debates orgânicos que se deram entre autores que se conhecem e que participaram de esforços de pesquisa compartilhados<sup>1</sup>.

Assim, o conjunto de autores e autoras convidados/as colocam sua experiência, oriunda de percursos diversos do ponto de vista de formação e trajetória, convergindo naquilo que os integra: o trabalho no processo de formação de cultura crítica e antimanicomial.

Qual reabilitação, de quem, para quem e para quê? Os processos que envolvem pessoas que foram privadas de liberdade e internadas em estruturas manicomiais são diferentes dos processos de pessoas que foram diagnosticadas nos termos da psicopatologia psiquiátrica? É diferente para as pessoas que estão vivendo processos de “desmame”? É específica para aquelas que estão vinculadas à rede de atenção psicossocial? Como seria para as pessoas que não se integram aos serviços de saúde mental e não se identificam com as estruturas disponíveis? A reabilitação produz adesão à trama psiquiátrica ou significa “maior autonomia” em relação a esta? Pode contribuir com ela? Ameaçá-la? É capaz de evitá-la?

A reabilitação “social” em Franco e Franca, assim como para as vertentes basaglianas, tem especificidade e coincide com a reabilitação psicossocial e diversos pontos, pois esta última certamente depende de uma concepção de sujeito e de psiquismos, assim como depende da explicitação acerca da concepção de sociedade a que sustenta. Ainda que seja importante falar da “cidade”, do território, o Basaglia incitam ao reconhecimento da sociedade capitalista, neoliberal, construída na e para a desigualdade socioeconômica. Seriam diversos os horizontes de inclusão quando se opera com uma concepção de sujeito psicanalítica lacaniana, como ocorre nos Centros de Convivência de Belo Horizonte, quando comparada com a perspectiva cognitivista comportamental de Bologna?

E qual seria a diferença entre uma reabilitação psiquiátrica ou de saúde mental? Podemos encontrar “conforto” na reabilitação em saúde mental? Haveria outras perspectivas? São perguntas que pretendemos explorar nesta publicação

---

<sup>1</sup> “A reabilitação psicossocial: um confronto entre Brasil e Itália” que foi uma parceria com a *Università degli Studi di Bologna* graças ao financiamento da FAPEMIG, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais e pós-doutorado sobre o tema da reabilitação na Escola Nacional de Saúde Pública, junto ao Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS/ENSP/FIOCRUZ) então coordenado pelo professor Paulo Amarante.



que enfatiza a prática italiana e a brasileira, considerando o cenário posterior à Reforma Psiquiátrica nos dois países, ainda que se trate de políticas em estado de construção permanente.

Paulo Amarante desdobra o processo da Reforma em quatro dimensões<sup>2</sup>: teórico-conceitual (epistemológica), técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. A estas dimensões, de notório valor analítico, podemos agregar, a partir da pesquisa sobre o conceito de reabilitação em Franco e Franca Basaglia, a dimensão econômica. Através dela podemos explicitar os desafios inerentes a um conjunto de saberes e práticas que se coordenam dentro de uma lógica sistêmica colonizadora (para pensar em termos habermasianos de colonização do mundo da vida). Esta lógica se traduz no conflito entre capital e trabalho, inerente à sociedade de classes que sustenta o modo de produção capitalista (pós-industrial). Procuramos destacar esta discussão no primeiro capítulo do livro que apresentamos, pois esta perspectiva, articulada às dimensões que Franca e Franco chamam de individual, institucional e estrutural, nos permite conceber o que eles definem como “necessidades reais” das pessoas psiquiatrizadas, “doentes mentais”. Isso impõe a dimensão do tempo – passado, presente e futuro.

Advertimos que o retorno às origens não é um apelo à monumentalização da obra basagliana. Esta retomada e sistematização conceitual pretende estabelecer parâmetros para a tarefa de sustentação do esforço permanente de desinstitucionalização: palavra que merece cada letra que a compõe. A ausência de poder econômico, social, e contratual é uma questão fundamental para a compreensão do que chamamos de reabilitação social. Ela informa o que Saraceno e Rotelli enfatizam como “cívico”.

Como escapar aos simulacros, fabricados para encobrir o processo de exclusão social em curso no capitalismo avançado?

Trata-se de uma preocupação central e de grande atualidade inclusive para a Itália, que atualmente enfrenta uma grave crise de financiamento (econômica) decorrente de realinhamento das forças políticas à direita. Esta crise que afeta sua dimensão técnico-assistencial e se defronta com uma significativa fragilização teórico-conceitual (epistemológica) na disputa com os paradigmas de uma psiquiatria que se justifica em evidências produtivistas. Estas, por sua vez, são resultantes de um processo de *aziendalizzazione*: a penetração de uma lógica empresarial no cenário de *welfare state* atingindo a saúde pública como um todo.

Já o artigo de Ernesto Venturini se propõe a contemplar o conceito de reabilitação em saúde mental em oposição ao psiquiátrico. Para tanto, reflete

---

<sup>2</sup> Citado no capítulo 4 de autoria de Torre e Amarante.

criticamente sobre suas proposições à luz, justamente, de sua condição de inovação e superação paradigmática em relação à perspectiva “basagliana”. As reflexões críticas desenvolvidas por Venturini colaboram no sentido de um ancoramento ético que se opõe à deriva frente a emergência de novas tecnologias, situando com clareza a relevância do paradigma da desinstitucionalização. Nesta perspectiva, o autor recupera a história dos esforços de reabilitação de pessoas com sofrimento mental grave e persistente, referindo-se a diversas práticas e tecnologias que tem sido objeto de discussão contemporaneamente, como o *Recovery* ou o *Open Dialogue*. Venturini aponta para a construção de uma cultura de invenção que não pretende monumentalizar um tempo passado e sim nos aponta a textura mesma da prática que ele prefere chamar de “habilitativa” e que não impacta apenas o “habilitando”, a pessoa em situação de fragilidade psicossocial, mas o “habilitante” e o espaço vital que ela multiplica, afrontando a “normalidade”.

Com Bruna Zani, de forma bastante sistemática e abrangente, abordaremos o tema do poder através do conceito de *empowerment* que tem grande centralidade nas práticas em Psicologia Comunitária na Itália e é determinante na dinâmica – planejamento e avaliação – das estratégias de reabilitação. O capítulo realiza uma necessária revisão conceitual que complementa a discussão realizada por Ernesto Venturini, na medida em que acompanha seu desenvolvimento em uma perspectiva não psiquiátrica e aborda também a produção latino-americana sobre o assunto e suas críticas ao uso do conceito na psicologia, alertando para o risco dos reducionismos individualizantes. Com Zani, é possível identificar diversos níveis analíticos do empoderamento; seus paradoxos; o desdobramento no conceito de resiliência e de participação. O texto não faz referência à obra de Basaglia. No entanto, contribui na compreensão do programa reabilitativo de Bologna e tem sido muito consequente para as reflexões sobre a organização e conquista de autonomia das pessoas com histórias de psiquiatrização e de sofrimento mental. É também uma leitura que contribui para a compreensão do conceito de reabilitação social na obra de Franca e Franco Basaglia, desenvolvido no primeiro capítulo, na medida em que chama a atenção para os processos individuais, organizacionais e comunitários, além de comentar sobre áreas de aplicação, numa perspectiva contemporânea

O capítulo de Eduardo Henrique Guimarães Torre e Paulo Duarte de Carvalho Amarante aprofunda e alarga a discussão na medida em que contribui com evidências que corroboram a perspectiva coletiva já indicada nos capítulos anteriores. O texto nos aporta no Brasil. Ele indica a emergência de um campo artístico-cultural no qual podemos identificar em termos práticos interpenetrações entre militância política, potência estética e construção de cidadania que incidem

criticamente na construção de cultura inclusiva que enseja o “questionamento das concepções hegemônicas sobre saúde/doença e normalidade...[bem como] saúde mental e os conceitos de loucura e diversidade” criando “modos de resistência ao poder psiquiátrico e aos processos de patologização, medicalização e psiquiatrização social”. Este campo artístico-cultural evidencia a dimensão sociocultural da complexidade inerente aos processos de reabilitação social, de empoderamento e de desinstitucionalização explorados nos capítulos anteriores. Outras três dimensões a serem contempladas na abordagem dos processos de reforma psiquiátrica italiano e brasileiro, em um conceito desenvolvido por Amarante, seriam o teórico-conceitual, o jurídico-político, e o técnico assistencial. Eles se traduzem em uma fundamental grade de leitura para os processos que interessam a esta coletânea e à literatura sobre políticas de saúde mental. Ao focar a dimensão sociocultural, os autores apontam para estratégias que articulam tanto o fomento de participação social, quanto a construção de projetos de vida pelos sujeitos, pessoas com histórias de sofrimento mental severo e persistente e arcam com as contraditórias consequências do apelo ao diagnóstico psiquiátrico. Eles procuram evidenciar a produção de um “novo lugar social para a loucura” que se desloca desde o privado para o público, para uma específica vivência da cidade como espaço público, numa dialética de auto invenção subjetiva ou talvez identitária que se situa no âmbito do exercício da arte. Introduzem, para tanto, o conceito de “Cidadania Cultural” que merece atenção especial assim como a referência ao risco da “colonização biomedicalizante”.

Esta referência às múltiplas dimensões da complexidade inerente ao processo de Reforma Psiquiátrica nos é também útil para apresentar a primeira parte deste livro, pois nos endereça a cada um dos capítulos teóricos iniciais, ainda que se evidencie em todos eles uma discussão de natureza historiográfica. A discussão sobre reabilitação psicossocial em Franco Basaglia e Franca Ongaro Basaglia certamente aponta para uma discussão conceitual que enfatiza a operação que indica a necessidade de construção de direitos sociais.

O capítulo seguinte que enfatiza a desinstitucionalização como processo político/institucional fundante de um projeto de reabilitação ou “habilitação” psicossocial contempla a dimensão jurídico-política. A discussão sobre o *empowerment* nos remete aos modos como os serviços reabilitativos operam com os desafios de efetivação e avaliação dos diversos processos que ensejam. Na sequência, o capítulo que enfatiza as iniciativas no campo artístico-cultural nos defronta com uma institucionalidade que extrapola o âmbito dos serviços de saúde

mental para evocar o cotidiano, as relações com o espaço público e outros dispositivos que compõem o tecido social.

Em seguida, agregamos dois capítulos que descrevem prática que se inserem no espectro da reabilitação. Ambos ilustram a discussão teórica dos quatro primeiros capítulos. Eles são resultantes da pesquisa à qual fizemos referência nesta apresentação e foram construídos em um processo de cotejamento, valorizando as suas especificidades.

Apresentaremos inicialmente os serviços de Bolonha que se definem como prática de empoderamento e *recovery*. Esta descrição alarga a reflexão especialmente quando nos permite identificar uma estratégia de inserção através das relações de trabalho e a força do associativismo como estratégia de mobilização “cívica”, comunitária, nos termos apresentados por Saraceno e Rotelli. Adequando-nos a terminologia local, mais adequado seria falar em “percursos sociais e reabilitativos” em saúde mental. A atenção se alarga em direção ao território, identificando uma grande vitalidade que toma a forma de iniciativas que afirmam o direito a moradia, a trabalho, a relações sociais e a participação de usuários, familiares e da sociedade civil, com destaque para o voluntariado e para o terceiro setor – onde as cooperativas sociais ganham protagonismo e são os principais atores na construção permanente de uma política de saúde mental capaz de promover efetivo resgate de autonomia. Nele contamos com a coautoria dos principais envolvidos.

No último capítulo, apresentamos uma prática, brasileira: o programa de reinserção dos Centros de Convivência de Belo Horizonte, que se apoiam na arte como principal ferramenta. O artigo localiza a os Centros de Convivência, inserindo-os nos seus específicos territórios, procurando identificar o perfil dos conviventes (monitores, monitoras ou oficinairos e oficinairas, destacadamente), a dinâmica de construção de laços sociais como parcerias nos espaços das oficinas e atividades transversais, com suas diversas atividades, para finalmente abordar o que é definido como “convivência” e seus artífices, conviventes e artefatos.

Assim, temos um conjunto de textos teóricos e a oportunidade de reflexão sobre práticas relevantes e consolidadas. Esperamos que, com esta apresentação, os leitores e as leitoras possam escolher seu próprio percurso.

Finalmente, e não menos importante: é necessário compartilhar os méritos da investigação e da construção desta coletânea.

O encontro e a parceria com Bruna Zani foi essencial: um exemplo de abertura, disponibilidade e curiosidade produtiva para com a alteridade. A partir da parceria por ela incentivada é que nos foi possível constituir a pauta de pesquisa

que sustentou uma pesquisa ao longo de cinco anos. Conjuntamente, realizamos muitos feitos memoráveis e viagens inesquecíveis sobre o tema da reabilitação. As colaborações se multiplicaram em um dinâmico intercâmbio, produzindo um vigoroso fluxo de ideias e pessoas. Os pesquisadores e pesquisadoras que participaram da pesquisa, contribuíram imensamente: Antonella Guarino, Camila Augusta dos Santos, Carla Luiza Oliveira, Chiara Giuliani, Eliane Rodrigues da Silva, Francisco Matheus Machado de Barros, Henrique Balieiro, Hernani Luís Chevreux Oliveira Coelho Dias, Irene Esposito, Júlia Castilho, Júlio Cezar Alves dos Santos Gonçalves, Leandro Fiuza, Marina Passos Pereira Campos, Marco Mazzotti e Vito Julião. Esperamos que apreciem o resultado deste livro e se vejam nele.

Destacamos também o apoio fundamental do então coordenador do Departamento de Saúde Mental, o psiquiatra Angelo Fioritti e, posteriormente, a psiquiatra Ivonne Donegani, que propiciaram rica contribuição dos profissionais de saúde mental italianos: Anna Compagnoni, Cinzia Migani, Concetta Pierobattisti, Franco Mongelli, Giordano Merusi, Giudi Danila, Katia Monti, Mônica Covili, Vincenzo Trono. Através deles, cumprimentamos todas e todos os operadores de saúde mental de Bologna que tão bem nos acolheram!

Acrescentamos que foi fundamental para nosso aprendizado a participação da ASUSSAM, Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais, pela inspiração e estímulo bem representados por Emilha Maria de Oliveira Marques e Leida Maria de Oliveira Uematu.

Registramos nossa gratidão à extraordinária sintonia com os familiares e usuários bolonheses organizados em associações, como *Cercare Oltre*, *Non Andremo Mai in TV*, *Il Ventaglio*, *GALAPAGOS* e *Diavoli Rossi*. Cumprimentando todos e todas através dos nomes de Giusi Amalfitano e Egidio Bracco.

Agradecemos também o fundamental apoio da Coordenação de Saúde Mental do Município de Belo Horizonte. Através do apoio de Rosemeire Silva, Patrícia C. Gomes e Arnor J. Trindade Filho, que nos proporcionaram o prazer de interagir com Maria Auxiliadora Barros Moraes e Luiz Carlos Penna Chaves e com as gerentes dos Centros de Convivência: Ana Paula Novaes (Venda Nova, atual Carlos Matraga), Giselle Amorim (Oeste), Karen C. Zacché (Arthur Bispo do Rosário), Maria Betânia de Lima Guimarães (Providência, atual Rosimeire Silva), Maria Eliza de Vasconcelos Silva (Carlos Prates), Marise Hilbert (Barreiro), Marta Soares (São Paulo), Sílvia Riveres (Cezar Campos) e Wilma dos Santos (Pampulha, atual Nise da Silveira).

Procuramos retribuir, com este livro, o acolhimento, a abertura e a dedicação.

Todos estes encontros se viabilizaram graças ao financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) e à Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, onde encontramos sustentação e estímulo e a possibilidade de participar do Programa Ciência Sem Fronteiras. Além disso, contamos com o apoio operacional do Departamento de Saúde Mental de Bologna e do *Istituto Minguzzi*, que viabilizaram nossa participação no “Programa Brasil Próximo” (com Giuseppe Silvestres, consultor sênior da área de internacionalização das políticas sociais – ERVET).

O livro que se abre não seria possível sem a parceria e o companheirismo de Paulo Amarante, que incentivou a realização desta publicação. Nossa amizade se nutriu do período de pós-doutorado realizado junto a seu grupo de trabalho na Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

Reconher e celebrar as pessoas que nos estimulam na construção de uma vida significativa é fundamental, como Károl Veiga Cabral e Márcio Mariath Belloc, meus caros editores!

Devo finalizar esta tarefa referindo-me a Ernesto Venturini e nossa frutífera caminhada de tantos anos em cumplicidade afetiva e intelectual.

## Referências Bibliográficas

Castilho, J, & Goulart, M. S. B. (2015). Reabilitação Psicossocial: uma perspectiva clínica. In: Coutinho, M. C.; Furtado, O.; Raitz, T. R. (Coord.) *Psicologia Social e Saúde: da dimensão cultural à político institucional*. Florianópolis: Abrapso Editora/Editora do Bosque CFH/UFSC.

Floriano, L. S. M, Gorchinski, P. M., Gonçalves, A. L. A, & Rodrigue, A. O. (2022). Reabilitação psicossocial e saúde mental: Um enfoque na autonomia e na cidadania. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v.5, n.1, p.666-676 jan./feb.

Guerra, A. M. C. (2004). Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre os controversos conceitos e seus possíveis paradigmas. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, v. VII, n.2, pp. 83-96.

Pitta, A (org.). (2001). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC.

Saraceno, B. (2001). Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In A. Pitta (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 13-18). São Paulo: Hucitec.

Saraceno, B. Reabilitação como cidadania. (1999). In Saraceno, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível* (pp. 111-42). Rio de Janeiro: TeCorá.

Yasui, S.; Luzio, C., & Amarante, P. (2018). Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Rev. Polis e Psique*, v.8, n.1, pp. 173 – 190.

Saraceno, B. (2023). L'ultima lezione: trattare bene le persone. *Blog do Istituto Gian Franco Minguzzi*. Bologna, Itália. Disponível em <https://unacertaideadi.altervista.org/2023/09/lultima-lezione-trattare-bene-le-persone/>

## BASAGLIA E A REABILITAÇÃO “SOCIAL”

Maria Stella Brandão Goulart

A produção de uma cultura nova só pode nascer de uma prática social nova.

Franco Basaglia, 1982, p. IX

[...] continuemos a sedar os sintomas, fazer diagnósticos, atender e tratar, inventar novas técnicas: mas conscientes de que o problema é outro.

Franco Basaglia, 1979/1982, p. 444

O diagnóstico é um objeto e “crise [vital]” é subjetividade

Franco Basaglia, 2000, p. 13

### Introdução

Os temas da reabilitação, (re)inserção, inclusão social batem a nossa porta todos os dias. Eles integram uma pauta que é intrínseca ao processo permanente de construção de uma política de saúde mental pautada pelo tratamento em liberdade: antimanicomial. Remetem a uma enorme diversidade de práticas que nos confrontam, necessariamente, com contradições relevantes e com as especificidades de cada território, de cada sujeito, dos diversos serviços e suas equipes inter ou multidisciplinares. Mas como realizá-la? Como avaliá-la? Como aprofundá-la?

Retomar a leitura de Basaglia significa construir uma referência e fortalece o diálogo com nossa prática no campo da saúde mental. Trata-se de sistematizar um conceito que pertence a um dos mais importantes paradigmas fundantes da reforma psiquiátrica italiana e brasileira. É uma oportunidade para realizar o necessário diálogo com aqueles que protagonizaram um processo de transformação de indiscutível relevância e atualidade. É um estímulo e uma contribuição para a formação permanente e de novos quadros de profissionais operadores do campo da saúde, sustentando a necessária cultura crítica profissional.



Mas de qual Basaglia estamos falando? Evocaremos um sujeito coletivo, pois temos que considerar que a obra de Franco Basaglia foi tecida, em grande parte, senão em sua maioria, em coautoria com Franca Ongaro Basaglia, que a desdobrou e afirmou posteriormente. Além desta parceria, consideremos que as ideias e conceitos que retomaremos neste capítulo, envolvem uma rica práxis entre diversas competências profissionais – psiquiatria social, psicologia, psicanálise, educação, arte, enfermagem entre outras –, com “Gorizianos e Gorizianas”, com “Basaglianos e Basaglianas”, com os operadores de Trieste, com a “Psiquiatria Democrática”, com as pessoas<sup>1</sup> em situação de sofrimento mental e seus familiares, ativistas do voluntariado de diversas regiões da Itália e de outros países, que deram vida à crítica *antistituzionale* (anti-institucional), antimanicomial, que sustentou o processo de reforma psiquiátrica na Itália e tanto inspira o Brasil.

Os anos 60 e 70 testemunharam um significativo acúmulo de experiências e inovações institucionais que se definiram como “alternativas” e “substitutivas” aos hospitais psiquiátricos (manicômios) e pretendiam superar o modelo de assistência psiquiátrica asilar tradicional: a pura e simples exclusão através da internação em manicômios. Este será o período que trataremos aqui. Foi a ocasião em que “reabilitar” significava “reativar os recursos vitais” das pessoas que estavam presas em manicômios e daquelas que eram libertadas, de modo a viabilizar o processo de reinserção social.

Ocorreu, paralelamente e posteriormente, uma difração nos modos de oferta de atenção e cuidado, nos parâmetros normativos e nas concepções que sustentam a cultura profissional em saúde mental, como: a experiência norte americana de *Soteria*, o *Open Dialogue* finlandês, e mais recentemente o *Recovery*<sup>2</sup>. Além disso, a psiquiatria perdeu “algo” de sua hegemonia – compartilhando espaço com a psicologia, a enfermagem, a terapia ocupacional, o serviço social e com a expertise dos usuários dos serviços, a capacidade crítica dos *Survivors of Psychiatry* organizados (Vasconcelos, 2000) e das “pessoas que convivem com o sofrimento mental de forma mais permanente” (Vasconcelos, 2021, p.41). Surgiram novas profissões – como o educador social, na Itália, e o acompanhante terapêutico, no Brasil – assim como ações coletivas que ultrapassaram diversas fronteiras<sup>3</sup> – como a Rede de Alternativas à Psiquiatria (*Reseau*), a Rede Unida, a *Conferenze permanente per la salute mentale nel mondo “Franco Basaglia”* (COPERSAMM), o

---

<sup>1</sup> Utilizaremos com frequência o termo “pessoa” como opção por um termo neutro, na intenção de contornar a ênfase no gênero masculino, omitindo as demais possibilidades. As traduções são nossas.

<sup>2</sup> Sobre estes temas contemporâneos, remetemos ao capítulo desenvolvido por Ernesto Venturini.

<sup>3</sup> Sobre a difusão da obra Basagliana, recomendamos a leitura de Burns & Foot, 2020. Esta publicação foi composta por relatos sobre o legado de Franco Basaglia oriundos de diversos países: Alemanha, Argentina, Espanha, Estados Unidos, França, Grécia, Holanda, Inglaterra, Irlanda, Polónia, Suécia e Iugoslávia.

Movimento Antimanicomial e diversas redes de ativismo de usuários/sobreviventes vinculados à luta contra a medicalização, medicação abusiva, psiquiatrização e outras<sup>4</sup>.

Ou seja, o ambiente temático da “reabilitação” em saúde mental tem se ampliado significativamente. O veio “Basagliano”, como coletividade, dialoga com estes diversos atores sócio-políticos e suas perspectivas, mantendo especificidade e a força de um marco histórico fundamental, como um corte epistemológico, considerado o amplo esforço de revisão e proposição conceitual<sup>5</sup> e como uma práxis de grande atualidade.

Este texto se propõe a revisitar este veio a partir da obra cunhada por Franco Basaglia e Franca Ongaro Basaglia no período de sua emergência nos anos 60 e 70, como estratégia de sistematização e aprofundamento.

Franco é, sem dúvida, o psiquiatra identificado como a principal liderança do Movimento *Antistituzionale* (ou antimanicomial), que posteriormente se desdobrou na forma da Associação Psiquiatria Democrática. Ele foi o principal ator na construção das Reformas Psiquiátricas antimanicomiais que resultaram no desencadeamento da reforma psiquiátrica italiana<sup>6</sup>, ainda que considerada sua origem multicêntrica (Goulart, 2007; Foot, 2014).

Franca é a intelectual e a liderança que, como brilhante ensaísta, ativista e atuante Senadora da República italiana por duas magistraturas, produziu a institucionalidade necessária para a aplicação da Lei Basaglia e a efetivação da rede de serviços territoriais que sustentaram a implementação da Reforma em toda a Itália (Goulart, 2004; 2007; 2012; Foot, 2014; Valeriano, 2022).

Interessa-nos, diretamente, o conceito de “reabilitação” nos limites das políticas públicas de saúde mental nesta revisitação da obra “dos Basaglia”, motivados pelos desdobramentos de interesses de pesquisa sobre o tema<sup>7</sup> e pelo

---

<sup>4</sup> Sobre o tema é particularmente relevante a reflexão crítica sustentada por Paulo Amarante e Fernando Freitas, sistematicamente expressa no *MAD IN BRAZIL* e teorizada em diversas publicações, onde destacamos o livro “Medicalização em psiquiatria” (FIOCRUZ, 2015). Esta reflexão se inspira particularmente na práxis do jornalista científico Robert Whitaker, documentada no livro “Anatomia de uma epidemia – pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental” (FIOCRUZ, 2017).

<sup>5</sup> Sobre o tema, consultar: Amarante, 1996; 2017; Colucci; Di Vittorio, 2000; Pivetta, 2012; Foot, 2014; Goulart, 2007; Venturini, 2020; entre outros.

<sup>6</sup> Sobre a Reforma psiquiátrica italiana há vasta literatura no Brasil, na Itália e em outros diversos países, da qual destacamos: Venturini, 1979; Amarante, 1996; 2017, Goulart, 2004; 2007; Vasconcelos, 1992; 2000, Foot, 2014; Pulino, 2016; Rotelli, 1994, dentre tantos outros.

<sup>7</sup> A inspiração decorre de pesquisa acadêmica realizada entre os anos de 2011 e 2016: “A reabilitação psicossocial: um confronto entre Brasil e Itália” que foi desenvolvida em parceria com a *Università degli Studi di Bologna* (Goulart, 2016; Goulart; Zani, 2015). Esta pesquisa foi financiada pela FAPEMIG, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais à qual sempre agradecemos.

Nesta pesquisa, tomamos como referência – após ampla revisão bibliográfica e contato com a prática desenvolvida nas cidades de Bologna e Belo Horizonte – uma concepção de reabilitação “psicossocial”, genericamente, como processo ou conjunto de processos de reconstrução de cidadania e laços sócio afetivos, operando na direção de recuperação de moradia, trabalho e reinserção nas redes intersubjetivas e na cidade (Goulart et al, 2016; Castilho; Goulart, 2015).

desafio de encontrar parâmetros para explorar o território que se delineou como substitutivo ao modelo de assistência psiquiátrica asilar tradicional<sup>8</sup>, procurando nutri-lo conceitualmente.

Na revisão da obra de Franco e Franca, delimitamos as contribuições na fase final de Gorizia; a breve passagem por Parma; a estadia do casal em New York; e a construção inicial do processo de desinstitucionalização em Trieste, com a perspectiva de acesso pleno à cidadania. Isso significa cerca de uma década, justamente no período entre as legislações que estruturaram normativamente a Reforma Psiquiátrica italiana: a Lei Mariotti de 1968 e a Lei Basaglia, melhor dizendo, *Legge Orsini*<sup>9</sup>, da Reforma Psiquiátrica, de 1978, que integrará imediatamente a legislação da Reforma Sanitária italiana (Lei 833). Este é o período no qual ocorreu a grande “invenção” que nos orienta no reconhecimento da “cidadania da loucura”.

Esta demarcação contempla, de forma geral, importantes publicações em saúde mental: “*Cos’è la Psichiatria*” (1967), “*L’istituzione negata*” (1978), “*Scritti I*” (1981) e “*II*” (1982). São obras que testemunham o trabalho coletivo dos Basaglianos e nos oferecem uma oportunidade de compreensão na perspectiva de Franco Basaglia, Franca Ongaro Basaglia. O primeiro livro é uma coletânea foi publicada pela administração da cidade de Parma e explicita o debate sobre a situação italiana e compartilha pela primeira vez a prática desenvolvida em Gorizia. O segundo, teve enorme repercussão e contém uma reflexão ainda mais aprofundada, sinalizando os problemas e as tensões do trabalho desenvolvido em Gorizia, sendo traduzido para o português em 1985 e em 1991.

“*Scritti I e II*”, compõe uma coletânea, na forma de dois volumes, da obra de Franco Basaglia em colaboração com Franca Ongaro Basaglia<sup>10</sup>, organizada e prefaciada por ela, após a morte do companheiro intelectual e marido entre 1981 e 1982. *Scritti* contempla os artigos escritos por Franco e Franca em “*Cos’è la psichiatria*” e “*Instituição negada*”, delineando um perfil, bastante orgânico do pensamento da dupla. No entanto, não foram inseridos os debates que constam em “*Conferenze brasiliane*” (2000), aos quais faremos referência pontualmente, pois expressam o pensamento mais maduro de Franco. É interessante ter em mente que este livro foi editado em português, com o título: “*Alternativa à psiquiatria: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*” (Basaglia, 1979). A edição italiana

---

<sup>88</sup> A literatura sobre este assunto é extensa. Destacamos: Pitta, 2001; Saraceno, 1995, 2001; Guerra, 2004; Oliveira, 2016; Goulart, 2016; Castilho; Goulart, 2015 entre outros.

<sup>9</sup> Parlamentares da Democrazia Cristiana, DC, psiquiatra, que apresentou o projeto de Lei, apoiado por um comitê de parlamentares do qual participava Franco Basaglia e Antonio Slavich dentre outros profissionais.

<sup>10</sup> Como se pode constatar nos rodapés das primeiras páginas de cada artigo, sendo que nos textos que se referem ao Encontro da Rede de Alternativas à Psiquiatria, a autoria é efetivamente coletiva.

contém parte do curso “Psiquiatria e participação popular” que foi oferecido por Basaglia no III Congresso Mineiro de Psiquiatria (apesar dos nomes dos brasileiros e das brasileiras, com os quais o debate ocorre, serem omitidos).

Partiremos, neste percurso, com a expectativa de ousar a identificação do conceito de reabilitação para os Basaglia, tendo em mente a ênfase, como adverte Franca, na “impossibilidade de propor soluções puramente técnicas, ao interno de um sistema que exige respostas e ações políticas.” (Basaglia, 1982, p.13)

Entendemos que o conceito em questão – “reabilitação” em saúde mental – se configura em diversos momentos da obra, considerando o duplo nível recomendado por Franco e Franca: o técnico e o político. A negação do mandato institucional – técnica e política – a qual se fez referência no Movimento *Antistituzionale* não se reduz a uma Antipsiquiatria. Procurava-se por uma psiquiatria diversa e digna, capaz de uma clínica não violenta, respeitosa e profundamente social, mas com a possibilidade de ir além dela, ultrapassando os limites disciplinares. Nesta direção, as questões relativas ao poder institucional não poderiam ser escamoteadas e não se restringiam à esfera da relação psiquiatra e “doente mental”: o discurso crítico se remetia à luta de classes e às relações com o Estado; à desigualdade socioeconômica e à injustiça. É muito significativa a construção da expressão “Psiquiatria democrática”, neste sentido. Ela se alinhava à Medicina Democrática e à Magistratura Democrática na luta por uma sociedade mais justa e equânime nos anos 70. Nesta conjuntura, vários atores coletivos foram fundamentais, como o Movimento Operário na luta por saúde. Movimento Feminista e o Estudantil foram também fundamentais na articulação com os partidos populares organizados (Basaglia, 2000, p.130). Basaglia afirma, que foi em sintonia com o Movimento Feminista, que o privado se projetou como uma dimensão política (Basaglia, 2000, p.191). Tenhamos em mente que a Lei 180 surgiu concomitante à lei do aborto (Basaglia, 2000, p.69) e do divórcio na Itália.

A maior parte dos textos aqui analisados contempla, a chamada “quarta fase” da obra de Basaglia, definida por Franca como “abertura ao externo” (Basaglia, 1982, XXVI), o que implicava na constituição dos serviços territoriais e comunitários, rompendo barreiras, transformando as relações entre os ditos “normais” e os “doentes mentais”<sup>11</sup>. Interessa-nos a “reabilitação” que se exercita para além dos muros. Questionava-se, através da negação institucional, os conceitos que instrumentalizavam a discriminação e exclusão realizada na e pela sociedade, com as bençãos do Estado. Novas possibilidades surgiram a partir dessa epistemologia

---

<sup>11</sup> O termo “doentes mentais” é o utilizado pelos autores italianos de modo geral, quando se referem àqueles que, no Brasil, são as pessoas com a experiência de sofrimento mental severo e persistente.

*anti-istituzionale*. Não consta, na categorização elaborada por Franca Ongaro Basaglia, um destaque para um conceito sistemático de reabilitação como uma correspondência a esta abertura em direção ao que era externo ao cotidiano manicomial, ainda que o termo seja usado recorrentemente em boa parte dos textos.

No artigo, “Reabilitação e controle social” (1971), após apontar para as dimensões necessárias à discussão do conceito, fica claro, porém, que:

As necessidades do doente na instituição responsável pelo seu tratamento estão, de fato, em antagonismo com a eficiência organizativa necessária para a sobrevivência do hospital [psiquiátrico] enquanto organização social. (Basaglia, 1971/1982, p.200)

Entendemos que as ideias relativas a este assunto emergem necessariamente como respostas ao desafio da desinstitucionalização – dos manicômios e da ideologia custodial –, e que o termo “reabilitação” só ganha efetivo destaque quando a reinserção social conquista contornos práticos e na medida em que se insiste no desafio de encontrar espaços em uma sociedade que produziu, ela mesma, a exclusão social que condena o sofrimento mental ao ostracismo. Porém, adverte Basaglia,

Discutir sobre diversas técnicas de reabilitação e preferir umas em relação a outras, significa então limitar-se a uma intervenção de superfície, aceitando passivamente o jogo social que nos determina e que determina o significado essencial da nossa ação, invertendo sua finalidade: a terapia transformada em controle, o tratamento em forma de repressão e domínio. (Basaglia, 1971/1982, p.207)

A atenção aos desafios e contradições relativos à reabilitação conquistaram grande visibilidade a partir da década de 80 (Saraceno, 1995, p.3), quando o termo passa a fazer parte do “discurso psiquiátrico”<sup>12</sup> corrente. O mesmo poderia ser dito com referência ao termo “saúde mental”.

O prefácio de Franca Ongaro Basaglia, em “*Scritti*”, adverte que “...uma ação crítica que não renuncia a confrontar-se com a realidade e autocriticar-se servirá para esclarecer alguns obtusos e intencionais maus entendimentos” (Basaglia, 1982. p. VIII). Ela acrescenta: “a produção de uma nova cultura não pode outra coisa, do que nascer de uma prática social nova” (Basaglia, 1982, p. IX). A inovação institucional é indiscutível: o fim dos manicômios e a construção de uma rede de serviços territoriais que se coloca a serviço dos chamados doentes mentais, seus familiares, amigos e amigas. Ela está sustentada por uma compreensão bastante específica da sociedade de classes contemporânea e de um conjunto de conceitos

---

<sup>12</sup> A Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial (World Association for Psychosocial Rehabilitation - WAPR) foi criada na França em 1986, com caráter multidisciplinar e envolvendo dezenas de países.

que vão desde o fenômeno do adoecimento e da saúde, até a proposição de metodologia de desinstitucionalização e a direção ética de trabalho e luta. Porém, “não se faz cultura [anti-institucional] escrevendo livros, se faz cultura no quando se muda a realidade.” (Basaglia, 1979/1982, p. 485). Não se trata de oferecer modelos, e sim uma via de acesso à reflexão e à ação concreta.

Diga-se de passagem, que estas reflexões foram construídas em um território marcado pela liberdade de pensamento, pelo autodidatismo e fora do âmbito da produção de cultura formal. A vida acadêmica de Basaglia, como professor, foi sempre difícil. Começou em Padova, quando trabalhou por 13 anos como professor assistente até que foi aconselhado a assumir a direção do manicômio de Gorizia. Depois disso, ele trabalhou na cátedra de “higiene mental” na Universidade de Parma por 8 anos, onde se sentia isolado. Depois disso, lhe ofereceram uma cátedra de “neuropsiquiatria geriátrica” que ele recusou. Foram mais de 20 anos de convivência com a resistência do baronato italiano (Basaglia, 2000, p.155), que jamais se rendeu à riqueza do pensamento anti-institucional e às evidências de sucesso da prática da desinstitucionalização.

Antecipemos alguns pontos de referência para o desafio de uma possível teoria da reabilitação em Franco e Franca. O primeiro ponto, com certeza, é o que determina o fim dos hospitais psiquiátricos: não há reabilitação na exclusão pois ela expressa a afirmação de direitos sociais e civis. O segundo, como consequência, diz respeito aos arremedos ideológicos que sustentaram o projeto de asilamento: a medicalização e psiquiatrização opressiva e as ideologias de *ricambio* que não são capazes de enfrentar a crítica às terapêuticas que se baseavam na exclusão social (comunidades terapêuticas, psicoterapia institucional e preventivismo, dentre outras), que poderíamos traduzir como, apaziguadoras ou de substituição. O terceiro diz respeito ao lugar dos sujeitos: “técnico” (trabalhadores do negativo, funcionário do consenso e técnicos do saber prático, como nomeia Basaglia) e “doente mental”, tensionado entre o delírio e a construção da vida, sua existência em relações significativas e respeitadas. O quarto ponto se concentra nos novos desenhos institucionais inclusivos (o status de “hóspede” e a internação voluntária, as cooperativas, as residências, o convívio coletivo e a relação com a cidade como território de exercício de cidadania entre outros). Os dois primeiros pontos dizem respeito àquilo que é objeto da desinstitucionalização e os dois finais, dizem respeito ao que deve ser afirmado na construção de um novo desenho institucional e de cultura antimanicomial.

Franco e Franca localizam historicamente a primeira iniciativa de estatização da atenção em saúde e de efetivo esforço de reabilitação, guiado pelo interesse em

recompor a força de trabalho, no programa estimulado pelo Partido Trabalhista inglês, que resultou na organização do *National Health Service*<sup>13</sup> e de leis como a “*Desabled Persons Act*” de 1944, que

sinalizou uma mudança na atitude da sociedade em relação ao doente mental, pela primeira vez inserido em um programa de reabilitação fora do hospital e conseqüentemente fora de uma situação de exclusão social. (Basaglia, 1969/1982. p. 57).

Nos anos 40, diversas iniciativas orientaram-se numa perspectiva mais politizada, procurando desmascarar e denunciar o “poder real e fantasmático” exercido pelo psiquiatra através das discussões em grupo que apontavam para a emergência de uma possível vida comunitária, na qual se propunha horizontalidade entre equipe técnica e pessoas internadas, como ocorreu com algumas experiências de Comunidades Terapêuticas<sup>14</sup>. Na França, pouco depois, teve início o Movimento da Psiquiatria institucional<sup>15</sup>, quando Francesc Tosquelles, um exilado antifranquista vindo da guerra civil espanhola, introduziu os pressupostos psicanalíticos em um pequeno hospital psiquiátrico (Basaglia, 1969/1982. p. 59) de modo a construir uma dinâmica humanizadora. Tratava-se de depurar ou complementar a dinâmica e o projeto clínico dos hospitais psiquiátricos.

Basaglia adverte que estes dois modelos, inglês e francês, teriam, no entanto, partido de perspectivas diversas: microssociologia e psicodinâmica, respectivamente. Os anglo-saxões estavam mais atentos aos processos sociológicos (locais), atentos aos fenômenos de poder (já tematizado pelo modelo de comunidades terapêuticas). Já os franceses, valorizavam mais a dimensão fantasmática e interpretativa dos fenômenos de pequenos grupos. Esta atenção ao processo histórico é fundamental no delineamento de práticas e concepções nas iniciativas fundantes da Reforma Psiquiátrica ensaiada em Gorizia, Parma, e realizada em Trieste. Ele indica que havia já a clara consciência da falência das instituições asilares, vocalizada pela nascente Psiquiatria Social (em especial, a Antipsiquiatria).

De outra parte, emergiram os estudos microssociológicos que evidenciaram os efeitos nefastos da estrutura hospitalar como Russel Barton, com o conceito de neurose institucional, e Erving Goffman, com o conceito de instituições totais e a carreira de doente mental.

Assim delineiam-se alguns contrapontos na discussão sobre reabilitação deve ser lida, não como apelo a uma técnica de inclusão, mas como integrante de uma ruptura que contempla as lutas contra a institucionalização e a tecnificação. O

---

<sup>13</sup> Esta legislação foi objeto de análise crítica no texto “o conceito de saúde e doença” (Basaglia, 1975/1982, p. 377).

<sup>14</sup> Cita Maxwell Jones, Thomas Forrest Main, Wilfred Bion, John Rickman e mais tarde Michael Foukes entre outros.

<sup>15</sup> Cita Jean Oury, Roger Gentis, Horace Torrubia.

hospital psiquiátrico não pode ser tomado como uma instituição terapêutica. A clareza e a maturidade expressa na obra Basagliana é um poderoso ponto de orientação: um “norte”.

### **1. A violência institucional e os manicômios**

O argumento pode parecer datado, mas não o é. Os manicômios ainda são uma realidade. São muitas as portas fechadas nos cenários de tratamento. Há o risco de que nos fechemos em lugares humanizados, tecnicamente convenientes, que mantêm as pessoas em situação de supressão de direitos civis. Além disso, Franco e Franca não estão se referindo apenas a organizações fisicamente restritivas, pois o problema ultrapassa a materialidade dos muros físicos e das grades. Trata-se de discutir (e negar dialeticamente) a Instituição Psiquiátrica, que não se reduz a seus modos de organização social.

O conceito de reabilitação em saúde mental na perspectiva radical, original, basagliana, nos convida a colocar em cena, mais uma vez, o desafio da sociedade sem manicômios, que implica no fim dos hospitais psiquiátricos como organização, mas foca na instituição psiquiátrica como lógica de controle e mortificação. É sempre oportuno o explícito posicionamento em relação ao “asilo”, aos hospitais psiquiátricos e seus múltiplos (e atualizados) formatos. Para Franco e Franca, estes são os espaços de exclusão, assim como definido no conceito de “instituições totais” (Goffman, 2001) – introduzido na Itália por Franca Ongaro em 1967, em texto que integrava a coletânea “*Cos’è la psichiatria?*” (Ongaro Basaglia, 1967) e com o livro “*Asylums*”. Este conceito que remete a instituições que absorvem totalmente as pessoas – fisicamente e simbolicamente – reforçou a argumentação que indicava a necessidade de superação, radical, dos manicômios e de toda uma concepção de “papéis sociais”(institucionais) construídos para a loucura, inclusive nos modelos ditos comunitários (Comunidade terapêutica e Psicoterapia institucional) e que deveriam ser questionados. Mais do que isso: foram rejeitados. Segundo Franca, oferecendo uma perspectiva sociológica elucidante e nada psiquiátrica<sup>16</sup>,

A análise de Goffman evidencia, de fato, o processo de gradual limitação e restrição de si à qual é constrangido o doente mental desde o momento em que é oficialmente reconhecido como doente, processo cuja evolução é distinta da doença, que aqui joga um papel puramente casual. (Ongaro, 1967, p. 270)

Através de Goffman, Franca apresenta aos italianos as similaridades entre a carreira de doente mental e a situação dos colonizados, dos negros, dos prisioneiros dos campos de concentração nazistas, citando Primo Levi e Franz Fanon, que

---

<sup>16</sup> Sem apelo à ideia de neurose institucional de Barton.



depois se desdobrará na situação das mulheres, como prisioneiras de seus corpos devotados à procriação e ao controle moral. São os processos de “demolição” das pessoas e de desumanização que se evidenciam (Ongaro, 1967, p. 279) e que se associam a um distanciamento das problemáticas (individuais e coletivas) e das relações pré-egressas e a uma reificação no diagnóstico, que tornará o seu mundo não problemático e irreal. É a trama das relações sociais, afirma ela, que interessa, nesta perspectiva, e que desencadeia uma adesão ou submissão aos valores dos “dominadores”. Agregando a necessidade de “um processo de reabilitação”, rompe-se com o ciclo de institucionalização e se sinalizam as relações de reciprocidade que são capazes de devolver a “história de vida” de cada um a cada um. Franca aponta, especialmente com Goffman, a passagem que se dá entre ser uma “pessoa intencional” (com relações problemáticas) e uma “pessoa doente” no processo de construção de uma internação e de uma anamnese.

A crítica e afirmação da necessidade de transformação foram o legado de um complexo e permanente processo de convencimento, no qual os interlocutores vão se ampliando, diversificando, afirmando-se na defesa de uma política de saúde mental antimanicomial e inclusiva. Este esforço se expressava já por ocasião do I Congresso Internacional de Psiquiatria Social, em 1964, com o emblemático artigo intitulado “A destruição dos hospitais psiquiátricos como lugar de institucionalização” (Basaglia, 1965/1981, p. 249). Como sabemos, este posicionamento não apenas se embasa na prática desenvolvida em Gorizia, quando ainda se configurava como uma comunidade terapêutica, mas já operava com um conceito específico de efeitos da “institucionalização”:

encolhimento de si mesmo em circunstâncias particularmente frustrantes (...) termo que parece adaptar-se também ao caso de uma sociedade que seja adequada e identificada com as regras que, para além de qualquer intervenção individual, a comprometem num ritmo de vida anômico, impessoal, conformista. (...) Havia necessidade, então, de enfrentar, contemporaneamente aos primeiros movimentos [de reabilitação] internos, uma ação de força contra a institucionalização externa. (Basaglia, 1965/1981, 264)

Desinstitucionalizar, no contexto do Movimento Anti-institucional que tomava forma, evocava o reconhecimento de que havia uma cultura e modos sociais a serem enfrentados no esforço de reinserção social dos doentes mentais que se delineava como necessário e urgente. A institucionalização das pessoas, como empobrecimento subjetivo, não acontecia apenas dentro dos muros. Fora deles havia este risco também.

Mas retomando o tema do fim dos manicômios, no conjunto de textos do Scritti II, consta um parecer, elaborado por Franco Basaglia, quando ainda vinculado à

Gorizia, sobre a construção de hospitais psiquiátricos, solicitado pelo Ministério da Saúde italiano (em Roma, no ano de 1968): “Apresentação à Comissão de estudos para atualização das normas vigentes sobre construção de hospitais”. Neste artigo, Basaglia caracteriza, de forma pragmática, as “velhas” instituições asilares: o afastamento psicológico e físico do centro urbano; a ruptura com vínculos familiares e sociais e falta de “osmose” ou trocas com o ambiente externo; a dificuldade de acesso ao serviço ambulatorial, vinculado ao hospital, por parte da clientela; a pragmática dificuldade de acesso dos profissionais e técnicos (os médicos preferiam trabalhar no centro da cidade). É o retrato da realidade que os Gorizianos enfrentam e procuram superar no final dos anos 60, que não pode ser esquecido. Esta é a situação de origem.

Ele então propôs que se partisse da premissa da necessidade e das exigências do doente e não apenas da sociedade, que afasta a loucura da cena urbana – anômica, impessoal e conformista. Sinaliza-se, ainda neste momento, a perspectiva fenomenológica existencial que inspirou a concepção de sujeito na formação de Franco Basaglia. Nesta perspectiva, o isolamento é um veneno, que carrega a solidão e desarticula a relação consigo mesmo e com a vida mesma. Mas propor estruturas que contemplem as necessidades e exigências “do doente” é uma nova perspectiva.

A “utopia hospitalar”, com um giro retórico que jogava com a demanda e simulava sua satisfação<sup>17</sup>, contemplava uma estrutura, flexível e aberta, para tratamento e proteção, que não poderia ser isolada e onde o tempo de internação fosse breve, ofertando condições para que o interno reconquistasse uma “exata”, específica, relação com o real, o senso da própria força, liberdade pessoal e a própria medida em relação às outras pessoas: relações democráticas, livre de selas fortes e barreiras, “onde a ação protetiva é exercitada através da recíproca responsabilização” (Basaglia, 1968/1982, p. 19) técnica e humanista, livre da opressão arquitetônica que imponha regras heterônomas. Ele chega a propor um lugar multicêntrico e polivalente, com o máximo de 25 leitos, onde o comunitarismo (intramuros) não fosse uma imposição, mas uma possibilidade. Esta utopia se complementava já com a sugestão, inovativa para a época, de unidades psiquiátricas em hospitais gerais e as “não permanentes” (hospital dia, fins de semana e noite) além da necessidade de estruturas externas – os centros de higiene mental (previstos na Lei Mariotti de 1968) – sempre funcionando de forma articulada e com equipes multidisciplinares. Ele reserva duas páginas para os “ambientes

---

<sup>17</sup> O livro “*Cos'è la psichiatria*” (1967) é um exemplo da explicitação do pensamento crítico relativo aos manicômios e à própria psiquiatria, mas a publicação de “*Instituição Negada*” será definitiva para a instauração de uma psiquiatria crítica, radical e democrática.

protegidos”, sugerindo um programa de reabilitação “social” e se pergunta: “como resolver a existência de fábricas protegidas com pagamentos normais se na nossa sociedade existe desocupação e subocupação?” (Basaglia, 1968/1982, p. 31). Não havia respostas para isso em 1968, que com certeza viriam com as cooperativas sociais organizadas nos anos subsequentes. Mas a pergunta, em si, remete a uma preocupação com a dimensão econômica da reabilitação na saúde mental. Franco conclui seu parecer afirmando que a hospitalização é o símbolo da própria falência do projeto e que seria mais frutífero constituir a rede de serviços abertos (como já era reivindicado pela equipe de Gorizianos) ainda que sob a forma de “experiência piloto” (como era realizada em Gorizia).

Os Gorizianos conferiram visibilidade ao sujeito assistido, a necessidade de partir do seu ponto de vista, sua força e liberdade pessoal, inserindo-o na responsabilização sobre o próprio cuidado, anteriormente atribuível apenas ao psiquiatra e ao corpo técnico. Delineia-se a nova forma de contratualidade. O que emerge é a necessidade de reconstrução da vida que vinha sendo roubada no período de internação.

O posicionamento *anti-istituzionale* é mais enfático na introdução que Franca (como a tradutora) e Franco prepararam para a introdução do livro de Erving Goffman, “*Asylums*” (1969). Esclareciam que a instituição psiquiátrica, asilar, é um espaço contraditório de promessa de cuidado e sua destruição.

Em um evento do Comitê internacional contra doenças mentais, em Helsinki, apresentando o texto “Reabilitação e controle social”, Franco afirma que o manicômio destrói o indivíduo “em nome da sobrevivência da organização que o deveria defender e tratar.” (Basaglia, 1971/1982, p. 200) Ele adverte que a reabilitação deve ser entendida não apenas no nível individual, quanto também nos níveis institucional e estrutural, compreendo a natureza das propostas terapêuticas a serem desenhadas e oferecidas. Neste contexto, rompimento com o modelo de “Comunidades Terapêuticas”<sup>18</sup> já ocorrera e a tensão com o modelo francês de Psiquiatria de Setor se aprofundava, pois era obviamente hospitalocêntrico. O respeito à “vontade” dos “doentes mentais” já tomara uma forma real, quando foi implementada a internação voluntária, a partir da Lei Mariotti de 1968.

---

<sup>18</sup> A expressão “Comunidades Terapêuticas” foi cunhada por Tom F. Main, em 1946, em referência ao trabalho realizado por Wilfred R. Bion, John Rickman e outros profissionais, no Northfield Hospital, iniciado em 1943 (na Inglaterra). O termo foi consolidado através do trabalho de Maxwell Jones, em Mill Hill (1941-44), Dartford (1945), na divisão de reabilitação industrial de Belmont (1947-59) e no Dingleton Hospital em Melrose (Escócia). Eram propostas que contemplavam o esforço de democratização das relações entre equipes técnicas (multidisciplinares) e público internado, incentivando a participação na dinâmica institucional e no tratamento psiquiátrico e psicoterapêutico, além de contemplar estratégias de reabilitação (Ver: Goulart, 2004, pp. 163-164; Colucci e Di Vittorio, 2001, pp.140-142).

As perspectivas fenomenológico-existencial e marxista-gramsciana (Colucci & Di Vittorio, 2000; Venturini; Goulart & Amarante, 2022) se encontram nos desafios desta nova prática “desinstitucionalizante” que tomou forma e cobrou respostas do poder público que se recusava a disponibilizar os canais necessários para a “externalidade”, a vida social e suas contradições, onde se destaca a preocupação com o direito ao trabalho e a contratualidade. Se com Goffman, ficara evidente a finalidade ideológico-científica (do modelo médico), foi a partir do diálogo com o Marxismo que se tornou possível explicitar que:

na sociedade capitalista produtivista a norma é a saúde, a juventude, a produção. A doença, a velhice e o infortúnio são tomados como ‘acidentais’ dentro de uma realidade que não quer e não pode se precaver-se de suas próprias contradições (Basaglia, 1969/1982, p. 42).

Os doentes são convertidos em “bodes expiatórios” e fantasmas livres de quaisquer vínculos de responsabilidade e consciência, pois, como disseram em “*Asylums*”: “A nossa sociedade atual prefere definir-se ‘doente’ a reconhecer, nas suas próprias contradições, o produto do sistema sobre o qual se funda.” (Basaglia, 1969/1982, p. 45) E será sob a jurisdição da psiquiatria que todos os delírios, dissensos e desvios se converterão em doenças mentais: “A definição do psiquiatra como *flic-psychiatre* (psiquiatra policial) que foi cunhada pelos internos dos asilos franceses e é ainda atual.” (Basaglia, 1969/1982, p. 63). O que interessa são as relações de poder que sustentam as relações econômicas que condenam as pessoas ao isolamento.

O texto introdutório do livro “*Morire di classe*” (1969), coordenado por Franca e Franco abre-se com uma citação de Brecht, que dá o tom para o exame das belas e tristes fotografias do manicômio de Gorizia, Parma e Florença, realizadas por Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin no ano de 1968: “E quando os cadáveres federam no armário, então Jacob comprou uma azaleia.” Afinal, não se pode naturalizar a violência, conviver com ela sem ter que conviver com seu mal cheiro. “*Morire di classe*” é um livro de denúncia através da arte (fotografia). Nele, compondo as duras imagens, foram inseridos trechos da obra de diversos poetas, a sociologia de Goffman, o ponto da filosofia crítica – Michel Foucault, Max Horkheimer, Theodor Adorno – e se encerra com a carta de demissão de Frantz Fanon do cargo de médico (chefe) do Hospital Psiquiátrico de Blida-Joinville (Argélia, em 1956). É um divisor de águas que explicita o enquadramento metodológico e epistêmico Basagliano.

Essa triste psiquiatria manicomial, tradicional, medíocre, respira uma atmosfera de ceticismo cínico e violência unidirecional: sobre os internos e as internas. O tratamento é apenas um álibi que encobre a desolação e o horror de uma vida opressiva.

O manicômio é um campo de concentração, um campo de eliminação, um cárcere no qual o internado não conhece nem o porquê e nem a duração da condenação, submetido, como é, ao arbítrio de juízos subjetivos que podem variar de psiquiatra a psiquiatra, de situação a situação, de momento a momento, onde o grau e o estado da doença têm frequentemente um peso relativo. (Basaglia, 1973/1982, p 212).

Franco e Franca ultrapassam o território institucional para inquirir acerca da posição dos psiquiatras e técnicos que sancionam, na qualidade de delegados do poder, a exclusão social:

enquanto a opressão, a dominação e a violência forem ainda o óbvio *leitmotiv* da nossa realidade, não se pode fazer outra coisa do que usar palavras óbvias, para não mascarar, sob a construção de teorias aparentemente novas, o desejo de deixar as coisas como estão. (Basaglia, 1969/1982, p. 46)

Que teorias e ideologias são estas que não enfrentam a violência institucional?

## **2. A violência psiquiátrica e Ideologias “*di ricambio*”**

O argumento que se segue é vital em uma época em que o projeto de desinstitucionalização tem sido identificado como ideológico. Franco e Franca justamente apontam como ideológicos os discursos e práticas que escamoteiam a realidade, como “falsa consciência” (1982, p. 3).

No artigo “A comunidade terapêutica e as instituições psiquiátricas” (apresentado no evento científico “*La società e le malattie mentali*” Roma, 1968) coloca-se a recomendação de resistir à tentativa de esconder-se na ideologia como uma forma de sistematização científica para evitar contradições e avaliações negativas. Ali os Basaglia afirmam que coube às instituições psiquiátricas – na sua multiplicidade de formatos – a gestão dos desvios sociais. (Basaglia, 1968/1982).

A solução técnico-psiquiátrica que tenta a reabilitação do doente mental é contemporânea da sua exclusão social; o que significa que a nossa sociedade – mesmo delegando técnicos para a sua reabilitação – *não sabe o que fazer dos doentes mentais recuperados...* (Grifo nosso. Basaglia, 1968/1982, p. 8)

Assim, o mesmo sistema, que produz a exclusão, se autoriza a dizer que tenta atenuá-la, mesmo sabendo da inexistência efetiva de espaço social e econômico para uma efetiva reinserção em uma sociedade que sustenta o mito da normalidade.

O futuro dos psiquiatrizados<sup>19</sup> e das psiquiatrizadas é, quase sempre, uma outra instituição excludente, outro gueto com um novo nome. Ou seja, há sempre o risco de emergência de uma ideologia de apaziguadora que reconduza à exclusão.

Franco e Franca estão falando, em 1968, a partir do contexto da prática no manicômio de Gorizia. Reagiam às dificuldades colocadas pela administração local, que impunha, por exemplo, o pagamento de um depósito em dinheiro para viabilizar o novo tipo de vínculo, voluntário: um depósito “cautelar” que garantisse o bom comportamento do “reabilitado”. A constituição dos serviços territoriais, os “Centros de higiene mental” (sic), eram obstaculizada. Assim, ficava evidente a “impossibilidade de propor soluções puramente técnicas, dentro de um sistema [social] que exige respostas e ações políticas” (Basaglia, 1968/1982, p.13) que se traduzem em reconhecimento de direitos ou sua simples implementação. A vanguardista equipe técnica que atuou com Franco no manicômio de Gorizia acabou sendo, também ela, contida pelos muros da hipocrisia social. A solução tomou a forma de um ato político: a alta para todas e todos os pacientes, seguida da demissão coletiva da equipe (Venturini, 2020).

A ideologia e a prática das Comunidades terapêuticas europeias, que foi implementada no manicômio de Gorizia, revelara-se incapaz de contemplar um verdadeiro processo de reabilitação, na medida que não oferecia nada além dela mesma. Era um manicômio humanizado<sup>20</sup>. Ou seja, não havia nenhum instrumento que reenviasse a pessoa internada a uma vida além dos muros, ainda que, tecnicamente se anunciassem que o manicômio pudesse operar como um “médico”, como o indicava uma das referências de maior relevância, na época, o Livro de Rapoport, “*Community as doctor: New perspectives on a T.C.*” (1960) citado por Franco e Franca na introdução a “*Asylums*” (1969/1982, p.72). Estas Comunidades terapêuticas afirmavam se orientar por princípios como democratização, permissividade, compartilhamento de objetivos e metas comuns e confronto com a realidade. Elas chegaram a ser recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um modelo para a assistência psiquiátrica em todo o mundo, em 1953, enfatizando a preservação da individualidade dos pacientes, a convicção de que eles seriam “dignos de confiança” e teriam capacidade de assumir responsabilidades e iniciativas, entre outras recomendações (Basaglia, 1969/1982, p. 58). No entanto, a sociedade real continuava a negar espaço e cidadania às pessoas com histórias de internação e diagnóstico psiquiátrico.

---

<sup>19</sup> Terminologia nossa.

<sup>20</sup> Atualmente, as comunidades terapêuticas são puro eufemismo, na medida em que se apropriaram do conceito para exercer pura violência institucional.

No artigo “Notas sobre psiquiatria institucional” (publicado em “*Recenti Progressi in Medicina*” em 1969), Basaglia critica vigorosamente quem entende a doença mental apenas como o resultado de uma alteração intrapsíquica e não como um fenômeno interrelacional, coletivo, social. Desse modo, fica fácil colocar-se em uma posição externa, assim como isolar artificialmente o doente, que, imerso em “um castelo de entidades patológicas, rotulações, definições, somos obrigados a colocar entre parênteses a ‘doença’ como classificação nosográfica, se quisermos olhar face a face o doente e ver seu distúrbio real.” (Basaglia, 1969/1982, p. 50).

O convite é claro: que não se reduza a pessoa à condição de objeto de contemplação, à condição de mais um “caso interessante”. Qual é o distúrbio real que o olhar face a face revela? A miséria? O racismo? A xenofobia? A violência de gênero? A estigmatização?

Os Gorizianos e as Gorizianas, companheiras e companheiros de Basaglia, no final dos anos sessenta, realizaram um giro rumo ao território (em oposição ao manicômio), e o projeto de reabilitação ganhou contornos reais, mas foi interrompido pelo poder público. Isso se deve à constatação basagliana de que “antes de ser um doente mental – [a pessoa internada] é um homem sem poder *social, econômico, contratual*: uma simples presença negativa...” (grifo nosso. Basaglia, 1969/1982. p. 61).

A ideia de reabilitação delineia-se como o indefinível a ser ultrapassado em direção a uma visão de sujeito, de pessoa, mais consistente, na medida em que tem capacidade para agir e decidir de maneira informada e reflexiva:

uma relação com o doente que permita que ele recupere gradualmente a consciência de si, do próprio papel na sociedade, dos próprios limites, da própria doença, da própria responsabilidade e da responsabilidade dos outros concernente à sua segregação. (Basaglia, 1969/1982, p.66).

Na introdução do livro “*Morire di classe*” (1969/1982), fica indicado o grande perigo relativo às ações de renovação: reduzir-se a termos ideológicos, perdendo a potência de negação e ruptura com o modelo dominante de exclusão. O exercício crítico é colocado como um desafio permanente. “A recuperação tem um preço, frequentemente muito alto, e é mais um fato socioeconômico que técnico científico.” (Basaglia, 1969/1982, p.76). Esta será uma marca distintiva da obra basagliana, que já criticara a precariedade da proposição de abertura do hospital psiquiátrico, apenas dilatando a comunicação com o ambiente externo. Eram as estruturas sociais que impediam a reabilitação dos doentes e o hospital psiquiátrico funcionava como um espaço de invisibilidade, inexistência.

Na prática, a equipe de Gorizia rapidamente se distanciou da ideia de que o hospital psiquiátrico pudesse, na sua condição asilar, ser um “doutor” ou mesmo um remédio. O grande desafio que se impunha era a estruturação da rede de atenção territorial e o internamento voluntário, a metáfora da “hospitalidade” se revelou um dispositivo estratégico na medida que autorizava o posicionamento de pacientes. Ser hóspede é uma mudança de status e um reconhecimento de presença autônoma.

Alargando o argumento da denúncia que realizavam coletivamente, Franco e Franca compartilham o termo “Instituições da tolerância” no artigo: “As instituições da violência e as instituições da tolerância” (um texto que foi escrito, provavelmente, em 1968, pois a data não é especificada no “*Scritti II*”). O plural revela a dimensão sociológica e política que orientava a discussão. Os Basaglia advertem que a coexistência de modelos – a violência manicomial e a suposta tolerância das novas instituições, que ainda impõem o hospital psiquiátrico como terapêutico – coloca em evidência o relativismo da ciência, revelando-se abstrata e sem compromissos com a verificação empírica, prática, da realidade ou com as “evidências” que os Gorizianos produziam cotidianamente. Indica-se, neste texto, a contradição dialética entre “violência e tolerância”, revelando: não sabemos nada sobre as doenças mentais (Basaglia, 1982, p. 81). Esta contradição deveria, então, “explodir por si mesma” (Basaglia, 1968/1982, p. 87).

Não se pode, no entanto, extrair desta perspectiva *anti-istituzionale* uma simplificadora posição antipsiquiátrica: não se trata de negar o fenômeno da doença mental e sim de situá-lo analiticamente, de modo diverso, recusando o reducionismo que se impunha e ainda se impõe nos cenários manicomiais, produzindo efeitos de distorção e extrema simplificação de situações muito complexas e que não cabiam mais a reprodução de “guetos” (novos enclausuramentos).

Estamos no final dos anos sessenta, ainda, quando Franco e Franca decidem por construir um distanciamento, em função das crises enfrentadas em Gorizia e na busca de mais respostas. O interesse estava em conhecer o programa comunitário implantado por John Kennedy em 1963, com a Lei *Community Mental Health Act* de 1963 (CMHA). Durante sua estadia em Nova York, quando Franco acompanhou o cotidiano dos Centros Comunitários de Saúde Mental, foi identificada outra mistificação, desta vez, representada pela construção de unidades psiquiátricas “abertas”, mas sem ameaçar a existência dos manicômios (hospitais psiquiátricos públicos). Configurava-se uma estratégia política de captura de novos públicos e novas doenças, que tomava a forma de um projeto preventivo patologizante associada à tolerância aos manicômios existentes. Franco e Franca perceberam que



o novo *staff* – *social workers* e *social organizers* – passou a construir uma rede de controle social através dos Centros Comunitários de Saúde Mental. A Psiquiatria Comunitária norte-americana desiluiu Franco e Franca pois não correspondia à propalada revolução no campo da saúde mental: era mais uma artificialidade. Ela produzia uma artificialidade: criava a categoria dos pacientes com problemas emocionais, *emotional patients*, que nada mais eram que sujeitos excluídos socialmente, enquanto a violência institucional se perpetuava nos enormes hospitais psiquiátricos. Era um desdobramento da Instituição Psiquiátrica abrindo uma nova frente territorial desconectada com a violência institucional. O discurso da prevenção, por sua vez, opera como uma estratégia de *catchment*, de fazer uma “rede para pescar” a loucura (Basaglia, 2000, p.52).

Assim, aprofunda-se a crítica e a necessidade de superação efetiva dos modelos, ideológicos, que falseiam a realidade e disputam a hegemonia da inovação técnica: a comunidade terapêutica, a psicoterapia institucional, a psiquiatria de setor – europeias – e a psiquiatria comunitária norte-americana e o preventivismo que dela deriva.

Essas modalidades ganharam o nome de “*ideologia di ricambio*” pois simulavam a redução do poder absoluto do psiquiatra, dado o surgimento de outros profissionais, dos operadores sociais.

Traduzido diretamente em português poderíamos propor o termo “ideologia de recâmbio”, mas o sentido se reduz, pois não se trata de uma simples “troca”. A definição que mais se aproxima seria: ressaque ou retorno. Recambiar pode ser entendido como “fazer retornar de onde viera, reenviar, devolver...” (Ferreira, 1986, p. 1460). A partir da conotação da língua portuguesa, emerge a ideia de re-enderçamento, devolução, um retorno “reprodutivista” que repropõe a realidade. Trata-se de simular uma mudança, através da ideologização de uma prática ou uma mensagem de liberação, encobrindo sua seus propósitos.

Em italiano, o sinônimo de *ricambio* é *sostituzione*, algo novo que substitui algo antigo. O verbo *ricambiare* (Zingarelli, 2001, p.1516) denota a ideia de restituição – como trocar um pneu gasto por um novo. Assim delineia-se a ideia de “*ideologia di ricambio*” como um retorno, uma ideologia de restituição que nos projeta em uma concepção de substituição de discursos emancipadores por outros sobressalentes, falsamente inovadores, suplentes, que promovem uma substituição de modo mistificador e certamente, apaziguador. Traduzem-se em eufemismos e não propiciam respostas efetivas àquilo que Franco e Franca se referiam como às “necessidades” das pessoas.

A tradução mais próxima seria de uma ideologia de substituição apaziguadora, ou ideologia apaziguadora. As técnicas ou estratégias que elas introduziam incorporam e distorcem o significado libertador dos processos de desinstitucionalização e a luta contra as instituições da violência: é um discurso, que, tomando o sentido italiano, opera uma troca mistificadora: a de substituição do manicômio que significa sua diluição em outros dispositivos.

As ideologias de substituição apaziguadoras não realizam o processo de negação institucional e o fechamento dos manicômios ou hospitais psiquiátricos. Trata-se de uma operação de troca de peças. Um remendo. Um processo artificial que nega/aniquila a dialética do processo de superação do Movimento *Anti-istituzionale*. Ou seja, as ideologias de substituição apaziguadoras simulam mudanças: algo deve mudar para que tudo continue como está, segundo as palavras do escritor Tommaso di Lampedusa (no livro *Gattopardo*).

Franco e Franca utilizam frequentemente o termo ideologia, no sentido marxista de “falsa consciência”, mistificação (Basaglia, 1968/1982, p. 3). No livro “*La maggioranza deviante*” (1971), os Basaglia fazem menção a ideologia de substituição, remetendo sua construção a discussões com o crítico literário Gianni Scalia (que já colabora os Basaglianos desde o final dos anos sessenta, sendo citado na “A instituição negada”). A seguinte citação endereça o seu sentido:

A teorização científica sobre o desvio, nascida na cultura inglesa e americana como resposta a uma realidade em ato, e importadas na Itália, assumem em definitivo, o significado de uma ideologia de substituição apaziguadora, quando não são verificadas no terreno prático, através de uma ação que lhes defina os pressupostos, a natureza, os limites e as consequências em relação com a nossa realidade. Neste caso, a nova ideologia de tipo sociológico, se colocaria de modo a sobrepor-se às arcaicas ideologias psiquiátricas, disponibilizando-se como reserva potencial para ulteriores elaborações ideológicas. O estigma genérico do desvio se acha, então, substituindo aquele mais específico e mais violento de psicopatologia-delinquência. Os rígidos parâmetros da ciência médica são atenuados através da entrada em campo das chamadas ciências humanas, que não modificam, porém, a essência do fenômeno, mas o alargam em uma indiferenciada e falsa totalização que parece unir os opostos, sem afrontar verdadeiramente o problema da sua diferença e das suas relações. (Basaglia, 1971/1982, p. 157-158).

Pensando a situação italiana, Franco e Franca se referem a ideologias importadas, supostamente inovadoras, que encobrem a antiga e que serve para garantir o imobilismo. A teoria do desvio e a ideologia da diversidade seriam “exasperação da diferença entre os opostos, saúde e doença, norma e desvio.”

(Basaglia, 1971/1982, p. 161). Operam como modos de racionalização (Basaglia, 1971/1982, p. 170).

Na introdução feita por Franco e Franca para o livro “O psicanalismo” (publicada em 1978) apontava-se também para a prática da psicanálise como uma ideologia de substituição, que era o foco de atenção de Robert Castel. Os autores esclareciam que não se reportavam ao trabalho de Gilles Deleuze e Felix Guattari do “Anti-Édipo” e nem à quase totalidade da cultura psicanalítica francesa. No entanto, criticavam a experiência prática de Francesc Tosquelles, no manicômio de Saint-Alban e a Psicoterapia Institucional teriam sido absorvidas de modo a perderem sua virulência. Tornaram-se ideologias de substituição. Elas produzem eufemismos e não mudanças ou respostas efetivas às necessidades das pessoas. Os manicômios se tornaram objeto de interpretações psicanalíticas ao invés de se tornarem alvos de ação transformadora de desinstitucionalização e liberação. Tudo muda para nada mudar.

Da mesma forma, os Basaglianos criticaram a “ilusão técnica” (Basaglia, 1982, p. 115) das iniciativas de construção de serviços extra hospitalares, resultantes da lei italiana de 1968, os Centros de Higiene Mental (que foram negados aos Gorizianos) que também não atendiam às reais necessidades das pessoas e conviviam com os manicômios.

O que se pode concluir até aqui é que a ruptura com as instituições asilares é, claramente, um requisito para qualquer projeto inclusivo e que a luta *anti-istituzionale* não pode se deixar conduzir pelo canto da sereia das novas tecnologias (clínicas e organizacionais) que acabam por reproduzir o compromisso de controle social – o mandato da psiquiatria que se multiplica através dos novos perfis técnicos e profissionais. A Instituição Psiquiátrica é pervasiva. Entram em cena, na discussão crítica, a psicanálise e as variações da psiquiatria social e comunitária, com as novas perspectivas preventivistas e de acompanhamento após a internação (consultas de controle!), num modelo paliativo e sem compromisso ético.

Basaglia, sempre com a coautoria de Franca, acrescenta no texto “A doença e seu outro” (1970), que as políticas sociais deslocam as pessoas para fora do campo produtivo em direção a uma “cultura da imagem” (Basaglia, 1970/1982, p. 141), da ilusão, da superficialidade. Restam pessoas sem poder social, econômico e contratual. Aqui, a reabilitação passa a ser repressivo-punitiva, operando como uma ferramenta de desqualificação efetiva: a realidade irreal onde habitam os desadaptados, os delinquentes, os loucos (Basaglia, 1970/1982, p. 146). Então, é possível falar de uma paradoxal “maioria desviante”, numa articulação multidisciplinar que aproxima as ideologias médico-jurídica e sociológica (das

Ciências Humanas). Segundo Franca e Franco, “não existe resposta às necessidades: o que se procura fazer é sempre e apenas a sua organização e racionalização.” (Basaglia, 1970/1982, p. 127). E, paradoxalmente, aqueles que procuravam responder às necessidades primárias são acusados de estar negando a necessidade mesma, nomeada como doença mental, exatamente quando se tentava escapar dos simulacros, fabricados para encobrir o processo de exclusão social em curso no capitalismo avançado, que esquadrinha a diferença e a diversidade.

As instituições da violência se vestem da retórica reabilitativa e inventam lugares institucionais controláveis, inserindo-o forçosamente em um ciclo supostamente produtivo ou positivo – escola, família, fábrica, universidade, lugar de trabalho – pois as coisas devem continuar como são, sob a cobertura do reformismo técnico-formal. (Basaglia, 1971/1982, p. 197).

À pessoa psiquiatrizada sempre resta a loucura, não importa o que diga. E aos outros, técnicos, cabe preparar um lugar social adequado a sua exclusão.

Franco e Franca articulam, assim, o tema da reabilitação ao objetivo de controle social – tomado num sentido (repressivo-punitivo), esclarecendo que o assunto deveria contemplar os seguintes níveis de análise:

- nível individual – que contempla a pessoa e seu sofrimento (psicopatologia) e possibilidades de vida.
- nível institucional ou superestrutural – que contempla o aparato coercitivo (a ciência e suas classificações, as relações que a pessoa diagnosticada estabelece no espaço normativo onde é capturada, e as instituições mesmas que a capturam, quando psiquiatrizada).
- nível estrutural – que remete ao significado estratégico das instituições no sistema social mais amplo da sociedade capitalista produtivista.

Como articular estes planos de modo a poder falar de recuperação e de reabilitação, se os três níveis se movem de forma conflitiva, antagônica? As necessidades das pessoas psiquiatrizadas se choca com a lógica da eficiência organizativa que se funda na repressão e na serialização do singular (Basaglia, 1971/1982, p. 200).

O problema da reabilitação toma, então, a forma de um necessário desmascaramento da ideologia que o encobre para que não seja um simulacro.

As ideias que se transformam em ideologias de substituição seriam “álibis para a perpetuação da violência” (Basaglia, 1975/1982, p. 322). Assim, até mesmo a psicanálise e a psicoterapia não estão livres da dinâmica discriminatória quando se tornam instituições de tolerância na convivência com as instituições da violência:

“[...] para as pessoas internadas nos manicômios – operariado e subproletariado – a doença continua a ser um fenômeno natural e inflexível...” (Basaglia, 1975/1982, p.328).

As novas técnicas reabilitativas foram construídas, ideologicamente, como uma aparente negação do manicômio. Mas quando elas comprometem ou limitam a necessária margem de liberdade e de invenção prática necessárias para o processo de transformação, a pessoa psiquiatrizada é obrigada a identificar-se com o novo modelo interpretativo, suas imagens e metáforas, seus limites, implícitos no modelo de gestão.

Se o âmbito prático está restrito ou vinculado ao cenário do manicômio, trata-se de enfrentar a luta *anti-istituzionale*, confrontando o sistema social em uma atitude crítica e não apenas tecnicista. É uma função política, pois a reabilitação no campo da saúde mental não pode operar no mesmo terreno da exclusão e esta tem outras faces manicomiais.

Franco e Franca denunciam, por exemplo, as técnicas de busca de consenso que operam, comunicativamente, nos espaços de exclusão, maquiando a realidade e operando uma manipulação dos sujeitos organizados em grupos ou mesmo em assembleias sem efetivo poder de decisão:

Não podem ser, os técnicos, os únicos protagonistas da reabilitação e do tratamento do doente, mas os protagonistas desta reabilitação devem ser a pessoa adoecida e as sãs que, na medida em que se tornam protagonistas da transformação da sociedade na qual vivem, podem se tornar protagonistas de uma ciência cujas técnicas sejam usadas na sua defesa e não para o seu dano. Se a sociedade continua a fundar-se na exploração, no privilégio, na imposição da lógica do capital, cada técnica se traduzirá inevitavelmente em opressão, violência e morte da maioria. (Basaglia, 1971/1982, p. 208).

O convite é o de recusar-se ao lugar de “funcionários do consenso”, que discutiremos a seguir. O desafio de não se submeter a uma lógica opressiva e fugindo à tentação de converter-se em alguém que fale em nome do outro ou da outra pessoa, as classes oprimidas. Reabilitação é uma “caminhada” em direção a uma meta emancipadora não apenas de si mesmo. Aqui poderemos nos deter na relação social que se estabelece entre equipe técnica e as pessoas psiquiatrizadas.

Sobre este tema, Basaglia, nos encontros brasileiros, chama a atenção para o fato de que:

Na Itália, a transformação “institucional” ocorreu sem uma transformação ‘estrutural’. Este é o aspecto original da nossa luta, que nós chamamos de luta ‘anti-institucional’ e que podemos até definir como ‘sovrastutturale’ [superestrutural, no sentido marxista]. (Basaglia, 2000, p.85)

Para realizar esta transformação, foi preciso se infiltrar entre aqueles que zelavam pela política de controle (Basaglia, 2000, p.16).

### **3. O lugar do sujeito: comprometimento prático**

Os Basaglia – leia-se a parceria Franco e Franca – se apoia no filósofo, jornalista, crítico literário e teórico do marxismo Antonio Gramsci para pensar um lugar possível para os operadores na superação do que foi nomeado como “crime da paz” (Basaglia, 1975/1982, p. 237), considerada toda a argumentação acerca das instituições psiquiátricas e das ideologias de substituição apaziguadoras ou de mascaramento das suas contradições.

O filósofo existencialista Jean Paul Sartre também foi uma referência fundamental neste giro analítico, pois indicou, na terminologia dos “técnicos do saber prático”, aqueles que são os responsáveis e executores materiais das ideologias de substituição apaziguadoras e dos crimes da paz. Qual seria o lugar possível para aqueles que realizam as ações reabilitativas (que englobam aquelas de caráter terapêutico)? O livro<sup>21</sup> – “Crimes da paz” (1975) é uma “pesquisa sobre intelectuais e técnicos como adeptos da opressão”. Contribuíram nesta publicação grandes nomes além de Jean Paul Sartre: Vladimir Dedijer, Michel Foucault, Robert Castel, René Lourau, Vincenzo Accattatis, Erick Wulff, Noam Chomsky, Ronald Laing, Erving Goffman, Tomas Szasz, Stanley Cohen, e um artigo construído coletivamente por integrantes da *Northwestern University*.

Na introdução ao livro, Franco e Franca contempla entrevistam Sartre e Laing. Nela, se reafirma que a mistificação pode tomar a forma da prática de terapia e de reabilitação que se justifica na naturalização do sofrimento, atribuindo causas naturais ou estruturais ao processo de adoecimento. Daí, as artificialidades se desdobrariam na forma de falsas necessidades e respostas que remetem ao tecnicismo. Qual seriam as necessidades reais das pessoas com sofrimento psíquico? O que seria o real de que se trata?

Neste texto de 1975, que já contempla a prática desinstitucionalizante de Trieste, a crítica se dirigia à Psiquiatria, à Psicologia, à Psicanálise que: “parecem poder oferecer novos instrumentos de pesquisa e intervenção para aliviar o sofrimento humano.” (Basaglia, 1975/1982, pp. 246 e 247). Estas disciplinas,

---

<sup>21</sup>Além do texto de Franco e Franca, o livro se compõe dos seguintes artigos: “Notas sobre a historiografia como instrumento de identificação com o agressor” (de Vladimir Dedijer); “o técnico do saber prático – a casa da loucura” (de Michel Foucault); “A contradição psiquiátrica” (de Robert Castel); “Trabalhadores do negativo, uni-vos!” (de René Lourau); “O sistema carcerário italiano entre repressão e mistificação” (de Vincenzo Accattatis); “O técnico e as instituições psiquiátricas na Alemanha Federal” (de Erick Wulff); “A ciência sobre a psiquiatria” (de Ronald Laing); “A loucura do ‘lugar’” (de Erving Goffman); “A quem beneficia a psiquiatria?” (de Thomas S. Szasz); “Um cenário para o sistema carcerário do futuro” (de Stanley Cohen); “Além da necessidade – a sociedade é servida” (de Malcolm Bush, Tom Dewar, Kathy Fagan, Linda Gelberd, Andrew Gordon, Alicia McCereins, John McKnight).

associadas à Sociologia e à Criminologia, uma vez em diálogo numa sociedade de classes, transformavam-se em instrumentos de opressão na medida em que passavam a operar como legitimadores de distinções entre o normal e o patológico, legitimar estratégias de controle e identificar desviantes, em contraste com suas intenções originais de liberação das pessoas. Esse é um destino possível, ainda que se evocasse a possibilidade de ruptura e de um novo posicionamento.

Em meados dos anos 70, a questão que se colocava era que, uma vez conquistada a consciência por parte daqueles que seriam os “funcionários do consenso” (no vocabulário Gramsciano), acerca de sua convivência capitaneada pelas Ciências Humanas, como se poderia agir? Como os “trabalhadores da negação [institucional]” (operando com uma terminologia da Análise Institucional de René Lourau) podem resistir de modo a não serem reabsorvidos como produtores de novas ideologias substitutivas?

Se o técnico profissional é o funcionário – conscientemente ou não – dos crimes de paz que são cometidos nas nossas instituições, em nome da ideologia da assistência, do tratamento, da tutela dos doentes e dos mais frágeis, ou em nome da ideologia da punição e da reabilitação, pode ser útil colocar em cena, não apenas o estado de violência e de atraso (...), quanto os mecanismos através dos quais a ciência justifica e legitima estas instituições? (Basaglia, 1975/1982, pp. 251-252).

Franco e Franca estão preocupados com o surgimento de profissões – trabalhadores ou operadores sociais, organizadores sociais, de grupos e de comunidades – que podem “criar uma rede de controle técnico-social mais sutil e penetrante, onde a barreira entre norma e desvio é sempre mais frágil e nebulosa.” (Basaglia, 1970/1982, p. 119). Como fazer a diferença enfrentando os desafios da exclusão e da instrumentalização da doença – sem dilatar o campo da anormalidade?

Assim, o território, extra hospitalar ou comunitário, não é um lugar que magicamente viabilizaria a superação das contradições institucionais. Novas contradições se impõem através das ideologias de substituição para aqueles que sustentam a prática que se pretende verdadeiramente renovadora.

Afinal, o que deve mudar é a relação entre cidadão e sociedade, segundo Franco e Franca. Esta transformação desmistificadora viabilizaria o reconhecimento das necessidades efetivas das pessoas e não de uma hipotética população abstrata. O papel do técnico seria o de apontar para os possíveis desafios e superações, num inesgotável esforço de problematização, liberado das respostas fáceis.

Jean Paul Sartre é chamado, a contribuir nesta discussão sobre o lugar do técnico, “no inverno de 1972” (Basaglia, 1975/1982, p. 269). O filósofo insiste na

distinção entre o técnico do saber prático e o “intelectual”. Este último se define a partir da conquista do pensamento crítico, autocrítico. No entanto, configura-se a condição de “consciência infeliz” se sua prática se mantém atrelada a uma posição de poder. A única saída seria a recusa e a autonegação. Da mesma maneira, a própria ideia de “melhorar alguém” seria encobridora, para Sartre, na medida em que remete a uma concepção adaptacionista, que não questionaria a sociedade tal como é.

Franco Basaglia contesta o filósofo, afirmando que

o técnico tem duas possibilidades: ou um comprometimento ideológico que se limita a propor um sucessivo modelo de gestão; ou um comprometimento prático que tenha em si elementos utópicos capazes de vislumbrar uma possibilidade de relação em condições de mudar o sentido segundo o qual a ciência e a técnica estão orientadas. (Basaglia, 1975/1982, p. 276)

Interessante observar que Sartre replicou, discordando da possibilidade de comprometimento prático, e argumentou dizendo não gostar de utopias pois são vazias, preenchidas pelo “não ser” e, de certa forma, estariam comprometidas com o sistema, na medida em que o negam dialeticamente.

Mas Franco insistiu que se deveria procurar por respostas reais para as pessoas. Efetivamente, todo e qualquer posicionamento só faria sentido na medida em que se rompesse os cercos institucionais, inclusive os que articulam saber e poder, encobrendo a discussão política, de modo a questionar, inclusive, o protagonismo dos psiquiatras e dos enfermeiros (ou quaisquer outros profissionais da saúde). Mas a transformação é também complicada para as pessoas psiquiatrizadas: “...impregnados, como estamos, de uma cultura que nos conduz a fechar todas as contradições...” (Basaglia, 1975/1982, p. 299) ao invés de abri-las e caminhar com sua superação e recolocação permanentemente.

Assim, a direção política possível seria a de negar o lugar de “funcionário do consenso” e transformá-los em “técnicos do saber prático” comprometidos com o encontro com a loucura, com o outro, com a diferença em situação de reciprocidade: capazes de identificar as necessidades das classes oprimidas e desmascarar os processos sociais, econômicos e políticos que reafirmam sua exclusão. Mover-se em uma dialética de superação permanente em direção às respostas reais, singulares, ultrapassando as contingências. Salvaguarda-se assim um lugar para a utopia.

Sabe-se que desinstitucionalização cria problemas de identidade profissional quando é necessário operar no território, na comunidade. Isso é motivo de sofrimento profissional. Uma nova prática de tomada de consciência das



necessidades das pessoas psiquiatrizadas permite a reconstrução desta identidade (Basaglia, 2000, p.185).

Assim, a reabilitação do médico e demais técnicos deve ser concomitante à das pessoas psiquiatrizadas (Basaglia, 2000, p.39).

A contradição entre saúde e doença é um desafio central para o “técnico do saber prático” possa construir respostas para as necessidades reais das pessoas psiquiatrizadas em um percurso de reabilitação desinstitucionalizante. Este tema é trabalhado no texto “O conceito de saúde mental” (1975/1982), artigo escrito com a colaboração de Maria Grazia Giannichedda. O tensionamento dos termos saúde e doença e a compreensão da doença como um problema social se colocam de modo central na prática técnica, tal como emergiram na viagem aos EUA em 1968, na investigação dos serviços comunitários. O conjunto dos agentes, técnicos construíam certa continuidade entre o médico psiquiatra e sua esfera de intervenção com os novos problemas que se acumulavam, alargando os investimentos no campo da saúde. Estes novos técnicos surgiam em campo – psicólogos, assistentes sociais, sociólogos, animadores e outros – como satélites que difundiam uma cultura psicologizante e introduzindo novas formas de controle social. Seria então fundamental questionar a separação artificial entre saúde e doença, como se fosse: “chove ou faz sol”. Se a doença é vista como uma suspensão da “vida normal”, com suas atividades, então o sofrimento psíquico resulta como sempre condenado à exclusão. Esta é uma separação artificial.

A saúde mental, por sua vez, não se reduz à manutenção dos papéis sociais e seus parâmetros de eficiência. Essa absolutização deveria ser dialetizada. Não haveria a possibilidade de que uma pessoa possa viver o adoecimento como uma experiência pessoal que não destruísse a continuidade da vida? O processo de tratamento artificial dos novos funcionários do consenso geralmente supõe que a pessoa aceite e se submeta a uma condição de expropriação da vida e a conexão com a mortificação, de modo maniqueísta. Por outro lado, a saúde mental fica condenada à alienação e adesão em relação às normas sociais e aos processos produtivos. Concluindo: “Se o valor é o homem [a pessoa], então a saúde e a normalidade não podem ser representadas pela norma, dado que a condição do homem é ser são e, também, doente; normal e anormal.” (Basaglia, 1975/1982, p.380).

Toda e qualquer intervenção técnica deveria, então, focar na especificidade da vida de cada um, procurando superar os falsos problemas que se impõem na contradição artificial entre normalidade ou adoecimento, pois a vida acontece neste

interstício e para além de positividade e da negatividade. Saúde e doença são experiências práticas não totalizantes:

a saúde é um momento de consciência da apropriação do corpo como superação da doença enquanto experiência; e a doença é uma fase da vida, uma ocasião de apropriação de si, do corpo, das próprias experiências e da saúde (se não intervém a morte). (Basaglia, 1975/1982, p. 366).

Qual seria a contribuição possível de uma pessoa que disponibiliza sua expertise frente a esta dialética de vida e de morte? O cuidado em relação ao adoecimento é uma mediação que não pode perder de vista a vida (e a morte). A saúde não pode ser colocada como um valor absoluto, onde a doença seja um acidente de percurso, estranha à vida. A ideologia médica opera reificando a doença, da qual toma posse como objeto institucional. Impõe uma distância na relação de cuidado que será reproduzida pela pessoa assistida, alienando-se em relação ao próprio sofrimento. Mas a institucionalização remete necessariamente a modos de organização do trabalho e aos modos de reprodução de um sistema mais amplo, a economia, a produção ativa de bens e de riqueza, que se traduz em capitalismo, e a doença em mercadoria. Seria possível operar em outra direção ética e técnica, que não reifique a doença e a saúde? Haveria possibilidade de uma ação não reintegradora dos funcionários do consenso? Nenhuma resposta fácil diante do risco de reproduzir artificialidades e ceder à lógica de produção de novas mercadorias, no cenário de desigualdade socioeconômica, sem se atrever à transgressão e falseando reais necessidades. O certo é que

não se pode separar a pessoa adoecida da sua própria história (ambiente de trabalho, relações, condições econômicas, ambiente familiar, tipo de habitação etc.) atendo-se apenas a sua história clínica...” (Basaglia, 1975/1982, p. 377).

Não se trata de depositários neutros de uma ciência neutra diante de pessoas que pertencem a uma situação específica.

É importante, explica Franco, manter a radicalidade neste esforço, pois só assim as pessoas podem melhorar, sempre, na história da humanidade e esta radicalidade deve se expressar no “otimismo da prática” em oposição ao “pessimismo da razão” (Basaglia, 2000, p.22). É necessário imaginar um futuro, um conjunto de relações possíveis onde o sofrimento humano encontre espaço expressivo. É preciso contar com a esperança de um mundo melhor (Basaglia, 2000, p.95)

Assim, sinalizam-se elementos para a compreensão do “saber prático” e do “otimismo da prática” ou da “vontade”, em referência a Gramsci (Venturini; Goulart; Amarante, 2020).

Franco e Franca procuram por uma via para o enfrentamento do monopólio moderno da razão sobre a loucura, dialogando com Foucault. Apoiam-se em diversas referências para construir uma saída. “Sem a esperança, não é a realidade, mas o saber, que – através do símbolo fantástico ou matemático – se apropria da realidade como esquema, e assim a perpetua” (Basaglia, 1979/1982, p. 411). Com esta epígrafe retirada do livro “Dialética do Iluminismo”, *Dialektik der Aufklärung* de Horkheimer e Adorno da Escola de Frankfurt, iniciaram o texto intitulado “Loucura e delírio” (1979) como epígrafe.

Reduzir-se à ideologia seria perder a esperança e render-se ao reducionismo da linguagem científica. Franca e Franco retomaram, nesse texto, um dos significados clássicos da loucura, *folia, follis*, “um saco cheio de ar”: uma metáfora que a racionalidade moderna não sustentou, na medida em que se necessitava de uma explicação, científica, passível de controle.

Os Basaglia advertiam, no verbete “Loucura /delírio” (1979), na “*Enciclopedia Einaudi*”, que a primeira legislação europeia data de 1838 (França), conferindo um corpo jurídico institucional burguês, foi determinante para o desenvolvimento da psiquiatria dominante e um instrumento para a identidade entre a doença mental e a penúria humana:

Voz confundida com a miséria, a indignação e a delinquência, expressão emudecida pela linguagem racional da doença, mensagem amputada do internamento e transformada em algo indecifrável pela definição de periculosidade a partir da necessidade social da invalidação, a loucura jamais é escutada por aqueles que dizem traduzi-la. (Basaglia, 1979, p. 430).

Quem dá a palavra à loucura? Quem escuta? Quando e onde a loucura fala sua própria linguagem?

A loucura do “artista”, a desrazão do “gênio” – assim como a insanidade do “doente” – encontrarão lugar nesta racionalidade que entendeu que basta dar a eles a palavra e um espaço separado onde poder expressá-la, para ela não ser prejudicada por aquilo que diz. (Basaglia, 1979/1982, p. 435)

Frente à ameaça da irracionalidade, se aprende a responder com o terrorismo da razão que organiza, divide, distribui, tria as partes, punindo ou premiando quem não está no seu jogo. A fratura do eu se resolve no consultório do psicanalista, mas a loucura/miséria desaparece no interior das instituições de segregação e violência, ainda que Freud seja reconhecido como aquele que “rompe com a segurança da razão” informando que a desrazão habita a condição humana. Porém,

o gesto “*folle*” [doido] de quem rompe com o seu trabalho a barreira desta racionalidade, será silenciado – através do aplauso – nos museus e nas academias de arte onde sua voz será embrulhada e neutralizada. (Basaglia, 1979/1982, p. 435).

Assim, a figura dos doentes mentais vai sendo lida, na obra basagliana, em novos conceitos e tonalidades, deslocando-se, através da referência ao conceito de reabilitação em saúde mental, desde o lugar passivo até o necessário protagonismo. Pois, afinal, o que seria a utopia questionada por Sartre e reafirmada por Franco? Segundo os Basaglia, ela só poderia existir a partir do momento em que a pessoa seja capaz de libertar-se da escravidão da ideologia e expressar suas necessidades em um contexto que não seja livre de contradições, mas capaz de reconhecê-las, experimentar superá-las e transformar efetivamente a sociedade.

Para o público brasileiro, Basaglia confia:

Este é o nosso segredo: o segredo de trabalhar na ideologia, pois vivemos imersos nela... [...] e quando se transforma a realidade tendo presente a subjetividade de todos realizamos a utopia, entramos na utopia: a utopia se torna o real, a prefiguração de uma realidade. (Basaglia, 2000, p.195)

O processo de superação nas relações sociais de controle social é uma operação que exige muito de todos os envolvidos que estejam dispostos a transformar a realidade: reabilitadores ou técnicos do saber prático, “reabilitandos”<sup>22</sup> e “reabilitáveis” – conscientes de seu lugar em uma sociedade de classes, em um sistema de exploração específico que se justifica racionalmente. O saber prático emergiria a partir desta consciência e no esforço de não tamponar as contradições, na medida em que se escuta a loucura no registro de suas reais necessidades e situação ao interno da lógica do capitalismo moderno.

#### **4. As construções anti-institucionais**

O quarto ponto, como anunciado, se concentra nos novos desenhos institucionais que se desdobraram a partir de diversos esforços: apropriações, recriações, invenções. Aqui se delineiam, no conjunto de textos, diversas construções: a prática das assembleias, a figura institucional do “hóspede” e a internação voluntária, as cooperativas como espaços protegidos, as residências não medicalizadas, o Centro de saúde mental, o convívio coletivo e a apropriação da cidade como território, entre outras, mas concretamente: portas abertas.

Estas construções vão tomando forma em ensaios e experiências, marcadas pela possibilidade de liberdade e flexibilidade, desde Gorizia até toda uma multiplicidade de iniciativas que se configurou na Itália nos anos 60 e 70, período que delimitamos.

---

<sup>22</sup> Os Termos “reabilitadores” e “reabilitando” são nossos.

Em “Utopia da realidade” (1974) em tensa sintonia com o existencialismo de Sartre, Basaglia acentua as possíveis continuidades entre os termos “realidade” e “utopia”, evidenciando que nem sempre estes são termos contraditórios, como já foi dito anteriormente.

O planejamento de um serviço de saúde mental, para os Basaglia, jamais poderia ser abstrato: ele tem que ser capaz de dialogar dialeticamente com a realidade ou as realidades locais, operando com a ideologia da transformação. O que devia ser colocado em questão é a relação entre cidadãos e sociedade civil. A saúde não pode representar uma norma se a condição humana jaz miseravelmente entre o reduativismo dos termos saúde e doença. Um planejamento ou a dinâmica dos serviços deve contemplar a identificação e a consciência “do uso que vem sendo feito explicitamente da doença, de modo que os serviços projetados não sirvam para dilatá-la ao invés de reduzi-la.” (Basaglia, 1974/1982, p. 346). Ou seja, a ciência deve ser capturada criticamente, traduzida, como um instrumento de libertação e não de opressão. É tarefa dos técnicos do saber prático, juntamente com aqueles que são objeto das políticas públicas, evidenciar o uso concreto que é feito da ciência e operar pela transformação da realidade onde se inserirem para construir serviços ou, simplesmente, respostas.

O diálogo com Ronald Laing, entrevistado por Franca Basaglia na introdução de “Crimes da Paz”, exemplifica as tensões do processo de desinstitucionalização, sempre impulsionado pelo cultivo da dúvida e a certeza das contradições. Laing aborda com relativismo o agir a partir de dentro (dos hospitais psiquiátricos) ou de fora (dos serviços territoriais). Ele estava associado, desde meados dos anos 60 até esta entrevista de 1972, às iniciativas da *Philadelphia Association* de construção de comunidades autônomas, residências privadas, constituídas juntamente com estudantes, profissionais e pessoas com diagnósticos psiquiátricos (não necessariamente ex internos e excluídos socialmente). O antipsiquiatra pergunta, retoricamente: “Mas, que coisa impede vocês [os basaglianos] de dispor de uma casa onde possam viver dez ou quinze pessoas, metade estudantes de medicina e outra metade de ‘esquizofrênicos’ (...)?” (Basaglia, 1975/1982, p. 307). A resposta a esta provocação é: isso não seria solução para os manicômios e que, mais cedo ou mais tarde, tudo pode se transformar em outras “instituições”. A crítica que dirigem a Laing foi profunda: “...o jogo do intelectual clássico, ciumento em relação a suas ideias e suas pequenas invenções.” (Basaglia, 1975/1982, p. 310). Para a perspectiva basagliana, não se trata de promover “experiências de convivência” provisórias, que não questionam o modelo manicomial. Os Basaglianos propuseram construir “direitos sociais” como se configuraria em Trieste, na forma dos “grupos

apartamento”, que restituíriam o direito a habitação, ancorado no direito de atenção à saúde, da mesma forma que a laborterapia tomaria a forma de “direito ao trabalho”, configurando as bases para a legislação sobre cooperativas sociais na Itália.

Este assunto insiste em conferência realizada por Franco na Universidade de Roma (em 1975), “Ideologia e prática no tema da saúde mental”. Por que, afinal, “criar uma organização que responde às próprias necessidades [institucionais] e nunca às dos assistidos?” (Basaglia, 1975/1982, p. 359).

O tema da reabilitação social e da superação das artificialidades e das ideologias de recâmbio, de apaziguamento, ganha contornos bastante claros quando Basaglia dialoga com os desafios da justiça e o aprisionamento. No artigo “A justiça que não defende a si mesma” (produzida para o evento “Cárcere e sociedade” ocorrido em 1974, na cidade de Veneza), Basaglia já fala das cooperativas de trabalho, autogeridas e apoiadas pelo Estado, como um instrumento de reabilitação, como resposta às necessidades das pessoas psiquiatrizadas: elas têm força contratual com a sociedade, uma vez que sejam respaldadas juridicamente, garantidas e protegidas. Não são, como talvez o desejasse Sartre, ações revolucionárias, mas “podem ser os primeiros passos para a re aquisição, pelos internados, dos direitos civis dos quais foram privados.” (Basaglia, 1976/1974, p. 389). Provavelmente fazia referência à primeira cooperativa triestina, “*Lavoratori Uniti*”, que tomou a responsabilidade pela limpeza do hospital que anteriormente era feita, gratuitamente pelos internos em troca de benesses como cigarros e prestígio. Neste caso, “ex-doente [mental], a pessoa com história de sofrimento, pode se tornar competitivo através das cooperativas, mas sempre como grupo, coletivamente, e não como indivíduo.” (Basaglia, 2000, p.44).

A reabilitação significaria “garantir o trabalho e um mínimo de vida”. (Basaglia, 1976/1974, p. 390). É este “real” que interessa aos Basaglianos em meados dos anos 70.

Quando Basaglia abre o *III Réseau* internacional de alternativas à psiquiatria, em 1977, em Trieste, com o texto de autoria coletiva “O circuito do controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica”, ele falou da

escolha de agir no terreno arriscado da prática institucional, nos lugares concretos nos quais as próprias produções teóricas e práticas podem se transformar em critério de avaliação de técnicas e conhecimento, dimensionando-se e expondo-se à crítica e aos esclarecimentos daqueles que, a partir das próprias necessidades, fundam suas existências e os usos. (Basaglia, 1977/1982, p. 391).

A experiência técnica do grupo de operadores de Trieste se apresentava como consequência da luta até então travada, da resistência, da participação das usuárias

e dos usuários, da capacidade de leitura através da lógica da opressão, da desigualdade, enfrentando a diversidade e estranhando o conhecimento científico dominante. Falava-se de uma constante recusa à estabilização: “a história de Trieste é sempre menos uma história de uma instituição e, sempre mais, história de muitas vidas” (Basaglia, 1977/1978, p. 393). Configurava-se uma “psiquiatria crítica” que se transformava em autocrítica e na leitura do “território” como lugar de expressão plena das contradições de classe, espaço real, de onde emergiam as contradições do mundo da saúde: doente/sadio; normal/desviante; homem/mulher; velho/jovem e outras desigualdades. O trabalho abria espaço e vencida resistências, com ambiguidades e contradições e de modo artesanal. Ainda assim, “em nenhum momento se nutriu a ilusão de transformar o espaço do internamento em um espaço clínico, multidisciplinar” (Basaglia, 1977/1978, p. 398). O objetivo prioritário da transformação institucional era a reabilitação mesma:

reconstrução da pessoa e da sua identidade social: romper com todas as normas que regulamentavam a dependência pessoal do internado, reconstituir concretamente a sua identidade como pessoa jurídica, recuperar os recursos econômicos a sua colocação no circuito de trocas sociais, estabelecer as bases, irreversíveis, do seu ser como membro do corpo social. Em outras palavras, substituir a relação de tutela por uma relação contratual. (Basaglia, 1977/1978, p. 400).

Obviamente, a clínica psicoterapêutica e farmacológica nunca deixou de existir, operando, porém, nos Centros de Saúde Mental que foram sendo constituídos segundo a ideologia da transformação e o saber prático que contemplava necessidades reais. Surgiram novas figuras jurídicas: cooperativa, a figura do “hóspede”, como já foi dito, com autonomia decisória no contexto de seu tratamento, novas organizações (dispositivos territoriais, apartamentos) e a valorização dos instrumentos de recomposição econômica da pessoa, na procura de trocas reais, de produção de relações sociais diretas, sempre menos mediadas pela proteção institucional. A condição de “hóspede” possibilitou que as pessoas fossem libertadas das relações de custódia e pudesse continuar usufruindo da estrutura hospitalar reinventada e dos recursos que garantiam um vínculo a um projeto de assistência que não implicasse em nenhum tipo de exclusão da trama social, com suas contradições e conflitos. A reabilitação não se tratava de uma espécie de prêmio, mas um poder de base, preliminar, e toda a cidade se transformou em um grande espaço potencialmente reabilitativo, ainda que tenha sido obrigada a aceitar a loucura e os basaglianos que se responsabilizavam pelas consequências, nem sempre positivas e fáceis, desse encontro. Havia necessidade de abertura de conflitos (Basaglia, 2000, p.17) mas a estratégia não era a de

“vencer” e sim “convencer” (Basaglia, 2000, p. 18). Eles estimulava a agressividade da cidade contra eles e enfrentavam construindo encontros e superação (Basaglia, 2000, p.144).

Assim, muitos “reabilitantes” ganharam, até o fechamento de todas as unidades de internação, o estatuto de “hóspedes” e não mais “pacientes” e o ato de reabilitar se associou ao ato de viver uma vida significativa, real, com todos os seus permanentes desafios: portas abertas.

Os espaços de trabalho e as famílias também se transformaram em espaços de ação colaborativa, dando visibilidade à crise que era vivida como privada e evidenciando sua dimensão pública (atravessada pela esfera pública quando demandada). Enfim, ocorreu a abertura de novos espaços de luta, de construção de projetos comuns e luta contra os “bons serviços” que não enfrentam os verdadeiros dilemas colocados em questão: novos problemas e novas respostas. A inovação tomou a forma de espaços não exclusivamente psiquiátricos, mas locais de encontro entre ex internos, espaços de trânsito, onde as pessoas com experiências de sofrimento mental e internação pudessem se encontrar, livremente, com as demais pessoas da cidade, capazes de encontro-confronto-reconhecimento das necessidades de todos e todas ou de simples convivência.

Instaura-se, inclusive, a possibilidade de discussão de gênero, a partir da prática e das reflexões de Franca Ongaro Basaglia, denunciando a especificidade da situação das mulheres, sua loucura na sociedade abusiva e patriarcal desde o final dos anos 60 do século XX<sup>23</sup>.

Se a necessidade e os modos de tratamento nunca são colocados em discussão, então, “o problema da loucura é sempre um problema de relação entre o indivíduo e as organizações”, conclui Basaglia (Basaglia, 1979/1982, p. 440). É que a miséria tem muitas faces: “continuemos a sedar os sintomas, fazer diagnósticos, atender e tratar, inventar novas técnicas: mas conscientes de que o problema é outro.” (Basaglia, 1979/1982, p. 444). A miséria é a melhor estratégia de controle social (Basaglia, 2000, p.223).

Discutindo a Lei 180, logo que aprovada, no texto “Lei e psiquiatria” (1979), Franco Basaglia em colaboração com Maria Grazia Giannichedda, radicalizam o diagnóstico acerca dos novos projetos. Segundo eles, em lugar da segregação correria o risco do surgimento de uma rede de relações protegidas, que reproduzem a vida, mas não são a vida. As sanções se difratam e o exército de técnicos parecem deslocar o manicômio para a periferia do circuito de controle: são instituições difusas

---

<sup>23</sup> Sobre este assunto, indicamos os livros Franca Ongaro Basaglia: “Una voce – Riflessioni sulla donna” (Il Saggiatore, Milano 1982).



onde se recicla o problema da reabilitação e da cronicidade em saúde mental, criando tipos de aderência “soft”, constituídos de vínculos precários com o sistema. Os Centros de Saúde Mental italianos também teriam que enfrentar esta (nova) crise.

Neste sentido, é fundamental ter em mente esta atenção aos lugares que “reproduzem a vida, mas não são a vida”, para evitar simulacros e novos guetos. A opção em relação aos lugares de vida. Quando por exemplo, Franco Basaglia assumiu a superintendência da Região de Lazio, logo após a aprovação da Lei 180 (Lei 833), sua intenção era a de criar serviços utilizando a estrutura das Casas do Povo do Partido Comunista italiano, onde havia acúmulo de cultura e simbolismo, já em um novo impulso de renovação e invenção (Saraceno & Gallio, 2023), além de certo despojamento em relação aos modelos organizativos até então implementados.

No prefácio do livro “O jardim das amoreiras” (1979) do psiquiatra Ernesto Venturini, Franco Basaglia indica uma crise de identidade mesmo quando a Lei 180 fora conquistada. Ele se remetia ao “vazio ideológico”, que abre espaço para novas ideologias apaziguadoras (de recâmbio ou de substituição) que não sustentam efetivamente a crítica aos manicômios e à marginalidade social, como segundo ele, a psicanálise, o behaviorismo, as terapias relacionais, dentre outras, com seus novos esquemas classificatórios. Uma cultura de transformação seria um objetivo a ser conquistado permanentemente.

Uma crise se reafirmava na identificação do perigo de novas formas de controle social, pois o principal desafio é o de que as pessoas – doentes ou não – possam compreender suas próprias necessidades: aquelas reais, do ponto de vista concreto, distinguindo-as daquelas que são condicionadas e mediadas pelo poder, quando não são simplesmente induzidas pelas próprias organizações de saúde mental, seus técnicos – com seus limites e conveniências.

Fechando a coletânea organizada por Franca, “Scritti II”, no texto “Conversações: a propósito da nova lei 180” (1980), Franco Basaglia indicou que a originalidade Italiana foi a de ser capaz de se articular com os movimentos de luta de base, que podiam sustentar a dimensão política que estava em jogo, pois tudo é passível de ser reduzido à medicalização.

A reabilitação possível é o exercício de consciência e a identificação dos processos de alienação.

Basaglia chegou a declarar, em suas viagens ao Brasil, que acreditava em uma sociedade socialista (Basaglia, 2000, p.23), nutria uma utopia, se dizia um

“comunista capaz de autocritica” (Basaglia, 2000, p.90), pois a grande revolução estava em mudar as relações sociais e de poder (Basaglia, 2000, p.81).

### **5. Podemos falar de um conceito basagliano de reabilitação?**

A leitura atenta de Franco Basaglia e Franca Ongaro Basaglia evidencia um conceito de reabilitação “social”, que certamente foi desenvolvido e desdobrado posteriormente. Na introdução deste capítulo, propusemos quatro pontos de partida que, a nosso ver, são fundamentais para compreender a perspectiva basagliana.

O primeiro ponto nos remeteu ao discurso crítico acerca do fim dos manicômios, que define o paradigma da desinstitucionalização: portas abertas. Imaginemos a abertura de todas e cada uma das portas, concretas e metafóricas, internas e externas aos manicômios. Foram muitas, pois a abertura foi progressiva, responsável, refletida, de modo a contemplar os riscos envolvidos. E assim aconteceu a abertura para um novo trânsito: de dentro para fora e de fora para dentro. Cuidadosamente, se construía um projeto protetivo: de atenção, cuidado, de tratamento. Abrir as portas significou interrogar-se sobre novas possibilidades e deixar entrar. Sentar-se à mesa com outras expectativas. A cada porta aberta, novos obstáculos outros problemas se colocavam e a pesquisa continuava procurando superar as dificuldades e as contradições. Tratava-se de “sair da bolha” da violência e recusar a vida opressiva que se impunha como norma estabelecida. Era também o esforço de abrir as portas dos sentidos: perceber a tristeza, sentir o mal cheiro, provar a comida, escutar as histórias e as dores, ver a miséria. A dinâmica de controle, pautada pelo medo da loucura, que se multiplicava em pequenas e grandes violências, era desnaturalizada. Havia o reconhecimento de que era necessário defender aquelas pessoas que estavam em processo de degradação. O cotidiano se traduziu na ativação de deslocamentos e encontros inusitados com a vida, que nem sempre foi gentil e exigiu a busca de respostas e ressignificando espaços e práticas. A desinstitucionalização é um permanente processo de aprendizado, de questionamento – é o que aprendem e ensinam. E foi assim que a reabilitação foi concebida, no atritar com outras experiências: próximas e estrangeiras. Intensificou-se a circulação interna e externa de pessoas e ideias. A auto invenção implicou em deixar-se frequentar e procurar novos recursos.

O segundo ponto, dizia respeito às ideologias substitutivas de apaziguamento, que nos alertam para as falsas inovações. Estas produzem efeitos psiquiatrizantes e psicologizantes e convivem, hibridamente, com os manicômios e seus eufemismos. O ambiente era de experimentação de tudo que pudesse significar a recusa de uma atitude policlesca ou opressiva. Franco e Franca beberam de todas

as águas. E foi assim que outras iniciativas de cuidado chamaram a atenção – tais como as Comunidades Terapêuticas, a Psicoterapia Institucional, a Psiquiatria Comunitária, a Psiquiatria de Setor. Os Basaglianos concluíram que não havia modelo a ser importado e sim vivido, refletido, absorvido criticamente, partindo das premissas anti-institucionais, que podemos traduzir como o esforço de superação da instituição psiquiátrica. Multiplicaram-se os pontos de vista que orientavam a prática e a construção das necessidades reais das pessoas envolvidas na rede de relações sociais que davam forma ao cotidiano de invenção institucional. Porém, havia “um olho no peixe e outro no gato”. A reflexão sistemática, teórica, se evidencia na enorme produção de artigos, livros, participação em eventos nacionais e internacionais. Finalmente, uma nova legislação é construída como resultante do reconhecimento de incontestável competência acumulada. Mas uma Lei não transforma a realidade e não se muda a sociedade escrevendo livros. Isso nos remete ao próximo ponto.

O terceiro ponto dizia respeito ao lugar dos “técnicos” e do “doente mental”: suas possíveis e impossíveis relações, o desconforto da opção ética de transformar as relações de tutela através da utopia ativa antimanicomial e da permanente pesquisa acerca das necessidades reais das pessoas psiquiatrizadas, em relações de reciprocidade. Aqui o cenário é de inquietação, de construção de expectativas, entre aqueles que se deixam frequentar, a partir do exercício efetivo das portas abertas. Despsiquiatrizar é uma direção fundamental. Mas o cuidado não foi negligenciado e sim aprofundado ao se traduzir em defesa de direitos (que devem ser conhecidos!) sabendo que a sociedade e a cidade não era um território amigável. As portas da vida social eram arrombadas. A cidade era invadida, “violentada” (2000, p.17), como afirmou Franco Basaglia em seus debates no Brasil, e isso não coincide com a oferta de mais instituições de saúde necessariamente. Ao contrário, a rede territorial pode se transformar, com seu corpo técnico, em promotora da lógica psiquiátrica, especialmente quando se trata de modelos híbridos que convivem com os hospitais psiquiátricos e com a hegemonia da lógica da internação involuntária. Trazer as pessoas que sofrem para o cuidado não pode se reduzir a um processo de individualização que reifica o mal-estar como uma alteração intrapsíquica, que acontece nos contornos de cada mente. Colocar a doença entre parênteses significa não apenas conhecer a especificidade existencial de uma pessoa, como também situá-la socialmente, economicamente, politicamente. É mais que dar a palavra e um espaço separado onde poder expressá-la, ainda que sob aplausos dos museus e academias de arte, permitindo que as vozes da loucura sejam “embrulhadas e neutralizadas” segundo Franco e Franca. Note-se bem que esta advertência é feita

justamente por aqueles que se valeram fartamente da parceria com a arte e os artistas, e jamais deixaram de realizar a clínica psicoterapêutica, inclusive a psicanalítica. O problema é a ilusão técnica (ideologias apaziguadoras), o fascínio, a produção de álbis na convivência com a miséria econômica, social, cultural, política. De fato, abre-se o desafio da convivência com as múltiplas crises objetivas e subjetivas que irrompem nas relações sociais que se configuram como reabilitativas.

O quarto ponto abordou justamente os dispositivos que foram se delineando, sendo construídos de modo a sustentar o projeto de inclusão social. Aqui se destacam: a invenção de novas contratualidades baseadas em responsabilização e reciprocidade; a hospitalidade como convite à vida; a cooperação e a possibilidade de empreender ou entreprender em uma economia solidária; a afirmação do direito à moradia e a um cotidiano que não seja um simulacro da existência. Valoriza-se a retomada da capacidade de tomada de decisões, do falar por si mesmo, para além dos limites impostos pelas instituições psiquiátricas. Afinal, se os serviços não são capazes de promover algo que não seja eles mesmos, ressurgem os muros institucionais e a lógica da conveniência (técnica) na gestão da loucura. Isso se traduz na abertura para a invenção institucional, no estímulo na construção de relações sociais que ultrapassem a rede de serviços, operando com recursos da sociedade civil – de atores sociais (disruptivos ou não) e ações coletivas (onde se destacam a Medicina Democrática, o Movimento Operário, o Movimento Estudantil, o Movimento Feminista, Movimento Institucionalista, dentre outros que pulsaram na Itália dos anos 60 e 70). Vale acrescentar que os processos de reabilitação social se valeram fartamente do voluntariado, de iniciativas de auto-mútua-ajuda e de mobilização social sustentada por uma intensa e zelosa estratégia de comunicação. As portas abertas se traduziram no convite: “*venite a vedere!*” Venham conhecer a utopia da realidade, venham participar, colaborar! A sociedade civil que aceitou este convite foi fundamental para a “conexão com o externo” e para a invenção dos novos dispositivos. Muitos foram os amigos e as amigas, pessoas simpatizantes, antifascistas, democratas, gestores públicos, intelectuais, artistas, políticos que participaram desta construção dando forma a uma rede de sustentação. Os cenários de vida possibilitavam a reabilitação da sociedade, da comunidade, da cidade. Franco e Franca indicaram a direção assim como suas insuficiências e contradições em estado de permanente de desafio e esforço de superação dialética.

Identificamos, nesta revisão de literatura, que a “reabilitação social”, é uma preocupação constante no conjunto de textos analisados: desde a explicitação da impossibilidade de realizá-la dentro de estruturas asilares, a incompatibilidade da

convivência com os modelos asilares (com o hospital psiquiátrico) e a urgência de desmistificação, desenclausuramento, descriminalização, desmedicalização e desinstitucionalização. Insistimos que o reconhecimento do fenômeno institucional de “demolição” de subjetividades evocou o trabalho de liberação das relações de tutela, estímulo à “consciência de si” e a reconstrução da vida, evitando “artificialidades” que reduzem os reabilitadores à condição de “funcionários do consenso”.

A reabilitação social se desdobra, para Franco e Franca, nas dimensões individual, institucional e estrutural. As respostas a serem construídas são a singularidade dialética do processo cujo objetivo é sempre o de romper com os ciclos de institucionalização. Aqui não se trata apenas do manicômio como organização, mas todos os formatos homogenizadores e reificadores da doença mental e seu “castelo de cartas”. O principal *front* nesta luta foi o ultrapassar a falsa oposição entre a doença mental e a saúde. Entre as experiências de adoecer e recuperar-se há uma existência cuja riqueza não se reduz a nenhum destes dois polos, artificialmente separados e capturados pelo discurso médico, psiquiátrico, psicológico. A promessa de uma vida sã é ideológica. Qual é o sentido da ênfase programática em “saúde mental”?

O trabalho de negação institucional é aquele que devolve a possibilidade de autonomia e contratualidade ao “recuperando”, subtraindo poder do monopólio *psi* que condena a uma adesão, como dependência e impotência. Através deste trabalho de negação se delinea uma construção institucional permanente. O exercício micropolítico dá forma às respostas que não reforçam estereótipos instituídas e cristalizadas em benefício de uma lógica de dominação dos seguimentos economicamente subalternizados e socialmente excluídos. O jogo ultrapassa o processo terapêutico que agrega habilidades. Ele ocorre na trama de relações sociais, onde se inclui o “recuperador”, como um apoiador e defensor. Toda a cooperação oferecida remete à emancipação.

Consideremos a trama de poder que sustenta o aparato institucional tensionado na relação entre a equipe técnica (técnicos do saber prático ou funcionários do consenso?) e as pessoas psiquiatrizadas. O projeto dominante sempre será aquele sustentado pelos “*flic*-quiatras” – funcionários do consenso, que abraçam e sustentam o mandato policialesco de controle social dos desviantes e excluídos, subtraindo genericamente a capacidade de diálogo com a diferença e impondo uma visão maniqueísta do fenômeno de saúde-doença. Radicalizando a metáfora, nos parece que ela se desdobraria no risco de produção de *flic*-cologos, *flic*-analistas, *flic*-operadores sociais, *flic*-enfermeiros, *flic*-terapeutas ocupacionais,

*flic*-assistentes sociais, *flic*-artistas, *flic*-educadores, dentre outras possibilidades. Desinstitucionalizar significar libertar, não apenas os “doentes mentais”, mais todo o conjunto de expertise – de profissões e disciplinas – envolvido na distopia do aprisionamento concreto e simbólico da loucura. Não se trata de um esforço que se concentra nas pessoas com seus diagnósticos psiquiátricos apenas, mas evoca o conjunto de relações institucionais.

Aprendemos com Franco e Franca que a saúde mental (im)possível, viver a vida, pulsa nas relações sociais, institucionais, como um reposicionamento em relação à tutela. Depende também do reconhecimento dos frágeis horizontes da “cura” da chamada doença mental, que seria “absurda” quando significa adaptar as pessoas, moldá-las, ensinar a não se incomodar, a não incomodar outras pessoas e a não contestar.

Franco pergunta a Sartre, seu grande mestre do existencialismo, “quais são os problemas teóricos e práticos do técnico diante da realidade, tendo em conta que a realidade mesma que vivemos não é outra coisa senão ideologia?” (Basaglia, 1975/1982, p. 274). O psiquiatra faz referência a uma frase que o sensibilizou, de Sartre: “As ideologias são liberdade enquanto se fazem, opressão quando já foram feitas” (Basaglia, 1975/1982, p. 278). A saída estaria na prática que viabiliza o reconhecimento das contradições e na sua superação atenta, permanente, incansável. O propósito está na construção de novas e sempre ampliadas relações entre as pessoas envolvidas nos processos de reabilitação social. A possibilidade de “novos encontros” já havia sido sinalizada nas reflexões de Franco no campo da fenomenologia existencial na década de cinquenta. Elas ficam ainda mais complexas quando “o indivíduo” se situa em um campo institucional, societário, político, econômico, segundo pudemos entrever. Nestes encontros, é necessário subtrair a “fé” nos “especialismos” e colocar entre parêntesis os diagnósticos e seus promotores. Não se trata de negar a ciência, mas de ser capaz de enxergar além dela.

Franco e Franca inauguram todo um imaginário de emancipação e convivência política democrática com a loucura. As instituições são território de exercício de poder e conflito inescapavelmente. Por isso mesmo, estes territórios contemplam possibilidades da construção política instituinte, para usar o vocabulário da Análise Institucional que os Basaglianos tão bem conheciam (Lourau, 1974).

A dimensão econômica merece uma nossa atenção como dimensão estrutural. É constante a evocação do tema da desigualdade, que justifica a privação de liberdade e os projetos de controle e tutela. É inadmissível que a história clínica não se faça acompanhar da história de desigualdade econômica e social das

peças, segundo Franca e Franco. Aqui encontra sentido a insistência no direito ao trabalho digno, remunerado, não alienado. Nesta dimensão, a perspectiva basagliana exige uma concepção da dinâmica do Mercado, ao interno do sistema capitalista, pós-industrial, produtivista, para usar alguns dos termos eleitos pelos Basaglia. Há que se construir também um horizonte maior, ter em mente a que tipo de sistema econômico temos empenhado esforços de reprodução/superação. Uma sociedade sem manicômios não pode ser uma sociedade da exploração e da miséria. Compreender o impacto econômico dos projetos de reabilitação significa sair da invisibilidade, ir além do território, da cidade, para alcançar a dinâmica do capital e do trabalho. “Decifra-me ou devoro-te”. Estamos diante de uma teoria forte, complexa e crítica.

As conclusões de Franco, Franca e tantos outros companheiros basaglianos foram construídas em um sistemático e complexo procedimento de revisão conceitual, que implicou o uso permanente de metodologias participativas e dialógicas, constituindo um método dialético. A conquista da legislação comportou o reconhecimento do necessário enfrentamento dos projetos dominantes e hegemônicos. Isso garantiu a longevidade da Reforma Psiquiátrica italiana, ainda que não a livre de sistemáticas crises.

Franco e Franca cunham a especificidade da Psiquiatria Democrática, fundando uma perspectiva crítica, radical no sentido do compromisso da análise das próprias raízes, e não uma simples Antipsiquiatria.

Trata-se da pesquisa das necessidades reais de todas as pessoas envolvidas – econômicas, políticas e sociais. Esta é a chave que abre as portas deste projeto ético sempre auto desafiado pelo exercício da dúvida, reflexividade e pela capacidade de ler o mundo criticamente. Daí a ênfase nas necessárias instabilidades e capacidade inventiva. Há lugar na morada da loucura, pois ela é todo lugar.

Concluimos arriscando um conceito finalizando a promessa deste texto e o esforço de releitura. A reabilitação, que afirmamos como social, proposta pela perspectiva basagliana é muito mais que um mero conjunto de técnicas e estratégias que buscam aumentar a troca de recursos entre os usuários e a comunidade. Ela é a construção de um projeto de liberação da sociedade mesma, que coloca em questão os modos de produção e reprodução sociais e econômicos contemporâneos na recusa radical das instituições de violência e das instituições da tolerância. Ela enseja uma dinâmica de permanente invenção do nosso mundo, que envolve, não apenas os chamados “doentes mentais”, mas todas as pessoas afetadas pela trama de produção de sofrimento mental e representa a afirmação do direito de existência para além das polarizações impostas pelo regime de normalidade. Ela é a negação

dos manicômios e sua superação através da identificação do circuito de controle e do acesso à possibilidade de colocar-se em jogo, conquistando visibilidade e direitos sociais, civis, econômicos. Afirma o comprometimento e o pensamento crítico na luta contra todas as formas de opressão. Ela evoca o reconhecimento das necessidades e limitações chamadas “reais”, insistimos, em permanente transformação, sustentando as inquietudes irredutíveis de todos os que puderem ser chamados de “hóspedes” desta utopia.

Franco e Franca colocam a reabilitação social como um processo indissociável do tratamento, do cuidado, na produção ativa de democracia nas relações sociais. Essa seria sua condição de gestão anti-institucional, em franca oposição aos manicômios de todas as formas. Sua proposta é a de romper com o ciclo de institucionalização psiquiátrica. A reabilitação é um “fato socioeconômico” que se traduz em dizer “não” a todas as formas de “guetos” e “sim” ao permanente questionamento aos modos de exclusão. O “reabilitado” não é aquele que pode escapar do sofrimento, e sim a pessoa que se liberta do controle da normalidade e é capaz de viver a vida, combatendo sua precariedade.

### **Referências Bibliográficas**

Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Amarante, P. (2017). *Teoria e crítica em Saúde Mental*. São Paulo: Zagodoni.

Basaglia, A. (2014). *Le nuvole di Picasso*. Milano: Feltrinelli.

Basaglia, F. Ongaro. (org.). (1981). *Scritti I*. Torino: Einaudi.

Basaglia, F. Ongaro. (org.). (1982). *Scritti II*. Torino: Einaudi.

Basaglia, F. (1982). Le istituzioni della violenza e le istituzioni della tolleranza. In: Basaglia, F. Ongaro. (org.). *Scritti II*. Torino: Einaudi. (Trabalho original publicado em 1972)

Basaglia, F. (1981). La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione. In Basaglia, F. O. (org.). *Scritti I*. Torino: Einaudi. (Trabalho original publicado em 1964).

Basaglia, F. (1981). La comunità terapeutica come base di un servizio psichiatrico. In Basaglia, F. Ongaro. (org.). *Scritti I*. Torino: Einaudi. (Trabalho original publicado em 1965).

Basaglia, F. (1982). Intervista su “Rinascita”. In: Basaglia, F. Ongaro. (org.). *Scritti II*. Torino: Einaudi. (Trabalho original publicado em 1968).

Basaglia, F. (1982). La comunità terapeutica e le istituzioni psichiatriche. In Basaglia, F. Ongaro. (org.). *Scritti II*. Torino: Einaudi. (Trabalho original publicado em 1968).



- Basaglia, F. (1982) Relazione alla Commissione di studio per l'aggiornamento delle vigenti norme sulle costruzione ospedariere. In Basaglia, F. Ongaro. (org.). *Scritti II*. Torino: Einaudi. (Trabalho original publicado em 1968).
- Basaglia, F. Appunti di psichiatria istituzionale. In: Basaglia, F. Ongaro. (org.). (1982) *Scritti II*. Torino: Einaudi. (Trabalho original publicado em 1969).
- Basaglia, F. (1982) Introduzione a Morrire di classe. In: Basaglia, F. Ongaro. (org.). *Scritti II*. Torino: Einaudi. (Trabalho original publicado em 1969).
- Basaglia, F. (1982). Introduzione ad Asylums. In: Basaglia, F. Ongaro. (org.). *Scritti II*. Torino: Einaudi. (Trabalho original publicado em 1969).
- Basaglia, F. (1982) Lettera da New York – il malato artificiale. In: Basaglia, F. Ongaro. (org.). *Scritti II*. Torino: Einaudi. (Trabalho original publicado em 1969).
- Basaglia, F. (1982). La malattia e il suo doppio. In: Basaglia, F. Ongaro. (org.). **Scritti II**. Torino: Einaudi. (Trabalho original publicado em 1970).
- Basaglia, F. (1982). Prefazione a Ideologia e pratica della psichiatria sociale. In: Basaglia, F. O. (org.). *Scritti II*. Torino: Einaudi. (Trabalho original publicado em 1970).
- Basaglia, F. (1982). La giustizia che punisce. In: Basaglia, F. Ongaro. (org.). *Scritti II*. Torino: Einaudi. (Trabalho original publicado em 1971).
- Basaglia, F. (1982). La maggioranza deviante. In: Basaglia, F. Ongaro. (org.). *Scritti II*. Torino: Einaudi. (Trabalho original publicado em 1971).
- Basaglia, F. (1982). Prefazione a Il comportamento in pubblico. In: Basaglia, F. Ongaro. (org.). *Scritti II*. Torino: Einaudi. (Trabalho original publicado em 1971).
- Basaglia, F. (1982). Reabilitazione e controllo sociale. In Basaglia, F. Ongaro (org.). *Scritti II*. Torino: Einaudi. (Trabalho original publicado em 1971).
- Basaglia, F. (1982). Prefazione a “La marchesa e i demoni”. In Basaglia, F. Ongaro (org.). *Scritti II*. Torino: Einaudi. (Trabalho original publicado em 1973).
- Basaglia, F. (1982). L'utopia della realtà. In Basaglia, F. Ongaro (org.). *Scritti II*. Torino: Einaudi. (Trabalho original publicado em 1974).
- Basaglia, F. (1982). La giustizia che non riesce a difendere se stessa. In Basaglia, F. Ongaro. (org.). *Scritti II*. Torino: Einaudi. (Trabalho original publicado em 1974).
- Basaglia, F. (1982). Psichiatria e giustizia. In Basaglia, F. Ongaro (org.). *Scritti II*. Torino: Einaudi. (Trabalho original publicado em 1974).
- Basaglia, F. (1982). Concetto di salute e malattia. In Basaglia, F. Ongaro (org.). *Scritti II*. Torino: Einaudi. (Trabalho original publicado em 1975).
- Basaglia, F. (1982). Crimini di pace. In Basaglia, F. Ongaro. (org.). *Scritti II*. Torino: Einaudi. (Trabalho original publicado em 1975).
- Basaglia, F. (1982). Ideologia e pratica in tema di salute mentale. In Basaglia, F. Ongaro (org.). *Scritti II*. Torino: Einaudi. (Trabalho original publicado em 1975).

- Basaglia, F. (1982). Chiusura del III Incontro del Reseau internazionale di alternativa alla psichiatria. In Basaglia, F. Ongaro (org.). *Scritti II*. Torino: Einaudi. (Trabalho original publicado em 1977).
- Basaglia, F. (1982). Il circuito del controllo – dal manicomio al decentramento psichiatrico. In Basaglia, F. Ongaro (org.). *Scritti II*. Torino: Einaudi. (Trabalho original publicado em 1977).
- Basaglia, F. (1982). Introduzione a “Lo psicanalismo”. In Basaglia, F. Ongaro (org.). *Scritti II*. Torino: Einaudi. (Trabalho original publicado em 1978).
- Basaglia, F. (1982). Follia/delirio. In Basaglia, F. Ongaro (org.). *Scritti II*. Torino: Einaudi. (Trabalho original publicado em 1979).
- Basaglia, F. (1982). Legge e psichiatria. In Basaglia, F. Ongaro. (org.). *Scritti II*. Torino: Einaudi. (Trabalho original publicado em 1979).
- Basaglia, F. (1982). Prefazione al “Giardino dei gelsi”. In Basaglia, F. Ongaro (org.). *Scritti II*. Torino: Einaudi. (Trabalho original publicado em 1979).
- Basaglia, F. (1982). Conversazione: a proposito della nuova legge 180. In: Basaglia, F. Ongaro. (org.). *Scritti II*. Torino: Einaudi. (Trabalho original publicado em 1980).
- Basaglia, F. Ongaro (org.). (2000). *Conferenze brasiliane*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Basaglia, F. Ongaro. (1982). Premessa. In Basaglia, F. O. (org.). *Scritti II*. Torino: Einaudi.
- Burns, T; & Foot, J, (org). (2020). *Basaglia's International Legacy*, Oxford:Oxford University Press.
- Castilho, J. C. N.; & Goulart, M. S. B. (2015). Reabilitação psicossocial: uma perspectiva clínica. In Coutinho, M. C., Furtado, O., & Raitz, T. R. (org.). *Psicologia Social e trabalho: perspectivas críticas*. Florianópolis: ABRAPSO Editora/ Edições do Bosque.
- Colucci, M. ; Di Vittorio, P. (2000). *Franco Basaglia*. Milano: Bruno Mondadori.
- Ferreira, A. B. de H.. *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- Foot, J. (2014). *La “Repubblica dei Matti”*. *Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*. Storie. Milano: Feltrinelli.
- Freitas, F.; & Amarante, P. (2015). *Medicalização em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Goffman, E. (2001). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Goulart, M. S. B. (2007). As raízes italianas do movimento antimanicomial. São Paulo: Casa do Psicólogo/Conselho Federal de Psicologia. pp. 205-211.
- Goulart, M. S. B., & Zani, B. (2015). Reabilitação: análise comparativa Brasil/Itália. In: Coutinho, M. C.; Furtado, O.; Raitz, T. R. (orgs). *Psicologia Social e trabalho: perspectivas críticas*. Florianópolis: ABRAPSO Editora/ Edições do Bosque.

- Goulart, M. S. B. (2012). Basaglia: a Franca. In Portugal, F. T., & Jacob-Vilela, A. M. *Clio-Psychè: gênero, psicologia, história*. Rio de Janeiro NAU. pp. 205-214.
- Oliveira, C. (2016). “Basaglia” e a prática reabilitativa no Centro de Convivência. [Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da 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. 2004*. [Tese de Doutorado em Ciências Humanas: sociologia e política, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas Universidade Federal de Minas Gerais].
- Guerra, A. M. C. (2004). Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre os controversos conceitos e seus possíveis paradigmas. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, v. VII, n.2, pp. 83-96.
- Lourau, R. (1974). *A análise institucional*. Petrópolis: Vozes.
- Ongaro, F. Basaglia (1967). Comento a E. Goffman. La carriera morale del malato mentale. In: Basaglia, F. (org.). *Cos'è la psichiatria*. Parma: Amministrazione provinciale di Parma.
- Pivetta, O. (2012). *Franco Basaglia. Il dottore dei matti. La biografia*. Milano: Dalai Editore.
- Pulino, D. (2016). *Prima della legge 180. Psichiatri, amministratori e politica (1968-1978)*. Merano: Edizioni Alfabeta Verlag.
- Rotelli, F. (1994). *Per la normalità. Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma. Scritti 1967-1998*. Trieste: Asterios Editore.
- Saraceno, B. (1995). *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica*. Milano: Etaslivre – RCM.
- Saraceno, B; & Gallio, G. (2023). Il futuro delle politiche di salute mentale nell'ultimo dialogo con Franco Rotelli. *Aut aut*. n. 399,. pp.170-195.
- Valeriano, A. (2022). *Contro tutti i muri*. Donzelli Editore, Roma.
- Vasconcelos, E. M. (2000). Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento dos usuários. In: Amarante, P. *Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Vasconcelos, E. M. (2021). *Novos horizontes em saúde mental – análise de conjuntura, direitos humanos e protagonismo de usuários (as) e familiares*. Rio de Janeiro: HUCITEC Editora.
- Venturini, E. (1979). *Il giardino dei gelsi*. Torino: Einaudi Editore.
- Venturini, E. (2020). *Mi raccomando non sia troppo basagliano – la vittoriosa sconfitta del manicomio aperto di Gorizia*. Roma: Armando Editore.

Venturini, E, Goulart, M. S. B., Amarante, P. (2020). The optimism of practice: The impact of Basaglia's thoughts on Brazil. In Burns, T, & Foot, J. (org) *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: Editora FIOCRUZ.

Zingarelli, N. (2001). *Lo Zingarelli. Vocabolario della língua italiana*. Bologna: Zanichelli.

## REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: UMA REVISÃO NA PERSPECTIVA BASAGLIANA

Ernesto Venturini

O foco da nossa ação técnica não pode ser a luta contra a doença mental como uma entidade abstrata, mas deve ser orientado a considerar a doença como uma contradição e, portanto, a reabilitação como resposta a essa contradição. Contradição que não pode ser coberta e formalmente transformada por novas ideologias científicas: estas, não respondendo a ela, inevitavelmente se traduzem em uma nova restrição, tanto na forma de codificação da doença, quanto na forma de codificação de reabilitação...

Franco Basaglia, Helsinki, 1971

Ao longo das últimas décadas, assistimos a uma rápida sucessão de diferentes orientações terapêuticas no cenário da psiquiatria e da psicologia. Na década de 70, a “Desinstitucionalização/*Deinstitutionalization*” (Venturini, 2010) constituiu a grande ruptura com o paradigma psiquiátrico de internamento. Como resultado deste processo, na virada dos anos 80 e 90, surgiu o termo “Reabilitação Psicossocial/*Psychosocial and Psychiatric Rehabilitation*” (Goulart et al., 2012; Venturini et al., 2003). Mais recentemente, mesmo que as raízes estejam plantadas nos anos anteriores, começamos a falar sobre “Empoderamento/*Psychiatric empowerment*” (Vasconcelos, 2000; Barnes e Bowl, 2003), “Ouvidores de Vozes/*Hearing Voices Network*” (Romme et al., 1996) e depois, num crescendo, foi afirmada a “Recuperação” ou “Restabelecimento/*Recovery model*” (Coleman, 1999). Hoje o tratamento que está mais prestigiado é o “Diálogo Aberto/*Open Dialogue*” (Seikkula et al., 1995).

Pode-se objetar que não é correto colocar essas diretrizes no mesmo plano: algumas delas expressam diretrizes de política geral em saúde, enquanto outras se referem mais especificamente a modelos de intervenção terapêutica. A objeção certamente tem sua legitimidade. E, no entanto, considero adequado manter esta equivalência, porque, com este texto, quero confrontar o pensamento (orientação científica? ideologia?), que está na base de cada ato terapêutico. Interessa-me

refletir sobre o pensamento que molda cada ato. Procuro compreender as razões históricas e sociais de um pensamento e de uma prática, tanto no seu aparecimento como na sua concretização e evolução.

Por exemplo, estamos inclinados, por um lado, a considerar cada novo pensamento como uma melhoria em relação ao passado, na confiança (ingênu?) de um desenvolvimento progressivo e positivo da ciência. Por outro lado, estamos cientes da influência – mesmo no campo científico e da assistência – da lógica dominante do mercado, que tem a necessidade incessante de propor novidades. Assim somos levados a nos fazer uma pergunta: o quanto dessas novas “terapêuticas” representam o que Franco Basaglia e Franca Ongaro Basaglia<sup>1</sup> (Basaglia, 1971) denunciaram como “ideologias de substituição”<sup>2</sup>? Em sua crítica, os dois argumentam que, sem uma reflexão crítica sobre o contexto social e político em que ocorre o “trabalho terapêutico”, esses novos saberes e práticas acabam sendo incorporados principalmente como técnicas, que “modernizam” os tratamentos, obscurecendo os métodos anteriores. Essa operação de refazer, de “reempacotar”, tende sobretudo a impedir uma compreensão mais adequada de como o “fracasso” dos tratamentos psiquiátricos seja um efeito estrutural da disciplina psiquiátrica tradicional.

Em todo o caso, estamos perante orientações relevantes no campo da psiquiatria, da psicologia, da psicoterapia, que tiveram origem em diferentes situações geográficas e durante um período de tempo relativamente curto. O que me parece importante não é a avaliação do seu valor intrínseco – o que é indubitável – mas sim a sua utilização. Por esta razão eu me faço algumas perguntas sobre as suas integrações nas práticas profissionais e sobre as contradições que parecem exprimir.

Por exemplo: a desinstitucionalização pode ser considerada obsoleta, quando, na maioria dos países, as instituições de asilo ainda permanecem inalteradas? E, quando falamos de reabilitação, nos referimos: a uma atividade de “entretenimento” (Saraceno, 1995), que sempre acompanhou o trabalho nas instituições totais, ou a técnicas de reabilitação de “habilidades”, para a inclusão social dos pacientes? Ao falamos de empoderamento, nos referimos ao direito dos pacientes de falar no gerenciamento interno de uma “comunidade terapêutica” e participar de seu projeto terapêutico, ou falamos sobre o poder dos pacientes no exercício dos direitos políticos e sociais? Existem autores (Fisher, 1994) que

---

<sup>1</sup> Franca Ongaro Basaglia será referida como “Ongaro”, neste capítulo, em respeito à singularidade de seu trabalho como intelectual e ativista.

<sup>2</sup> “*Ideologie di ricambio*” na terminologia italiana e que será objeto de discussão no capítulo de Maria Stella Brandão Goulart.

contrastam a reabilitação com a recuperação, acreditando que esta segunda deveria ser a única escolha viável. Mas qual é o sentido de uma prática de recuperação, quando a presença dos hospitais psiquiátricos não é questionada por terapeutas e pacientes? Há outros que falam, inclusive, da necessidade de abandonar definitivamente o paradigma da desinstitucionalização (Fioritti, 2017), uma vez que permaneceriam atuais apenas os paradigmas de reabilitação e recuperação.

Tentarei analisar estas questões, declarando, imediatamente, que a crítica de Fisher (1994) só se justifica se nos referirmos a um modelo de reabilitação baseado em um pensamento medicalizante, mas que é inadequada se nos referirmos à reabilitação “psicossocial”, que opera com base na desinstitucionalização. Tentarei também mostrar que a verdadeira ruptura epistemológica da psiquiatria – a afirmação de um novo paradigma – ocorreu apenas com a desinstitucionalização<sup>3</sup>, ou, melhor, com o processo que, pelo menos na Itália, se refere ao pensamento e prática de “Basaglianos” entre os anos 60 e 80 e que, confusamente, foi assimilado à desospitalização, que ocorreu em outras situações e períodos.

### **A questão do paradigma**

Parece razoável iniciar esta reflexão, analisando o termo “paradigma”, para esclarecer seu significado. Essa palavra se tornou tão comum, tão inflada, que todas as novidades – e não apenas na ciência – são rapidamente designadas como um “novo paradigma”. Mas todas as inovações são realmente um novo paradigma? Quem estabelece isso? E quais são os critérios adotados? Existe concordância em seu uso?

Vamos começar, então, a lembrar brevemente a origem do termo “paradigma”. Esta palavra foi introduzida, como sabemos, pelo físico Thomas Kuhn (1962) que publicou o livro “A Estrutura das Revoluções Científicas”. Kuhn descreveu as mudanças mais importantes na história das descobertas científicas (na astronomia, na física, na química), questionando radicalmente a evolução linear da ciência. Ele usou o conceito de paradigma em dois significados diferentes. O primeiro refere-se a uma disciplina, que é um conjunto de técnicas, modelos e valores dos membros de uma comunidade científica, que caracterizam a “ciência normal”. O segundo está ligado a um elemento exemplar de uma “descoberta” científica (por exemplo “Os princípios” de Newton ou “Almagesto” de Ptolomeu). Neste segundo caso, o

---

<sup>3</sup> A paternidade da palavra desinstitucionalização, pelo menos no que diz respeito à Itália, é reivindicada por Antonio Slavich. Ele, pessoalmente, teria cunhado esta palavra, em 1962 para designar seu trabalho, como médico no hospital de Gorizia, quando, junto com Franco Basaglia, tentou neutralizar os comportamentos passivos e resignados dos pacientes. Slavich queria definir, desta forma, sua prática dirigida contra a síndrome, que Russel Barton havia designado, em 1959, como *neurose institucional* (Slavich, 2018).

paradigma é um padrão que, através de sua repetição, torna-se capaz de modelar o pensamento, o comportamento e as práticas dos cientistas. Como critério de cientificidade, o paradigma substitui as regras; a lógica específica do exemplo substitui a lógica da lei. E quando um velho paradigma é substituído por um novo, ocorre uma “revolução científica”. Neste processo, a revolução científica tem, no início, uma cena fundadora.

Vamos trazer, agora, esses conceitos para o campo da psiquiatria, da psicologia e da psicoterapia, mais especificamente.

A cena que estabelece o antigo paradigma da psiquiatria, que nomeio de “restrição da subjetividade do louco, colocando a vida dele entre as parênteses”, ocorreu em 1793. Essa cena é descrita por Michel Foucault (1961) no livro “História da Loucura na Idade Clássica”; é representada pela pintura de Jacques-Louis David mostrando Philippe Pinel, enquanto liberta as mulheres loucas do hospital Bicêtre em Paris. Esta cena ilustra o nascimento da moderna disciplina psiquiátrica. Libertando os loucos, Pinel estabelece uma espécie de “dívida de reconhecimento” dos liberados em relação ao libertador. A dívida se materializa através de duas regras: primeiro, a violência selvagem do corpo preso pelas correntes é substituída por uma submissão constante da vontade do louco à vontade do médico; em segundo lugar, a dívida é “cancelada” com a incorporação da loucura, definida desde então como “doença”, dentro da medicina. A relação arcaica de poder, baseada na violência física, transforma-se em um moderno sistema de poder – a “disciplina” – baseado na submissão psicológica e moral do paciente ao seu terapeuta. Nasce um novo paradigma científico, fruto da Revolução Francesa: o hospital psiquiátrico torna-se o lugar símbolo onde é exercido o suposto acordo entre o louco e o alienista. A lei psiquiátrica francesa de 1838 estabelecerá a aliança da psiquiatria com poder judiciário, declarando a obrigação dos psiquiatras de cuidar do paciente, por causa de sua “periculosidade” social.

A grande cena que é a base do novo paradigma – “a libertação da subjetividade do louco, colocando entre parênteses a doença” – ocorre em uma manhã de novembro de 1965, dentro do hospital psiquiátrico de Gorizia, dirigido por Franco Basaglia (Venturini, 2017). Na enfermaria “D-homens” está se encenando a primeira assembleia geral. Está se transformando o arranjo circular de anteriores reuniões das enfermarias; os pacientes ocupam a mesa da presidência e decidem a pauta; os médicos e os enfermeiros, para falar, devem pedir permissão. A partir desse momento, os loucos se re-apropriam do direito à palavra social; se tornam conscientes de seus direitos; encontram sua dignidade social, que, devido à incorporação do estigma, tinha sido suplantada por uma identidade negativa. As



peças ganham o seu empoderamento, tornam-se protagonistas do seu cuidado. Essa cena vem depois de outro momento histórico do ano anterior, que aconteceu em Londres, durante o Congresso de Psiquiatria Social. Na ocasião, Basaglia declarou a necessidade de superar, total e definitivamente, o hospital psiquiátrico. Com a publicação de “O que é psiquiatria” e “A instituição negada”, o novo paradigma se afirma, encontra sua expressão simbólica em “Marco Cavallo” (SCABIA, 2018), se manifesta totalmente com a “desconstrução” do manicômio em Trieste. A lei de reforma (a lei 180) reconhece e ratifica a mudança. O manicômio – o lugar da “mania” – é eliminado. Estamos diante não tanto de um ato antipsiquiátrico, quanto de uma mudança do paradigma, que diz respeito à psiquiatria, mas também a todas as disciplinas “psi”. Também neste caso, é o pano de fundo histórico, que promove e apoia a mudança: a revolta antiautoritária de 1968 e a aspiração por justiça social, que atravessa a sociedade europeia nos anos 70<sup>4</sup>.

Uma “sociedade sem manicômios” representa, portanto, uma “revolução científica” que envolve. não só a psiquiatria, mas também as disciplinas de medicina, psicologia, assistência social, direito e enfermagem.

Franco Rotelli, a este respeito, especifica o significado da negação do asilo institucional:

A instituição a negar era, e é, para nós a doença mental, a loucura, não apenas o asilo. O manicômio foi um dos elos da cadeia do processo de desinstitucionalização, um dos momentos cruciais, sem dúvida paradigmáticos, dentro de um processo muito mais complexo. O manicômio é um lugar violento, não tanto porque são violentos os homens que o dirigem ou são violentos os relacionamentos por perversão dos sujeitos. O manicômio é um lugar violento porque é o lugar da restrição, da redução do complexo no simples, em que tentaram conter um problema de enorme complexidade dentro de regras simplificadas. Toda a violência resultante é secundária à escolha de conter esta enorme riqueza e complexidade. A desinstitucionalização é o processo de recomposição da questão da loucura e da doença mental, que foi reduzida no asilo a gestão da periculosidade, a gestão do silêncio e da distância do olhar (Rotelli, 1988, p.10).

A mudança de paradigma é, portanto, bem diferente da “desospitalização”, nascida nos Estados Unidos e na Inglaterra (Venturini, 2010) e que tem sido chamada, de forma inadequada, de “desinstitucionalização”. De fato, apesar de sua corajosa crítica às instituições de violência, esse processo não se tornou projeto político-científico alternativo ao hospital psiquiátrico, talvez por causa da diversidade

---

<sup>4</sup> Foram anos em que reformas importantes foram realizadas na Itália: a reforma da saúde, da educação que abriu o acesso à universidade para as classes pobres, a promulgação de Estatuto dos Trabalhadores, a reforma dos direitos civis, a lei sobre o divórcio e o aborto. Foram eventos que alteraram profundamente os aparatos institucionais, implicando uma profunda democratização do Estado.

substancial de seu contexto sociopolítico em relação, por exemplo, a o que aconteceu na Itália.

É claro que não nego possíveis méritos da “desospitalização”, nem o das muitas outras experiências que precederam, prepararam, acompanharam, reforçaram a revolução científica do novo paradigma. Cada uma dessas experiências constitui um enriquecimento importante no caminho do cuidado: elas merecem toda a atenção e gratidão. Mas – a meu ver – em vez de se deparar com novas direções científicas ou sociais, essas novas orientações, muitas vezes, se reduziram a técnicas, sem produzir uma ruptura radical em relação ao velho paradigma.

Qual é, então, a originalidade e a força do pensamento, que se constitui como uma mudança de paradigma?

Existem dois níveis de pensamento e ação, que na história tiveram dificuldade se relacionar: pensar a loucura e enfrentar o sofrimento mental na prática. A revolução Basagliana estabeleceu uma conexão dialética entre esses dois níveis. Revelou que a doença mental é uma instituição estabelecida sobre a loucura: é uma conceituação, um corpo de conhecimento, de poderes, de disciplinas, de regras administrativas, que transformam uma experiência humana em um sintoma, diagnóstico, prognóstico, clínica, terapia; é algo traduzido em códigos, que, ao simplificar a experiência humana, trará uma nova violência (Rotelli, 1988). Além disso, os Basaglianos não legitimaram o “falar no lugar de outros” – de “pacientes liberados”, por exemplo – como é hábito dos revolucionários. Desistindo de criar uma teoria, impuseram silêncio à ciência para dar voz à “gagueira” da loucura.

Por que insisto no conceito de “paradigma”? Por que reivindiquei a autenticidade como uma disputa, talvez um pouco “ociosa”? Por uma razão importante: para combater o uso ideológico e impróprio deste termo na saúde mental. Isso acontece quando a desinstitucionalização é declarada obsoleta, embora o processo não esteja completamente terminado ou ainda não foi sequer iniciado; quando são introduzidos, *tout court*, conhecimentos e práticas originadas em diferentes contextos, definindo-as como novos paradigmas, sem levar em conta as diversidades culturais, sociais e políticas; quando se buscam inovações e se adotam metodologias sem avaliações de resultados. Tudo isso gera uma ideia de mudança *gattopardesca* que, na verdade, não muda nada. Significa, essencialmente, cair na armadilha das “ideologias de substituição”.

Por outro lado, nem todas as novas teorias e práticas são produtoras de um novo paradigma, sendo apenas um acréscimo ao que já é conhecido e sendo motivadas por novas avaliações dos eventos já observados. Além disso, não se deve

esquecer que a comunidade científica, no pensamento de Kuhn, procura assimilar as novas descobertas através da “limpeza” do paradigma, para não provocar a crise de crenças compartilhadas. Assim começa um processo conflituoso entre o existente e o novo, que leva ao surgimento de uma “ciência cumulativa”. Esta situação, de acordo com Kuhn, é o resultado da capacidade manipulativa dos cientistas, que, para minimizar o impacto da mudança, escolhem, no novo paradigma, problemas que, de acordo com eles, poderiam ser resolvidos com técnicas conceituais e instrumentais relacionadas àquelas que já existiam.

Apresento dois exemplos. O primeiro diz respeito ao psiquiatra francês Jean-Etienn Esquirol, que acompanhou e realizou a mudança iniciada por Philippe Pinel, e estava interessado em consolidar o paradigma da internação em hospitais psiquiátricos, referindo-se à incapacidade dos loucos de coexistir com os saudáveis. Por isso estava preocupado com a positiva tolerância e aceitação dos loucos pela população da cidade belga de Geel.<sup>5</sup> Assim, afirmou que o resultado positivo de Geel não deveria ser atribuído à tolerância da população, ou aos efeitos do cuidado em liberdade, mas tinha que ser atribuído às consequências do trabalho que era feito pelos loucos. Desta forma “inventou”, em 1821, a “ergoterapia”. A partir desse momento, a hospitalização será acrescida da “terapia do trabalho”. Portanto, usando a estratégia cumulativa, Esquirol tenta garantir que o paradigma da internação não seja prejudicado pela natureza excepcional da prática de Geel.

Outro exemplo, mais recente, diz respeito à experiência da “*Soteria House*”, que se desenvolveu nos Estados Unidos, em São Francisco, em 1971.<sup>6</sup> A experiência da *Soteria* baseava-se em uma cultura não psiquiátrica e não medicalizante. Suas referências conceituais foram a Antipsiquiatria inglesa e a Psiquiatria Democrática italiana. Mas como foi “interpretada” esta experiência oficial por psiquiatras tradicionais? Não podendo contradizer os resultados, a disciplina psiquiátrica deixou na sombra a importância do tratamento realizado por leigos, não

---

<sup>5</sup> Desde a Idade Média, a cidade tinha, como patrono, Santa Dimpna, que, segundo a crença popular, curava a loucura. Por essa razão, os loucos e seus familiares estavam indo naquela cidade para orar no santuário. Os habitantes da cidade acabaram recebendo estrangeiros em suas casas. Os loucos e seus familiares, para reembolsar a hospitalidade, trabalhavam nos jardins dos anfitriões ou faziam outras tarefas domésticas. Geel era – e continua a ser assim hoje – uma cidade, onde os loucos não são considerados perigosos, como consequência da possibilidade de viver livremente junto com outras pessoas.

<sup>6</sup> Loren Mosher foi o criador de uma importante pesquisa que durou 14 anos. Em que consistia? Quando um jovem tinha uma primeira crise psicótica, diagnosticada como esquizofrenia, e estava prestes a ser internado em um hospital psiquiátrico, recebia a possibilidade de tratamento em uma casa particular – *Soteria House*. Durante a permanência nesta residência, ele não recebia drogas psicotrópicas (podia tomar tranquilizantes suaves apenas algumas semanas após o início da crise) e não era submetido a nenhuma restrição física. Na casa, trabalhavam jovens não profissionais e uma enfermeira, supervisionados por Mosher. Os resultados dessa pesquisa foram extraordinariamente positivos. Sem o uso de drogas pesadas, os residentes da *Soteria House* conseguiram se recuperar da psicose dentro de seis semanas – aproximadamente o tempo médio de hospitalização. Após um período de dois anos, no entanto, a porcentagem de antigos residentes da *Soteria House*, que viviam de forma independente e reduziam significativamente as readmissões hospitalares, foi maior que a dos pacientes tratados com drogas e internados.

profissionais, e a não utilização de drogas psicotrópicas. Em vez disso, recuperou o que era compatível com sua lógica, indicando como valor positivo, para o tratamento da psicose, as “residências terapêuticas”; mas deixando claro que esses espaços deveriam ser usados após a hospitalização e dependendo do uso de psicofarmacos. Um exemplo similar de mistificação pode ser observado também no Brasil, referindo-se à opinião expressa pelo aparato oficial da psiquiatria sobre a experiência de Nise da Silveira. Nise se opusera a toda forma de coerção de seus pacientes, contrastara o uso do choque elétrico, propusera a libertação das pessoas através das “atividades artísticas”. Esses méritos foram reconhecidos, mas foram reduzidos ao elogio de uma simples técnica de entretenimento artístico para pacientes crônicos. Desta forma, o *establishment* psiquiátrico tentou subtrair da experiência todo o seu significado revolucionário e terapêutico.

### **Reabilitação ou habilitação?**

Vamos tratar agora o tópico da reabilitação.

Alguns anos atrás (Venturini et al., 2003), questionei uma certa forma de entender a reabilitação. Enfatizei sua simples função auxiliar em relação ao poder hegemônico do conhecimento biológico – psiquiatria *hard* – em torno do qual havia, e ainda há, fortes interesses econômicos. Critiquei o estabelecimento de uma disciplina separada da clínica, pela tentativa da classe médica de distanciar de si mesma os pacientes psiquiátricos “crônicos”, representando tanto seu fracasso terapêutico quanto uma perigosa “contaminação” do social. Inicialmente queria destacar a fragilidade conceitual e institucional desse apêndice *soft* da psiquiatria tradicional, que oferecia simplesmente oportunidades de trabalho, de segunda classe, apenas para setores paramédicos. Mas reconheci, contraditoriamente, o seu grande potencial de conhecimento interconectado com outras disciplinas – psicologia, sociologia, antropologia, medicina social (Anthony, 1986). Naquele escrito, descrevi o resgate dessa “prática menor”, demonstrado pelo comprometimento de associações internacionais, em que se destacaram as/os enfermeiras/os, psicólogas/os e assistentes sociais. A reabilitação tinha passado, rapidamente, de uma forma ingênua de intervenção às reflexões mais elaboradas, de uma atitude autorreferencial para a necessidade de critérios de validação científica (Siani, Siciliani & Burti, 1990). Contudo o entusiasmo pelas práticas reabilitadoras era acompanhado, no artigo a que me refiro, por uma crítica aos princípios fundadores da reabilitação (Venturini, 1996), muito inspirados em um pensamento médico-biológico, centrado nas deficiências físicas.

Uma evidência clara disso é a classificação adotada por a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003) para reconhecer o impacto das doenças mentais na vida de uma pessoa e no alcance de seus objetivos. Os efeitos incluem: a “deficiência” – como decepções e depressão; a “limitação de atividades” – como falta de adaptação ao trabalho ou habilidades sociais; as “restrições à participação” – tais como desemprego, falta de moradia, discriminação e pobreza. Essa classificação desloca, para o campo psíquico, a “Classificação da funcionalidade e incapacidade, associada às condições de saúde (CIF)” (*Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*). É uma ferramenta usada na prática de reabilitação física, para descrever a presença ou ausência de deficiências, lesões, traumas nas estruturas do corpo, para diagnosticar o funcionamento, a incapacidade, a influência do contexto em que vivem as pessoas que manifestam uma mudança no estado de saúde.

Mas a assimilação de um sistema de pensamento de uma situação física para uma situação psíquica parece ignorar ou minimizar a incompatibilidade interpretativa e evolutiva entre os fenômenos da psique e os do corpo (Piccione, 1995). De fato, o paradigma no qual o cuidado e a reabilitação se baseiam, no campo orgânico, é um modelo linear que se desenvolve na concatenação da etiologia, com patogênese, com sintomas, para chegar ao diagnóstico e prognóstico. Mas esse modelo é inaplicável, ou, pelo menos, inadequado para entender os distúrbios psíquicos (Di Paola, 2000).

O pensamento teórico da reabilitação contém, portanto, este viés (*bias*) conceitual. Mas também existe uma distorção ideológica adicional, referida à dimensão temporal. Para o pensamento biomédico, a reabilitação física e mental considera como “sucesso” o retorno perfeito ao estado de saúde anterior à lesão ou trauma<sup>7</sup>. Mas esta abordagem é equivocada, do ponto de vista conceitual e científico. É ilusório se referir ao passado, querendo restaurar no presente um estado de “normalidade” que desapareceu. É ficção intelectual, pensar que podem se ressuscitar as antigas prerrogativas físicas e psíquicas do passado.

Por esses motivos acho melhor falar de “habilitação” (Venturini, 2003). Nesta perspectiva o passado não pesa como um *handicap* no presente e a intencionalidade da pessoa é voltada para o futuro e não para o passado. A habilitação se coloca melhor no jogo das contradições da vida, sem uma pesada desvantagem. Com esta redefinição conceptual abrem-se novas perspectivas, ampliam-se possibilidades positivas, pois nos referimos a uma parte potencial de si, ainda inexplorada.

---

<sup>7</sup> Na terminologia médica usa-se a expressão latina. *restitutio ad integrum*.

Deixando para trás as reflexões conceituais sobre as diretrizes terapêuticas que descrevi, nos seus relacionamentos, conexões, diferenças e preconceitos, vou tentar aprofundar a perspectiva histórica da reabilitação, a partir das definições que os próprios reabilitadores deram ao seu trabalho. Vou começar com a exposição do conceito de reabilitação, como foi elaborado na literatura científica, apresentando, a título de exemplo, apenas duas acepções da reabilitação psiquiátrica.

A primeira foi adotada pelo Conselho de Reabilitação Psiquiátrica dos Estados Unidos, em setembro de 2007, e posteriormente, em 2016, foi assumida pela Associação de Reabilitação Psiquiátrica (PRA, 2015).

A reabilitação psiquiátrica promove a recuperação, a integração completa na comunidade e uma melhor qualidade de vida para as pessoas diagnosticadas com problemas de saúde mental e/ou com uso de substâncias que comprometem seriamente a sua capacidade de levar uma vida ativa. Os serviços de reabilitação psiquiátrica são colaborativos, individualizados e orientados para as pessoas; são elementos essenciais no campo dos cuidados de saúde e dos serviços humanizados; são baseados em evidências. Estão basicamente empenhados em ajudar as pessoas a desenvolverem habilidades e acessar os recursos necessários, para aumentar sua capacidade de sucesso e satisfação nos ambientes sociais, de vida, de trabalho e de aprendizagem.

A segunda definição, mais simples, foi adotada pela Secretaria de Saúde Mental do Departamento de Saúde do Governo da Austrália Ocidental, em setembro de 2004.

Com a expressão Reabilitação Psiquiátrica se definem os princípios e as estratégias ativas, que, dentro e fora do sistema de serviços de saúde mental, apoiam pessoas com uma doença mental para enfrentar as dificuldades em seus papéis de vida e dentro dos limites da participação social (Government of Western Austrália, 2004).

Nas décadas de 80 e 90 houve uma viva expansão de diferentes modelos de reabilitação psiquiátrica, como efeito do conhecimento e das reflexões que acompanharam as várias experiências. Vou me limitar a citar apenas alguns dos mais famosos modelos, em uma rápida visão geral.

- O “*Social Skill Training* / Treinamento de Habilidades Sociais” (Anthony, Cohen, Farkas, 1990), de derivação comportamental, promoveu o reforço do desempenho de habilidades sociais em algumas áreas específicas do comportamento.
- O “*Social Problem Solving Training* / Comportamento Socialmente Competente” (Spivak, 1997 & Wing, 1963) propôs o aumento das articulações sociais do indivíduo com o meio ambiente; era um modelo isomorfo para a realidade circundante.

- As “*Psychoeducational Interventions / Técnicas Psicoeducacionais*” (Falloon 1992; Hogarty, 1991 & Liberman, 1988) foram, por sua vez, projetadas para aumentar a conscientização das famílias dos pacientes e diminuir suas emoções expressas (*Expressed Emotion*).
- “O *Case Management / Gerenciamento de Casos*” estava centrado na avaliação das necessidades do paciente e no desenvolvimento de planos de serviços para atender a essas necessidades. Sua elaboração subsequente foi o “*Intensive Case Management / Gerenciamento Intensivo de Casos*”, no qual a maioria dos gerentes de casos clínicos forneciam serviços no ambiente de vida do paciente.
- O “*Assertive community treatment / Tratamento comunitário assertivo*” (Burns, 2001) foi concebido como uma alternativa comunitária ao tratamento hospitalar para pessoas com doença mental grave. Neste tratamento uma gama abrangente de serviços de cuidado, reabilitação e apoio à comunidade era fornecida por uma equipe multidisciplinar. O tratamento era principalmente caracterizado por uma abordagem de sensibilização assertiva.
- E finalmente lembramos as “*Técnicas de Reabilitação*” de Luc Ciompi<sup>8</sup> (Ciompi et al., 1987), que eram baseadas em dois eixos: o do trabalho e o do lar da pessoa. Nesse método, eram avaliadas as determinações dos desfechos, levando em consideração a influência sobre elas exercidas pelas expectativas e pelo estímulo dos profissionais.

Todas estas propostas terapêuticas, para além de uma utilidade pragmática, apresentam-se redutoras, excessivamente tecnicistas, demasiado centradas apenas no sintoma, destinadas ao longo do tempo ao desencadeamento de uma recaída. Talvez a exceção seja a abordagem de Luc Ciompi, que atua sobre motivações e relações sociais e que obteve sucesso justamente nos contextos em que ocorreu uma desinstitucionalização mais incisiva.

De qualquer forma, o tema da reabilitação se expandiu, seja pelo crescimento da população que tivera alta dos hospitais psiquiátricos, seja também pela consciencialização da necessidade de apoio para acompanhar qualquer outra pessoa com sofrimento mental no seu percurso de relações sociais. Após a espontânea e ingênua atividade de “entretenimento” dentro do asilo (Saraceno, 1992), nasceu uma ampla demanda por treinamento de profissionais, para enfrentar, exatamente, a dificuldade e a complexidade da inclusão social de pacientes psiquiátricos. Assim, no campo internacional, nasceram várias associações e

---

<sup>8</sup> É apropriado lembrar a famosa pesquisa sobre a evolução a longo prazo da esquizofrenia conduzida por Luc Ciompi, que afeta radicalmente o conceito da inevitável cronicidade da esquizofrenia, e a adoção, em seu serviço de Berna (Suíça), de uma reprodução do modelo de reabilitação da *Soteria House* de Loren Moshier (Ciompi, L., 1984).

escolas, especialmente em países de língua anglo-saxônica: nos Estados Unidos, na Inglaterra, em Israel, na Nova Zelândia, mas sobretudo no Canadá que talvez tenha oferecido as melhores respostas para a eficiência do seu sistema público de saúde.

Inevitavelmente, o problema fez surgir um mercado, segundo a lógica consumada de que a resposta cria ou estimula a pergunta: novas figuras profissionais de reabilitadores se multiplicaram; nasceram escolas, revistas, cursos universitários, mestrados, diretrizes, programas.

O processo que, na fase inicial, foi indiferentemente definido como “reabilitação psiquiátrica” se separou, em duas grandes vertentes. A primeira chamada a “*Psychosocial Recovery*”, centrada na intervenção social, implementada por ex-usuários de serviços psiquiátricos, com atitude crítica em relação ao modelo biomédico. A segunda – a “*Psychiatric Rehabilitation*” – que ocorreu dentro das instituições médicas e tinha como foco o tratamento psiquiátrico das doenças, que invalidam as funções sociais do paciente. Esta nova área foi geralmente confiada a novas figuras profissionais que implementaram na saúde pública.

Uma chave para entender o debate sobre as várias diretrizes da reabilitação é oferecida por William A. Anthony e Marianne D. Farkas (Anthony & Farkas, 2009) em seu “*A Primer on the Psychiatric Rehabilitation Process*”. Tratando as origens da reabilitação psiquiátrica, os autores argumentam que:

A reabilitação psiquiátrica nasceu como um importante campo prático e teórico nos anos 70 e 80, em resposta à *tragédia* da desinstitucionalização, que, no início dos anos 50, dispensou [alta] um grande número de pacientes dos hospitais públicos para uma comunidade totalmente despreparada e sem apoio... Em outras palavras, a desinstitucionalização abriu as portas das instituições e literalmente deu às pessoas, quando partiram, apenas uma receita para tomar drogas. Em vez disso, os esforços de reabilitação procuram abrir as portas da comunidade, ajudando as pessoas a desenvolver, de forma figurada uma receita para a sua vida”. (Centro de Reabilitação Psiquiátrica, Boston, 2009<sup>9</sup>. Grifo nosso.).

A palavra “tragédia” é esclarecedora e merece algumas considerações. Enquanto estudiosos e profissionais de saúde mental pensaram a desinstitucionalização como um processo altamente positivo, outros pensaram nisso como todo o mal possível. Por quê? Talvez porque estejamos falando, precisamente, de dois fenômenos profundamente diferentes, mesmo que estejam ambigualmente unidos pela mesma definição. De fato, a desinstitucionalização dos anos 70 de hospitais públicos nos Estados Unidos foi diferente da implementada, por exemplo,

---

<sup>9</sup> Tradução minha.



na Itália e no Brasil. Nos Estados Unidos foi ditada, principalmente, por razões econômicas – um desejo de economizar em gastos públicos – e não por razões éticas<sup>10</sup>. Além disso, a desinstitucionalização em massa, em vez de estimular o crescimento dos serviços comunitários, que teria correspondido às necessidades das pessoas com alta de hospitais psiquiátricos, acabou por favorecer o surgimento de novas instituições hospitalares privadas, prontas para receber só os pacientes pagantes. Então o julgamento estrito de Anthony e Farkas sobre o fenômeno geral da desinstitucionalização nos USA estava certo, mas parcial. Não reconheceu as diversas consequências positivas relacionadas a esse processo e, acima de tudo, esqueceu a “tragédia” das pessoas que permaneceram prisioneiras de hospitais psiquiátricos, aguardando as decisões dos técnicos e políticos, que acreditaram essas decisões como impopulares e não urgentes. Talvez o julgamento dos dois autores se justificasse por motivações “*pro domus sua*”: os autores tiveram de validar a construção de um aparato específico de treinamento em “reabilitação” do qual eram líderes. Foi uma atitude que se articulou também com Robert Liberman, que se posicionou abertamente contra a alta coletiva de hospitais psiquiátricos, criticando a desospitalização. Mesmo neste caso, podemos suspeitar de um conflito de interesses. Robert Liberman (Liberman, 1988) foi o mais importante defensor do treinamento profissional (*the skills training*), tendo-se dedicado ao treinamento de habilidades sistemáticas e estruturadas desde meados da década de 70. Juntamente com seus colegas, ele padronizou o treinamento de habilidades, na forma de módulos, com diferentes tópicos. Cada módulo consistia em diferentes áreas de habilidade, que eram “ensinadas” em exercícios com vídeos.

### **Reabilitação psicossocial como expressão do novo paradigma?**

Em contraste com os modelos médicos de reabilitação anteriormente citados, encontramos a “*reabilitação psicossocial na desinstitucionalização*”, que tem sido aplicada tanto em países onde foram promulgadas leis para superar os hospitais psiquiátricos (Itália, Brasil), como em outras vastas regiões onde foram implementadas práticas de desinstitucionalização (Suécia, Espanha, Argentina, Canada). Seus promotores se moveram contra qualquer reducionismo, em favor de

---

<sup>10</sup> Um dos primeiros atos legislativos que Ronald Reagan promulgou em 1967, assim que foi eleito governador da Califórnia (o primeiro passo para então se tornar presidente dos Estados Unidos de 1981 a 1989) foi a Lei Lanterman–Petris–Short (LPS). Esta nova lei tornou praticamente impossível a internação forçada em hospital psiquiátrico de uma pessoa que aparente apresentar transtornos mentais. O objetivo declarado de Reagan foi desonerar a assistência a pacientes psiquiátricos dos custos da saúde pública. A sua reforma não decorreu de razões científicas ou médico-ideológicas, mas sim da opção política liberal que quer reduzir ao máximo a intervenção pública, sobretudo no que diz respeito às despesas não produtivas. Ao apagar a hospitalização involuntária em relação à doença psiquiátrica, Reagan efetivamente apagou a responsabilidade pública por essa doença. O objetivo da intervenção de Reagan foi favorecer o liberalismo econômico e aliviar drasticamente os gastos públicos.

um tratamento que não apenas aplica uma elaboração teórica, mas que começa de condições concretas das pessoas<sup>11</sup>, dando-lhes resposta.

Em essência, seria correto distinguir pelo menos duas desinstitucionalizações diferentes: uma que considero a correta – a “desconstrução da psiquiatria manicomial” – que muda o paradigma científico do passado; e outra – a “desospitalização” – que não muda o paradigma da violência institucional, como já foi dito. E também poderíamos falar sobre duas reabilitações diferentes – “a reabilitação psicossocial” e a “reabilitação médico-psiquiátrica”.

Preferiria omitir, de agora em diante, quaisquer referências a este último estilo de reabilitação que se reconhece só na vontade reparadora da “tragédia” da desinstitucionalização selvagem (desospitalização) e não, sobretudo, contra a tragédia da internação asilar. Além disso o aparato teórico e técnico dessa reabilitação psiquiátrica está “cheio” de regras, definições, limites, hierarquia, poluído de gerenciamento, da lei de lucro do mercado, com uma organização de serviços onde as pessoas são chamadas de “clientes” e, muitas vezes, o objetivo é transferir as pessoas para “novas instituições marginais”. Não estou interessado em falar sobre os lugares dessa reabilitação, majoritariamente impessoais, frios, lugares culturalmente vazios, sem a palpitante confusão e a vitalidade daqueles onde, ao contrário, não há distanciamento hierárquico e objetivação do diagnóstico e os pacientes e os terapeutas, numa reciprocidade dialética, se reconhecem como pessoas que se habilitam à vida.

Por outro lado, nos contextos, ainda não “liberados” pelo novo paradigma antimanicomial, mesmo as experiências inovadoras não podem se desdobrar em toda a sua riqueza potencial. A esse respeito, Daniel Fisher está certo ao colocar em antítese o sistema baseado ainda na reabilitação médico-psiquiátrica – a “Visão de Reabilitação” – com o sistema baseado em vez no empoderamento – a “Visão de Recuperação” – declarando a fraqueza do primeiro (Ahern & Fisher, 1999). De fato, a Visão de Reabilitação mantém dentro de si a ideia de uma doença incapacitante; portanto, diz respeito apenas a uma parte da recuperação da vida, que, em vez disso, é o ponto central da recuperação.

De fato, em contextos nos quais a internação nos hospitais psiquiátricos permaneceu inalterada, há uma forte contraposição entre a “recuperação pessoal – *personal recovery*” - apoiada por os “movimentos de sobreviventes” e a “recuperação clínica – *clinical recovery*” apoiada por os terapeutas. Além disso, os “serviços de saúde mental orientados para a recuperação – *recovery oriented mental health*

---

<sup>11</sup> Basaglia costumava declarar que não se pode responder às necessidades com livros e ideologias; e que a teoria parte da práxis, ou melhor, que a práxis é a base da teoria, se a teoria está organizada para transformar a realidade.

*services*”- destacam práticas que mantêm uma forte ambiguidade (Venturini, 2016). Paradigmática, a este respeito, é a atitude do *establishment* psiquiátrico, que declara sua apreciação pelo movimento de recuperação, sem prejudicar, no entanto, seu próprio conhecimento, impregnado dos conceitos tradicionais de irrecuperabilidade e cronicidade das doenças mentais. Sem dúvida nesses contextos é necessário esclarecer o projeto coletivo da saúde mental na sua perspectiva social e política. O problema da reabilitação, como o tratamento, é reduzido e resolvido apenas “dentro” do indivíduo portador de sofrimento psíquico não considerando a dimensão coletiva do processo.

Vou focalizar, portanto, às práticas de reabilitação italianas e brasileiras (Siani, et al., 1990 & Pitta, 1996) que são aquelas que inspiram este livro (Goulart, 2015), incluindo todas as outras experiências que se referem, explícita ou implicitamente, ao paradigma basagliano – de “colocar a doença mental entre parênteses”. Essas práticas, que considero correto definir como “Reabilitação Psicossocial”, aspiram a sua realização na concretude dos direitos de cidadania, e destacam – ponto central da minha reflexão – o surgimento da nova cultura da saúde mental, nascida com os processos de reforma psiquiátrica (Oliveira & Goulart, 2012). Desta nova cultura apresentarei apenas algumas reflexões como resultado da minha própria observação (Venturini, 2010) e de outros, e que proponho para investigações posteriores.

### **As oportunidades da nova cultura**

As experiências de reabilitação médica evidenciam as incongruências entre os lugares de elaboração teórica e os terrenos de exercício da prática. Quem trabalha no campo de reabilitação psiquiátrica, mais cedo ou mais tarde, se dá conta dos limites de uma ciência que se torna metafísica, porque corre o risco de perder sua relação com a realidade. Por outro lado, a vitalidade das práticas de reabilitação psicossocial, decorrente do processo de desinstitucionalização, baseia-se em uma grande margem de liberdade e invenção. Por esta razão, quem trabalha no campo de reabilitação psicossocial percebe o quanto seja importante compartilhar as próprias dúvidas e incertezas, para encontrar respostas adequadas e personalizadas às necessidades das pessoas, sem excluí-las.

Pontos cruciais da reabilitação psicossocial são os “fatores de multiplicação e de desmultiplicação” ou simplificação (Saraceno, 1992). Quando, por exemplo, nós nos referimos aos recursos da nossa prática reabilitadora, podemos destacar recursos invisíveis: motivações, expectativas de sucesso, habilidades interativas, entre outros. Quando falamos de estruturas, podemos captar a coloração afetiva dos

ambientes de reabilitação: amenidade, brilho, privacidade, por exemplo. Quando abordamos os processos, podemos reconhecer a virtude dos estilos de trabalho: cortesia, confiabilidade, descrição, atenção etc. São todas atitudes e comportamentos – nos diz Saraceno – que fertilizam o desenvolvimento de respostas cuidadosas e não codificadas.

Nas experiências de reabilitação psicossocial as pessoas que “consertaram” o momento de crise, se organizam geralmente para seguir adiante, enquanto se percebem como “sistemas vivos “. A experiência vivida oferece-lhes riqueza de ferramentas, porque sabem que também as novas crises podem se tornar oportunidades para melhorar a vida. Além disso o tempo da recuperação, quando é participado com um grupo de mútua-ajuda, torna-se um tempo qualitativo, dilatado, cheio de surpresas.

A abordagem “relacional” da reabilitação psicossocial permite compreender a complexidade do problema, expresso da dialética conflituosa entre a pessoa com a experiência de sofrimento psíquico com seu contexto e rede de relações. A mesma compreensão não acontece, com a mesma facilidade, na abordagem clínica, que é centrada apenas nos sintomas da pessoa. Ao contrário, como pude vivenciar em minha prática de trabalho, a dinâmica relacional com múltiplos sujeitos, sem uma definição preconceituosa de papéis e em uma situação de “diálogo aberto”, facilita a construção de um ato de cumplicidade entre o paciente e os demais envolvidos, redefine os automatismos de comportamento e pensamento de todos os atores, permite descobrir potencialidades ainda não expressas.

A reabilitação psicossocial constitui uma “nova fronteira” do pensamento científico. Contém propostas revolucionárias, porque – como Cristiano Castelfranchi explica:

A reabilitação psicossocial é prática, é fazer coisas com os outros, não é apenas uma conversa, é um choque com o corpo, com realidades materiais e sociais, não apenas com 'símbolos'. Isso nos obriga a avaliar o projeto e o resultado não apenas em conceituações, mas na concretude do existente, contornando o problema da cura da doença para olhar a vida e a socialização... A reabilitação é uma prática de restituição de poderes à pessoa – de todos os poderes e nexos que os mantêm juntos. Não apenas os poderes “internos” da pessoa, mas também as condições dos poderes “externos”. Sua falta é parte integrante do pedido do sofrimento e dos marginalizados; sua disponibilidade é a satisfação de suas necessidades e da melhoria de sua vida; sua aquisição, sua disponibilidade e seu uso modificam sua consciência, habilidades, atitudes, motivações. (Castelfranchi, 1995).

Na avaliação das práticas de reabilitação psicossocial a eficácia das intervenções se desloca de critérios de desaparecimento ou atenuação dos

sintomas para outros, novos, critérios: a aquisição de habilidades de “saber fazer” e a re aquisição do direito “legal” de “poder fazer”, por exemplo, mas também a re aquisição do “sentimento de ser capaz de ter o direito de poder fazer” (Castelfranchi, 1995). A “cura” da loucura é a transformação de práticas e instituições, mas é, também, transformação de conceitos, experiências, motivações e representações presentes na nossa mente.

A experiência mostra que qualquer intervenção com pacientes graves acaba não correspondendo de fato à ortodoxia técnica da reabilitação psiquiátrica/médica, de multiplicadora. Lorenzo Burti expressa uma importante reflexão: “Temos a oportunidade de subverter qualquer abordagem técnica pré-codificada das escolas” (Siani, et al., 1990). O estilo de trabalho da reabilitação psicossocial, intrinsecamente ligado à complexidade, pode, de fato, estimular a busca de uma multiplicidade de modelos possíveis. Existe, portanto, a possibilidade de operar com um grande potencial de respostas e de experimentar a riqueza dos pontos de observação.

A reabilitação psiquiátrica/médica é projetada na área onde a patologia individual se encaixa nos elementos contextuais, que tendem a confirmá-la. São os processos de totalização ou fragmentação dos quais são “competentes” (às vezes negativamente!) os campos familiar, social e de cuidado. Por esta razão, a reabilitação psicossocial considera criticamente o princípio da identidade e a definição de diversidade (Levinas, 1967). Paradoxalmente, deveríamos introduzir o conceito de “des-identidade” do sujeito (Lai, 1988), no que diz respeito àqueles elementos contextuais destrutivos e se livrar das identidades negativas impostas pela “superestrutura da doença”.

Na cultura de aceitação e de escuta na reabilitação psicossocial é possível reduzir a angústia que vem de se sentir exposto ao julgamento dos outros. A expressão do próprio ponto de vista pode ser assustadora se confinada a experiências de recusa-empulsão-censura. O lugar da reabilitação psicossocial, acolhendo a diversidade, permite ao contrário que ela se expresse, redefinindo-a em hipóteses de expressão, em possibilidade de afirmação de existência. Nesse caminho, perde significado a “necessidade” de refugiar-se na diversidade e de se afastar do medo da liberdade e da originalidade (Gabriele, 1994).

A reabilitação psicossocial significa a abertura de espaços de “negociação” para o paciente e sua família (Saraceno, 1995), enquanto ela implementa uma crítica à reabilitação psiquiátrica/médica modelada nas regras do mercado, que afirmam o mito darwinista da autonomia das pessoas (inatingível para todos nós). Significa, a nosso ver, a criação de redes de produção de novos consensos, conciliação, realinhamento, capazes de modificar as regras do cenário habitual, para que os

protagonistas “sadios” e “doentios” estejam em permanente troca e compartilhamento de habilidades, limites e interesses.

\*

### **Os desafios a serem empreendidos**

Infelizmente, nem tudo que reluz é ouro. Existem deficiências, atrasos, incertezas, erros.

A afirmação de um novo paradigma e de uma nova cultura inclusiva e “antimanicomial” pode levar muito tempo e significar embate entre o velho e o novo paradigmas. As conquistas dos direitos são sujeitas a crises constantes. Importante é manter um pensamento crítico, que nos permita enfrentar novas circunstâncias e reconhecer nossos erros para corrigi-los.

Por essa razão, depois de listar alguns elementos positivos da reabilitação psicossocial, apresento outros “lampejos” reflexivos: os negativos ou problemáticos.

- Com demasiada frequência, existe uma errônea separação conceitual e prática entre uma fase “aguda” da doença – que exige o tratamento – e uma fase “crônica” – a reabilitação. Essa separação implica uma distinção nas regulamentações, nos tratamentos e na avaliação, com ênfase em resultados de um ou outro procedimento. Como consequência, os serviços, os operadores e os próprios pacientes são artificialmente separados.
- Outro erro diz respeito à separação entre os serviços de Atenção Básica e os serviços especializados de Saúde Mental, conforme implementados nas reformas psiquiátricas italiana e brasileira. A escolha pela construção de serviços específicos foi justificada pelo desejo de favorecer o acesso direto da população aos serviços psiquiátricos. No entanto, esta opção levou a uma grande dificuldade na integração entre saúde mental e a saúde de atenção básica.
- Na grande maioria das práticas de saúde mental, a clínica praticada não é muito diferente dos cânones da clínica psiquiátrica médico-biológica do passado: centrada principalmente no relacionamento individual, muito padronizada pelas classificações internacionais de patologias e pela obrigação de um diagnóstico (psiquiátrico, psicológico ou psicanalítico). Os pacientes, mesmo quando estão sendo atendidos em serviços comunitários são institucionalizados, prisioneiros das necessidades defensivas de terapeutas (Desviat, 2018). São escutados, sim, mas a partir do paternalismo daqueles que “detêm a verdade”, como se só eles soubessem o que é melhor para a saúde, a vida dos usuários. Fala-se de *recovery*, de empoderamento e de autonomia, mas são termos geralmente utilizados para adornar os programas terapêuticos. A perspectiva dialógica entre terapeuta e paciente é dificultada pela posição de poder e hegemonia ocupada

pelo terapeuta. Às vezes há uma espécie de infantilização e adaptação do paciente. A consideração dele como cidadão é tão proclamada, como raramente atuada.

- As experiências de reabilitação, fundamentalmente focadas em atividades artísticas, sem dúvida, desempenham um papel importante na autoestima e na recuperação positiva da identidade das pessoas com fragilidade psíquica, mas têm pouco impacto sobre suas possibilidades de inclusão social. A inclusão ou reinserção no trabalho, principalmente por meio das cooperativas sociais, apresenta melhores resultados, especialmente vinculados à geração de renda própria e organização coletiva. Neste caso, pode existir, contudo, o perigo de favorecer a alienação na lógica da produtividade. Por isso, o “reabilitante” e sobretudo o “reabilitando” devem ter claro o objetivo de seus esforços. Querem situações de “proteção total”, sem enfrentar os riscos da inclusão? Querem uma inclusão efetiva de pessoas em seu contexto social? Tentarão alcançar o objetivo seguindo as regras dominantes ou procurando formas alternativas, como as cooperativas?
- Nas práticas de reabilitação psicossocial, pouco se fala sobre a oportunidade de reduzir o uso de drogas psicotrópicas (Whitaker, 2017). Existem poucas situações em que são criados programas visando a liberação total da dependência ou, pelo menos, a obtenção de uma dose mínima de manutenção de psicofármacos. Liberman (1986) foi um dos poucos que desenvolveu um programa de autogestão de medicamentos. No entanto, entre os reabilitadores, permanece a preocupação obsessiva, por vezes incorporada nos pacientes, de evitar, a todo custo, uma recaída na doença e uma “fuga” do tratamento medicamentoso. Mas a *overdose* farmacológica pesa na saúde física e na qualidade de vida das pessoas. Paradoxalmente, os sintomas de abstinência são usados para confirmar a impossibilidade de qualquer interrupção de drogas. A dependência de drogas psicotrópicas tem sido subestimada, também, nas experiências mais importantes da reforma, talvez na tentativa dos terapeutas não “aparecerem” como antipsiquiatras. Mas se o uso da droga em situações de crise parece realista, seu uso prolongado ao longo do tempo não é justificável (Freitas, 2015).

Deveríamos finalmente ser capazes de dar respostas convincentes a algumas perguntas. “A liberdade é terapêutica”? Mas por quê? Como funciona, como cura? Quais são os processos psíquicos implementados no processo de libertação? E os direitos são apenas um fato legal, político e cultural ou eles também são cura e reabilitação? Como os processos motivacionais e afetivos modificam as

representações e experiências psíquicas? Como a afirmação dos direitos de cidadania na concretude do cotidiano, determinam a reabilitação das pessoas fragilizadas e a reabilitação dos próprios reabilitadores? E como uma comunidade ou um território se reabilitam?

### **Reabilitar-nos**

Cada uma dessas questões ainda requer pesquisa e estudo aprofundados. Mas, no entanto, podemos dizer que, mais uma vez, são as demonstrações práticas da mudança que constituem as respostas. Conhecer os lugares onde realmente ocorreu a mudança de paradigma da saúde mental permite entender o que significa a reabilitação psicossocial – ou como prefiro – a habilitação psicossocial. Surge, também hoje, o que Franco Basaglia disse ao final de sua segunda visita ao Brasil em 1979: “Venha e veja!”.<sup>12</sup> Diante de inúmeras perguntas do público que pedia para saber mais sobre o que acontecia em Trieste e na Itália, Franco os convidava a conhecer diretamente a prática daquelas experiências, até porque assim se podia perceber/viver aquele clima de participação e adesão emocional tão importante para essa evolução reabilitadora.

Esses lugares são hoje os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), os Centros de Convivência, os Consultórios de rua, as residências terapêuticas, os espaços para realizar as atividades de Economia Solidária dentre outros no Brasil. Na Itália, são os Centros de Saúde Mental, os Centros Sociais, os Centros Diurnos, as Residências Assistidas, as Cooperativas de Inserção no Trabalho, para citar alguns dos mais importantes. Nestes locais, as práticas de habilitação psicossocial evitaram que as pessoas com sofrimento mental tivessem que pagar um preço demasiado elevado pela sua inclusão social, na ausência de uma intervenção social que responda às suas necessidades enquanto cidadãos e cidadãs frágeis. Foi decidido não “abandonar” as pessoas à outras instituições de saúde e sociais, capazes de propor apenas as normas insustentáveis da normalidade.

Nos locais para onde nos deslocávamos e continuamos a deslocar-nos, para fechar todos os hospitais psiquiátricos – “Manicômios nunca mais!” – os profissionais foram ativos em seu papel de mediadores, habilitantes, conviventes e companheiros e companheiras, abrindo espaços “de democracia”, para não desperdiçar a liberdade alcançada pela desinstitucionalização. Criaram lugares, ricos em humanidade e empatia solidária, promotores de saúde, onde um outro mundo possível foi representado! Lugares, onde a profunda mudança de regras, de relações

---

<sup>12</sup> Goulart M.S et al. Os brasileiros na prática de saúde mental de Trieste: histórias de laços e de construções, In: Seabra, R.M. Boas práticas: caminhos e descaminhos no processo de desinstitucionalização. Marília/Oficina Universitária São Paulo/Cultura Acadêmica, 2017.



humanas, de relações de poder entre pacientes, enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, oficinairos, artistas, artesãos, educadores, administradores, familiares, amigos, de diversos gêneros, produziram uma cultura de habilitação psicossocial aderente ao novo paradigma produzido pela desinstitucionalização: uma cultura de invenção de novas relações entre as pessoas. Nesses contextos, o empoderamento, a recuperação, o diálogo aberto, todos adquirem sua plena eficácia curativa e reabilitadora e não se empobrecem em técnicas de resolução de problemas para normalizar uma crise e um sofrimento causados pela desigualdade e a incorporação de um estigma social.

Mas essas realizações representam só um estágio temporário, porque o objetivo verdadeiro da habilitação não é preparar os “frágeis” para enfrentar a dura realidade da vida. Não! A tarefa principal é “mudar a normalidade” em sua incapacidade de abraçar a diversidade e reconhecê-la como parte de si mesma<sup>13</sup>. Não quero dizer que os profissionais da saúde devem cuidar da sociedade. Penso, simplesmente, que a afirmação dos direitos dos diferentes pode ajudar a repensar a condição dos “normais”. Aceitar os ritmos de trabalho individualizados dos membros das cooperativas de trabalho, por exemplo, poderia abrir uma reflexão sobre a alienação, que os saudáveis sofrem, dia após dia, pelos ritmos e as formas de produtividade. Quando falo em mudar a normalidade, acho que deveríamos incentivar o surgimento da “parte saudável” da sociedade, para quê ela possa se expressar. Penso que muitas vezes é desconsiderado e ignorado que pacientes, familiares, vizinhos, os cidadãos, em geral, têm um conhecimento prático, uma compreensão e representação do processo saúde-doença-cuidado, construído a partir de sua própria experiência. O conhecimento prático desses cidadãos é importante para a construção da clínica e da habilitação do novo paradigma.

Os Centros de Convivência e Espaços de Habilitação para usuários ou “ex-usuários”, cada vez mais, deveriam dar lugar à uma convivência e habilitação transversal para todos os cidadãos, transformando-se em lugares onde pode-se respirar o exercício da democracia<sup>14</sup>. Assim eles podem nos libertar da nossa auto-referencialidade. Esta reflexão é válida – com as devidas diferenças – também para as exclusivas associações de “usuários” ou de “familiares”, devido ao alto risco de afirmar, de forma distorcida, só a própria verdade. Porque até a recuperação, em sua “crença radical” de uma “cura”, que pertence apenas ao indivíduo, revela uma falta de confiança na possibilidade e vontade de mudar a alienação da sociedade.

---

<sup>13</sup> Por isso, considero ambígua a expressão “inclusão social”, como objetivo de reabilitação, como se a nossa “normalidade” contraditória e desigual representasse um valor a ser conquistado.

<sup>14</sup> Não falo de “tolerância”, que é um eufemismo, para repropor a distância entre aqueles que são oprimidos e aqueles que exercem paternalisticamente o poder da opressão.

Nesta visão, não há esperança de contrariar aqueles estrangulamentos sociais, em que as doenças são codificadas e as diferenças são discriminadas.

Precisamos inverter a direção do nosso olhar habitual, incapaz de compreender as possibilidades e o potencial da realidade. Penso ao livro “A queda do céu”. Naquele livro o índio Davi Kopenawa (Kopenawa, 2015) derruba estudos antropológicos, feitos para descrever os primitivos, e se torna ele mesmo, ao contrário, o antropólogo, que nos analisa e julga – nós os “brancos”, os *Napë*, os gente do mercado, destruidores da terra. Penso a experiência de Nancy Waxler, que mostrou que as taxas de recuperação da esquizofrenia são maiores no Sri Lanka, um país em desenvolvimento, do que na Inglaterra (Waxler, 1979). Simplesmente porque nesse país, “primitivos” e pobres à beira do mundo altamente tecnológico, a esquizofrenia é vista como um distúrbio agudo do qual se espera uma recuperação, como para qualquer outro distúrbio agudo. E quando esse olhar, um olhar confiante, positivo, está presente, a pessoa realmente se recupera melhor.

Exemplos de experiências diferentes que mostram a importância de sair de um olhar institucionalizado e encontrar os recursos inesperados, que estão presentes na cosmogonia de pessoas lançadas à margem de nossa “civilização”.

Repeti várias vezes que não se deveria afirmar que o terapeuta reabilita o paciente. É ilusório acreditar na cura ou habilitação do paciente, sem sua participação ativa. Apenas a pessoa em questão pode habilitar-se a si mesma. Terapeutas podem oferecer as ferramentas para permitir a melhoria, pode oferecer sua experiência, sua competência (e não é pouco!), mas não podem presumir serem, eles ou elas, protagonistas do processo terapêutico.

Trata-se de entender, em essência, que a habilitação serve, acima de tudo, para os reabilitadores; consiste na oportunidade de habilitar as pessoas “saudáveis” do próprio preconceito, do estigma, que escondem a fragilidade de suas próprias crenças ou sua própria má fé. O primeiro passo de uma estratégia de habilitação psicossocial é baseado, portanto, na habilitação das instituições de reabilitação.

Eu defini o trabalho de desinstitucionalização / habilitação / recuperação operado em Imola<sup>15</sup>, nos anos 90 (Venturini, 2016), com o slogan: “Habilitar a cidade”. Isso expressava a nossa aspiração em construir cidadania, significava, em outras palavras, que as histórias individuais dos pacientes, seu sofrimento, até então reduzido só a um diagnóstico médico, mas também a sua habilitação e inevitavelmente também a de terapeutas e de toda a cidades, seus esforços e seu comprometimento, tudo fazia parte de um processo mais amplo de emancipação. A “pequena” história de cada pessoa – “saudável” ou “doente”, desinstitucionalizada,

---

<sup>15</sup> E, claro, em muitas outras situações na Itália, no Brasil e em outras partes do mundo.

habilitada – tornava-se a “grande” história da humanidade em sua luta pela liberdade e pela democracia.

Iremos juntos e com objetivos compartilhados e mudamos o paradigma do cuidado. Assim vamos mudando o mundo, o nosso mundo.

## Referências Bibliográficas

Ahern, L. & Fisher, D. (1999). Personal Assistance in Community Existence. In: Lawrence *Recovery from Schizophrenia: From Seclusion to Empowerment*. Massachusetts, EUA: National Empowerment Center.

Amarante, P.; Pitta, A. & De Oliveira, F, W. (2018). *Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política*. São Paulo: Zagodoni.

Anthony, W. A. (2001). *Psychiatric Rehabilitation*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Anthony, W. A.; Cohen, M. & Farkas, M. (1990). *Psychiatric Rehabilitation*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Anthony, W. A. & Farkas, M. (2009). *A Primer A Primer on the Psychiatric Rehabilitation Process*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Anthony, W. A. & Liberman, R. P (1986). The practice of Psychiatric Rehabilitation. Historical conceptual and research case. *Schizophrenia Bulletin*, 12, pp. 542-559.

Barnes, M. & Bowl, R. (2003). *Empowerment e salute mentale - Il potere dei movimenti sociali degli utenti*. Milano: Erickson.

Basaglia, F. (1982). Riabilitazione e controllo sociale - relazione all'International Committee Against Illness, Helsinki, 1971, In: Basaglia, F. *Scritti II*, 1968-1980. Torino: Einaudi.

Basaglia, F. & Ongaro Basaglia F. (1971). *La maggioranza deviante*. Torino: Einaudi.

Burns, T.; Fioritti, A.; Holloway, F.; Malm, U. & Rossler, W. (2001). Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatry Serv.*, 52, pp. 631–636.

Burti, L.; Siani, R. & Siciliani, O. (1990). *Riabilitazione psicosociale*. Milano: Angeli Ed.

Castelfranchi, C. (1992). Le frontiere della riabilitazione. *Salute Mentale, Medicina Sociale, Epidemiologia*. 2, pp. 32-35.

Castelfranchi, C.; Henry, P. & Pirella, A. (1995). *L'invenzione collettiva. Per una psicologia della riabilitazione nella crisi della psichiatria istituzionale*. Torino: Ega-Edizioni Gruppo Abele.

Ciampi, L. (1984). La Schizofrenia cronica è un artefatto sociale? *Fogli di Informazione*. 105, pp. 1-22.

- Ciampi, L.; Dauwalder, H. P. & Agué, C. (1987). Un programma di ricerca sulla riabilitazione del malato psichiatrico. *Psicoterapia e scienze umane*, 21, pp. 47-64.
- Coleman, R. (1999). *Recovery: An alien concept*. Gloucester: Handsell Publishing.
- Deegan, P. (1988). Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. *Journal Of Psychosocial Rehabilitation.*, 11, pp.167-170.
- Desviat, M. *Coabitar a diferença*. São Paulo: Zagodoni, 2018.
- Di Paola, F. (2000). *L'istituzione del male mentale*. Roma: Le esche - Manifesto Libri.
- Falloon, I. (1992). *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria*. Trento: Erickson.
- Fioritti, A. (2018). Is freedom (still) therapy? The 40th anniversary of the Italian mental health care reform. *Epidemiology and Psychiatric Science*, 27 (4), pp.1-5.
- Fisher, D. B. (1994). Health care reform based on an empowerment model of recovery by people with psychiatric disabilities. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, pp. 913-915.
- Fisher, D. B. & Ahern, L. (2001). Recovery at your own PACE. *J. Psychosocial Nursing*, 39, pp. 22-32.
- Foucault, M. (1961). *Folie et déraison - histoire de folie à l'âge classique*. Paris: Librairie Plon.
- Freitas, F. & Amarante, P. (2015). *Medicalização em Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Gabriele, G. & Pannarale, A. (1994). Le cose e gli affetti nell'esperienza riabilitativa. *Prospettive Psicoanalitiche nel Lavoro Istituzionale*, Vol. 12, n2.
- Galimberti, U. (1983). *Il corpo*. Milano: Feltrinelli.
- Goulart, M. S. B.; Castilho, J. C. N. & Silva, C. R. (2012). Reabilitação psicossocial: uma revisão crítica. In: *II Congresso Internacional de Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial*, 2012, Porto Alegre: Fundação Ulbra.
- Goulart, M. S. B. & Zani, B. (2015). Reabilitação: análise comparativa Brasil/Itália In: Coutinho, M. C.; Furtado, O.; Raitz, T. R. (orgs). *Psicologia Social e trabalho: perspectivas críticas*. Florianópolis: ABRAPSO Editora/ Edições do Bosque.
- Hogarty, G.; Anderson, C. M.; Reiss, D. J.; Korblinth, S. J.; Greenwald, D. P.; Ulrich, R. F. & Carter, M. (1991). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 48, pp. 340-347.
- Kopenawa, D. & Bruce, A. (2015). *A queda do céu: Palavras de um xamã Yanomami*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Kuhn, T. S. (1962). *The Structure of Scientific Revolution*. Chicago: University Press.
- Lai, G. (1988). *Disidentità*. Milano: Feltrinelli.
- Levinas, E. (1967). *En découvrent l'existence avec Husserl et Heidegger*. Paris: Librairie Jvrin.

- Levinas, E. (1999). *Il pensiero dell'Altro*. Roma: Lavoro.
- Liberman, R. P. (1988). *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*. Washington: American Psychiatric Press.
- Liberman, R. P. (1986). *Social and independent living skill, medication management module, trainer's manual*. Los Angeles: Rehabilitation Research and Training Center in Mental Illness.
- Mezzina, R. (1992). Riabilitazione e deistituzionalizzazione: la forbice abilità/risorse ed il problema dei diritti. *Fogli di informazione, n.152*, Pistoia: Centro di Documentazione.
- Morin, E. (1991). *Introdução ao pensamento complexo*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Mosher, L. R. (1988). Essere terapeutici senza fare terapia: l'essenza della prassi riabilitativa psicosociale. In: *Atti del 1° Congresso Nazionale della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale*, Verona.
- Office Of Mental Health, Department of Health, Government Of Western Australia. (September 2004). *A Recovery Vision for Rehabilitation. Psychiatric Rehabilitation Policy And Strategic Framework*.
- Oliveira, C. L.& Goulart, M. S. B. (2012). O Conceito de Reabilitação Psicossocial na obra de Franco Basaglia. In: *Il Congresso Internazionale de Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial, 2012, Porto Alegre. Il Congresso Internazionale de Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial*.
- Ongaro, F. Basaglia. (1982). *Salute e Malattia*. Torino: Einaudi.
- Ongaro, F. Basaglia. (org.). (1982). *Scritti 1968-80 (vol.II)*. Torino: Einaudi.
- Piccione, R. (1995). *Manuale di Psichiatria*. Roma: Bulzoni.
- Pirella, A. (1999). *Il problema psichiatrico*. Pistoia: Centro di Documentazione di Pistoia.
- Pitta, A. (org.) (1996). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec.
- Romme, M. & Escher, S. (1996). Empowering people who hear voices. In: Haddock, G; Slade, PD (eds). *Cognitive Behavioral Interventions with Psychotic Disorders*. New York: Routledge.
- Rotelli, F. (1988). Di che cosa parliamo quando parliamo di ospedale psichiatrico. In: *Atti del Convegno: Di che cosa parliamo quando parliamo di Op?* 20-27 maggio. Como: Associazione. Culturale Dino Campana.
- Saraceno, B. (1995). *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica*. Milano: Etas Medicina.
- Saraceno, B. (1997). Psychosocial rehabilitation as a public health strategy. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20 (4), pp. 10-15.
- Saraceno, B. & De Luca, L. (1992). I modelli teorici della riabilitazione: rilevanza e significati per la pratica. *Rivista di Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale, vol. I, n. 1-3/92*. Napoli: Idelson, pp.15-18.

- Scabia, G. (2018). *Marco Cavallo. Da un ospedale psichiatrico la vera storia che ha cambiato il modo di essere del teatro e della cura*. Merano: Alpha & Beta Verlag.
- Seikkula, A. J.; Alakare, B.; Haarakangas, K.; Keranen, J. & Sutela, M. (1995). Treating psychosis by means of open dialogue. In: S. Friedman. *The reflecting team in action: collaborative practice in family therapy*. New York, NY: The Guilford Press.
- Serrano, M. (1990). *Strategie di psicoterapia e riabilitazione*. Milano: Feltrinelli.
- Serrano, M. (1996). Costruire la cittadinanza: riabilitazione o empowerment? In: *La Riabilitazione nel Dipartimento di Salute Mentale*. Livorno: Edizioni del Cerro.
- Siani, R.; Siciliani O. & Burti L. (1990). *Strategie di psicoterapia e riabilitazione*. Milano: Feltrinelli.
- Slavich, A. (2018). *All'ombra dei ciliegi giapponesi, Gorizia 1961*. Merano: Edizioni alpha beta Verlag.
- Spivak, M. (1997). Introduzione alla riabilitazione psicosociale. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, fasc. I.
- Strauss; J. S. (1986). What does Rehabilitation accomplish? *Schizophr. Bull*, 12, pp. 720-723.
- Vasconcelos, E. M. (2000). Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento dos usuários. In: Amarante P. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 169-194.
- Venturini, E. (1996). Eppure. In: *La riabilitazione nel Dipartimento di Salute Mentale*. Livorno: Ediz. del Cerro.
- Venturini, E. (2010). A desinstitucionalização: limites e possibilidades. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum*. São Paulo: 20(1): pp. 138-151.
- Venturini, E. (2016). *A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Venturini, E.; Galassi, A.; Roda, A. & Sergio, E. (2003). Habilitar-se em saúde mental: observações críticas ao conceito de reabilitação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 55 (1-2), pp. 65-74.
- Venturini, E. & Goulart, M. S. B. (2017). Recovery: Ambiguidades e Confrontações. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v.9, n.21, pp. 282-299.
- Venturini, E. (2020). *Il sale e gli alberi*, Mantova: Negretto Editore.
- Waxler, N. E. (1979). Is Outcome for Schizophrenia Better in Non industrialised Societies? The Case of Sri Lanka, *Journal of Nervous & Mental Disease*, 167(3), pp.144-158.
- Whitaker, R. (2017). *Anatomia de uma epidemia*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- World Health Organization. (2003). International Classification of Functioning, Disability, and Health.

Wing, J. K. (1963). Rehabilitation of Psychiatric patients, *British Journal of Psychiatry*, 109, pp. 635-641.

Wing J. K. & Wing, B. (eds). (1981). *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*. Oxford: Oxford University Press.

## EMPOWERMENT ANÁLISE DE UM CONCEITO CENTRAL<sup>1</sup>

Bruna Zani

### 1. O conceito de *empowerment*

O conceito de empoderamento é um conceito-chave da Psicologia Comunitária. Ele registrou ao longo do tempo, a partir do momento de seu surgimento até hoje, uma interessante evolução teórica: é um conceito que pode ser definido como “intrigante”, pois deu origem a uma infinidade de análises, reflexões, reelaborações, investigações, produzindo grande entusiasmo, mas também perplexidade e críticas ferozes. Então, merece uma atenção especial (Zani, 2012). É significativo que, na última edição do Manual de Psicologia Comunitária da *American Psychological Association* (APA), um capítulo inteiro de Keys, McConnell, Motley, Liao & McAuliff (2017) seja dedicado a reflexões sobre a “história intelectual” desse conceito complexo, centrado especificamente em três aspectos: o que, o como e o quem do empoderamento – reflexões sobre uma história intelectual (*The What, the How, and the Who of empowerment: Reflections on an intellectual history*). Nós retornaremos a esses pontos posteriormente.

Vamos partir da elaboração “tradicional” do conceito, na versão formulada e aprofundada em etapas sucessivas, por Rappaport e Zimmerman, dando conta, ainda que brevemente, da extensa literatura sobre o assunto, que ainda continua sendo objeto de análise (Kagan et al., 2022; Visser et al., 2022; Walker et al. 2022), com específicos aprofundamentos relativos a diversos contextos internacionais. Depois disso, serão discutidas algumas das críticas mais significativas dirigidas ao conceito, que alimentam o debate atual na literatura científica.

#### 1.1. Definições

Devemos a Rappaport (1977) uma primeira definição do conceito, considerado desde o início, com grande ênfase, “o fenômeno mais importante” da Psicologia Comunitária: uma metáfora-guia de pesquisa e prática comunitária, ainda mais importante do que o conceito relevante de “prevenção”. Literalmente significa

---

<sup>1</sup> Tradução de Ernesto Venturini.



“aquisição de poder”, isto é, aumentar a capacidade das pessoas de controlar ativamente suas vidas. Mais especificamente, significa um processo através do qual indivíduos, grupos, organizações e comunidades podem aumentar seu grau de controle nos eventos que afetam suas vidas (Zimmerman e Rappaport, 1988).

Nas definições que ocorreram ao longo do tempo, alguns autores enfatizaram mais o nível individual, como Mechanic (1991), que, segundo ele, seria um processo através do qual o “indivíduo” compreende que os objetivos ou resultados perseguidos dependem das estratégias que ele ativa para alcançá-los. Outros incorporam interação pessoa-contexto, como Perkins e Zimmerman (1995), que se referem a um processo pelo qual as pessoas ganham maior controle sobre suas vidas, participação democrática na vida de sua comunidade e uma compreensão crítica de seu ambiente.

No desenvolvimento da teoria do empoderamento, Zimmerman (2000) destaca a importância de 4 requisitos:

- o empoderamento é uma variável contínua, não dicotômica, que não está simplesmente presente ou ausente, mas presente com diferentes graus de intensidade;
- pode mudar com o tempo e não se desenvolver de forma linear: uma pessoa pode ter adquirido habilidades de controle em um determinado período de sua vida, mas ter sido previamente privada dela ou ser assim em momentos subsequentes;
- é especificado (caracterizado) em relação ao contexto;
- varia em relação às características pessoais e profissionais da população a que se refere: pode assumir diferentes formas dependendo de variáveis como idade, sexo, grupo social e cultura dos sujeitos envolvidos.

O quadro teórico é mais articulado, introduzindo três marcos, identificados por Zimmerman (2000) como constitutivos do conceito: a) o “controle”, que é a capacidade, percebida ou efetiva, de influenciar decisões; b) a “consciência crítica”, definida como a compreensão de como as estruturas de poder operam, como as decisões são tomadas; c) a “participação”, isso é a tendência a agir para que as coisas aconteçam, para alcançar os resultados desejados e desenvolver estratégias de mudança social. Finalmente, o último aspecto importante a relatar, o empoderamento inclui processos e resultados. Os “processos de empoderamento (*empowering*)” referem-se às maneiras pelas quais os sujeitos adquirem e aumentam sua capacidade de controlar ativamente suas vidas; os resultados (*outcomes*) – “os empoderados” – referem-se à operacionalização do conceito, ou

seja, às consequências dos esforços dos sujeitos para controlar sua própria situação.

O aspecto mais significativo deste arcabouço teórico é explicar que o empoderamento é um conceito “multinível”, ou seja, é possível articulá-lo tanto em um nível individual (ou psicológico), como organizacional e social / comunitário. É aplicado “em nível individual, quando se lida com variáveis intrapessoais e comportamentais; em nível organizacional, quando se lida com a mobilização de recursos e oportunidades de participação, em nível comunitário, diante das estruturas sociopolíticas e da mudança social” (Zimmerman, 2000, p. 59). O sentido mais completo é dado pela sinergia do empoderamento “psicológico”, relativo ao senso de domínio e controle do sujeito no que diz respeito à relação com parte do mundo, e com o empoderamento “objetivo-ambiental”, ou seja, recursos e possibilidades oferecidas e / ou permitidas pelo ambiente.

Tab.1 exemplifica os processos e resultados nos 3 níveis:

Empoderamento: níveis, processos e resultados

Níveis:	Processos:	Resultados:
A. Individual	Capacidade de tomar decisões, gerenciar recursos, trabalhar com outras pessoas	Percepção de controle, consciência crítica, participação
B. Organizacional	Tomada de decisões coletivas, liderança compartilhada, responsabilidade compartilhada	Desenvolvimento organizacional, trabalho de rede, influência nas políticas
C. Comunidade	Ação coletiva para acessar recursos, tolerância à diversidade	Pluralismo de liderança, coalizões, recursos da comunidade

(Perkins & Zimmerman, 1995, Zimmerman, 2000)

## 1.2. Níveis de empoderamento

Retomemos os três níveis em detalhes.

1.2.A. O empoderamento psicológico / individual pode ser visto como um construto complexo, derivado da integração de várias dimensões, que pertencem pelo menos a três áreas distintas:

- a) de “personalidades” (por exemplo, a atribuição a si dos resultados de suas ações);
- b) “cognitivos” (por exemplo, a percepção de autoeficácia, ou seja, sentir-se capaz de escolher e implementar os comportamentos mais adequados para lidar com uma determinada situação);

c) “motivacionais” (por exemplo, desejo de participar da ação e gestão dos fatores envolvidos). Isso significa que as pessoas tendem a acreditar que os eventos são controláveis e gerenciáveis (tendência à esperança) e que é possível intervir para influenciar eventos (possível mudança ideológica).

Há referências claras a conceitos já conhecidos na psicologia, como o *locus* “de controle interno” (Rotter, 1966), referindo-se às características de personalidade do sujeito que percebe controlar ativamente os eventos. O conceito foi retomado e ampliado no conceito de “autoeficácia” (*self efficacy*) de Bandura (1996), relacionando as crenças do indivíduo sobre sua capacidade de mobilizar seus recursos e ações cognitivos, capazes de produzir determinadas performances para obter o resultado esperado. Mas, de acordo com Perkins (1995), empoderamento é mais do que construtos psicológicos individuais com os quais às vezes é comparado ou confundido (por exemplo, autoestima, autoeficácia, *locus* de controle). Ele não é uma condição que pode ser concedida por uma pessoa a outra, como lembra a conhecida expressão: “ninguém pode empoderar outra pessoa” (Swift & Levine, 1987). O empoderamento coloca em jogo as habilidades ativas do sujeito que lhe permitem exercer controle realista sobre os eventos e as situações nas quais ele está envolvido, para lidar com as mudanças que ele identifica e para criar condições para a mudança. Portanto, não é uma questão de envolver pessoas sem poder (*disempowered*) ou permitir que elas participem de decisões relativas ao seu bem-estar, mas de tomar essas decisões diretamente por elas: é o indivíduo que decide se e como se encarregará de sua situação.

Para Bruscaaglioni (1994) o empoderamento é: “o processo de ampliação (através do melhor uso de seus recursos adquiríveis, atuais e potenciais) das possibilidades que o sujeito pode praticar e tornar operacional” (p. 124).

Nesta perspectiva, o nível de empoderamento de um sujeito (individual ou coletivo) é a amplitude do leque de “possibilidades” entre as quais ele pode escolher. Para descrever o processo, usa-se a metáfora de viagem entre o possível e o realizado: isto é, o empoderamento visa ajudar as pessoas a expandirem seu “possível”, evitar a prisão de “xeque-mate”, desfrutar do gosto da escolha: isso pode deixá-las satisfeitas tanto em buscar sua própria estabilidade, quanto em se aventurar na inovação pessoal. As diferentes dimensões podem ser atribuídas a dois fatores principais: um “protagonismo” interno positivo (a pessoa se sente protagonista de seu próprio interior ao adquirir uma sensação de domínio sobre sua própria vida) e uma “confiança” externa nos outros. O empoderamento é, portanto, concebido como uma orientação “positiva” para a avaliação e uso de recursos próprios e outros.

Outros autores, em diferentes contextos, apoiam posições semelhantes. Kieffer (1984) identifica os seguintes requisitos para alcançar o empoderamento:

- Uma atitude pessoal, um “sentido de si mesmo” (*sense of self*) que promove o envolvimento social ativo;
- A capacidade de “fazer uma análise crítica” dos sistemas sociais e políticos que definem seu ambiente;
- A capacidade de desenvolver “estratégias de ação” e de cultivar recursos para atingir seus objetivos, aprendendo a assumir responsabilidade pelas ações;
- A capacidade de agir de forma eficaz “em colaboração com os outros” para definir e alcançar objetivos coletivos de mudança. Através deste processo, as pessoas percebem que as experiências não são únicas, mas são compartilhadas. Isso tende a reduzir a auto repreensão, aumenta a tendência de considerar outras causas além do fracasso pessoal e envolve um senso de destino compartilhado e maior conscientização.

É importante, especialmente ao trabalhar com grupos desfavorecidos, dar a eles a oportunidade de contar sua história e validá-la pelos outros. O senso de coletividade e consciência de grupo é baseado na validação mútua. A referência aqui é à abordagem “narrativa”, proposta por Rappaport (1995), que combina o processo com as práticas e tem o cuidado de “dar voz” às pessoas envolvidas. Retomando, na definição do construto, a referência a recursos, o autor destaca como histórias pessoais e narrativas comunitárias são recursos que permitem abrir novos caminhos na agenda do empoderamento. Para muitas pessoas, especialmente aquelas em situação de desvantagem e marginalização, sem poder social, econômico ou cultural, as narrativas sobre elas são, muitas vezes, negativas, limitadas, centradas em aspectos de déficit e, acima de tudo, escritas “por outros”. Para tentar obter mudanças na sua situação, é necessário o apoio de uma comunidade, capaz de fornecer novas narrativas “minoritárias”, que se posicionem, também, em relação às narrativas da maioria. As implicações práticas desta abordagem consistem em ouvir, amplificar, valorizar as histórias das pessoas com quem trabalhamos, de forma a “ajudar as pessoas a descobrirem suas histórias, criar novas, desenvolver contextos que possibilitem essas atividades – todas as ações coerentes com os objetivos do empoderamento” (Rappaport, 1995, 796).

Os três componentes do empoderamento, ou seja, controle, consciência crítica e participação, são identificados, respectivamente,

- como dimensões intrapessoais (possibilidade de escolha e capacidade de influenciar decisões que afetam a própria vida),

- interpessoais (capacidade de analisar e compreender o ambiente social e político da pessoa; elementos causais; recursos; fatores que influenciam as decisões; gestão de conflitos),
- comportamentais (isto é, participação em ações coletivas, envolvimento nas organizações presentes na comunidade) de empoderamento individual.

As pessoas capacitadas (*empowered*) possuem uma combinação desses três componentes (Zimmerman, 2000).

### 1.2.B. Empoderamento organizacional

Em um nível organizacional, pode-se distinguir entre o que uma organização é capaz de oferecer aos seus membros em termos de oportunidades para ganhar mais controle sobre sua situação, e o que uma organização pode fazer para influenciar o contexto mais amplo, afetar as políticas sociais ou oferecer alternativas aos serviços existentes. O primeiro indica o aspecto do empoderar-se (*empowering*), o segundo o empoderado (*empowered*): mas as organizações deveriam ter essas duas características (Zimmerman, 2000). Comparado com os três marcos do empoderamento, nas organizações:

- “o controle” se refere a estruturas e procedimentos horizontais (e não verticais) e à assunção de responsabilidades compartilhadas;
- “a consciência crítica” diz respeito ao desenvolvimento de estratégias e à capacidade de mobilizar recursos internos e externos para alcançar os objetivos desejados;
- “a participação” significa o envolvimento de indivíduos em redes e organizações e a identificação de objetivos compartilhados.

Essas dimensões podem ser mais articuladas de acordo com o campo ecológico e o nível de análise referido na identificação de processos e resultados (Peterson e Zimmerman, 2004).

Pode-se trabalhar em um nível “intraorganizacional”, onde os processos se relacionam com o funcionamento interno (liderança, sistema de crenças, ligações entre subgrupos, oportunidades de progresso profissional) e os resultados se referem à realização dos objetivos do trabalho.

No entanto, a análise pode, também, ser realizada em nível “Inter organizacional”, referindo-se à formação de redes entre diferentes organizações ou órgãos presentes no território, à construção e participação em alianças, à colaboração mútua, visando encontrar recursos e alcançar objetivos.

Finalmente, em um nível “extraorganizacional”, a atenção muda para a relação entre a organização e o contexto social circundante, para analisar a capacidade de

influenciar práticas e escolhas políticas, a criação de serviços alternativos para a comunidade ou o apoio a novas programas de ação social.

Exemplos concretos de tradução operacional desses conceitos na realidade dos serviços sociais e de saúde são apresentados e discutidos em profundidade por Nicoli e Pellegrino (2011). Algumas ferramentas para promover o empoderamento, desenvolvidas por Francescato, Tomai e Solimeno (2008), mostraram-se particularmente interessantes e úteis: a Análise Organizacional Multidimensional (AOM) e o treinamento do empoderamento. A AOM baseia-se em uma concepção complexa e multidimensional de uma organização, e prevê tanto uma leitura em vários níveis do sistema organizacional (são quatro as dimensões analisadas: estrutural, funcional, psico-ambientais e psicodinâmica – cada uma com ferramentas específicas), quanto uma avaliação das possíveis interconexões entre as diferentes dimensões. O treinamento do empoderamento usa técnicas de criatividade para tratar de questões problemáticas e situações complexas, procura trazer à tona desejos, potencializando a interação entre fatores individuais e variáveis sociais, utiliza o pequeno grupo como ferramenta de empoderamento individual e coletivo. No texto citado de Francescato Tomai e Solimeno (2008), são relatadas em detalhe experiências de intervenção em algumas áreas, como pequenas e médias empresas, administração pública e terceiro setor (associação de voluntariado e cooperativas sociais).

### 1.2.C. Empoderamento social ou comunitário

De acordo com Rappaport, a definição mais completa do conceito de empoderamento social foi fornecida pelo Grupo de Capacitação da Universidade de Cornell (1989), segundo o qual o empoderamento é:

um processo intencional contínuo centrado na comunidade local, envolvendo respeito mútuo, reflexão crítica, cuidado e participação em grupo, através do qual as pessoas que não têm uma parcela igual de recursos valiosos, ganham maior acesso e controle sobre esses recursos. (p. 2)

Vale a pena comentar esta definição: a ênfase é colocada imediatamente no aspecto “intencional e contínuo” do processo de mudança, que em outras definições não foi explicado de forma tão clara; há uma referência precisa à “comunidade local”, por isso enfatiza-se a importância de colocar o processo no contexto específico em que as pessoas e grupos sociais vivem; destaca-se o “respeito mútuo”, que deve caracterizar a relação entre os operadores e a população, entre quem ajuda e quem é ajudado, uma posição diferente, senão oposta, à tradicionalmente assimétrica tradicional entre profissional e paciente. Por fim, a reflexão crítica, o “cuidar” (cuidar

– *to care* –, não curar – *to cure* –, uma vez que isto não é o simples “tratamento”) e a participação em grupo, que permite ao indivíduo sair da solidão de seu desconforto e compartilhar os problemas, negando que o necessitado seja a “vítima a culpabilizar”. Na literatura, precisamente, é amplamente enfatizada a importância do grupo como mediador e veículo crítico do processo de despertar consciência e reciprocidade. Por meio desses processos, as pessoas que não têm uma parcela justa dos recursos podem ter mais acesso e controle sobre os recursos existentes.

O objetivo do empoderamento social é fomentar o desenvolvimento de uma “comunidade competente”. Ira Iscoe, um proeminente autor norte-americano da Psicologia Comunitária, já havia chamado a atenção dos estudiosos para esse conceito no início dos anos 80, afirmando que uma comunidade, ou seja, as pessoas e grupos que a compõem, pode ser chamada de “competente” se tiver três características: ter um repertório de possibilidades e alternativas (“poder”); sabe onde e como obter recursos (“conhecimento”); pede para ser autônoma (“motivação e autoestima”) (Iscoe, 1974). A referência explícita é para comunidades desfavorecidas, onde o que afeta não é apenas as condições econômicas, mas também as desvantagens psicológicas, exemplificadas por estar sem esperança e acima de tudo sem poder. O trabalho dos psicólogos de comunidade é ajudar essas comunidades a recuperar a esperança para que possam negociar a partir de posições de maior força. Uma intervenção voltada para o empoderamento tenta implementar um processo que desafia a estrutura social e as relações de poder da sociedade, em defesa dos direitos. Promover o empoderamento a nível comunitário significa trabalhar pela emancipação das pessoas, incentivando a participação social e, em particular, ativando grupos sociais com ações voltadas para a inclusão.

As estratégias disponíveis são muitas. Na literatura, elas são geralmente referidas a duas abordagens, que diferem em suposições básicas, mas que na verdade estão frequentemente entrelaçadas (Levine e Perkins, 1987). Falamos sobre ação social (*social action*) e desenvolvimento comunitário (*community development*).

As intervenções atribuíveis à “ação social” baseiam-se no pressuposto de que os recursos são limitados e desigualmente distribuídos. Portanto, é necessário, antes de tudo, conscientizar as pessoas que se encontram em situação de desvantagem e marginalização; redistribuir recursos; modificar o equilíbrio de poder existente sem recorrer à radicalização, por exemplo, com episódios de desobediência civil ou resistência passiva. As intervenções atribuíveis à abordagem de “desenvolvimento comunitário” pressupõem que a comunidade tenha em si o potencial de conhecimento, recursos, organização e liderança para alcançar uma

mudança construtiva no nível da comunidade. Os objetivos dessas estratégias são, portanto, destinados a:

- permitir que indivíduos e comunidades se tornem capacitados (*empowered*) e melhorem sua qualidade de vida;
- promover a cooperação, a coesão social e a colaboração dos cidadãos;
- criar novas ações, nascidas das necessidades, ideias e trocas entre as pessoas;
- identificar métodos operacionais mais flexíveis, descentralizados e autogerenciados para resolver problemas;
- conscientizar os cidadãos sobre as questões mais relevantes da comunidade e propor metas comuns de ação;
- promover as habilidades dos líderes locais;
- usar as habilidades dos profissionais para incentivar experiências de auto-organização social;
- implementar redes de colaboração entre serviços formais e informais;
- promover o fortalecimento do sentido de comunidade e maior responsabilidade dos cidadãos.

Os aspectos relevantes das estratégias operacionais propostas podem ser encontrados ao considerar as comunidades locais como atores sociais; na promoção de processos de consenso baseados na confiança, decorrentes do trabalho com as pessoas e levando em conta suas ideias e interesses; na tomada de decisões coletivas. Mencionamos o trabalho interessante de Morandi, Riccardi, Paulesu e Meringolo (2009) realizado com pessoas em situação de rua, através de intervenções voltadas à redução do estigma, mantendo um alto nível de autoeficácia percebida e motivação para mudança, proporcionando uma rede apoio social alternativo ao fraco e desintegrado mundo dos sem-teto (*homeless*).

Alguns autores contestaram em parte essa conceituação do empoderamento social, considerando-o utópico e, em alguns casos, de difícil implementação, se não praticamente impossível de alcançar. Em algumas circunstâncias, pode ser mais apropriado identificar, por exemplo, “domínios operacionais”, como Laverack os chama (2006), isto é, definir áreas específicas (por exemplo, refletir sobre liderança, entender as razões de um fenômeno, estabelecer parcerias e alianças, colaborar com agentes externos), nas quais intervir para promover o empoderamento social de forma gradual e “acessível”.

Recentemente, a corrente “crítica” do Psicologia Comunitária elaborou, rigorosamente, uma reflexão sobre a “ação social”, considerada a ferramenta essencial para produzir mudanças em direção a uma sociedade mais justa, que garanta a igualdade de oportunidades para todos.



Nesse contexto, quatro estratégias de ação foram identificadas:

- aumento da consciência crítica (a “conscientização” de que fala Paulo Freire, 1970), centrada no conhecimento, compreensão, crenças e reflexão crítica do mundo de alguém por parte das pessoas;
- criação de novas formas de relações sociais, centradas em novas formas de conceber laços relacionais, unindo as pessoas, criando novos ambientes;
- desenvolvimento de alianças, para expandir e otimizar recursos para a mudança, para trazer a mudança além de sua própria realidade e contexto específicos;
- acompanhamento, *advocacy* e análise de políticas relacionadas com a representação da opressão e discriminação (para uma apresentação detalhada destas estratégias, ver Kagan, Burton, Duckett, Lawthom & Siddiquee, 2011).

### 1.3. Áreas de aplicação

O tema do empoderamento influenciou muitas áreas e diferentes disciplinas, começando pela Ciência Política, na qual já está presente no final da década de 1960 com movimentos pelos direitos civis e movimentos feministas, dada a ênfase na estreita interdependência entre as mudanças individuais e mudança social. Na literatura pedagógica é usado para indicar autonomia do aprendiz no processo de adquirir conhecimento ao longo da vida; em particular na educação de adultos, onde é feita referência à possibilidade do sujeito contribuir para a definição de objetivos no processo de aprendizagem. Na área organizacional e gerencial, o termo se refere ao desenvolvimento de habilidades criativas e inovadoras dos colaboradores, exigindo a definição do modelo de negócio, liderança e relações de trabalho.

Nas políticas sociais, o conceito foi adoptado em muitos atos legislativos a nível europeu e italiano, e tornou-se sinónimo de abordagens inovadoras que visam a mudança social e uma sociedade civil centrada no cidadão como usuário. Nessa direção, o conceito forneceu solicitações para reivindicar a possibilidade de influenciar e redefinir estruturas sociais e organizacionais, reinventar recursos e oportunidades e também emancipar posições de dependência e hetero direcionamento cristalizadas ao longo do tempo (Manoukian, 2011).

Uma importante área de aplicação é o campo da saúde, referindo-se a uma variedade de situações relacionadas aos programas de prevenção primária e secundária. São ações voltadas para o fornecimento de informações e conscientização das consequências do comportamento, promovendo a adoção de estilos de vida saudáveis. Um aspecto interessante diz respeito à aplicação de ações de empoderamento também em programas de prevenção terciária, dirigidos a pessoas em situação de doença crônica.

Anderson e Funnell (2005) falam sobre o “empoderamento do paciente (*patient empowerment*)” como um novo paradigma na prática médica, especialmente relevante para pacientes crônicos, como diabéticos ou pessoas soropositivas (HIV), que precisam administrar sua doença e tratamento diariamente. Nesses contextos, o empoderamento do paciente, embora intimamente relacionado ao tipo de recursos e informações fornecidos pelo ambiente circundante, pode ser atribuído à percepção do sujeito de ser capaz de obter o apoio necessário para enfrentar a doença; gerenciar o estresse, identificando quaisquer aspectos problemáticos presentes no manejo da doença; tomar decisões relacionadas à sua saúde, definindo os objetivos e estratégias a serem utilizadas para superar eventuais obstáculos. Nesses casos, portanto, o processo de empoderamento do paciente consiste não apenas em adquirir informações, mas também em garantir que ele possa participar das decisões referentes ao seu tratamento, assumindo a responsabilidade conjunta em administrar sua própria saúde (Nicoli, Zani e Marcon. 2011).

Além disso, o empoderamento é identificado como uma estratégia para construir um sistema de saúde pública eficaz e eficiente: pode ser muito instrutivo consultar um relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) editado por Wallerstein, 2006, que questiona a eficácia do empoderamento: qual seriam as evidências sobre a eficácia do empoderamento para melhorar a saúde?

Mesmo dentro da esfera da saúde, falar em empoderamento significa referir-se às formas de operacionalizar o conceito e às práticas de empoderamento (*empowering*) dirigidas a ambos os grupos de pessoas que têm situações de privação social e marginalização, tanto para pessoas sem problemas específicos, mas que podem ser ajudadas a alcançar níveis mais elevados de autoestima ou realização pessoal e coletiva e para implementar um comportamento saudável. Considere, por exemplo, grupos de adolescentes e jovens de nossas cidades ou subúrbios urbanos, cujo principal problema é não saber como e onde gastar seu tempo livre e o que fazer com o tempo disponível; ou para pessoas idosas sozinhas ou para aposentados que ainda são eficientes e podem estar envolvidos em ações de interesse da comunidade. Nicoli e Pellegrino (2011) apresentam numerosos exemplos de como aplicar técnicas e ferramentas para ativar processos de empowerment nas diferentes áreas de serviços sociais e de saúde.

## **2. A discussão sobre o empoderamento**

Os dois principais conceitos nos quais o empoderamento é baseado são: o “poder” que constitui sua raiz etimológica e a “participação” que sublinha seu aspecto prático (Dallago, 2006), ou seja, a tendência a tomar medidas para possibilitar as

mudanças necessárias e concretizar os resultados desejados. Essa tendência assume, objetivamente, diferentes formas em relação aos diferentes níveis em que o construto empoderamento é articulado.

## 2.1 O poder

A palavra-chave no coração do conceito é “poder”. E, de fato, o dado que ativa o processo de empoderamento é precisamente a situação de “falta de poder” (*powerlessness*) em que um indivíduo se encontra. Todos os seres humanos estão sujeitos a diferentes graus de “falta de poder” ou impotência; mas todos os seres humanos são potencialmente competentes, mesmo nas situações mais críticas. O ponto de partida do processo de empoderamento é, portanto, uma situação que pode ser definida como desamparo aprendido (*learned helplessness*) (Maier e Seligman, 1976), isto é, passividade aprendida, sentimento adquirido de impotência. É uma resposta que um sujeito põe em prática diante de experiências frustrantes, quando ele percebe que não pode dominar eventos que são centrais para sua própria existência, avaliando-os como totalmente incontroláveis, removidos de sua própria capacidade de controle. O ponto de chegada do processo de empoderamento, é a esperança aprendida (*learned hopefulness*), que é a aquisição da autoconfiança, o aprendizado da esperança, decorrente do controle sobre os eventos através da participação e do comprometimento na própria comunidade. A percepção de estar sem poder pode derivar de muitos fatores, que interagem uns com os outros, de natureza subjetiva e objetiva, como insegurança econômica, falta de experiência política, falta de acesso à informação, falta de apoio econômico, falta de pensamento crítico, estresse físico ou emocional. O sentimento de impotência pode derivar, em parte, da pertença a grupos estigmatizados, cujos membros frequentemente adotam os estereótipos negativos da sociedade em relação a eles, os internalizam e os incorporam à imagem de si mesmos. Como resultado, os membros de tais grupos são menos capazes de se considerarem adequados e merecedores de ter o direito ou o poder de mudar suas vidas.

O poder, no contexto do empoderamento, não é caracterizado pela manipulação ou prevaricação sobre os outros, não é pretendido como “poder sobre alguém” (*power-over*), mas é “poder para” (*power-to*), isso é capacidade de fazer e “poder com” (*power-with*), poder de trabalhar e colaborar com os outros. Portanto, representa um recurso positivo para aqueles que o possuem e aqueles que o rodeiam. Esta construção de pensamento implica a ideia de que o poder pode ampliar-se, expandir-se, ser adquirido por todos. Assim, surge uma ideia de um

poder positivo, que se caracteriza pela colaboração, compartilhamento e mutualidade.

Portanto, não podemos falar sobre empoderamento sem pensar sobre o que significa “poder”. Marisa Montero (2012) apresenta uma análise clara e rigorosa de como o conceito de poder foi concebido no curso da história humana. A versão “clássica” e tradicional, tomada durante décadas nas ciências psicológicas e sociológicas, baseia-se na definição de Weber, segundo a qual o poder é uma expressão unilateral da vontade imposta aos outros, baseada em uma relação sempre assimétrica. A taxonomia mais famosa do poder nas ciências psicológicas é certamente a de French e Raven (1959). Eles distinguem 5 formas de poder (definidas como a possibilidade de que A exerça uma influência sobre B, para modificar sua situação) e as fontes relativas:

- poder do perito (*expert*), que deriva da percepção de habilidades e conhecimentos reconhecidos a uma pessoa;
- legítimo (*legitimate*), quando reconhece-se a alguém o direito de exercer influência sobre os outros em virtude de seu papel;
- de recompensa (*reward*), quando uma pessoa tem os recursos para oferecer recompensas aos outros, na forma de benefícios ou prêmios de vários tipos;
- de referência (*referent*), baseado em uma espécie de identificação do subordinado com aquele que exerce influência, que é percebido como depositário de normas e valores que tornam a situação mais segura e fácil de administrar;
- coercitivo (*coercive*), no qual o poder é baseado no medo que uma pessoa pode infligir a outras punições e ameaças, direta ou indiretamente.

Desde a década de 1980, surgiu outro conceito de poder, nascido na prática do trabalho no contexto latino-americano, inicialmente desenvolvido por Serrano Garcia (1984), que enfatizava o caráter relacional que o poder pode ter, falando precisamente de “poder simétrico”.

A análise do poder tornou-se, portanto, um dos fundamentos da Psicologia Crítica em geral e, especificamente, da Psicologia Crítica Comunitária, por autores latino-americanos, incluindo Serrano Garcia e López Sánchez (1986), e Martin-Barò (1989). Este último identificou duas fraquezas na teoria de French e Raven: que o exercício do poder pode ocorrer sem introduzir qualquer mudança, já que a pessoa que o sofre não é confrontada com qualquer possibilidade de escolha, mas deve simplesmente aceitar a situação existente; em segundo lugar, a teoria se apresenta como uma análise psicológica e, portanto, pressupõe-se que o processo ocorra através da conscientização das pessoas, mas, na realidade, todas as formas

inconscientes em que o poder funciona permanecem fora da análise de French e Raven. Há realidades em que o poder e a dominação são internalizados pelas pessoas, de modo que mesmo as decisões que são consideradas individuais e pessoais são, na realidade, influenciadas pelo exercício explícito ou implícito do poder (de alguém sobre outra pessoa). Por exemplo, Serrano-Garcia (1984) em um artigo com o título emblemático “*The illusion of empowerment: community development within a colonial context* (A ilusão de empoderamento: desenvolvimento comunitário dentro de um contexto colonial)”, mostrou de forma exemplar que dentro de um contexto colonial o empoderamento corre o risco de ser uma ilusão, considerando as características sociopolíticas e a distribuição de poder típica dos países em desenvolvimento, como na América Latina.

A natureza relacional do poder mencionada por Montero (2012) significa que sua análise deve ocorrer dentro das forças culturais, econômicas, históricas, políticas e sociais de um determinado contexto. O poder exercido por um grupo sobre outro pode remontar à natureza das relações sociais entre os dois grupos, ou ao modo como essas relações são socialmente estruturadas. Em alguns casos, os relacionamentos são claros e compreensíveis; em outros casos, são o resultado de histórias e batalhas complexas que duraram desde tempos imemoriais. A conturbada história do colonialismo europeu na Índia, África, América Latina ou as complexas vicissitudes das sociedades patriarcais (nas quais os homens exercem poder absoluto sobre as mulheres) são alguns exemplos de como as relações de poder se estruturaram. Eles podem explicar por que é difícil, até hoje, combater formas de racismo, sexismo e desigualdades sociais. Não podemos esquecer que no cerne de muitos aspectos estruturais do poder existem questões relacionadas ao poder econômico (Kagan et al. 2011), e que, se o poder é “produzido” com base em relações estruturais na sociedade, ele é “reproduzido” por vários mecanismos, entre os quais um dos mais poderosos é a linguagem (sobre este assunto há agora uma ampla literatura, vamos apenas mencionar van Dijk, 2008).

Outra concepção interessante de poder foi desenvolvida por Lukes (2007), que apresenta algumas questões intrigantes e incisivas para destacar alguns aspectos “constitutivos” do poder, que, no entanto, dificilmente são visíveis.

A primeira pergunta é sobre como as decisões são tomadas e os conflitos são abordados: a resposta é que, se quisermos chegar a decisões comuns e colaborativas no gerenciamento de relacionamentos conflitantes, devemos nos basear na ideia de um poder compartilhado, capaz de ter em conta as diferentes necessidades.

A segunda questão diz respeito às maneiras pelas quais se decide que determinado tópico esteja incluído, ou não, na agenda dos tomadores de decisão: dar relevância pública ou não a um determinado tópico é uma questão de poder; tornar visível, como um “problema social”, um tópico considerado de pouco interesse (porque se refere a sujeitos fracos ou marginalizados) ou potencialmente “perturbador” de uma vida tranquila, é uma questão de poder.

A terceira questão refere-se a como as pessoas decidem no que diz respeito à identificação de suas necessidades? Neste caso, tocamos em um aspecto de poder que é ainda mais difícil de destacar, porque tem a ver com as modalidades de uma influência social profunda, que tornaram “normais” situações, que não o são de todo. Essa é a forma de política demagógica, cujo “caráter mais intrínseco é a naturalização das formas de vida históricas, isto é, passar como naturais normas e hábitos que são, na verdade, socialmente determinados. Exemplos são a baixa presença feminina nas funções gerenciais ou a fragilidade dos direitos civis das comunidades dos migrantes. (Ripamonti, 2011, p. 200). Enfrentar estas questões em termos de capacitação significa trabalhar para que indivíduos, grupos, organizações e comunidades tomem consciência e estejam cientes (a conscientização de Freire, 1970), para que possam adquirir maior “poder” para:

- ter voz nas decisões que lhes dizem respeito;
- afetar a definição de agendas de tomada de decisão;
- alcançar uma visão crítica dos modos manifesto e sutil / oculto das influências existentes.

## 2.2. Os paradoxos do empoderamento

Rappaport já em 1981 intitulou um de seus artigos, “Em louvor do paradoxo: uma política social de empoderamento sobre prevenção”, enfatizando que o conceito era objeto de contradições, sendo usado tanto por conservadores quanto por militantes progressistas, para explicar e defender diferentes resultados. Em alguns contextos, continua Rappaport (1995), políticas de empoderamento podem levar a coalizões novas e imprevisíveis, em outros casos, pode acontecer que existam configurações de empoderamento (*setting empowering*) em relação a pessoas ou grupos, cujos valores e objetivos não são aqueles que gostaríamos. Pode ser desconfortável ver o termo usado por pessoas que têm diferentes posições políticas e ideológicas, mas se um conceito consegue estimular um debate sobre questões sociais, o processo dialógico que se segue pode trazer resultados interessantes.

Mais recentemente, alguns paradoxos subjacentes ao conceito foram tomados e analisados (Dallago, 2006):

- o estigma que é atribuído às pessoas que se destinam a ajudar;
- a complexidade do processo de opressão, muitas vezes favorecido pelas mesmas pessoas que o sofrem;
- o desequilíbrio de poder entre indivíduos e profissionais.

Os dois primeiros temas são ligados e complexos: dizem respeito à situação de pessoas desfavorecidas ou marginalizadas, por uma variedade de razões (incluindo o contexto histórico e sociocultural), que não possuem parâmetros adequados aos padrões, que foram socialmente definidos por uma restrição de uma maioria que detém o poder. As razões para o estigma podem estar relacionadas ao corpo (obesidade, nanismo, cicatrização somática), a características comportamentais (alcoolismo, vícios), a orientação sexual ou raça, cultura, religião. Deve-se enfatizar que o estigma é um processo que diz respeito àqueles que o produzem e apoiam, mas também àqueles que são suas vítimas, que às vezes podem até desfrutar de “efeitos secundários positivos” desta situação.

O terceiro ponto diz respeito à assimetria de poder entre aqueles que ajudam e aqueles que são ajudados: como podemos ver, o tema do poder e sua distribuição sempre volta à frente. Um ponto fixo a ser lembrado pelo psicólogo (ou por qualquer operador ou profissional social e de saúde) é o princípio da autodeterminação, que consiste basicamente em evitar o “delegar ao especialista”, estimulando o desenvolvimento das habilidades das pessoas, com uma ação de acompanhamento no processo de emancipação e mudança de suas condições sociais. A perspectiva, portanto, muda da solução para a promoção, reconhecendo que original não é encontrar uma solução para o problema apresentado pela pessoa, mas facilitar um processo de crescimento, promovendo a autonomia, recuperando a capacidade de tomada de decisão, ampliando possíveis escolhas, fornecendo, ao mesmo tempo, para a pessoa as ferramentas necessárias para torná-lo autossuficiente em procurar uma solução para o seu problema. A relação torna-se, assim, uma importante oportunidade para si reler uma situação, experimentar novas formas para compreender a realidade e atribuir significado aos eventos da vida, redescobrir um sentido de autoeficácia. Implementar intervenções de empoderamento significa, portanto, não tanto “tratar” algo / alguém, visto como doença / doente ou identificar os nós de sofrimento dos processos sociais, mas, em vez disso, destacar os pontos fortes a serem desenvolvidos, ativar recursos e habilidades, aumentar em indivíduos e coletivos a capacidade de usar suas qualidades positivas e tudo o que o contexto

oferece em um nível material e simbólico, para agir sobre as situações, modificando-as (Amerio, 2000).

### 2.3. O viés psicocêntrico

Outras críticas foram movidas de uma perspectiva completamente diferente. Riger (1993), explicitamente se perguntando “O que há de errado com o empoderamento?”, destacou dois aspectos da literatura sobre empoderamento, com base em uma predileção por explicações individualistas: (a) uma ênfase excessiva em “sentimentos” de eficácia, combinados, no entanto, com um esquecimento sobre a obtenção do poder real, e (b) uma ênfase na autonomia que aumenta a competição entre e dentro dos grupos, em detrimento de abordagens mais cooperativas e colaborativas que alguns grupos sociais, como as mulheres, implementaram.

A primeira observação crítica deve ser cuidadosamente considerada, como já discutido por Montero (2012). De fato, se o empoderamento é considerado uma modalidade construtiva de um poder, é necessário que as ações individuais e coletivas que nele se inspirem visem promover e implementar mudanças, favorecendo a aquisição da capacidade de dominar problemas, o desenvolvimento de habilidades por parte daqueles que estão faltando e, portanto, de relações mais simétricas, de decisões e avaliações mais horizontais, acima de tudo participadas e compartilhadas. Mas, obviamente, para implementar formas inovadoras nesse sentido, não é suficiente declará-lo em abstrato. Pelo contrário, é uma questão de

considerar a realidade de maneira mais direta e mais próxima para focalizar onde e como os projetos e processos de mudança foram realizados (...), mas também identificar os fechamentos e inércias que os impediram e minimizaram, detectar resultados indesejados e destacar as contradições com as quais é inevitável medir-se (Manoukian, 2011, pp. 62-63).

O segundo ponto destacado por Riger, de não só enfatizar a aquisição de uma maior agência e autonomia de indivíduos e grupos, mas de incluir, também, no conceito de empoderamento, a comunhão (*communion*), que é a capacidade de trabalhar de forma colaborativa, é totalmente pertinente. Mesmo Rappaport (1995) considera um corretivo útil e sua proposta de uma “abordagem narrativa” (a qual nos referimos acima) é uma contribuição nesse sentido.

Outras vozes críticas foram levantadas contra a construção do empoderamento e seu uso. O empoderamento é fundamentalmente um conceito coletivo, que tem a ver com a solução de problemas grupais, organizacionais e comunitários. Prilleltensky & Nelson's (2000) também criticam o viés psicocêntrico da literatura sobre o tema, que enfoca os aspectos cognitivos e emocionais do empoderamento psicológico, esquecendo os aspectos sociais, materiais e políticos (ver também Orford, 2008). O próprio Prilleltensky (2005) utiliza o conceito de



empoderamento em sua teoria, mas inserindo-o em um contexto teórico e metodológico muito preciso. De fato, o autor afirma que é hora de mudar o paradigma na promoção da saúde e bem-estar e na criação de serviços de saúde, delineando a base para uma nova abordagem definida pela sigla SPEC (*Strenghts, Prevention, Empowerment, Community conditions*) que contempla: pontos de força, prevenção, empoderamento e condições comunitárias. Em vez das abordagens tradicionais baseadas na resolução dos déficits, centradas no indivíduo, com estratégias reativas e reparadoras, é necessário identificar uma abordagem baseada nas forças da pessoa (*Strenghts*) e em suas habilidades, nos métodos de prevenção primária (*Prevenção*), na promoção do Empoderamento e centrada nas características peculiares da comunidade (*condições comunitárias*). O que precisa ser enfatizado é que não basta focar em um único aspecto, mas todos os quatro elementos devem ser levados em consideração simultaneamente. Em um nível operacional, Prilleltensky argumenta que o novo paradigma é baseado em uma mudança gradual do polo tradicional caracterizado pelo “melhoramento” (*amelioration*) da situação para um polo inovador, baseado em “transformação” (*transformation*) e mudança. Essa mudança ocorre em quatro domínios: (1) o domínio temporal refere-se ao momento das intervenções, passando das estratégias reativas às proativas; (2) o domínio ecológico refere-se aos lugares de intervenção, desde aqueles centrados no indivíduo até aqueles centrados na comunidade; (3) o domínio da participação diz respeito à possibilidade de os cidadãos terem voz e serem capazes de exercer escolhas (*voice and choise*) no acesso a recursos e serviços e, portanto, equipado com empoderamento; (4) o domínio da capacidade (*capabilities*) refere-se ao foco em pontos fortes, em vez de questões críticas. Os exemplos fornecidos pelo trabalho recente deste autor são indicativos da eficácia desta concepção e identificam caminhos que valem a pena tomar com decisão (Nelson e Prilleltensky, 2005).

Finalmente, um outro aspecto a ser destacado diz respeito à distinção, pouco clara na prática, entre empoderamento individual e coletivo. De fato, dados de pesquisas mostraram que indivíduos, com convicções profundas e fortes sobre sua capacidade de influenciar, muitas vezes iniciam ações para melhorar a situação coletiva, contando com o apoio moral e concreto de amigos e vizinhos. Como enfatizado por Saegert e Winkel (1996), é justamente essa interdependência que é um aspecto essencial do empoderamento, que envolve formas de aprendizado e ação individual e coletiva, produz crescimento de organizações coletivas, desenvolvimento de links com configurações e grupos diferentes dos inicialmente envolvidos. Se o empoderamento é o exercício “construtivo” do poder, então as

ações de empoderamento individual e coletivo devem ser interligadas para promover e fazer mudanças e adquirir a habilidade de controlar problemas, desenvolver habilidades naqueles que não os possuem, conseguir relacionamentos mais simétricos e participativos, decisões e avaliações compartilhadas.

#### 2.4. Quando o empoderamento não é possível: resiliência multinível

Tomando em parte o que foi destacado por Riger (1993), e em parte o que já foi experimentado nas comunidades latino-americanas (ver Serrano Garcia, 1984), parece interessante comentar o trabalho de outra estudiosa, Anne Brodsky, que nos permite conectar o discurso sobre o empoderamento com outros conceitos. No curso de sua pesquisa de vários anos com mulheres afegãs, a autora destacou como existem contextos específicos com características histórico-políticas e culturais peculiares, em que o conceito e as estratégias de empoderamento não são suficientes para interpretar o que acontece e, acima de tudo, que eles se mostraram não realizáveis. Daí a necessidade de recorrer a outros conceitos explicativos. De acordo com a análise de Brodsky e Scheibler (2010), existem algumas realidades em que é impossível fazer mudanças no *status quo*, pelo menos no futuro imediato: a referência é a contextos caracterizados por extremas desigualdades de poder, como a afegã, em que não apenas estão presentes guerras, corrupções e convulsões em vários níveis, como também há um clima de opressão religiosa e cultural em relação a alguns membros da comunidade, neste caso as mulheres. Para elas, tanto como indivíduos quanto como organizações de mulheres, é praticamente impossível adquirir empoderamento, entendido como acesso a recursos, domínio e poder sobre si mesmos e sobre os outros: na verdade, pode ser um objetivo irrealista, enganoso e ilusório. Nesses casos, continua Brodsky, o que é necessário é encontrar maneiras de lidar com os problemas práticos cotidianos, adaptar e sobreviver em contextos de enfraquecimento (*disempowering*).

Em seu lugar a resiliência (processos de qualidade e resultados apesar dos riscos persistentes) – um conceito congruente com os valores e propósitos da Psicologia Comunitária – pode revelar-se um objetivo mais pragmático e capaz de afirmar aspectos de força (Brodsky e Scheibler, 2010, p.76).

Precisamente a prioridade dada na pesquisa de Brodsky às populações mais vulneráveis, como a das mulheres, dando espaço às vozes ignoradas, como a dos membros da organização clandestina RAWA (Associação Revolucionária da Mulher Afegã), entrevistadas individualmente e em grupos ao longo de vários anos, de 2001 a 2007, analisadas através de um processo consensual de codificação de grupo, permitiu destacar uma série de processos atribuíveis ao conceito de resiliência, e

não ao de empoderamento. Não há antítese entre os dois conceitos, mas é possível ver claramente algumas diferenças de função, ação, contexto e objetivos finais. Resiliência significa um processo (e não um resultado) de “uma adaptação bem-sucedida apesar dos riscos e adversidades” (Masten, 1994), que leva em consideração o contexto e a perspectiva cultural do observador e do alvo; além disso, um aspecto importante é uma variável multinível, expressa em nível individual, organizacional e comunitário. Os componentes da resiliência, no caso em questão, são: consciência, intenção, ação, reflexão e manutenção (Brodsky e Scheibler, 2010). A análise dos dados mostra de forma exemplar como as mulheres entrevistadas estão cientes de que as mudanças desejadas e necessárias para sua família e sua comunidade não serão vistas por décadas ou talvez séculos, por isso é necessário adaptar-se a uma batalha permanente que poderia, um dia, resultar em empoderamento. Não surge a possibilidade de adquirir domínio e controle de recursos, mas emerge a capacidade de reflexão sobre a própria situação, visando também ajudar outras mulheres, em sua luta diária, com ações de apoio mútuo (por exemplo, organizando cursos de alfabetização para mulheres, educação de meninas também sob o regime talibã, documentação de abusos e violências sofridas). Às vezes trata-se de escolher o mal menor (comparado ao pior), e claramente isso não é um sinal de empoderamento, mas denota a necessidade de encontrar formas e meios para sobreviver a riscos contínuos e persistentes. Nesse sentido, os processos de resiliência avançam passo a passo pessoas e comunidades, constituindo um “tampão de proteção” (*buffer*) em relação ao desespero e à possibilidade de viver e crescer mesmo contra as adversidades. O empoderamento – como é possível compreender das palavras e experiências dos ativistas afegãos – torna-se um objetivo distal, enquanto a resiliência se configura como um objetivo proximal, imediato e realista.

Recentemente, Brodsky e Cattaneo (2013), raciocinando mais a fundo sobre esses conceitos “próximos”, elaboraram uma proposta de modelo unificado, denominada “modelo transconceptual de empoderamento e resiliência”, na qual, com base em seus respectivos estudos e pesquisas, destacar as semelhanças e diferenças entre os dois conceitos. No nível teórico, é importante diferenciar os dois conceitos para realizar pesquisas que categorizem adequadamente o foco da mudança, as ações tomadas, o nível em que essas ações são abordadas (mudanças internas versus mudanças externas) e os resultados. Em particular, o modelo fornece uma estrutura teórica para colocar indivíduos e comunidades em termos de consciência, intenções, objetivos, recursos e possíveis ações. Além disso, dado que ambos os conceitos são iterativos e interativos, o modelo enfatiza que a mudança

não é linear, mas sim espiral, e qualquer solução pode criar outros dilemas, novas reflexões, e uma revisão de objetivos e novas ações.

O modelo deixa claro que, em contextos de alto risco e recursos escassos, pode ser necessário construir resiliência antes que a pessoa possa avançar em direção ao empoderamento. O que pode parecer uma falha de empoderamento, é considerado um sucesso dentro desse modelo, já que a resiliência poderia permitir que ele sobrevivesse a fim de travar mais tarde uma batalha maior, em vista de mudar o sistema. Em um contexto fundamentalmente arriscado, a resiliência, ao fornecer habilidades para usar os recursos disponíveis, pode ser vista como a base sobre a qual se pode construir o empoderamento, com o objetivo de produzir mudanças externas, no nível do sistema. Esse modelo, dizem os autores, fornece uma ferramenta importante para pesquisadores e operadores analisarem e intervirem com pessoas e comunidades marginalizadas e desfavorecidas. Não há necessidade de prometer mais do que é possível alcançar, pois o sucesso pode ser encontrado a cada passo ao longo do caminho.

### **3. Estratégias de intervenção: empoderar (*empowering*)**

Uma prática de intervenção voltada para o empoderamento é baseada em ajudar as pessoas a usarem seus próprios pontos fortes, habilidades e competências para mobilizar seus recursos para resolver problemas e ganhar mais poder. Portanto, como já destacado, não consiste em capacitar aqueles que são privados dele: os operadores só podem facilitar as atividades que educam os usuários, desenvolvem o processo de envolvimento e permitem que tanto os interlocutores, operador e usuário, se tornem mais capazes para agir.

Às vezes, no entanto, as intervenções de empoderamento tentam traduzir os objetivos indicados pelas instituições ou órgãos /organismos encarregados da saúde, como por exemplo, mudar estilos de vida sedentários, que não surgem de necessidades percebidas pelas pessoas. É, portanto, uma questão de intervenções de cima para baixo. Isto está em contradição com a abordagem de empoderamento, que exige que a análise de necessidades e recursos para satisfazê-los seja uma expressão do envolvimento direto e ativo das pessoas, ou seja, que a análise comece de baixo para cima (*bottom-up*). Laverack (2016), durante anos engajados nessas questões no campo da saúde pública, propôs um modelo que visa integrar os dois modos de intervenção, baseados no rastreamento paralelo (*parallel tracking*: como fazendo uma rota paralela): em essência, significa colocar em prática um caminho através do qual as necessidades que vêm de baixo são deliberadamente recebidas e integradas em todas as fases do ciclo de

planejamento, desde a definição dos objetivos até a gestão, implementação e avaliação dos resultados do projeto de intervenção.

Levando em conta a multiplicidade de níveis de empoderamento, as estratégias de intervenção podem ser colocadas em um *continuum*, que vai do nível individual ao nível sociopolítico. Com base no foco da intervenção, é possível distinguir quatro dimensões, centradas respectivamente nos aspectos pessoal, interpessoal, micro ambiental e político do problema em questão. O propósito de uma prática orientada para o empoderamento é realizar uma análise mais completa possível para cada situação de solução de problemas (*problem solving*), levando em consideração a dimensão mais apropriada ao caso específico (Cox e Parsons, 1994).

As Intervenções na dimensão pessoal consistem em um trabalho inicial com os sujeitos identificados como necessitantes de ajuda ou buscando ajuda.

O problema pode estar relacionado à falta de recursos, problemas emocionais ou de relacionamento. A tarefa inicial com um usuário, por exemplo, é estabelecer uma relação de trabalho e avaliar necessidades e recursos.

As intervenções da dimensão interpessoal visam proporcionar o conhecimento e as habilidades necessárias para dominar as tarefas de desenvolvimento de cada situação específica (por exemplo, para os idosos como enfrentar a aposentadoria, a perda de uma pessoa querida, declínio físico). Nestes casos, as intervenções podem incluir seminários, reuniões, mas sobretudo trabalhos com pequenos grupos, que podem levar à formação de redes de apoio entre as pessoas interessadas no mesmo problema, bem como a criação de grupos de autoajuda e ajuda mútua.

As intervenções na dimensão micro ambiental e organizacional estão focadas na mudança ou mediação dentro do contexto imediato do usuário, aprendendo quais recursos estão disponíveis e como acessá-los, como se comunicar efetivamente com os profissionais e a burocracia.

As intervenções sobre a dimensão macro ambiental ou sociopolítica enfocam o envolvimento dos usuários nos aspectos políticos dos problemas, ajudando as pessoas a compreender os vínculos entre problemas pessoais e dinâmicas sociais, encorajando-os a participar de ações sociais ou esforços coletivos para influenciar as forças ambientais. Isso pode ser feito através da participação em grupos formais organizados ou grupos de pressão que surgiram por motivos específicos.

Spreitzer (1995) desenvolveu um modelo de empoderamento baseado em quatro componentes relacionados a estados psicológicos individuais com relação ao próprio trabalho que são: significância, competência, autonomia e influência.

Significância (*meaning*) é definida como a correspondência entre as demandas das tarefas de trabalho e o sistema de valores, crenças e ideais da pessoa. Competência (*competence*) é a convicção de ter as habilidades e ferramentas necessárias para fazer o trabalho e fazê-lo corretamente. Autonomia (*self-determination*) é o sentimento de controle sobre o próprio trabalho, de ter liberdade de iniciativa e a possibilidade de organizar o trabalho em termos de tempo, métodos e intensidade. Finalmente, a influência (*impact*) é a convicção de poder influenciar os resultados estratégicos, administrativos e operacionais do seu trabalho. Nesse sentido, o autor desenvolveu uma ferramenta multidimensional (*a Psychological Empowerment Scale*, PES, 12 itens) e conduziu uma série de estudos de validação, aplicando-a em particular aos gerentes de empresas (Spreitzer, 1995; Spreitzer, Kizlos & Nason, 1997). Em seu modelo, as quatro dimensões se combinam para determinar o construto geral do empoderamento e a falta de um deles produz uma diminuição no nível total de empoderamento. Em essência, o empoderamento é teorizado como uma variável contínua (Zimmerman, 1999) presente em diferentes níveis (e não como uma variável dicotômica, ausente ou presente) e que é caracterizada em relação ao contexto específico e às características pessoais e profissionais.

A escala Spreitzer mostrou-se útil para analisar o empoderamento, mesmo em profissões de ajuda. Em uma pesquisa realizada com uma amostra de cerca de 670 profissionais de saúde e educação social (Pietrantonio e Zani, 2004), diferentes níveis de empoderamento surgiram com base em variáveis sociodemográficas (gênero e idade dos sujeitos), características relacionadas ao papel profissional e o tipo de usuários. As mulheres afirmam considerar seu trabalho de forma mais significativa e ter mais habilidades profissionais do que seus colegas do sexo masculino; por outro lado, os homens afirmam se sentir mais autônomos na realização de tarefas de trabalho do que as mulheres. Com o aumento dos anos de antiguidade (e idade), o significado percebido do trabalho diminui: os operadores que trabalham no serviço há menos de 2 anos atribuem um significado mais significativo ao seu trabalho do que aqueles que passaram mais de dez anos no mesmo serviço. Os profissionais envolvidos no campo psico educacional percebem suas habilidades profissionais em nível inferior ao da área da saúde e dos assistentes básicos; consideram, também, seu trabalho menos importante que os assistentes básicos. Ao mesmo tempo, os escores de educadores e psicólogos na escala de autonomia são significativamente maiores do que as outras duas categorias profissionais (saúde e técnica). Além disso, o tipo de usuários é relevante: os operadores que trabalham com os idosos geralmente têm uma imagem de maior capacidade, importância e influência em suas funções, em comparação com aqueles

que trabalham com outros tipos de usuários. Aqueles que trabalham com jovens dependentes químicos têm uma dupla tendência: por um lado, relatam uma baixa percepção de suas habilidades profissionais em relação àqueles que trabalham com crianças e idosos, por outro, registram altos escores de autonomia. Também é significativa a diferença na variável “influência” entre os operadores pediátricos e geriátricos: os primeiros estão, de fato, menos convencidos da capacidade de afetar o desempenho das tarefas profissionais. A variável presença / ausência de turnos também parece ter um impacto particular nas dimensões do empoderamento. As tarefas de trabalho que exigem a divisão em turnos estão associadas a uma menor percepção de autonomia profissional, como poderia ser esperado, mas também a uma maior capacidade e significância. Por fim, os sujeitos que participaram de treinamentos relatam maiores médias na escala de autonomia do que aqueles que nunca participaram de nenhum curso de formação.

#### **4. Observações conclusivas**

Para concluir, vamos retomar as observações de Keys et al. (2017), que são relatadas no início do capítulo, sobre os três aspectos: a coisa, o como e quem do empoderamento. Segundo os autores, o empoderamento continua a ser um conceito central da Psicologia Comunitária e eles sugerem linhas de aprofundamento.

No que diz respeito à “coisa”, é importante desenvolver mais teoria e pesquisa no nível macro e, sobretudo, na interação entre os níveis: até agora os níveis individual e organizacional têm sido privilegiados, menos atenção tem sido dada aos níveis social e comunitário. Além disso, é necessária uma análise mais aprofundada sobre as relações entre a opressão e o empoderamento, aprofundando as estruturas de poder na sociedade e como elas limitam recursos e oportunidades para aqueles que estão em situações marginais e desfavorecidas.

Com relação ao “como”, ainda sabemos pouco sobre como o empoderamento se desenvolve: é um processo delicado, frágil, difícil de iniciar e manter, especialmente quando são tomadas ações para mudar organizações e comunidades.

Finalmente, em relação ao “quem”, seria útil que as pesquisas fossem equipadas com uma lente Intersectorial para estudar e entender como a opressão e o empoderamento se relacionam com diferentes contextos e entre grupos marginalizados (Keys et al., 2017, p. 228). Seria útil considerar o empoderamento ao longo da vida, não apenas entre jovens e adultos, mas também entre crianças e idosos.

## Referências Bibliográficas

- Amerio, P. (2000). *Psicologia di comunità*. Bologna, Il Mulino.
- Anderson, R. M & Funnell, M.M. (2005). Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Education and Counselling*, v. 57, 153-157.
- Bandura, A. (1996). *Social Foundation of Thought and Action*, Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Brodsky, A. & Cattaneo, L. (2013). A Transconceptual Model of Empowerment and Resilience: Divergence, Convergence and Interactions in Kindred Community Concepts, *Am J Community Psychol*, v. 52, pp. 333–346.
- Brodsky, A. E., & Scheibler, J. E. (2010). Quando l'empowerment non é abbastanza. Un argomento a favore della resilienza multilivello in situazioni caratterizzate da estreme disuguaglianze di potere, *Psicologia di Comunità*, v. 2, pp. 75–86.
- Bruscaglioni, M. (1994). *La società liberata*. Milano, Angeli.
- Cornell University Empowerment Group (1989). Empowerment and Family Support, *Networking Bulletin*, n.1, pp. 1-23.
- Cox, E. O. & Parsons, R. J. (1994). *Empowerment-oriented social work practice with the elderly*. Pacific Grove, Cal., Brooks/Cole Publishing Company.
- Dallago, L. (2006). *Che cos'è l'empowerment*. Carocci, Roma.
- Francescato, D., Tomai, M. & Solimeno, A. (2008). *Lavorare e decidere meglio in organizzazioni empowered e empowering*. Milano: Franco Angeli.
- French, J.R. & Raven, B. H.h. (1959). *The Bases of Social Power*. In Cartwright, D. (ed.). *Studies in Social Power*. Michigan University Press: Ann Harbour.
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. México: Siglo XXI.
- Iscoe, I. (1974). Community Psychology and the Competent Community. *American Psychologist*, 29, pp. 607-13.
- Kagan, C., Burton, M., Duckett, P., Lawthom, R., & Siddiquee, A. (2011). *Critical Community Psychology*. Chichester, UK: BPS Blackwell, Wiley.
- Kagan, C., Akhurst, J., Alfaro, J. Lawthom, R. & Zambrano, A. (2022). *The Routledge International Handbook of Community Psychology Facing Global Crises with Hope*, New York: Routledge.
- Keys, C. B., McConnell, E., Motley, D., Liao, C. L., & McAuliff, K. (2017). The what, the how, and the who of empowerment: Reflections on an intellectual history. In M. A. Bond, I. Serrano-García, C. B. Keys, & M. Shinn (Eds.). *APA handbook of community psychology: Theoretical foundations, core concepts, and emerging challenges*. pp. 213–231). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14953-010>
- Kieffer, C.H. (1984). Citizen Empowerment: a developmental perspective. *Prevention in Human Services*, V. 213, N. 3, pp.9-36.



- Laverack, G. (2007). *Health promotion practice: building empowering communities*. London: Open University Press.
- Laverack, G. (2016). *Public Health. Power, Empowerment and Professional Practice*. London: Palgrave MacMillan (3<sup>rd</sup> Edition).
- Levine, M. & Perkins, D. V. (1987). *Principles of Community Psychology*. New York: OUP.
- Lukes, S. (2007). *Il potere: una visione radicale*. Milano: Vita e Pensiero.
- Maier, S.F. & Seligman, M.E.P. (1976). Learned helplessness, *Theory and Evidence*, v.105, pp. 3-46.
- Masten, A. S. (1994). *Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity*. In M. Wang & E. Gordon (Eds.). *Risk and resilience in inner city America: Challenges and prospects* Hillsdale, NJ: Erlbaum. pp. 3–25.
- Manoukian, F. (2011). Empowerment e questioni aperte nella realtà dei servizi. In Nicoli, M. A. & Pellegrino, V. (a cura di). *L'empowerment nei servizi sanitari e sociali*. Roma: Il Pensiero Scientifico
- Martin-Baró, I. (1989). *Sistema, Grupo y Poder. Psicología Social desde Centroamérica II*. San Salvador: UCA.
- Mechanic, D. (1991). *Adolescents at risk: New directions*. Paper presented at the Seven Annual Conference on Health Policy. Cornell University Medical College.
- Montero, M. (2012) Dalla complessità e giustizia sociale alla coscienza: Idee che hanno costruito la Psicologia di Comunità. In B. Zani (a cura di) *Psicologia di comunità. Prospettive, idee, metodi*. Roma: Carocci.
- Morandi A., Riccardi M., Paulesu, N. & Meringolo, P. (2009). Intervenire nelle marginalità sociali. Strategie di empowerment nei servizi per i senza fissa dimora. *Psicologia di Comunità*, 2, pp. 5-16.
- Nelson, G., & Prilleltensky, I. (Eds.). (2005). *Community psychology: In pursuit of liberation and well-being*. Basingstoke, UK: Palgrave/Macmillan.
- Nicoli, M. A. & Pellegrino, V. (2011). *L'empowerment nei servizi sanitari e sociali*. Roma, Il Pensiero Scientifico.
- Nicoli, M. A., Zani, B. & Marcon, A. (2011). *Aspetti teorico-storici del costrutto di empowerment*. In Nicoli, M. A. & Pellegrino, V. (a cura di). *L'empowerment nei servizi sanitari e sociali*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Orford, J. (2008). *Community Psychology. Challenges, Controversies and emerging consensus*. Chichester: Wiley.
- Perkins, D.D. (1995). Speaking truth to power: Empowerment ideology as social intervention and policy. *American Journal of Community Psychology*, 23, pp.765-794
- Perkins, D. D. & Zimmerman, M. A. (1995). Empowerment theory, research, and application: An introduction to a special issue. *American Journal of Community Psychology*, 23, pp. 569-579.

- Peterson, N. A., & Zimmerman, M. A. (2004). Beyond the individual: Toward a nomological network of organizational empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 34, pp.129–145.
- Pietrantonio, L. & Zani, B. (2004). Lavoro, burnout e empowerment in operatori sociali e sanitari. *Risorsa Uomo*, X,4, pp. 425-443.
- Prilleltensky, I. (2005). Promoting well-being: Time for a paradigm shift in health and human services. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(66 suppl.), pp. 53–60.
- Prilleltensky, I. & Nelson, G. (2000). Promoting child and family wellness: priorities for psychological and social interventions. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 10, pp. 85-105.
- Rappaport, J. (1977). *Community psychology: values, research and action*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, pp. 1-25.
- Rappaport, J. (1984). Studies in empowerment: Introduction to the issue. *Prevention in Human Services*, v. 3, n. 2/3, pp.1-7.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15, pp. 121-148.
- Rappaport, J. (1995). Empowerment meets narrative: Listening to stories and creating settings. *American Journal of Community Psychology*, 23, pp. 795-807.
- Riger, S. (1993). What's wrong with empowerment. *American Journal of Community Psychology*, v. 21, p.3, pp. 279–293.
- Ripamonti E. (2011) *Collaborare. Metodi partecipativi per il sociale*, Roma: Carocci.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, v. 80. n. 609.
- Saegert, S. & Winkel, G. (1996). Paths to community empowerment: organizing at home. *American Journal of Community Psychology*, v. 24, n. 4, pp. 517-550.
- Serrano-García, I. (1984). The Illusion of Empowerment: Community Development within a Colonial Context. *Prevention in Human Services*, v.3, n.2/3, pp. 173-200.
- Serrano-García, I. y López S., G. (1986). El poder: Presión, capacidad o relación. *Revista de Ciencias Sociales*, v. XXV, n. 1-2, pp. 121-148.
- Spreitzer, O. M. (1995). Individual empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation. *Academy of Management Journal*, 38, pp.1442-1465.
- Spreitzer, O. M., Kizilos, M. A., Nason, W. (1997), A dimensional analysis of the relationship between psychological empowerment and effectiveness, satisfaction, and strain. *Journal of Management*, 23, pp. 679-704.
- Swift, C., & Levine, G. (1987). Empowerment: An emerging mental health technology. *Journal of Primary Prevention*, 8, pp. 71-94.

- Van Dijk, T. (2008). *Discourse and Power*. New York: Palgrave MacMillan.
- Visser, M., Akhurst, J., Carolissen, R. & Matamela, N. (Eds.). (2022). *Community Psychology: South African Praxis*. Van Schaik.
- Walker, C., Zlotowitz, S. & Zoli, A. (Eds.). (2022). *Handbook of Innovative Community and Clinical Psychology*. Palgrave: McMillan.
- Wallerstein, N. (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Zani, B. (a cura di). (2012). *Psicologia di comunità. Prospettive, idee, metodi*. Roma: Carocci.
- Zimmerman, M.A. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23, pp. 581-600.
- Zimmerman, M.A. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational and community levels of analysis. In Rappaport, J. & Seidman, E. (Eds.). *The Handbook of Community Psychology*. New York: Plenum. pp. 43-63.
- Zimmermann M. e Rappaport, J. (1988). Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 16, pp.725-750.

## **ARTE-CULTURA NA DESCONSTRUÇÃO DO PARADIGMA PSIQUIÁTRICO: PARTICIPAÇÃO SOCIAL E MODOS DE RESISTÊNCIA NA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Eduardo Henrique Guimarães Torre  
Paulo Duarte de Carvalho Amarante

### **Introdução**

#### **Arte-Cultura e Modos de Resistência na Reforma Psiquiátrica: militância política, potência estética e construção de cidadania**

Nas últimas décadas vem surgindo um novo campo de práticas e saberes na reforma psiquiátrica brasileira, que tem se consolidado como uma das principais expressões das políticas de saúde mental. Trata-se do *campo artístico-cultural* visível por meio de uma gama de grupos culturais, artistas e projetos de arte e cultura, que vêm se tornando autônomos em relação aos serviços de saúde e dispositivos assistenciais.

Tais experiências e projetos de arte-cultura compõem atualmente um universo de grande importância e de expressiva multiplicidade, se configurando tanto como experiências de transformação do imaginário social sobre a loucura, num sentido mais abrangente, como, mais especificamente, como estratégias de participação social e protagonismo dos sujeitos. Além disso, com efeitos que extrapolam o campo técnico-sanitário, indicam a ampliação do campo das artes e o questionamento das concepções hegemônicas sobre saúde/doença e normalidade. Desse modo, refletiu-se sobre a inovação que representam essas experiências e projetos e sua importância para repensar as políticas de saúde mental e os conceitos de loucura e diversidade, bem como para criar novos modos de resistência ao poder psiquiátrico e aos processos de patologização, medicalização e psiquiatrização social.

Por meio de inúmeros artistas, obras e processos criativos que, na história da psiquiatria no Brasil, questionaram a psiquiatria tradicional e colocaram em xeque o paradigma psiquiátrico em suas bases fundantes; ou que mais recentemente, na história da reforma psiquiátrica, produzem interpenetrações entre militância política,

potência estética e construção de cidadania, o que se constituiu como processo histórico compõe um acervo inesgotável. Com produções e criações que através da arte das expressões culturais produziram uma nova visão e concepção sobre loucura e sofrimento psíquico, transformando o lugar social histórico dos sujeitos considerados “loucos” na sociedade.

Ao longo da história da psiquiatria, inúmeras “narrativas da loucura” serviram a uma despsiquiatrização da loucura, numa irrupção do discurso marginal através da arte, como em Machado de Assis, Lima Barreto, Maura Lopes Cançado, Arthur Bispo do Rosário, Qorpo Santo e tantos outros. Por sua vez, a riqueza da iconografia e a expressividade das criações nas manifestações da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial nas últimas décadas são marcantes e únicas, se comparadas à linha da história da psiquiatria, demarcando um novo discurso sobre a loucura, novas formas de significação para a loucura e o sofrimento mental no Brasil, com grande destaque para o novo campo artístico-cultural da reforma psiquiátrica em sua potência crítica e transformadora.

A reforma psiquiátrica no Brasil tem sido um dos processos mais inovadores do campo da saúde mental na atualidade, devido à sua clara base política com uma forte militância organizada, suas profundas transformações assistenciais e sua importância na desconstrução do modelo manicomial no imaginário social. Isso se conecta com a compreensão da reforma psiquiátrica como “*processo social complexo*” (Rotelli et al., 1990; Amarante, 2015), com uma complexidade que se desdobra em diversas dimensões articuladas: uma “dimensão teórico-conceitual” ou epistemológica, dos conceitos, saberes e processos formativos; uma “dimensão técnico-assistencial”, dos serviços substitutivos e dispositivos institucionais e de cuidado; uma outra “dimensão jurídico-política”, de luta política, jurídica e legislativa; e finalmente uma “dimensão sociocultural”, dimensão mais ampla de modos de participação social e construção de cidadania, e de transformação da relação social com a loucura e intervenção no imaginário social.

A dimensão sociocultural tem se mostrado especialmente estratégica para o campo da saúde mental e os processos de desinstitucionalização, na medida em que compreende as experiências de participação social e construção de projetos de vida pelos sujeitos, na reforma psiquiátrica, de modo amplo: com destaque para os projetos de inclusão pelo trabalho, geração de renda e economia solidária, por um lado; e os projetos e grupos de arte e cultura, por outro lado, incluindo sua importância nos modos de ocupação da cidade pelo movimento antimanicomial, o que inclusive tem se dado com forte expressão das intervenções e grupos artístico-culturais, articulados à militância política. Uma ocupação da cidade que vem

ocorrendo por meio de um potente movimento cultural de construção de um novo “lugar social” para a loucura e a diversidade e diálogo com os movimentos sociais, em atos públicos, manifestações, eventos culturais e ocupação dos espaços públicos de formas variadas. Por meio de um profundo debate com a sociedade, o movimento antimanicomial tem permitido uma transformação histórica das formas de entender a loucura. E tem se articulado com outros movimentos sociais, produzindo processos de resistência ao poder psiquiátrico e ao modelo patologizante, na defesa da saúde pública universal e de políticas inclusivas e de construção de cidadania e democracia.

### **Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil: participação social e radicalização do legado italiano**

Uma das características mais marcantes do processo brasileiro de reforma psiquiátrica é a participação social e a mobilização dos movimentos sociais em torno da luta antimanicomial e do debate com a sociedade, sobre os direitos das pessoas em sofrimento mental e a violência dos hospitais psiquiátricos e do modelo manicomial. Em quatro décadas de transformações, não apenas o sistema de saúde mental foi alterado drasticamente, com a substituição do manicômio por múltiplas modalidades de cuidado em liberdade; mais que isso houve uma intensa participação e protagonismo de sujeitos, entidades e grupos constituindo um movimento multifacetado, com vasta produção iconográfica em diálogo com o imaginário social, criando novos sentidos e concepções sobre a loucura e a diferença. Mais que avanços técnico-sanitários, houve a construção de avanços civilizatórios, de ganhos de direitos e democratização, construindo efetivamente um novo “lugar social” para as pessoas em sofrimento mental, uma nova visão da sociedade sobre a loucura que ultrapassa o campo setorial da saúde, alcançando diversos outros campos de ação e debate, como a justiça, a mídia, as artes, a política, o cinema, os costumes e o direito ao espaço urbano, por exemplo.

Desde o final da década de 70, movimentos de denúncia e enfrentamento da “indústria da loucura” permitiram a constituição de movimentos organizados de militância, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que por sua vez, produziram inúmeros encontros, eventos, manifestações, debates, atos públicos, e mudanças legislativas e políticas de grande envergadura. Nas últimas décadas, o movimento antimanicomial se expandiu e se consolidou como um dos mais intensos e articulados movimentos de defesa dos direitos humanos no país, e um dos mais importantes movimentos de reforma psiquiátrica do mundo, inspirado pelas experiências internacionais de reforma do pós-guerra e seus acertos e erros.

Especialmente influenciado pela experiência da Psiquiatria Democrática italiana liderada por Franco Basaglia e seus colaboradores (Dell'Acqua, 2014; Venturini, 2016; Amarante, 1996), um dos pontos de originalidade do processo brasileiro parece ser o de ter levado a uma radicalidade as questões da participação social e do diálogo com a sociedade, bem como da ocupação da cidade e dos espaços públicos. Isto é, a reforma psiquiátrica no Brasil radicalizou o legado italiano, promovendo um acúmulo de experiências, práticas e saberes *sui generis*, capazes de dinamizar um intenso processo de participação e circulação social como nenhum outro processo histórico de superação do manicômio no contemporâneo; e talvez pela pujança do seu movimento contestatório e democrático, tem sido frontalmente ameaçado por interesses ultraliberais e autoritários, especialmente os que se instalaram no país nos anos recentes, entre 2016 e 2022.

A experiência italiana de reforma psiquiátrica, com sua potência revolucionária e seus ensinamentos, como o conceito de território, a articulação com a vida da cidade, a utilização de linguagens artísticas e formas de diálogo com a sociedade, a reinvenção de formas de trabalho e moradia, e a participação de artistas, estudantes, coletivos militantes e atores sociais variados nos processos de abertura manicomial, serviram como referência fundamental para o Brasil, que aprofundou aspectos como a ocupação da cidade e protagonismo em canais de participação social, e a ampliação da visibilidade social da militância antimanicomial.

A vasta produção narrativa e iconográfica do movimento antimanicomial no Brasil, aliada a seu nascimento como movimento libertário e sua expertise institucional acumulada, lastreada nas experiências internacionais reconhecidas de transformação no campo da saúde mental, conferem ao Brasil um lugar especial como referência histórica na defesa dos direitos e na inclusão social da loucura e da diversidade (Amarante et al., 2021). Ao longo de 40 anos, os meios de expressão e debate social foram tão variados, que acumulam uma riqueza única: por meio de cartazes, camisetas, atos públicos e manifestações, grupos e projetos de arte, cultura, trabalho, geração de renda e economia solidária, diálogo com os movimentos sociais, eventos, debates, seminários, ampliou-se enormemente a visibilidade do movimento antimanicomial; e também com destaque para todas as produções artísticas, como obras de artes plásticas e visuais, livros, filmes e vídeos, programas de rádio e TV, peças de teatro, festivais artísticos, shows musicais, espetáculos de performance, de dança, apresentações multiartísticas, ocupações e manifestações públicas como no 18 de maio (Dia da Luta Antimanicomial), dentre tantas outras produções, por meio das quais compõe-se um acervo extenso e com grande envergadura política e militante. O projeto "Memória da Reforma Psiquiátrica

no Brasil” (<http://laps.ensp.fiocruz.br/>) tem sido um importante projeto de documentação, análise e disseminação desse vasto acervo, pesquisado ao longo de décadas de trabalho no Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS/ENSP/FIOCRUZ).

A criação de centenas de associações de usuários e familiares, de grupos artístico-culturais e de economia solidária, cooperativas de trabalho, centros de convivência e cultura, e outros espaços coletivos, têm grande destaque no movimento antimanicomial, produzindo uma multiplicidade de modos de intervenção e participação social de grande complexidade e inventividade, numa profunda reorientação nas políticas públicas comunitárias e territoriais com viés democrático, participativo e intersetorial. Além dos avanços no campo técnico-assistencial, com a implantação de diversos dispositivos substitutivos ao manicômio, tais como: os mais de dois mil e oitocentos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), mais de oitocentas Residências Terapêuticas (RTs), milhares de equipes de NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), dezenas de Unidades de Acolhimento (UAs), mais de duzentas equipes de Consultório na Rua e centenas de leitos de saúde mental em Hospitais Gerais, além da implantação do benefício do “Programa De Volta Pra Casa”, para citar alguns dos mais importantes, dentre os avanços especialmente no período desde o final da década de 1990 em diante. Em décadas de transformações, a política antimanicomial tem sido profundamente exitosa, processo registrado na publicação “Saúde Mental em Dados” ao longo de vários anos. Sendo o ano de 2015, o último em que se publicou os dados oficiais da política de saúde mental no Brasil (Brasil, 2015), entrando-se após em um período crítico de contra-reforma psiquiátrica, que durou até 2022, período inclusive de ausência de informações, chamado “apagão” dos dados da política de saúde mental.

As lutas no campo jurídico-político também são fundamentais para o avanço nas políticas de saúde mental, na defesa dos direitos humanos e direitos das pessoas em sofrimento mental em diversas frentes, com a colaboração e articulação com Ministério Público, Defensoria Pública, Escola de Magistratura, por exemplo, e também com outras entidades de defesa dos direitos humanos. Ao longo das últimas décadas, um marco histórico foi a aprovação da Lei 10.216/2001, a lei da reforma psiquiátrica brasileira, que representou a luta de mais de uma década até que fosse aprovada, com diversas alterações, sem a amplitude do projeto de lei original; também se destacam as contradições e pressões no processo histórico de embates que geraram “portarias” de normatização da área, como a Portaria 336/2002, que buscou normatizar os serviços de atenção psicossocial, e a Portaria 106/2000, que incentivou a criação de Residências Terapêuticas (“Serviços Residenciais



Terapêuticos”), ambas expressando os desafios entre uma visão uniformizante e tecnicante e a tentativa de produzir multiplicidade e democratização. De todo modo, a Portaria 3088/2011, que amplia e consolida a organização da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), foi importante para afirmar uma política de saúde mental substitutiva e intersetorial, mas continuam os enfrentamentos permanentes nos desafios e contradições entre a inovação e a normatização, buscando-se avanços na direção de uma política de saúde mental comunitária e territorial, inclusiva e democrática, fundada no cuidado em liberdade e nos direitos humanos, alinhada com os avanços históricos da reforma psiquiátrica.

Além de todos esses avanços, há uma dimensão sociocultural mais ampla de transformações nas formas de entendimento do sofrimento mental e relação com a loucura e a diferença na sociedade, em que o processo brasileiro ganha destaque por sua radicalidade, colocando a participação social e a militância e visibilidade social como pontos-chave para as lutas por cidadania no campo da saúde mental.

Por isso, desde os primeiros movimentos de denúncia do horror dos manicômios, e especialmente a partir de 1978 com a deflagração do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), passando pelas conquistas dos anos 80 e 90, (de construção de outros paradigmas, políticas, práticas e saberes substitutivos ao manicômio), até a década de 2000 (com os avanços institucionais e expansão e diversificação da rede de serviços e dispositivos), uma centralidade marcante sempre foi conferida a esse movimento de lutas e participação social. Isto é, um processo de reforma psiquiátrica altamente politizado e contundente, com alcance social amplo, alinhado à luta por direitos humanos e em diálogo com os movimentos sociais.

A partir da década de 2010, ocorreram avanços importantes no debate, mas no campo político a década termina com gravíssimos retrocessos e inversão profunda das conquistas democráticas, colocando o país em contramão dos avanços mundiais e até mesmo desalinhado com orientações consolidadas da OMS e outros organismos mediadores internacionais. Especialmente entre 2015 e 2021, houve um processo de tentativa de desmonte profundo da reforma psiquiátrica no país, com políticas remanicomializantes e um cenário de volta dos manicômios, com o financiamento de hospitais psiquiátricos especializados e das ditas “Comunidades Terapêuticas” para “dependentes químicos”. Além de tentativas de volta do eletrochoque e de internação compulsória como política de governo, incluindo até mesmo a internação de crianças e adolescentes (Abrasme, 2020 E 2022; Lima, 2019; Correia et al., 2019; Guljor et al., 2019; Nunes et al., 2019; Amarante, 2021; Amarante & Nunes, 2018).

Mas também houve um aprofundamento no debate de questões transversais, relacionadas ao direito ao trabalho, à moradia, ao acesso à cultura e à cidade, e também questões de gênero, etnia e racismo, homofobia e discriminação no campo da reforma psiquiátrica. E por fim, outros temas aprofundados têm sido os problemas da medicalização e da desmedicalização, da iatrogenia e “epidemia” das drogas psiquiátricas e da corrupção institucional na psiquiatria e na indústria farmacêutica; e o problema da patologização e retorno de políticas repressivas e autoritárias (Amarante & Torre, 2017 e 2018; Passos & Pereira, 2017; Whitaker, 2017; Whitaker & Cosgrove, 2015; Angell, 2010; Gotzsche, 2016; Frances, 2016).

### **Por uma Sociedade sem Manicômios e sem Exclusão: o movimento antimanicomial como transformação da cultura**

O movimento antimanicomial, por sua clara orientação democrática, inclusiva e participativa nas últimas décadas no país, pode ser considerado não apenas como um movimento de desmontagem dos manicômios e desconstrução do modelo manicomial, mas como um profundo movimento de transformação da cultura, produzindo novas possibilidades de entendimento da loucura e do sofrimento mental e luta contra a discriminação e a exclusão social. Inúmeras formas de expressão do movimento têm produzido uma nova mentalidade e novas concepções sobre a loucura, com destaque para as formas de expressão artística e as ações de militância no espaço social. Por exemplo, com utilização de expressões ou palavras de ordem que têm representado uma mudança de visão, como o lema do movimento antimanicomial no Brasil, “Por uma Sociedade sem Manicômios”, mas tantos outros como: “De Perto Ninguém é Normal”, “Trancar não é Tratar”, “Liberdade é o melhor remédio”, “Saúde não se vende, Loucura não se prende”, “Gente é pra Brilhar”, “Liberdade ainda que Tam Tam”, “De Militonto a Militante”, “Nenhum passo atrás, Manicômio Nunca Mais”, e muitos outros que combinam humor, criatividade e militância.

Também inúmeros projetos, eventos, exposições, apresentações, ocupações de centros culturais, manifestações e atos públicos, e ações dos movimentos organizados têm representado um grande avanço nas concepções sociais sobre a loucura e diversidade, como: o Projeto “Loucos por Música” (2007-2010); a Mostra “Cultura e Loucura” no CCBB (2005); o “Festival da Independência da Cultura” na Lapa, no Rio de Janeiro (2010); o “Festival da Loucura” em Barbacena (MG); o “Festival da Diversidade” (IPUB/UFRJ); as exposições “Loucos por Inclusão” (Memorial da Paz, ES/2015), “Mais Que Humanos” (Museu Emílio Ribas/Instituto Butantã, SP/2017) e “Lugares do Delírio” (MAR - Museu de Arte do Rio, RJ/2017); o

Seminário “Loucura, Cultura e Cidade”, organizado pelo Fórum de Ciência e Cultura (UFRJ) em parceria com o LAPS/Fiocruz (2018); o “1o. Circular da Loucura”, com múltiplas apresentações e grupos no Circo Voador (RJ), nas comemorações do 18 de maio em 2019; e também a Virada Cultural antimanicomial (SP); além de espaços e produções únicas como o Museu Bispo do Rosário e o Atelier Gaia (RJ), e o Museu da Loucura, em Barbacena (MG).

Além, é claro, do histórico Museu de Imagens do Inconsciente, fundado por Nise da Silveira dentro do CPP2 – Centro Psiquiátrico Pedro II, o antigo “Hospital do Engenho de Dentro”, que desde o ano de 2000, passou a se denominar Instituto Nise da Silveira, e agora se transforma em Parque Nise da Silveira.

Destaca-se este exemplo do emblemático processo do Instituto Nise da Silveira (RJ), que se transformou em Parque – desde as experiências pioneiras e precursoras de abertura do manicômio, passando pela criação de projetos inovadores, a partir da década de 80 em diante, como por exemplo, o EAT (Espaço Aberto ao Tempo), a Rádio Revolução, o Bloco Carnavalesco e Ponto de Cultura Loucura Suburbana, as intervenções do Hotel da Loucura, a criação do Espaço Travessia, e também a criação de dispositivos múltiplos, como o Centro de Convivência e Cultura Trilhos do Engenho, o CAPS Clarice Lispector e o CAPS AD Raul Seixas. Atualmente, o Parque Nise da Silveira se transformou num Parque comunitário aberto com múltiplas atividades, com Pólos esportivo, cultural, de geração de renda e de memória, e inclui ainda: o Memorial da Loucura, com exposição permanente; o Bistrô gastronômico com loja de economia solidária; um Pólo Esportivo com dança, artes marciais, capoeira e outros; um Pólo de Cuidado Animal, e o Bosque Ivone Lara, dentre tantos outros projetos.

Foram realizadas quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM), sendo a I e a II CNSM (1987 e 1992), no final dos anos 80 e início dos anos 90, período de grandes mudanças para a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial, com o surgimento dos primeiros serviços de atenção psicossocial pioneiros no país. O período pós-Lei da Reforma Psiquiátrica foi um dos mais transformadores, com diversos avanços, como a diversificação de dispositivos, estratégias e experiências de transformação do modelo assistencial e ampliação das possibilidades de inclusão e participação social sem precedentes – período iniciado com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, no mesmo ano da aprovação da Lei 10.216; e a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, que foi realizada em 2010. A V Conferência está prevista para ocorrer em dezembro/2023, simbolizando a possibilidade de uma grande retomada dos avanços. Essas Conferências, além de instrumentos fundamentais nas lutas, sempre foram

precedidas por conferências municipais e estaduais em todo o país, momentos de grande importância política para o movimento antimanicomial e os atores da reforma psiquiátrica brasileira.

A fundação da ABRASME (Associação Brasileira de Saúde Mental) em 2007, também representa um marco nos avanços da reforma psiquiátrica, tornando-se um dos mais combativos coletivos no campo da saúde mental no Brasil. Entre 2008 e 2023, foram realizados quatorze eventos: oito Congressos Brasileiros de Saúde Mental (Florianópolis – 2008; Rio de Janeiro – 2010; Fortaleza – 2012; Manaus – 2014; São Paulo – 2016; Brasília – 2018; Virtual (digital) – 2020; São Paulo – 2022); e seis edições do Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental (São Paulo – 2013; João Pessoa – 2015; Florianópolis – 2017; Salvador – 2019; Virtual (digital) – 2021; Rio de Janeiro – 2023). Todos os eventos foram momentos de grande mobilização política, organização dos movimentos militantes, encontros, reuniões, debates, discussões, exibição de vídeos, atividades e apresentações culturais de todos os tipos, Feira de Economia Solidária com inúmeros empreendimentos solidários presentes, e grande intercâmbio de conhecimento, com centenas de trabalhos apresentados em rodas de conversa e dezenas de mesas redondas e outras atividades.

### **Saúde Mental e Diversidade Cultural: criatividade, solidariedade e produção de subjetividade**

A diversidade de experiências do universo de produções socioculturais das últimas décadas, no qual vem se constituindo um novo campo artístico-cultural (em todas as linguagens artísticas e numa multiplicidade de formas expressivas), nos processos ligados ao movimento de reforma psiquiátrica e também ao movimento da luta antimanicomial, tem destaque como inovação no campo da saúde mental.

Um dos marcos de uma nova concepção sobre loucura e diversidade cultural foi o Projeto “Loucos pela Diversidade” (MinC-Fiocruz) em 2007 (Amarante et col., 2008), que por meio do reconhecimento de centenas de grupos e artistas identificados em todas as regiões do país, permitiu a compreensão de que a arte, a cultura e o trabalho têm sido estratégias predominantes de participação social, enfrentamento da vulnerabilidade e construção de direitos de cidadania. E nesse sentido, tão fundamentais para abordar o problema da loucura quanto a constituição dos serviços substitutivos de saúde mental e equipes multidisciplinares de saúde.

Tal compreensão vai ao encontro da ideia de que a defesa dos direitos humanos coincide, por um lado, com a luta contra a violação dos direitos e a violência, mas por outro lado, depende essencialmente da criação de condições

sociais para a inclusão da diversidade e a garantia de meios de reprodução social e possibilidades de vida. A partir dessa constatação pode-se dizer que o campo artístico-cultural da reforma psiquiátrica, com seus inúmeros projetos, grupos, artistas e produções, têm grande importância não somente como inovação nas políticas públicas de saúde, mas como componente fundamental para o fortalecimento das lutas dos movimentos sociais e políticas da diversidade, na inclusão das pessoas em sofrimento mental e vulnerabilidade psicossocial.

Tais formas inovadoras de relação com a loucura apontam para um lugar social em ruptura com a compreensão da loucura reduzida à doença e negatividade, no sentido biomédico estrito, o que tem permitido aos sujeitos reconhecerem-se não mais pelo discurso médico ou pelo diagnóstico psiquiátrico, mas pelas possibilidades de invenção de novos modos de vida que produzem cidadania, circulação social e ampliação do conhecimento e da liberdade, produzindo igualmente transformações em profissionais, familiares, artistas e cidadãos que constituem os coletivos e processos criativos, e que são afetados no sentido da solidariedade, da criatividade, do prazer e da defesa dos direitos.

Dito de outro modo, esses projetos de protagonismo e criação artístico-cultural significam não somente uma reinvenção do campo da saúde mental, mas também uma ampliação do campo das artes e da cultura, e nessa dupla transformação, a criação de novas possibilidades de vida, de expressão e participação social, funcionando como importantes estratégias para incentivar a possibilidade de repensar os projetos de vida dos sujeitos em sofrimento mental e os modelos de cuidado nas políticas de saúde.

Utilizando por vezes um termo híbrido para se referir às experiências e projetos (coletivos ou individuais), o termo “arte-cultura”, busca-se uma visão crítica e engajada do campo da cultura; inspirado a partir de Gilberto Gil quando esteve à frente do MinC, especialmente no âmbito dos Programas “Cultura Viva” e “Pontos de Cultura”, nos quais houve uma concepção de cultura a partir da valorização dos sujeitos da diversidade em suas formas de expressão. Também o conceito de “Cidadania Cultural” é um conceito importante para orientar as discussões sobre o campo da cultura – tal conceito trata do direito dos cidadãos ao acesso aos bens culturais de uma sociedade, como direito fundamental para a verdadeira inclusão social, o que vem ao encontro das políticas de diversidade cultural que se constituem em diretriz atual em nosso país (Souza, 2012; Yúdice, 2004; Chauí, 1981; 1995)

Outro aporte importante para discutir a questão da diversidade cultural, vem a ser a Análise Genealógica de Michel Foucault (Foucault, 1978; 1979; Machado, 1979; 2007; Caponi, 2009; Torre & Amarante, 2012), buscando refletir sobre as

rupturas com o paradigma psiquiátrico que podem ser operadas através das inovações nas experiências de arte-cultura e diversidade cultural da reforma psiquiátrica. A partir da Análise Genealógica de Michel Foucault, propõe-se a concepção de “ruptura genealógica” com os saberes e instituições fundantes da psiquiatria, o que produz a possibilidade de “desconstrução do paradigma psiquiátrico” e resistência ao poder psiquiátrico.

Também do mesmo modo existem os conceitos de “produção de subjetividade” e “processos de singularização”, de Félix Guattari e Gilles Deleuze (1995), que podem ser centrais no sentido de buscar refletir sobre os modos de invenção de novas formas de singularização, e novas possibilidades de relação com a loucura e a diferença. E ainda, outros autores centrais, especialmente Franco Basaglia, são fundamentais para discutir o conceito de doença e a noção de Loucura como Diversidade (Basaglia, 1985; 2005; Sacks, 1995); assim como Boaventura de Souza Santos, para uma reflexão sobre o conceito de “cultura” (Santos, 1997; 2000 E 2007; Santos & Meneses, 2009; Santos & Chauí, 2013); e por fim, alguns autores da “complexidade nas ciências”, para uma crítica do conceito de “ciência” (Morin, 1996 E 1999; Capra, 1986; Stengers, 1989). A partir de tais referências, a arte-cultura pode ser compreendida como acolhimento da diferença e potencialização da diversidade, e como resistência ao poder psiquiátrico e forma de enfrentamento dos processos de vulnerabilização e medicalização/ patologização do sofrimento mental.

### **Por uma Genealogia da Reforma Psiquiátrica:**

#### **diversidade cultural no enfrentamento da colonização biomedicalizante e da burocratização institucional**

A amplitude e multiplicidade dos projetos e experiências artístico-culturais da reforma psiquiátrica no Brasil, nas áreas de teatro, música, artes plásticas e visuais, dança, rádio, TV, cinema, blocos carnavalescos, uso de linguagens multiartísticas, dentre outros, reflete a grande envergadura dos processos criativos que tem sido construídos e seu impacto social. Um estudo recente, de pesquisa de tese, analisou algumas experiências ou projetos/grupos de arte-cultura pioneiros na fundação do campo artístico-cultural, constituídos desde o final da década de 1980, com uma enorme riqueza de experiência e boas práticas acumuladas, e ainda permitindo repensar o campo da saúde mental (Torre, 2018). A pesquisa de campo, realizada em São Paulo e Rio de Janeiro, incluiu: Cancioneiros do IPUB e Harmonia Enlouquece (música), Coral Cênico Cidadãos Cantantes (canto/teatro/música), Projeto TAM TAM (multiartístico), Companhia Teatral UEINZZ (teatro/performance), o artista visual Rafael Matos (pintura/desenho/animação), o Ponto de Cultura e Bloco

Carnavalesco Loucura Suburbana (Ponto de Cultura, Bloco de Carnaval, Editora de livros e Escola de Informática), e Lula Wanderley, fundador do Espaço Aberto ao Tempo (EAT) e do Grupo de Ações Poéticas Sistema Nervoso Alterado (multiartísticos). Também foram incluídas no material de análise, duas exposições de arte em conexão com a questão da loucura: as exposições “Mais que Humanos” (SP) e “Lugares do Delírio” (RJ).

Uma série de questões fundamentais são colocadas para o campo da saúde e da saúde mental a partir da análise das experiências de arte-cultura e inclusão social discutidas, como por exemplo, por um lado, a denúncia de questões centrais que ficam claras como enfrentamentos decisivos: o problema da colonização biomedicalizante como problema essencial do discurso e da prática hegemônica sobre a loucura, e as novas formas de “aggiornamento” (atualização) do poder psiquiátrico e do dispositivo da doença mental; e também a continuidade da tendência à burocratização, isto é, à padronização das práticas, à repetitividade de modos de intervenção, e a tendência à acomodação a esquemas mecânicos.

Esses são dois desafios centrais na transformação das práticas e saberes em curso, em que se busca, em primeiro lugar, liberar as narrativas e ações da colonização pelo discurso biomédico e da visão tradicional de doença, como reducionismos herdados no campo da saúde. Esses reducionismos, por sua vez, levam à repetição de velhos modelos como se fossem novos, isto é, “novas” tecnologias como “maquiagem” de velhas concepções e práticas manicomial e psiquiátricas, como Castel (1978) chama de “aggiornamento”. Na mesma direção, Rotelli (1990) chama de “psiquiatrias reformadas”, na medida em que considera ocorrer uma renovação do arsenal terapêutico psiquiátrico. Em segundo lugar, a captura dos modelos inovadores pelas rotinas institucionais, normatizações e tendência à uniformização, processo que sempre tensiona as mudanças entre os pólos da inovação *versus* institucionalização.

Por outro lado, a construção de alternativas à colonização biomédica e à burocratização institucional, como por exemplo: o uso de múltiplas linguagens artísticas ou hibridismos entre linguagens de forma inovadora ou não-convencional, com a dissolução de fronteiras rígidas entre as artes, e também a inexigibilidade de roteiros rígidos ou protocolos pré-estabelecidos; o princípio do co-envolvimento e da horizontalidade, fundado na quebra de hierarquias e na ruptura com o lugar de saber e com o discurso especialístico como discurso de verdade última; a construção das propostas de intervenção em arte-cultura e trabalho por meio do princípio de “fazer juntos”, isto é, criar propostas a partir dos sujeitos e do coletivo, ao invés de partir dos técnicos ou das normas e protocolos institucionais; o distanciamento profundo

em relação ao papel profissional do “médico” ou técnico convencional, e a consequente reação corporativa ou individual frente à ameaça ao esvaziamento dos lugares profissionais convencionais na medicina, na psiquiatria e na psicologia, e em outras profissões; o uso da linguagem do corpo e o uso da arte como forma comunicativa, com ênfase nas narrativas e metáforas, rompendo as fronteiras expressivas da arte e sua captura como “mercadoria” – o que leva a uma desinstitucionalização da arte convencional, isto é, reduzida a convenções. E por fim, a quebra dos lugares de normalidade e anormalidade como conceitos pré-concebidos, ativando processos de desestigmatização, desmedicalização e despatologização dos sujeitos, construindo modos concretos de solidariedade e participação.

Todas essas questões e princípios colocam as experiências artístico-culturais da reforma psiquiátrica investigadas, e de modo geral as formas inovadoras de participação social e invenção de possibilidades de vida por meio da arte, da cultura e do trabalho solidário, como formas de “ampliação do olhar para a vida” (Wanderley, 2002, p. 9) e reconstrução de espaços de criatividade e solidariedade, de produção de subjetividade e de contato afetivo. Portanto, rompendo com suas funções convencionadas, do trabalho como mero meio de subsistência ou de participação no mercado e no consumo; ou da arte-cultura reduzida a entretenimento, mercadoria, objeto midiático – o que nos ensina que a relação com a arte, a cultura e o trabalho podem ser reinventadas ou vivenciadas como questionamento dos modos hegemônicos de pensar e agir e para ampliação das possibilidades de vida. A liberação da arte-cultura e do trabalho de suas formas institucionalizadas, isto é, sua liberação do reducionismo a que foram submetidos, permite a afirmação de sua potência na produção de saúde, direitos sociais, prazer e vida.

Portanto, a redução da arte-cultura e do trabalho a suas formas institucionalizadas na sociedade a partir dos lugares de poder dominantes, e também a repressão da loucura em função de um modelo de normalidade socialmente imposto pelo capitalismo, através da exclusão da diversidade (e do “diferente”), representam um profundo e perverso empobrecimento cultural e social, que reproduz os mecanismos de poder e exclusão para a manutenção da desigualdade social, reforçando os ganhos econômicos sobre a doença, a mercantilização do sofrimento e produzindo adoecimento e submissão.

De outro ponto de vista, é possível entender que os projetos de arte-cultura e os projetos de trabalho, economia solidária e cooperativas sociais, se constituem, atualmente como modos de resistência às políticas neoliberais e aos retrocessos políticos remanicomializantes, demonstrando uma riqueza de formas de



participação, circulação social e ampliação da cidadania, das mais importantes no cenário atual. Também se constituem como referência para as políticas de diversidade cultural no país, como experiências inovadoras que vão ao encontro dos objetivos e princípios da “Convenção sobre a Proteção e a Promoção da Diversidade das Expressões Culturais” (UNESCO, 2006), aprovada pela Conferência Geral da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – Unesco, e ratificada pelo governo brasileiro.

O conceito de “Diversidade Cultural” se torna fundamental para transversalizar as reflexões sobre os processos de reforma psiquiátrica no Brasil, tomando como referências diversas fontes nas Ciências Sociais e na literatura crítica do campo da Saúde Mental, e especialmente fundamentado em Michel Foucault (2015) e Boaventura de Souza Santos (1998), no sentido de buscar a discussão acerca do conceito de cultura através da noção de “cultura” como resistência ao poder e como forma de transformação do *lugar social* da diversidade e da diferença.

Portanto, desse modo, caminha-se no sentido de uma superação das explicações e concepções hegemônicas de “cultura”, isto é, aquelas que nasceram de uma visão etnocêntrica da diversidade cultural, colocando como modelo a visão do colonizador; como também busca-se questionar a visão de cultura construída a partir da ciência, com a conseqüente constituição de um paradigma de conhecimento simplificador, o da racionalidade científica moderna.

O mesmo processo ocorreu em relação às formas modernas de compreensão da loucura que originaram o saber psiquiátrico e suas instituições fundantes, produzindo o silenciamento da loucura e sua captura como problema médico. A noção de doença mental é o resultado da construção histórica da loucura como erro, inferioridade, incapacidade, periculosidade. Uma visão reducionista sustentando as relações de poder que permitiram a exclusão social e histórica do louco e do diferente, cristalizando na sociedade uma psico-normatividade capitalista e “civilizada” como ideal de comportamento e sensibilidade.

Assim, procede-se a uma utilização da Análise Genealógica, e de outras fontes no campo das Ciências Sociais e da Complexidade nas Ciências, com o intuito de construir ferramentas e aportes conceituais para realizar uma crítica do conceito de cultura dominante, e encontrar novos conceitos de cultura que permitam pensar Diversidade como desconstrução do etnocentrismo e da colonização do pensamento (Santos & Meneses, 2009). Busca-se também questionar ou realizar a crítica do conceito tradicional de doença e doença mental, para permitir a proposição do conceito de Loucura como Diversidade ou Singularidade, levando à concepção de Diversidade como desconstrução da psico-normatividade.

As críticas desenvolvidas levam à problematização e ao questionamento tanto da ciência como discurso de verdade, quanto da Psiquiatria como solução “ideal” para o sofrimento mental. Isto é, a prática e ação consequentes nos processos de reforma psiquiátrica, a partir de todas essas discussões, indicam o enfrentamento do especialismo e tecnicismo no campo da saúde mental e o enfrentamento dos processos de medicalização e psiquiatrização (Amarante & Torre, 2010), oriundos dos interesses da “indústria da loucura” e da mercantilização do sofrimento mental.

### **Loucura e Diversidade:**

#### **Inovação e Ruptura a partir do Campo Artístico-Cultural da Reforma Psiquiátrica**

Com o Projeto “Loucos pela Diversidade” (Amarante et col., 2008) houve uma inovação na abordagem da diversidade cultural no campo da saúde mental no Brasil, com a visão de que os projetos artístico-culturais da reforma psiquiátrica se firmaram como inovação nas políticas públicas culturais, constituindo-se como uma ruptura com a concepção de doença e incapacidade na definição dos sujeitos em sofrimento mental e vulnerabilidade psicossocial, e também uma ruptura com as concepções da arte como “recurso terapêutico” ligado aos serviços de tratamento, nos conduzindo a uma visão dos projetos culturais como construção de novas possibilidades de expressão e ressignificação de vida, numa nova visão de política cultural, visando contribuir para a consolidação da Cidadania Cultural dos sujeitos em processos de inclusão social e reconstrução de vida, através das experiências de cultura e arte.

E deste modo, os projetos artístico-culturais da reforma psiquiátrica entram nas políticas públicas culturais, ampliando territórios de circulação, trocas sociais e produção de vida, e com uma visão abrangente de cultura, com centenas de experiências conhecidas de música, dança, teatro, cinema, rádio e TV, literatura, poesia, intervenção urbana, performance, pintura, fotografia, artes plásticas, cerâmica, esculturas, artesanato, e outras formas artísticas e criativas com grande conteúdo de crítica e capacidade de intervenção no imaginário social, e que passam a funcionar para além dos serviços de saúde, criando autonomia e desdobramentos que superam o status de intervenção clínica ou terapêutica, para se tornarem projetos de arte e cultura inseridos na vida da cidade.

Dessa forma, as experiências de arte e cultura do campo da saúde mental no Brasil, tiveram como início projetos concretos e inovadores, que deram origem a um novo campo de atuação que hoje compõe a produção sociocultural da reforma psiquiátrica, como, por exemplo: em Santos (SP), o pioneiro “Projeto TAM TAM”

(DiRenzo, 2008 e 2011), com a “Rádio TAM TAM” e a “TV TAM TAM”; no Rio de Janeiro, o “Grupo de Ações Poéticas Sistema Nervoso Alterado”, criado a partir do trabalho do “Espaço Aberto ao Tempo – EAT” (Wanderley, 2001; 2002; 2008; 2011; 2021; Siqueira-Silva et al., 2012; 2011) e em parceria com os grupos teatrais “Os Nômades” e “Camisa de Força”; o grupo de teatro “Andarilhos Mágicos” (Corbella, 2015); o Grupo de Teatro do Oprimido “Pirei na Cenna”; e a Companhia Teatral “Os Nômades” (Sá, 2011); na área de cinema e vídeo, a “TV Pínel”, e o Projeto “Cinema na Praça” (Ferreira, 2011; Ferreira & Jacó-Vilela, 2012); os conjuntos musicais: “Cancioneiros do IPUB” (Vidal, 2011; Vidal et al., 2008); “Harmonia Enlouquece” (Dantas, 2010; 2016; Calicchio, 2007; Siqueira-Silva et al., 2012; Siqueira-Silva, 2015); os “Mágicos do Som” (Siqueira-Silva, 2007); o projeto de intervenção urbana “Heterogênese Urbana” (Peixoto, 2012); e no Carnaval, surgiram: o Bloco Carnavalesco e Ponto de Cultura “Loucura Suburbana” (Machado, 2010); o Coletivo Carnavalesco e Ponto de Cultura “Tá Pirando, Pirado, Pirou” (Xisto, 2012); o Bloco “Tremendo nos Nervos”; o Bloco “Maluco Sonhador” (Paracambi/RJ); o Bloco “Império Colonial” (RJ); o Bloco “Zona Mental” (RJ); o Bloco “ConsPirados” (MG); o Bloco “Doido é Tú” (CE); e os Blocos “BiBiTanTã” e “Loucos pela X” (SP). Em São Paulo, na interface música e teatro, o Coral Cênico “Cidadãos Cantantes” (Maluf, 1999 E 2005; Silva, 2013; Maluf et al., 2009); também em SP, a Companhia Teatral UEINZZ (Pelbart, 1998; 2000; 2003; 2013 E 2016; Carvalhaes, 2012; Francisquetti, 2006; Inforsato, 2010; 2011); e o projeto musical “Loucos pela Vida – Nas Terras do Juquery” (SP); dentre outros. E em outras cidades, em produção de vídeo: a TV Sã (Brasília/DF) e a “TV Parabolínica” (MG); os grupos musicais “Trem Tan Tan” com o artista Babilak Bah (MG) e o Grupo de Hip Hop “Black Confusion” (RS); bem como tantos outros projetos que já no final da década de 80 foram fundados e serviram de base para posteriores dispositivos e grupos, editais, centros de convivência e cultura e outras intervenções e eventos.

E surgiram ainda muitos outros projetos, que importa citar pela diversidade e qualidade das produções, como os conjuntos musicais: Lokonaboa; Devotos de São Doidão; Delírios Líricos de Lírio; Jacaré Gularstone; Zé do Poço e Sarieiro; Cantar e Dançar; Nosso Melhor Remédio; Tem Maluco no Pedaco; Samba na Cabeça – Mentaleiros na Comunidade; Coral Nós com Voz; Os Impacientes; Banda Vide Bula; Grupo Cênico-Musical de Inclusão Social Trupe do Trapo; Rock na Tamarineira; Doidodum – Banda de Percussão; Banda D' Lírios do Cuca e o Bloco de Percussão Desencuca – Centro de Convivência e Cultura Cuca Fresca; e muitos outros grupos e artistas individuais que tocam, compõem e produzem conteúdos e obras musicais.

No âmbito do teatro e artes cênicas, existem muitos outros projetos ou grupos teatrais que surgiram: Trupe Maluko Beleza; Companhia Teatral O Desconhecido; Grupo Sai no Vento; “Os Nômades” – Cia de Teatro; Os Loucutores – Grupo de Teatro da Saúde Mental de Esmeraldas; Grupo de Teatro Vem Ser; Núcleo de Criação Sapos e Afogados; Grupo Liberarte; Cia. Sem Pressão; Iluminarte; Loucosmotivos da Arte; Grupo de Teatro Tá na Rua: Desencuca; Grupo Circense – Circuca; Grupo Teatral “Nau da Liberdade”; Oficina de Teatroterapia “Loucos pela Vida”, dentre outros.

Por fim, na produção de vídeos, se incluem, por exemplo: a Rede Parabolínica; e a “TV Sã” – INVERSO Centro de Convivência e Cultura; e na área de rádio: Rádio Antena Virada; Rádio Web Delírio Coletivo Saúde Mental; Rádio Maluco Beleza; Rádio Cala a Boca Já Morreu. Além do Carnaval, como já destacado, que é uma das dimensões mais vivas do movimento cultural da loucura no Brasil; e esses são apenas alguns dos projetos artístico-culturais, que também incluem muitas exposições de pinturas e esculturas, recitais de poesias, lançamentos de livros, eventos culturais, além da produção de camisetas, cartazes, broches, faixas, e todo tipo de manifestação iconográfica e militante, ao longo de mais de quatro décadas do processo de reforma psiquiátrica.

Por todas essas experiências de arte-cultura que estão se desenvolvendo, a dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica mostra sua importância como dimensão de transformação da relação social com a loucura, e sua importância para o campo da Saúde Mental no Brasil hoje. (Amarante et al., 2012; 2012a; 2013; Amarante & Costa, 2012; Amarante & Nocam, 2012; Amarante, 2011; Reis, 1998; Alverga & Dimenstein, 2006; Bezerra Jr., 2011; Lopes, 1999; Amarante & Torre, 2017; 2017a; Venturini, 2012).

Finalmente, também torna-se fundamental considerar as inúmeras e originais experiências históricas, desde os primórdios da história da psiquiatria, que relacionam arte e loucura. Por exemplo, as experiências fundamentais de Osório Cesar e Nise da Silveira, que se tornaram referências no debate, dentre tantas outras (Cesar, 1929; 1934; Silveira, 1981; 1986; 1992; Lima & Pelbart, 2007; Lima, 2009; Thomazoni & Fonseca, 2011; Patrocínio, 2001; Providello & Yasuí, 2013; Ferraz, 1998; Hidalgo, 1996 E 2009; Cunha, 1986; Cruz, 2015; Barreto, 2010; Mello, 2015; Dantas, 2009; Frayze-Pereira, 1995; 1999; Zanini, 2001; Antunes et al., 2002).

## **De Osório Cesar e Nise da Silveira ao cenário contemporâneo das experiências de Arte-Cultura da Reforma Psiquiátrica: marcos históricos num contexto em transformação**

Muitos estudos foram feitos sobre Osório Cesar e sobre Nise da Silveira e o Museu de Imagens do Inconsciente. São investigações importantes que levantam incontáveis questões e pontos de vista (Tommasi, 2005; Melo, 2005 E 2001; Dias, 2003; Frayze-Pereira, 2003; Dionisio, 2012 e 2001; Andriolo, 2003; Bôas, 2008; Carvalho & Reily, 2010; Cruz Jr., 2009). O ponto central é que em ambos os casos houve um deslocamento do estatuto da loucura, que deixa de ser erro para tornar-se plena de sentido, com sujeitos concretos criando uma produção potente na superação da opressão manicomial através da arte, e que produzem abalos nas formas de compreensão social da loucura, produzindo um enorme corte na visão hegemônica psiquiátrica, e ganhando repercussão internacional. Esses são alguns dos mais importantes marcos históricos nas relações entre arte, loucura e cultura no Brasil.

Mas é apenas na década de 60 e 70 que é possível identificar um contexto mais amplo de questionamentos internacionais da psiquiatria tradicional, e com as reformas psiquiátricas do pós-guerra, muitas experiências inovadoras introduzem o uso da arte no campo da saúde mental, nesse momento não mais em instituições exclusivamente manicomiais, mas em uma situação completamente diversa: um novo movimento de abertura manicomial. Isso altera profundamente o sentido da introdução da arte-cultura no campo da saúde mental – já não se trata mais de experiências na história da psiquiatria, mas de projetos de arte-cultura em contexto de reforma psiquiátrica. Essa inflexão é determinante e pode ser considerada um marco histórico e “divisor de águas”. Esse novo contexto estabelece uma inovação no uso das estratégias de arte-cultura: seu uso para uma desconstrução manicomial – é esse cenário contemporâneo, que articula arte, cultura e saúde mental, que vem se tornando objeto de análise central para um pensamento crítico atual no campo da saúde.

Nesse novo cenário, encontram-se experiências pioneiras internacionais que dialogam com as artes e com artistas, como a de teatro nos trabalhos de Tosquelles, as diversas experiências da Clínica La Borde na França, e a experiência basagliana em Trieste, apenas para citar algumas muito conhecidas. Mas no Brasil, a originalidade e a multiplicação das experiências do campo artístico-cultural da reforma psiquiátrica, faz com que surja um movimento singularmente expressivo. Desde 1978, com a deflagração do processo da reforma psiquiátrica brasileira (Amarante, 2015a e 2015b), um vigoroso processo de produção iconográfica,

estética e militante inicia uma mudança na relação da sociedade com a loucura, criando novas formas de usar a arte para construção do discurso de luta. De forma mais ampla, como foi dito, pode-se considerar que um movimento cultural da luta antimanicomial atravessa os processos de mudança desde o início das transformações no final de década de 70 (palavras de ordem, camisetas, broches, banners, atos públicos, cartazes, eventos, seminários científicos, organização do movimento social, articulação do “dentro-fora” das instituições de tratamento, etc.).

De forma mais específica, pode-se considerar como um outro marco histórico, as experiências pioneiras no Brasil, de fundação do campo artístico-cultural da reforma psiquiátrica, com a criação dos primeiros projetos que articulam arte-cultura e loucura: por exemplo, o Espaço Aberto ao Tempo (EAT) é criado sem se basear em nenhum modelo de serviço advindo do movimento de reforma psiquiátrica. Por ser peça-chave da abertura do Hospício do Engenho de Dentro (antigo CPP2, atual Instituto Municipal Nise da Silveira, no Rio de Janeiro), e por sua forma de articular arte e loucura, pode ser considerado marco do campo artístico-cultural da reforma psiquiátrica.

Começamos a construção do Espaço Aberto ao Tempo em 1988. Na época, não conhecíamos a Reforma da Assistência Psiquiátrica brasileira e seus novos modelos de instituição. Todas as ações inovadoras surgiam espontaneamente, a partir do nosso cotidiano, como formas de resistência. (...) Construindo o Espaço Aberto ao Tempo, imaginávamos dar início a uma fragmentação do Engenho de Dentro em unidades autônomas. Assim diversificaríamos as propostas assistenciais. Esse nosso percurso foi tão contundente e radical, que fez com que outras enfermarias do Hospital Gustavo Riedel (unidade hospitalar do Centro Psiquiátrico Pedro II) perdessem o sentido, a razão de ser. Sem que nos déssemos conta, ao desconstruir a enfermaria M1, destruíamos a insana unidade hospitalar e contribuíamos para o início das discussões sobre o fim do Engenho de Dentro.” (Wanderley, 2002, p. 150)

Por sua vez, o Projeto TAM TAM surgiu a partir do contexto da reforma psiquiátrica em Santos (SP), em que se dá a criação dos primeiros serviços formando uma rede essencialmente substitutiva ao manicômio no campo da atenção psicossocial no país, que foram os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), em 1989, e a partir daí, o desenvolvimento de toda a histórica experiência santista no campo da saúde mental. Isso se dá, especialmente, a partir da intervenção no hospital psiquiátrico “Casa de Saúde Anchieta”, que marca o início da experiência santista, em 3 de maio de 1989.

Por conta desses marcos históricos do cenário contemporâneo na introdução da arte-cultura no campo da Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica, é que o EAT (1988), e também o Projeto TAM TAM (1989), nascido por meio da experiência santista de reforma psiquiátrica, podem ser considerados como espaços de

nascimento de algumas das primeiras experiências essencialmente disruptoras, isto é, de uso de linguagens artístico-culturais na desconstrução manicomial, no processo de reforma psiquiátrica no Brasil no cenário contemporâneo. São alguns dos primeiros projetos inovadores do campo artístico-cultural da reforma psiquiátrica no país. É a partir do cenário contemporâneo das relações entre arte, cultura e loucura, com estes marcos históricos, que se encontra um novo modo de articular tais elementos.

### **Considerações Finais:**

#### **Loucura, Cultura e Cidade – ampliando os espaços de vida e saúde**

A questão fundamental de uma visão ampliada da Reforma Psiquiátrica como processo de transformação social, para além da ação do Estado e para além de tecnologias institucionais ou técnico-profissionais, tem a ver com uma *dimensão sociocultural* remetendo a transformações no imaginário social, ao espaço de ações coletivas, de mobilização e invenção de novos modos de reprodução social – ao mesmo tempo como luta contra a exclusão e a violência e como caminho de participação social e cidadania.

Das oficinas terapêuticas e grupos nos hospitais-dia e serviços de atenção psicossocial, até o movimento cultural antimanicomial e a ocupação de espaços urbanos, as experiências artístico-culturais se firmaram como intervenção na cidade e na cultura, e enquanto reconstrução de possibilidades de vida dos sujeitos em sofrimento mental. Esse processo de desinstitucionalização da arte-cultura no campo da saúde mental, permite não só questionar a redução da arte à “terapia”, como questionar a linguagem médico-psicológica como interpretação das linguagens artísticas, e leva a uma ampliação da própria visão do campo das artes e das formas de expressão da diversidade cultural.

Na medida em que os sujeitos se reconhecem não mais pelo lugar da doença e inferioridade, e não mais pelo diagnóstico psiquiátrico, mas pela sua inserção em projetos e frentes de inclusão social e militância, e passam a se enunciar e se compreender como produtores de arte e cultura, como empreendedores solidários ou protagonistas da luta antimanicomial, há uma profunda transformação e deslocamento na constituição da relação da sociedade com a loucura e a diferença. O que também pode significar um entendimento da Reforma Psiquiátrica como intervenção na cultura e defesa e promoção da diversidade cultural e dos direitos humanos, e enfrentamento de políticas higienistas e de mercantilização da vida.

Em outras palavras, as experiências de arte-cultura da reforma psiquiátrica vêm possibilitando rupturas e uma inovação no campo da Saúde Mental, produzindo

a desconstrução do paradigma psiquiátrico através do nascimento de um novo campo de práticas e saberes – o campo artístico-cultural da reforma psiquiátrica. E, como desdobramento, vêm promovendo a invenção de novas formas de inclusão e participação social da loucura e da diferença, em ruptura com o lugar da doença.

Tais experiências artístico-culturais têm possibilitado produzir rupturas em relação a pontos fundamentais do paradigma psiquiátrico: as rupturas com a noção de doença mental como incapacidade e inferioridade, e conseqüentemente ruptura com o discurso técnico-científico e médico-psiquiátrico hegemônico sobre a loucura; a ruptura com a noção de arte-cultura como “terapêutica”; e a ruptura com a concepção de cultura como restrita à arte institucionalizada. A partir dessas rupturas, produz-se uma ampliação do conceito de cultura e uma crítica ao discurso científico e médico-psicológico como discurso de verdade.

A partir da desnaturalização da reforma psiquiátrica como apenas reorganização do modelo assistencial, a dimensão sociocultural passa a ser decisiva no processo de transformação do campo da saúde mental, no sentido da construção de práticas de emancipação e participação social em ruptura com o paradigma psiquiátrico em suas bases fundantes. Especialmente a ruptura com o conceito de doença e transtorno mental como definição para a experiência do sofrimento psíquico, com uma conseqüente ampliação do conceito de saúde para muito além da remissão dos sintomas ou “estabilização do quadro”, incorporando os debates sobre participação social, autonomia e solidariedade. Também torna-se central a ruptura com a concepção da arte como terapêutica, no sentido da liberação das linguagens artísticas de uma sobredeterminação ou sobrecodificação clínica, e portanto sua tomada como linguagens disruptivas e ampliadoras dos sentidos, sem captura pela interpretação técnico-científica; e mais que isso, cultura não apenas como arte institucionalizada, mas como multiplicidade de expressões dos grupos sociais: todas essas questões tornam-se rupturas fundamentais.

Nesse sentido, as rupturas e deslocamentos que vêm sendo possíveis a partir da produção sociocultural e do protagonismo dos sujeitos nos projetos artístico-culturais e no movimento da luta antimanicomial, por um lado significam uma ampliação das práticas para além da intervenção técnico-assistencial, produzindo cidadania, autonomia e participação social. E por outro lado, também possibilitam questionar a sobredeterminação da arte pela clínica, e a compreensão da cultura como restrita a espaços e discursos dominantes ou a formalismos escolásticos.

Daí o questionamento da redução das iniciativas artístico-culturais ao efeito “terapêutico” das mesmas, buscando então transcender os determinantes puramente biológicos ou psicológicos dos processos de saúde-doença, e também



criticando do mesmo modo as tentativas de alargamento da visão biomédica e reducionista, dominante na saúde pública tradicional – isto é, uma dupla crítica aos paradigmas biomédico/curativista e preventivista/patologizante presentes em nossas práticas de saúde, criados a partir de uma certa matriz racionalista na visão sobre a doença, que por sua vez podem significar um aprofundamento dos processos de medicalização e psiquiatrização da sociedade (Whitaker, 2017; Campos, 2002; Castiel & Diaz, 2007; Lancetti, 2005).

Dito de outro modo, as experiências artístico-culturais têm permitido o surgimento de formas inovadoras de relação com a loucura e a diversidade nas quais os sujeitos são compreendidos não mais pelo diagnóstico psicopatológico ou médico-psiquiátrico tradicional, mas pelas possibilidades de invenção de novos modos de vida que produzem cidadania, circulação social e ampliação do conhecimento e da liberdade.

A análise das experiências de arte-cultura inovadoras indica que se constituem a partir de princípios e elementos fundamentais, tais como: o uso de múltiplas linguagens artísticas ou hibridismos de forma inovadora, com a dissolução de fronteiras rígidas entre as artes; a quebra de hierarquias e deslocamento de lugares marcados, com o questionamento dos conceitos de normalidade e loucura e uma ruptura com o discurso técnico-especialístico; a abertura à diferença e à criação original; o princípio da heterogeneidade e o experimentalismo; os princípios do co-envolvimento e da horizontalidade; e o foco sobre o sujeito e os processos criativos e não em protocolos rígidos e normas burocráticas; dentre outros.

Tais princípios produzem inovações que permitem as rupturas citadas, como: ruptura com o conceito de doença/transtorno mental, bem como a ampliação das noções de saúde e de cuidado; ruptura com a noção de arte como terapêutica; e ruptura com o conceito de cultura como arte institucionalizada. A partir destas rupturas, compreende-se que vem ocorrendo um processo de *autonomização* do campo artístico-cultural em relação ao campo técnico-assistencial da reforma psiquiátrica. Desse modo, entende-se que os projetos de arte-cultura e trabalho se constituem atualmente como modos de resistência às políticas neoliberais e aos retrocessos políticos remanicomializantes, demonstrando uma riqueza de formas de participação, circulação social e ampliação da cidadania das mais importantes no cenário atual.

## Referências Bibliográficas

- Alverga, A. R. & Dimenstein, M. (2006). A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 10, n.20, pp. 299-316.
- Amarante, P. (2011). Diversidade, cultura e direitos humanos: bases para a reforma psiquiátrica. In: Melo, W. & Ferreira, A. P. *A sabedoria que a gente não sabe*. Rio de Janeiro: Espaço Artaud/Universidade Federal de São João del Rey, v.1, pp. 25-34.
- Amarante, P. (coord.). (2015). *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, P. (org.). (2021). *Loucura e transformação social: autobiografia da reforma psiquiátrica no Brasil*. São Paulo: Zagodoni.
- Amarante, P. (1996). *O Homem e a Serpente – outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, P. (coord.). (2017). *Projeto Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. LAPS/ENSP/FIOCRUZ – Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <http://laps.ensp.fiocruz.br/>
- Amarante, P. Entrevista. (2021). *Querem passar a boiada também na psiquiatria*. TV 247. Portal Brasil 247. Disponível em: <https://youtu.be/WFf2bRFHs5w>.
- Amarante, P. (2015). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. D. C. (2015). *Teoria e Crítica em Saúde Mental: textos selecionados*. São Paulo: Zagodoni.
- Amarante, P. & Nunes, M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*. 23(6).2067-2074. doi: 10.1590/1413-81232018236.07082018.
- Amarante, P. D. C. & Torre, E. H. G. (2018). De volta à cidade, sr. cidadão! - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Revista de Administração Pública/FGV*, vol.52, n.6, pp.1090-1107. ISSN 0034-7612.
- Amarante, P. D. C. & Torre, E. H. G. (2017). Direitos humanos, cultura e loucura no Brasil: um novo lugar social para a diferença e a diversidade. In: Oliveira, Walter Ferreira de; Pitta, A M. F. & Amarante, P. (Org.). *Direitos Humanos e Saúde Mental*. São Paulo: HUCITEC, v. 39, pp. 107-133.
- Amarante, P. D. C. & Torre, E. H. G. (2018). Saúde Mental, Loucura e Diversidade Cultural: Inovação e ruptura nas experiências de arte-cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. *Interface*. Botucatu-SP, v. 21, pp. 763-774.
- Amarante, P. D. C.; Torre, E. H. G. (2010). Medicalização e Determinação Social dos Transtornos Mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas. In: Nogueira, R. P. (org.) *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Coleção Pensar em Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, pp. 151-160.

- Amarante, P. (coord.). (2008). Loucos pela Diversidade: da diversidade da loucura à identidade da cultura. *Relatório final da Oficina Nacional de Indicação de Políticas Públicas Culturais para pessoas em sofrimento mental e em situações de risco social*. Rio de Janeiro: LAPS/FIOCRUZ.
- Amarante, Paulo & Costa, Ana Maria. (2012). Diversidade Cultural e Saúde. *Coleção Temas Fundamentais da Reforma Sanitária*, n. 10. Rio de Janeiro: CEBES.
- Amarante, Paulo & Nocam, Fernanda (org.). (2012). *Saúde Mental e Arte: práticas, saberes e debates*. São Paulo: Zagodoni.
- Amarante, P.; Freitas, F.; Nabuco, E. & Pande, M. (2012). Da arteterapia nos serviços aos projetos culturais na cidade: a expansão dos projetos artístico-culturais da saúde mental no território. In: Amarante, P. & Nocam, F. (org.). *Saúde Mental e Arte: práticas, saberes e debates*. São Paulo: Zagodoni, pp. 23-38.
- Amarante, P.; Freitas, F.; Nabuco, E. & Pande, M. N. R. (2012). Da diversidade da loucura à identidade da cultura: o movimento social cultural no campo da reforma psiquiátrica. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 4, pp. 125-132.
- Amarante, P.; Freitas, F.; Pande, M. N. R. & Nabuco, E. (2013). El campo artístico-cultural en la reforma psiquiátrica brasileña: el paradigma identitario del reconocimiento. *Salud Colectiva*, v. 9, pp. 287-299.
- Andriolo, A. (2003). A psicologia da arte no olhar de Osório Cesar: leituras e escritos. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 23, n. 4, pp. 74-81.
- Angell, M. (2010). *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. Rio de Janeiro: Record.
- Antunes, E.; Barbosa, L.; Pereira, L. (org.). (2002). *Psiquiatria, Loucura e Arte: fragmentos da história brasileira*. São Paulo: EDUSP.
- Associação Brasileira De Saúde Mental - ABRASME. (2023). Nota Técnica da ABRASME. Abril de 2022. *A ideologia manicomial e a contrarreforma no cuidado em saúde mental: posicionamento crítico da ABRASME*. Disponível em: <https://www.abrasme.org.br/blog-detail/post/159507/>.
- Associação Brasileira De Saúde Mental – ABRASME. (2020). *Nota Técnica da ABRASME sobre o “Revogação” na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas no Brasil*. Publicado em dez/2020. Disponível em: <https://www.abrasme.org.br/blog-detail/post/104279/nota-t%C3%A9cnica-da-abrasme-sobre-o-revoga%C3%A7o-na-pol%C3%ADtica-nacional-de-sa%C3%BAde-mental-%C3%A1lcool-e-outras-drogas-no-brasil>.
- Barreto, Lima. (2010). *Diário do Hospício e O Cemitério dos Vivos*. São Paulo: Cosac Naify.
- Basaglia, F. (Coord.). (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Basaglia, F. (2005). *Escritos Selecionados em saúde mental e reforma*. Organização Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

- Bezerra Jr., B. (2011). Os sentidos da arte na atenção à saúde mental: considerações sobre o cenário pós-manicomial. In: Melo, W. & Ferreira, A. P. *A sabedoria que a gente não sabe*. Rio de Janeiro: Espaço Artaud/Universidade Federal de São João del Rey, v.1, pp. 14-24.
- Bôas, G. V. A estética da conversão – O ateliê do Engenho de Dentro e a arte concreta carioca (1946-1951). *Tempo Social – revista de sociologia da USP*, v. 20, n.2, pp. 197-219.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2015). *Saúde Mental em Dados*, v.12, n. 12. Informativo eletrônico. Brasília.
- Calicchio, R. (2007). *Novas Práticas de Cuidado e Produção de Sentidos no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Análise da Experiência do Grupo Harmonia Enlouquece no campo da Saúde Mental no município do Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Campos, G. W. S. (2002). A Clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Cançado, M. L. (1965). *Hospício é Deus*. Rio de Janeiro: José Álvaro Editor.
- Cançado, M. L. (1979). *Hospício é Deus*. Rio de Janeiro: Record.
- Cançado, M. L. (2015). *Hospício é Deus – diário I e O sofrimento do ver*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Caponi, S. (2009). Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, n.14, pp. 95-103.
- Capra, F. (1986). *O Ponto de Mutação*. São Paulo: Cultrix.
- Carvalho, A. G. (2012). *Persona Performática: alteridade e experiência na obra de Renato Cohen*. São Paulo: Perspectiva, Fapesp.
- Carvalho, R. C. M.; Reily, L. (2010). Arte e Psiquiatria: um diálogo com artistas plásticos no Hospital Psiquiátrico de Juquery. In: *Revista ArtCultura*, Uberlândia, v. 12, n.21, pp. 165-180.
- Castel, R. (1978). A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo. *Biblioteca de Filosofia e História das Ciências*, vol. 4, Rio de Janeiro: Graal.
- Castiel, L. D. & Diaz, A-D. (2007). *A Saúde Persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Cesar, O. (1929). *A Expressão Artística dos Alienados: contribuição para o estudo do simbolismo na arte*. São Paulo: Oficinas Gráficas do Hospital do Juquery.
- Cesar, O. (1934). *A arte nos loucos e vanguardistas*. Rio de Janeiro: Flores & Mano.
- Chauí, M. (1981). *Cultura e Democracia: o discurso competente e outras falas*. São Paulo: Cortez Editora.
- Chauí, M. (1995). Cultura política e política cultural. São Paulo: *Estudos Avançados*; v. 9, n.23, pp.71-84.

- Corbella, L. (2015). *Saúde Mental e Memória: o teatro dos andarilhos mágicos*. Rio de Janeiro: FAPERJ/7Letras.
- Correia, L. C.; Martins, L. & Requião, M. (2019). À Beira do Abismo e ao Encontro do Absurdo: considerações sociojurídicas sobre a Nota Técnica n. 11/2019 do Ministério da Saúde. In: *Revista Jurídica (FURB)*, v. 23, n. 50, jan./abr. 2019. Disponível em: <https://proxy.furb.br/ojs/index.php/juridica/article/view/7918>.
- Cruz Junior, E. G. (2009). *O Museu de Imagens do Inconsciente: das coleções da loucura aos desafios contemporâneos*. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Museologia e Patrimônio, UNIRIO/MAST, Rio de Janeiro.
- Cruz, L. (2015). *Literatura, Loucura e Imaginário Social no Brasil: final do século XIX e início do século XX*. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social). Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Cunha, M. C. P. (1986). *O Espelho do Mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Dantas, M. (2009). *Arthur Bispo do Rosário: a poética do delírio*. São Paulo: Editora UNESP.
- Dantas, S. M. (2010). *A ironia das canções do grupo Harmonia Enlouquece: estratégia discursiva de enfrentamento ao estigma da loucura*. Tese (Doutorado) Instituto de Letras, Universidade Federal Fluminense, Niterói.
- Dantas, S. M. (2016). A Loucura na Canção: protagonismo e emancipação através da música. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v.8, n.18, pp.111-131.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1995). *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. V. 1 a 5, Rio de Janeiro: Editora 34.
- Dell'Acqua, P. (2014). *Non Ho L'Arma Che Uccide Il Leone: La vera storia del cambiamento nella Trieste di Basaglia e nel manicômio di San Giovanni*. Trieste: Edizioni AlphaBeta Verlag.
- Dias, P. (2003). *Arte, Loucura e Ciência no Brasil: as origens do Museu de Imagens do Inconsciente*. Dissertação (Mestrado) História das Ciências da Saúde. Casa de Oswaldo Cruz/COC/Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Dionísio, G. H. Museu de Imagens do Inconsciente: considerações sobre sua história. *Psicologia Ciência e Profissão*. Brasília, n.21, pp 30-35.
- Dionísio, G. H. (2012). O Antídoto do Mal: crítica de arte e loucura na modernidade brasileira. *Coleção Loucura & Civilização*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Di Renzo, R. (2011). Arte e Saúde Mental: um episódio. In: Melo, W.; Ferreira, A. P. *A sabedoria que a gente não sabe*. Rio de Janeiro: Espaço Artaud/Universidade Federal de São João del Rey, v.1, pp. 25-34.
- Di Renzo, R. (2008). Conferência sobre o Projeto TAM TAM. In: Amarante, P. (coord.) et col. *Relatório Final - Loucos pela Diversidade*. Rio de Janeiro: LAPS/MinC.

- Ferraz, M. T. (1998). *Arte e Loucura: limites do imprevisível*. Rio de Janeiro: Lemos.
- Ferreira, G. (2011). Cinema como intervenção social na cidade do manicômio. In: Melo, W. & Ferreira, A. P. *A sabedoria que a gente não sabe*. Rio de Janeiro: Espaço Artaud/Universidade Federal de São João del Rey, v.1, pp. 169-180.
- Ferreira, G. & Jacó-Vilela, A. (2012). *Cinema na Praça – Intervenção na Cultura: transformando o imaginário social da loucura - relatos de experiências em saúde mental*. Rio de Janeiro: Allprint/Petrobrás.
- Foucault, M. (1978). *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (1979). Nietzsche, a Genealogia e a História. In: Foucault, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2015). Uma introdução à vida não-fascista. *Cadernos de Subjetividade*. Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade - PUC-SP, n.17, pp. 193-196.
- Frances, A. (2016). *Voltando ao normal. Como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle*. Rio de Janeiro: Versal Editores.
- Francisquetti, P. P. S. N. (2006). “Ueinz”: uma forma de inteligência. In: Calderoni, D. (Org.). *Psicopatologia: clínicas de hoje*. São Paulo: Via Lettera. pp. 15-31.
- Frayze-Pereira, J. A. (1999). O desvio do olhar: dos asilos aos museus de arte. *Psicologia USP*, n.10, v.2.
- Frayze-Pereira, J. A. (1995). *Olho d'Água: arte e loucura em exposição*. São Paulo: Escuta, FAPESP.
- Frayze-Pereira, J.A. (2003). Nise da Silveira: imagens do inconsciente entre psicologia, arte e política. *Estudos Avançados*, n.17, pp. 197-208.
- Gotzsche, P. (2016). *Medicamentos mortais e crime organizado. Como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica*. Porto Alegre: Bookman Companhia Editorial.
- Guljor, Ana P. (2019). *Nota de avaliação crítica da nota técnica 11/2019*. Disponível em <<http://www.crprj.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/Note-tecnica-Saude-Mental.pdf>>
- Hidalgo, L. (1996). *Arthur Bispo do Rosário: o senhor do labirinto*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Hidalgo, L. (2009). *Literatura da urgência. Lima Barreto no domínio da loucura*. São Paulo: Annablume.
- Inforsato, E. (2010). *Desobramento: constelações clínicas e políticas do comum*. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação – USP, São Paulo.
- Inforsato, E. (2011). Longe, quando a estranheza ameaça tornar-se familiar. *Cadernos de Subjetividade / Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do*

- Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-São Paulo, n. 13, pp. 155-163.
- Lancetti, A. (2005). *Clínica Peripatética*. Saúde e Loucura. n.20. Políticas do Desejo, n.1. São Paulo: Editora HUCITEC.
- Lima, E. M. F. A. & Pelbart, P. P. (2007). Arte, Clínica e Loucura: um território em mutação. *História, Ciências, Saúde*, n.14. Manguinhos, Rio de Janeiro.
- Lima, E. A. (2009). *Arte, Clínica e Loucura: território em mutação*. São Paulo: Summus/Fapesp.
- Lima, R. C. (2019). O avanço da contrarreforma psiquiátrica no Brasil. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/physis/v29n1/pt\\_0103-7331-physis-29-01-e290101.pdf](https://www.scielo.br/pdf/physis/v29n1/pt_0103-7331-physis-29-01-e290101.pdf)
- Lopes, I. C. (1999). Centros de Convivência e Cooperativas: Reinventando com arte agenciamentos de vida. In: Fernandes. M. I. A (Org.) *Fim de século: ainda Manicômios?*. São Paulo: Instituto de Psicologia da USP. pp.139-162.
- Machado, A.L.O.S. (2010). 10 anos de Loucura Suburbana: Cidade e Loucura como enredo para o Carnaval Carioca. *Anais do VI ENECULT - Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura*. Facom-UFBa – Salvador-BA.
- Machado, R. (1979). Por uma genealogia do poder. In: Foucault, M. *Microfísica do Poder*. Tradução e Organização de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal.
- Machado, Roberto. (2007). *Foucault, a ciência e o saber*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Maluf, J. C. G. (1999). Produção artística e cidadania: a experiência do Coral Cênico de Saúde Mental Cidadãos Cantantes. In: Fernandes. M. I. A. (Org.). *Fim de século: ainda Manicômios?* São Paulo: Instituto de Psicologia da USP, 1999. p.163-169.
- Maluf, J. C. G.; Lopes, I. C.; Bichara, T. A. C.; Silva, J. A.; Valent, I. U.; Buelau, R. M. & Lima, E. M. F. A. (2009). O Coral Cênico Cidadãos Cantantes: um espaço de encontro entre a música e a saúde. *Revista de Terapia Ocupacional*. USP, São Paulo, v. 20, n. 3, pp. 199-204.
- Maluf, J. C. G. (2005). *Afinando diferenças: o processo de construção artística do Coral Cênico Cidadãos Cantantes (1996-2004)*. Dissertação (Mestrado). Música - Área de concentração: Educação Musical - Instituto de Artes - Universidade Estadual Paulista (UNESP), São Paulo.
- Mello, L. C. (2015). *Nise da Silveira: caminhos de uma psiquiatra rebelde*. Automática Edições.
- Melo, W. (2005). *Ninguém vai sozinho ao paraíso: o percurso de Nise da Silveira na Psiquiatria do Brasil*. Tese (doutorado). Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro.
- Melo, Walter. (2001). *Nise da Silveira*. Rio de Janeiro/Brasília: Imago/Conselho Federal de Psicologia.
- Morin, E. (1996). *Ciência com Consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

- Morin, E. (1999). Por uma reforma do pensamento. In: Pena-Veja, A.; NASCIMENTO, E. P. (org.). *O Pensamento Complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Nunes, M. O.; Lima Jr., J. M.; Portugal, C. M., Torrenté, M. (2019). Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, dez/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>
- Patrocínio, S. (2001). *Reino dos Bichos e dos Animais é o meu nome*. Organizado e apresentado por Viviane Mosé. Rio de Janeiro: Azougue Editorial.
- Peixoto, P. T, C da S. (2012). *Heterogênesse, Saúde Mental e Transcomposições: composições coletivas de vida*. Rio de Janeiro: Editora Multifoco.
- Pelbart, P. P. (1998). Teatro Nômade. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v.9, n.2, pp.62-69.
- Pelbart, P. P. (2003). Esquizocenia. In: Pelbart, P. P. *Vida Capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras. pp. 53-63.
- Pelbart, P. P. (2013). O Teatro da Loucura. *Poliética - Revista de Ética e Filosofia Política*, v. 1, n. 1. São Paulo, pp. 119-129
- Pelbart, P. P. (2016). The Splendour of the Seas. In: Pelbart, P. P. *Os avessos do Nilismo: cartografias do esgotamento*. São Paulo: n-1 editora. pp. 237-259.
- Pelbart, P. P. (2000). Ueinzz – Viagem a Babel. In: Pelbart, P. P. *A vertigem por um fio: políticas da subjetividade contemporânea*. São Paulo: Iluminuras, 2000. p. 105-118.
- Pereira, M. O. & Passos, R. G. (2017). *Luta Antimanicomial e Feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Autografia.
- Providello, G. G. D. & Yasui, S. (2013). A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. *História, Ciência e Saúde -Manguinhos* v.20, n.4, Rio de Janeiro.
- Reis, S. L. C. (1998). *Da desconstrução do manicômio à construção de um novo modelo de atenção em saúde mental: município de Santos-São Paulo, no período de 1989 a 1996*. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva, São Paulo.
- Rotelli, F. (1990). O inventário das subtrações. In: Rotelli, F.; De Leonardis, O.; Mauri, D. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec. pp. 61-64.
- Rotelli, Franco et al. (1990). Desinstitucionalização: uma outra via. In: Nicácio, M. F. (org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, pp. 17-59.
- Sá, R. C. (2011). Relato de uma experiência Nômade. In: Melo, W. & Ferreira, A. P. *A sabedoria que a gente não sabe*. Rio de Janeiro: Espaço Artaud/Universidade Federal de São João del Rey, v.1, pp. 25-34, pp. 145-150.
- Sacks, O. (1995). *Um antropólogo em Marte*. São Paulo: Companhia das Letras.



- Santos, B. S. & Chauí, M. (2013). *Direitos Humanos, democracia e desenvolvimento*. São Paulo: Cortez, 2013.
- Santos, B. S.; Meneses, M. P. (org.). (2009). *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez.
- Santos, B. S. (2000). *A Crítica da Razão Indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Edipro.
- Santos, B. S. A Sociologia das Ausências e a Sociologia das Emergências: por uma ecologia dos saberes. In: Santos, B. S. *Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social*. São Paulo: Boitempo, 2007.
- Santos, B. S. (1997). Por uma concepção multicultural de direitos humanos. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n. 48.
- Santos, B. S. (1998). *Reinventar a Democracia*. Porto: Edições Afrontamento.
- Silva, J. A. (2013). Tessituras de territórios de vida nos espaços urbanos. *Linha Mestra*, n.23, pp. 305-312.
- Silveira, N. (org.). (1986). Os inumeráveis estados do Ser. *Catálogo de Exposição 40 anos de experiência em terapêutica ocupacional*. Rio de Janeiro: Ministério da Cultura.
- Silveira, N. (1981). *Imagens do Inconsciente*. Rio de Janeiro: Alhambra.
- Silveira, N. (1992). *O Mundo das Imagens*. São Paulo: Ática.
- Siqueira-Silva, R.; Moraes, M.; Nunes, J. A.; Amarante, P. & Oliveira, M. H. B. (2012). Reforma Psiquiátrica Brasileira e Estética Musical Inclusiva. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v.4, pp. 105-114.
- Siqueira-Silva, R.; Moraes, M. & Nunes, J.A. (2011). Grupos musicais em saúde mental: Atores em ação no cenário da reforma psiquiátrica no Rio de Janeiro/ Brasil. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.94, pp. 87-107.
- Siqueira-Silva, R. (2007). *Cartografias de uma experimentação musical: entre a musicoterapia e o grupo Mágicos do Som*. Dissertação (Mestrado) Psicologia – Estudos da Subjetividade – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia da Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro.
- Siqueira-Silva, R. (2015). *Conexões Musicais: musicoterapia, saúde mental e teoria ator-rede*. Curitiba: APPRIS.
- Souza, A. (2012). *Direitos Culturais no Brasil*. Rio de Janeiro: Beco do Azougue.
- Stengers, I. (1989). *Quem tem medo das ciências? Ciências e poderes*. São Paulo: Siciliano.
- Thomazoni, Andresa Ribeiro; Fonseca, Tania Mara Galli. (2011). Encontros Possíveis entre Arte, Loucura e Criação. In: *Revista MENTAL*, n. 17, Barbacena-MG, pp. 605-620.
- Tommasi, Sonia M. B. (2005). *Arte-Terapia e Loucura: uma viagem simbólica com pacientes psiquiátricos*. São Paulo: Vetor.

- Torre, Eduardo H. G. (2018). *Saúde Mental, Loucura e Diversidade Cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte-cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil*. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Torre, E. H. G. & Amarante, P. D. C. (2012). Michel Foucault e a “História Da Loucura”: 50 Anos transformando a história da psiquiatria. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/ABRASME*, Florianópolis, V. 3, n. 6, p. 41-64, 2012.
- UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. (2006). *Convenção sobre a Proteção e a Promoção da Diversidade das Expressões Culturais*. Paris.
- Venturini, E. (2016). *A Linha Curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Venturini, E. (2012). Diversidade Cultural e Loucura: as ciências humanas e sociais e a desinstitucionalização da arte. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v.4, n.9, pp.13-20.
- Vidal, V. (2011). Cancioneiros do IPUB. In: Melo, W. & Ferreira, A. P. *A sabedoria que a gente não sabe*. Rio de Janeiro: Espaço Artaud/Universidade Federal de São João del Rey, v.1, pp. 192-198.
- Vidal, V.; Azevedo, M. & Lugão, S. (1998). *Songbook e CD Cancioneiros do IPUB*. Rio de Janeiro: FUJB/IPUB.
- Wanderley, L. (2001). O Vazio Vivo. In: Pitta, Ana (org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec. pp.63-71.
- Wanderley, L. (2011). Grupo de Ações Poéticas Sistema Nervoso Alterado. In: Melo, W. & Ferreira, A. P. *A sabedoria que a gente não sabe*. Rio de Janeiro: Espaço Artaud/Universidade Federal de São João del Rey, v.1, pp. 25-34; pp. 199-200.
- Wanderley, L. (2008). Máquinas de Tecer. In: Costa, C. M.; Figueiredo, A. C. (org.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa. pp. 149-154.
- Wanderley, L. (2002) *O dragão pousou no espaço: arte contemporânea, sofrimento psíquico e o objeto relacional de Lygia Clark*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Wanderley, L. (2021). *No Silêncio que as Palavras Guardam: o sofrimento psíquico, o objeto relacional de Lygia Clark e as paixões do corpo*. Org. Kaira Cabañas. São Paulo: N-1 Edições.
- Whitaker, R., Cosgrove, L. (2015). *Psychiatry under the influence: institutional corruption, social injury, and prescriptions for reform*. New York: Palgrave Macmillan.
- Whitaker, R. (2017). *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Xisto, V. (2102). “Coletivo Carnavalesco Tá Pirando, Pirado, Pirou!”: desinstitucionalização e estratégias de sobrevivência dos profissionais de saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental – ABRASME*, v. 4, n.8, pp. 115-124.

Yúdice, G. (2004). *A conveniência da cultura: usos da cultura na era global*. Belo Horizonte: UFMG.

Zanini, W. (1981). A Bienal e os artistas incomuns. In: ARTE INCOMUM. *Catálogo da exposição*. São Paulo: Fundação Bienal.

# CAPÍTULO 5

## PERCURSOS SÓCIO REABILITATIVOS EM BOLONHA

Maria Stella Brandão Goulart  
Hernani Luís Chevreux Oliveira Coelho Dias  
Áquila Bruno Miranda  
Marina Passos Pereira Campos  
Bruna Zani  
Angelo Fioritti

### Introdução

Enfocar o tema da reabilitação no campo da saúde mental é uma tarefa complexa: nos projeta num conjunto bastante diversificado de práticas que têm as mais diversas fontes de inspiração teóricas, éticas e metodológicas. Disso resulta um incômodo que impõe, inclusive, a busca de novas nomenclaturas e que trazem o ônus de uma qualificação genérica: inclusão, reinserção, habilitação, entre outras. Este incômodo abriga “prejuízos de sentido” (Pitta, 2016, p. 9) que nos tensionam entre visões “fiscalistas-ortopédicas”, de viés adaptacionista, e as perspectivas crítico-políticas<sup>1</sup> que inspiram a luta por cidadania (Pitta, 2001; Castilho & Goulart, 2015; Guerra, 2004).

Este artigo pretende compartilhar as informações sobre alguns dos principais serviços públicos reabilitativos em saúde mental da cidade de Bolonha (Itália), como resultado de pesquisa<sup>2</sup> e convênio de cooperação internacional entre a Universidade Federal de Minas Gerais e a *Alma Mater Studiorum Università di Bologna* (2011 – 2015)<sup>3</sup>. Trabalhamos na perspectiva da pesquisa participante (Brandão, 1983; Thiollent, 1985; Schmidt, 2008), que viabilizou uma etnografia exploratória, em

---

<sup>1</sup> Este argumento é desenvolvido no capítulo 2 de autoria de Ernesto Venturini.

<sup>2</sup> Agradecemos a colaboração da Coordenação de Saúde Mental do Município de Belo Horizonte, nas pessoas de Maria Auxiliadora Barros Moraes e Luiz Carlos Penna Chaves e dos pesquisadores: Irene Esposito, Chiara Giuliani, Marco Mazzotti, Antonella Guarino e Henrique Balieiro. Destacamos também o apoio fundamental dos profissionais de saúde mental italianos, através dos nomes de Ivonne Donegani, Mônica Covili, Franco Mongelli, Katia Monti, Concetta Pietrobatisti, Giordano Merusi, Vincenzo Trono e Danila Guidi. Acrescentamos que foi fundamental a participação da ASUSSAM, Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais, pela inspiração e estímulo sustentados por Emilha Maria de Oliveira Marques e Leida Maria de Oliveira Uematu, assim como registramos nossa gratidão à extraordinária sintonia com os familiares e usuários organizados em associações, cumprimentando-os, todos e todas, através dos nomes de Giusi Amalfitano e Egidio Bracco.

<sup>3</sup> Contamos com o financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais e com as oportunidades abertas pelo Programa Ciências Sem Fronteiras, além de outros editais das duas universidades envolvidas

sintonia com a Psicologia Social e Comunitária brasileira (Álvaro & Garrido, 2006; Strey et al, 2002). O objetivo geral dessa pesquisa foi o de “explorar os atuais modelos e as características da reabilitação psicossocial, envolvendo usuários, familiares, trabalhadores da saúde mental e voluntários (quando houvesse), nos contextos socioculturais e políticos de Minas Gerais e Região da Emília Romana” (Goulart, 2016, p. 12). Foram investigados os serviços do setor de Psiquiatria Adulta (ou para adultos), sem abordar os serviços de toxicodependência, em consideração à complexidade da rede, os limites da pesquisa e os interesses comparativos, uma vez que, em Belo Horizonte, os serviços reabilitativos estudados também se dirigiam ao público adulto (os Centros de Convivência<sup>4</sup>).

Enfocaremos a seguir o conjunto articulado de serviços que se organizam a partir dos Centros de Saúde Mental bolonheses. Elegemos, para tanto, a ênfase na dinâmica dos Centros Diurnos (*Centri Diurni*), e nas propostas de acesso ao direito à residência e ao trabalho. Apontaremos também outros dispositivos societários para uma melhor compreensão da proposta traduzida como um esforço de construção de recuperação – *recovery* – tais como as cooperativas sociais, as associações mistas de usuários dos serviços e familiares, além de outras práticas solidárias de voluntariado, de auto-mútua-ajuda e participação social.

A descrição que realizaremos neste capítulo procura contribuir no diálogo com o paradigma basagliano da “reabilitação social” (Basaglia, 1982), ainda que o extrapole. Nesta perspectiva, os processos no âmbito da reabilitação em saúde mental não podem ser reduzidos a modelos prescritivos. Não se trata de oferecer modelos, mas de enriquecer horizontes, entendendo que todos os envolvidos estão em jogo, seja na condição de “reabilitantes” ou de “reabilitandos”. Interessa a curiosidade e a aventura do “saber mais” sobre as possibilidades de superação existencial e cidadã, suas contradições e avanças, na sintonia com o sofrimento mental.

## **1. A proposta de Bolonha**

O documento “*Sperimentazione e trasferimento di empowerment organizzativo per la valutazione ed il miglioramento della qualità dei servizi sanitari*” (2010-2011) contempla um trabalho de sistematização da proposta bolonhesa. Ele expressa uma série de encontros e seminários, além de expressar um esforço de pesquisa que avaliou a qualidade dos serviços a partir da perspectiva dos usuários e familiares. O documento resultante, afirmava, por um lado, a necessidade de

---

<sup>4</sup> O projeto reabilitativo dos Centros de Convivência foi desenvolvido em capítulo específico, por Maria Stella Brandão Goulart.

embasar as intervenções da psiquiatria baseada em “evidências científicas”, mas também a necessidade do reconhecimento efetivo e prático dos direitos dos usuários, das usuárias e suas famílias. Assim, configurou-se o referimento ao *recovery* – termo que acolhe diversas interpretações relativas às possibilidades de recuperação, de melhora, de retomada da própria vida pelo usuário, através da promoção de *empowerment* nos percursos de conquista de qualidade de vida, com metodologias que ofereceriam a possibilidade de escolhas dentro dos leques de possibilidades “validados cientificamente”.

O complexo conceito de *empowerment*<sup>5</sup>, pode ser entendido como o “incremento da capacidade das pessoas para controlar ativamente a própria vida” (Zani, 2012, p. 136) nos âmbitos individual, organizativo e comunitário. Remete à discussão sobre “poder”, ou melhor dizendo, a construção de estratégias de sua produção ativa.

O *recovery*, por sua vez, se traduz, em linhas gerais, na busca de um modo de vida satisfatório e esperançoso, que sustente uma existência significativa para as pessoas com histórias de sofrimento mental, mesmo diante das limitações causadas pelo transtorno ou psicopatologia severos. Seria um processo que evoca amadurecimento por parte dos usuários e das usuárias dos serviços sócio reabilitativos, de modo a contornar ou superar os efeitos danosos dos sintomas e limitações derivados do processo de adoecimento. Assim, a proposta de *recovery* evoca um esforço complexo, que exige tempo e envolvimento de toda uma rede de recursos. Ele pretende resultar em empoderamento e autonomia no gozo da vida e nas tomadas de decisão relativas ao cotidiano e aos projetos pessoais, de modo a traduzir-se em inclusão social. É uma mudança de foco dos déficits ou inabilidades de modo a construir recursos e forças no esforço de recuperação de identidade pessoal e de exercício sociocultural pleno<sup>6</sup>.

O documento resultante indicava que os percursos sócio reabilitativos seriam delineados a partir dos “recursos positivos” das pessoas (com sofrimento mental), retomando, incrementando, reativando e promovendo “habilidades”, de modo a incidir na vida das pessoas e em sua capacidade de retomar a condução da própria existência. Nesta perspectiva, o projeto de *recovery* deveria ser construído coletivamente, envolvendo usuários e usuárias dos serviços de saúde mental, trabalhadores (assistentes sociais, educadores profissionais, enfermeiros,

---

<sup>5</sup> Este conceito foi aprofundado e atualizado no capítulo de autoria de Bruna Zani.

<sup>6</sup> O tema do “recovery” é desenvolvido no site Sogni e Bisogni - que é administrado por associações de usuários e familiares da rede de saúde mental, com apoio da Azienda Sanitaria de Bolonha (AUSL) - (<https://www.sogniebisogni.it/documenti/articoli/1260-costruire-un-percorso-di-salute-e-liberta-atraverso-il-recovery-college>). O termo em questão tem sido desenvolvido e compartilhado, atualmente, em um dispositivo de formação chamado “Recovery College”.

operadores sócio sanitários, e psiquiatras), além de familiares ou pessoas significativas, escolhidas por quem fosse objeto do planejamento específico, a partir do primeiro contato com os serviços de saúde mental. Este projeto individualizado (projeto personalizado) se basearia nos desejos, necessidades e objetivos de usuárias e usuários dos serviços, contemplando as dificuldades para conquistá-los, e envolvendo os dispositivos necessários: serviços territoriais, recursos comunitários, com a perspectiva de promoção de integração social, residenciais, semi-residenciais e domiciliares, evitando posturas assistencialistas, de entretenimento e de custódia.

O projeto personalizado (de *recovery*) deveria estar sintonizado com o projeto de cuidado clínico que, por sua vez, não poderia ser reduzido à intervenção farmacológica, mas contemplar especificamente um adequado acompanhamento terapêutico (de responsabilidade de psiquiatras). Todas as modalidades sócio reabilitativas poderiam e deveriam ser diversificadas e organizadas em função das exigências de cada caso, assim como às possibilidades dos serviços e território. Isso significaria não apenas a possibilidade de acesso a apoio psicoterápico, como também a garantia de um técnico de referência e sustentação de trabalho coletivo (equipe).

O projeto de *recovery* personalizado poderia, assim, ser praticado em qualquer lugar e, em especial, nos espaços vitais (cotidianos) dos envolvidos. Esta perspectiva seria coerente com os seguintes valores e princípios:

- Mais território e menos instituição.
- Mais atenção às necessidades complexas e mais especificidade nas respostas.
- Participação.
- Integração sócio sanitária.

Deste processo, emergiu a formalização das propostas do grupo de familiares e usuários participantes, desenhando um outro projeto específico, o *PRISMA*: Promover e Realizar Juntos Saúde Mental Ativamente. Este passou a ser um grupo propositivo, que tinha acesso à coordenação geral do Departamento de Saúde Mental, com o objetivo de promover, coordenar, apoiar e monitorar a realização de projetos comunitários, contemplando e ampliando a colaboração comunitária (promoção de grupos de auto mútua ajuda, divulgação de iniciativas que já existem, entre outras possibilidades). Delineou-se, assim, uma estratégia de “controle social” da política em implementação.

## **2. A estrutura do Programa sócio reabilitativo de Bolonha**

Para compreender os modelos de reabilitação psicossocial para usuários do serviço de saúde mental é necessário compreender, de forma geral, o funcionamento do serviço sanitário de Bolonha e sua abrangência.

A *Azienda Sanitaria Locale* de Bolonha (*AUSL Bologna*) é análoga à secretaria municipal de saúde na realidade brasileira. Contempla uma ampla e complexa rede pública de assistência e atende uma população de mais de 950.000 habitantes. O Departamento de Saúde Mental e Dependência Patológica (DSMDP), que integra a *AUSL Bologna*, atende a todas as faixas etárias. Subdivide-se em três setores: Psiquiatria Adulta, Neuropsiquiatria Infantil e Serviço de Toxicodependência (SerT).

A atuação desse serviço abrange atividades de prevenção, promoção da saúde mental, diagnóstico, tratamento e reabilitação dos sujeitos em sofrimento mental, doenças neuropsíquicas, déficit sensorial e motor e, também dos estados de toxicodependência.

O serviço psiquiátrico para adultos oferecia, na ocasião da pesquisa, três tipos diversos de estruturas: territorializada, hospitalar e de cooperação com terceiro setor.

Como rede territorializada, havia os Centros de Saúde Mental (principal porta de entrada, análogos aos Centros de Atenção Psicossocial brasileiros) e as residências que envolvem quatro estruturas distintas e progressivas: Residência sanitária para tratamento intensivo (RTI), Residência sanitária para tratamento prolongado (RTP), Residência sanitária para tratamento sócio reabilitativo (RSR.)<sup>7</sup>, Residências sócio sanitárias – grupo apartamento, alojamento de transição e alojamento apoiado.

Como rede Hospitalar, era integrado pelo (1) Serviço Psiquiátrico de Diagnóstico e Tratamento em hospitais gerais (SPDC) – público –, (2) Serviço Psiquiátrico Hospitalar Intensivo (SPOI) – privado conveniado –, ambos análogos ao Serviço de Urgência Psiquiátrica brasileiro (com máximo de 15 leitos disponíveis). Havia também a possibilidade de tratamento em Hospitais dia.

O DSMDP co-empregava uma consolidada rede de articulação com o terceiro setor, especialmente através das cooperativas sociais e entidades privadas. Realizava também o atendimento aos pacientes em redes de: Medicina Geral (MMG), Universidade, Serviços de atendimento, Departamento de Tratamento Primário (DCP), Pediatria de Livre Escolha (PLS), Autuo mútua ajuda (AMA), Associação Italiana de Hospitais Privados (AIOP), Coordenação de *Enti* auxiliares (CEA), entre outras.

---

<sup>7</sup> Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna. Centro di Salute Mentale: Carta dei servizi. Bologna, Outubro, 2007, 10 p. 2.



Nossa atenção se concentrará nos serviços territoriais. Enfatizaremos, a seguir, o trabalho nos CSM. Em seguida abordaremos os Centros Diurnos, as estratégias residenciais, os projetos que envolvem as cooperativas e as múltiplas estratégias de reinserção através do trabalho, assim como as atividades transversais e, finalmente, e a participação de familiares e usuários.

## 2.1. Os Centros de Saúde Mental - CSM

Centros de Saúde Mental (análogos aos CAPS): 11 (1 para cada 100.000 habitantes) com equipe média é composta geralmente por: 8 psiquiatras, 1 psicólogo/a, 12 enfermeiro/a, 2 educadores e 2 assistentes sociais.

O CSM é a estrutura operacional responsável pela coordenação e gestão das atividades de promoção e proteção, com atividades preventivas, de diagnóstico, tratamento e reabilitação psicossocial: livre acesso.

Como já foi dito, as equipes dos CSM são responsáveis pela elaboração dos projetos personalizados visando o tratamento clínico, farmacológico, o *recovery* e empoderamento de usuárias e usuários (construção de autonomia, capacidade de relacionamento e desenvolvimento de habilidades sociais). Atende a uma clientela composta por casos graves.

Funcionam de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup> feiras, de 8 às 20h e sábado de 8 às 14 horas. Os CSM bologneses não tem leitos de internação. As equipes podem fazer encaminhamentos para o Serviço Psiquiátrico de Diagnóstico e Tratamento (SPDT) ou no Serviço Psiquiátrico Hospitalar Intensivo de Casas de Cura privadas, e para as Residências.

Desenvolvem trabalho em rede com associações e cooperativas sociais: atividades transversais, residências, Centros Diurnos etc.

Tem avaliação anual e integram plataforma eletrônica (antiga SIT e atual CURE, *Cartela Unica Regionale Socio Sanitaria*). No SIT prontuário eletrônico dos CSM, constavam as seguintes opções de encaminhamento: tratamento psiquiátrico, grupo reabilitativo, ciclo psicoterapêutico, hospital dia, Centro Diurno, formação para o trabalho, tratamento sócio reabilitativo, residência intensiva, residência prolongada, residência assistencial, internação.

Quanto à internação, vale lembrar que, na Itália, há a opção de internação voluntária por um período breve, com acompanhamento da equipe do CSM, em hospitais gerais ou em residências. Em casos em que se identifique quadros graves que comprometem a integridade do sujeito, com necessidade de intervenções urgentes (Lei Basaglia 180) contra a vontade da pessoa, abre-se um processo legal: Tratamento Sanitário Obrigatório. Para que esta internação ocorra, é necessária

autorização do prefeito e convalidação de juiz cautelar, por um período de 7 dias, sendo, porém, renovável.

Para o Projeto Personalizado, disponibiliza-se recursos específicos para cada caso. A reabilitação psicossocial é desenhada desde a entrada do usuário ou da usuária no sistema de saúde mental pela equipe do CSM. A equipe discute tanto casos clínicos quanto sociais e estabelece objetivos a partir das demandas do usuário e com a família, com a equipe envolvida, configurando um contrato entre as partes. O custo destas ações definidas contratualmente é desenhado para cada caso e é objeto de avaliação a partir de parâmetros objetivos, tanto nos casos de sucesso, quanto de insucesso. Assim, são definidos prognósticos.

O orçamento (*Budget*) da saúde (BdS) representa o conjunto de recursos econômicos, profissionais e humanos necessários para desencadear um processo de tratamento e reabilitação de cada pessoa. Participam de sua produção além do ou da paciente, sua família e sua comunidade. Ele orienta os operadores públicos e privados, os próprios utilizadores e os seus contextos, para a recuperação, valorização e apoio de sistemas de bem-estar comunitário e familiar. Trata-se de uma ferramenta organizacional (gerencial) útil para a implementação de programas de tratamento como parte de projetos de vida personalizados. Assim, o orçamento ganha flexibilidade e compromete responsavelmente todas as partes no exercício do direito à saúde e sua co-construção. O BdS ativa caminhos de caminhos evolutivos, com vista a uma possível recuperação. Os recursos territoriais comunitários são remunerados a partir dele.

## 2.2. Centros Diurnos: um recurso socializante no percurso sócio reabilitativo

Os Centros Diurnos (CDs) são importantes dispositivos para o processo de construção de práticas de reabilitação social em saúde mental e podem estar associados a outros recursos territoriais. Este serviço busca, por meio do projeto personalizado, promover a integração social de pacientes psiquiátricos com o território de origem, além de constituírem espaços com intervenções diferenciadas para estimular e apoiar percursos de cuidado – projetos personalizados construídos nos CSM – que busquem a autonomia do usuário. Sua atuação ocorre de modo territorializado, em conjunto com CSM e podendo envolver outros serviços do DSM, sendo que também opera de modo integrado com associações e entidades civis.

A rede de serviços de saúde de Bolonha operava com três CDs, a saber: CD Casalecchio, CD Tasso<sup>8</sup> e CD Rondine. Este serviço é análogo aos Centros de

---

<sup>8</sup> Atualmente, o único em funcionamento. Os recursos dos demais, fechados, foram realocados nos projetos individuais do *Budget di Salute*.

Convivência brasileiros, apesar de possuírem modos distintos de gestão e condução dos projetos terapêuticos. Os CDs caracterizam-se como serviços público-privados, uma vez que são financiados pela AUSL Bolonha (BdS), mas a gestão dos recursos econômicos e humanos, bem como da estrutura, se dá por meio da atuação de cooperativas sociais, definidas por seleção pública, na forma de edital específico.

De uma maneira geral, os usuários que frequentam, por tempo e atividades pré-definidas, os CDs são considerados, pela equipe do CSM, casos já estabilizados, mas que apresentam alguma dificuldade para o desenvolvimento de habilidades sociais, de autocuidado, resolução de problemas cotidianos, dentre outros.

A construção do cuidado no interior desse serviço ocorre a partir da atuação de uma equipe transdisciplinar, formada por artistas, educador físico e por educadores profissionais, sendo este a principal figura deste serviço. A atuação do educador profissional extrapola os muros dos serviços de saúde mental, dado que, quando necessário, acompanha e auxilia o usuário no desenvolvimento de diversas tarefas (idas ao banco, compra de objetos, passeios em teatro, museus, dentre outros). Além disso, os CDs são constituídos por uma rede ativa de voluntários e colaboradores (*stakeholders*), que auxilia as atividades realizadas dentro e externamente aos serviços. Oferecem oficinas artísticas, de artesanato, consciência corporal, dentre outras, e tem um diálogo constante com os dispositivos culturais da cidade. Também se trabalha a manutenção das habilidades residuais, a recuperação e potencialização das relações significativas presentes na rede social dos indivíduos e a avaliação de requisitos para a inserção no trabalho e/ou percurso de formação.

As atividades ofertadas por este serviço são programadas e avaliadas de forma conjunta com – equipes de profissionais, usuários, equipe do CSM e outros serviços parceiros do Centro Diurno.

As intervenções realizadas pelos CDs são práticas formalizadas e prescritas pelo CSM, na forma de contrato, o que impossibilita que este espaço seja vivido de modo simplesmente recreativo, como um centro social. As propostas elaboradas pelo CDs não possuem um paradigma teórico metodológico pré-definido, todavia, observa-se que os processos de cuidado se aproximam da teoria cognitivo comportamental.

Cada CD – Tasso, Casalecchio de Reno e Rondine – tem um elenco de atividades/oficinas específico que sempre inclui reuniões de equipe e varia segundo demandas, sendo vinculado a uma cooperativa social específica e sua equipe

profissional variável, com número de usuários diferenciado como descrito no quadro abaixo.

Quadro 1: Caracterização dos Centro Diurnos de Bolonha, oficinas/atividades, equipe profissional e nº de usuários que acessam o serviço (dados de 2013):

CD	Cooperativa	Oficinas/Atividades em 2013	Equipe	Número de pacientes
<b>Casalecchio di Reno</b>	Cooperativa <i>Martin Pescatore</i>	Acolhimento, café da manhã e almoço coletivo Arte terapia individual ou coletiva Basquete, Piscina, Corrida, Grupo de futebol <i>Diavoli Rosse</i> Biblioteca Autocuidado Coral Costura Cozinha Dança terapia Grupo de <i>Uditore di Voci</i> (pessoas que ouvem vozes) Laboratório de teatro <i>Qui si recita</i> (aqui recita-se) Oficina de Criação e tapeçaria Oficina de habilidades sociais Projeto fisicamente Relaxamento <i>Resegna Stampa</i> (seleção de notícias)	1 coordenador Educador profissional 7 educadores sociais 1 educador físico	120 usuários
<b>Rondine</b>	Cooperativa <i>Dolce</i>	Academia e atividades esportivas: Futebol, basquete, vôlei, natação em cooperação com a Associação <i>Non andremo mai in TV</i> Atividade de cerâmica Atividade cultural externa Atividade de expressão Decoupage Laboratório de alfaiataria Laboratório de cozinha Projeto <i>Weekend</i> (fim de semana) Projeto Workshop artístico	1 coordenador Educador profissional 11 educadores 1 Alfaiate 2 psicoterapeutas (arteterapia e dança terapia) 1 trabalhador social sanitário	160 usuários
<b>Tasso</b>	Cooperativa <i>Asscoop</i>	Atividade de música Laboratório de Teatro <i>Qui si recita</i> Grupo <i>Esordi</i> (intervenção pós primeira crise psiquiátrica) Grupo de senhoras Oficina de cozinha (individual ou coletiva) Oficina de jogos e memória Piscina	1 coordenador Educador profissional 14 educadores sociais	210 usuários

Fonte: Cadernos de campo – observação direta.

O acesso aos serviços ofertados por cada um dos CDs é viabilizado pela equipe multidisciplinar dos CSMs e compreende diversas etapas do percurso sócio reabilitativo: (1) Verificação de vagas no CD (disponibilidade real); (2) um profissional do CSM (o psiquiatra ou educador) reúne-se com a equipe do CD para

apresentar/encaminhar o usuário e o andamento do seu projeto personalizado; a partir daí (3) o usuário, por meio de entrevista, inicia o seu primeiro contato com o CD e (4) um educador profissional será a principal referência do usuário ao longo do seu percurso neste serviço. Nos passos seguintes, (5) o educador profissional dedica-se a conhecer (observação e entrevista) as demandas do usuário (período que pode durar de dois a quatro meses) e as informações coletadas durante esse momento serão fundamentais para que o educador possa, junto ao usuário, (6) estruturar a continuidade do projeto terapêutico individualizado, sendo que este deve compreender as fases do cuidado (início, meio e fim) e as habilidades sociais e cognitivas a serem desenvolvidas. Este projeto é assinado pelo usuário e o educador profissional de referência. Uma vez criado o projeto personalizado, (7) o usuário irá realizá-lo até finalizar o prazo estabelecido pelo CD. Todavia, caso o prazo tenha finalizado e as metas não tenham sido atingidas, um novo projeto é elaborado. (8) Após o término do projeto, será realizada uma avaliação pela equipe do CSM. O instrumento utilizado pelos educadores para avaliar a situação do usuário se chama *CAN Reliability of the Camberwell Assessment of Need de Cambrewel* (uma escala de necessidades). Para a criação do projeto personalizado e sua verificação utiliza-se uma grade que contém os dados sobre autonomia, gestão pessoal e os laços sociais do usuário.

Apesar do projeto personalizado ser assinado pelo usuário, este tem liberdade para finalizar sua participação no Centro Diurno a qualquer momento ou modificar as atividades que está frequentando. Durante o período pré-definido no qual o usuário é acompanhado pelo CD, este continuará sob os cuidados do CSM, que irá acompanhar e avaliar processualmente as atividades propostas pelo CD. Destaca-se que o CD não realiza atividades de intervenção em momentos de crise aguda, emergência psiquiátrica e também não realiza a distribuição e administração da terapia farmacológica ou acompanhamento clínico. O CSM continua como a principal referência para eventuais ocorrências clínicas e atualização da medicação em diálogo com o CD.

A condução, avaliação e conclusão do percurso sócio reabilitativo desenvolvido pelo CD busca a inclusão efetiva do usuário em sua comunidade, sem perder de vista o sujeito como protagonista desse percurso.

### 2.3. Serviços residenciais

No que concerne ao direito à moradia, destacamos tanto algumas possibilidades inventivas que são desenhadas ao longo do tempo, quanto a política específica, à qual corresponde uma estrutura física própria.

O projeto IESA – Inserimento Externo Sócio habitativo ou heterofamiliar Apoiado para adultos é um exemplo dessa capacidade inventiva que se configura como um “programa de adoção”. É projeto europeu que teve sua primeira experiência em Bologna em 2006 e contava, por ocasião da pesquisa, com uma equipe especializada composta por um educador profissional, um enfermeiro, uma psicóloga clínica voluntária, um médico psiquiatra e um voluntário da Associazione di Volontariato per l'Autogestione dei SERVIZI e la Solidarietà, AUSER. O IESA tem o Centro de Saúde Mental (CSM) como principal colaborador na ativação dos projetos. O usuário ou usuária é indicado pela equipe técnica de origem (projeto personalizado) e a experiência residencial é a de “hospedagem”, acolhimento em residências de pessoas da comunidade, leigas, sem vínculo com a assistência sanitária. No que diz respeito à seleção do familiar acolhedor, este é um trabalho organizado diretamente pela equipe do IESA. As famílias envolvidas no projeto contam com um apoio financeiro formal (BdS). Se habilitados para participar no IESA, o usuário e a família acolhedora passam por um longo percurso – inúmeras entrevistas e encontros entre operadores, usuário e familiares – para verificar as compatibilidades entre os perfis de cada proposta e viabilizá-la. Verificada a criação de um laço suficientemente forte e positivo entre a família e o usuário, ativa-se a inserção hetero familiar, que pode ser *part-time* ou tempo integral, através de um contrato assinado entre o hóspede, o hospedeiro e a AUSL. Ao longo da realização da inserção, a equipe do IESA oferece apoio na convivência, com contatos telefônicos cotidianos com o usuário, faz visitas domiciliares semanais e disponibiliza um suporte telefônico 24 horas.

Já o serviço residencial (SR) é em grande parte uma estrutura extra hospitalar alternativa ou substitutiva à internação em hospital geral (serviços de urgência): um espaço para realização de intervenções chamadas “terapêutico-reabilitativas” e destinado ao desenvolvimento de habilidades sociais e de autocuidado. Elas pretendem oferecer um acolhimento integral, com diferentes complexidades de atenção e cuidado, que permita um distanciamento da família em casos específicos ou na ausência desta.

A proposta de cuidado dos SRs (Goulart et al, 2015) compreende quatro tipos de estrutura:

1. Residência de tratamento intensivo (RTI),
2. Residência de tratamento prolongado (RTP),
3. Residência de tratamento sócio reabilitativo (RSR) e apartamentos de Tratamento Reabilitação (ATR).

As três modalidades de residência são classificadas de acordo com a intensidade e duração do tratamento: curto, médio e longo prazo. As RTI são estruturas voltadas ao tratamento de pessoas com quadros agudos complexos, mas que não necessitam de internação em estruturas hospitalares nas SDPC e SPOI. Possuem assistência sanitária durante 24h e o período de permanência é de no máximo 30 dias, podendo ser prorrogado por mais 30 dias. Tal serviço visa realizar diagnóstico e intervenções terapêutico-reabilitativas durante o momento de crise.

As RTP, por sua vez, são estruturas com assistência sanitária por 12h por dia e o tempo de permanência é de no máximo 6 meses, podendo ser prorrogado por mais 6 meses. O tratamento busca reabilitar e socializar usuários que possuem um quadro clínico complexo.

Por fim, as RSR acolhem pessoas com o quadro psicopatológico grave, que possuem dificuldades para relacionar-se e realizar atividades cotidianas. Neste serviço, o paciente tem acesso a assistência especializada por seis horas por dia, visando à reabilitação, ressocialização e prevenção de desabilidades. A “inserção” não pode ser superior a um ano, mas pode ser prorrogável por até três anos tendo em vista o Projeto Personalizado Compartilhado (Goulart et al, 2015, p. 386-387).

O outro serviço residencial em apartamento, na modalidade RSR, temos o ATR, permite a continuidade dos projetos de reabilitação personalizado. Nesta modalidade, o DSM-DP disponibiliza duas diferentes estruturas: o primeiro denomina-se Apartamentos dos Centros de Saúde Mental. Estes funcionam com o apoio da equipe de profissionais do CSM, que realizam visitas semanais ou quinzenais com o objetivo de monitorar e avaliar o desenvolvimento do projeto reabilitativo personalizado dos moradores dessa estrutura. A segunda estrutura, os ATR geridos pelas cooperativas sociais são compostos por uma equipe de profissionais com atenção “constante”, sendo uma equipe multiprofissional, constituída de: enfermeiro (exerce a função de coordenador), *operatori socio sanitario* (OSS) e educador profissional. Os profissionais oferecem suporte durante 12 horas do dia, sete dias por semana. Estas são estruturas com oferta de maior autonomia no “habitar”, ainda que seu caráter temporário conflite com a perspectiva de uma “moradia”. Já as residências, RTI, RTS e RTP, são sanitárias e limitam a circulação e autonomia de sua clientela, ainda que os projetos individuais estejam sempre em pauta e em diálogo com a rede de serviços.

A construção de um percurso sócio reabilitativo para o paciente psiquiátrico bolonhês enfrenta os desafios de financiamento, assim como as dificuldades para a contratação de novos profissionais qualificados que possam cooperar na intensa dinâmica de trabalho, a pressão resultante do grande formalismo/controlado gerencial

dos processos quantitativos de avaliação que reduzem a flexibilidade, e o manejo dos casos onde há privação de direitos sociais, além da permanente luta contra o estigma, ainda presente nos contextos comunitários e institucionais. Desse modo, apesar da existência de diversos modelos teóricos e práticos, faz-se necessário a busca, permanente, por novas tecnologias de cuidado, que tenham na sua raiz um movimento que garanta a reconstrução da cidadania do paciente psiquiátrico (Saraceno, 1999). Neste sentido, outras modalidades de grupos apartamento foram tomando forma vinculados a Cooperativas Sociais e inclusive geridos pelos próprios usuários e com oferta de hospedagem turística.

#### 2.4. Reinserção pelo trabalho

As atividades de inserção através do trabalho promovem qualidade de vida, integração social e facilita a aquisição de capital social e econômico (AUSL, 2011). A organização do sistema de inserção através das relações produtivas agrupa-se em quatro áreas de atividades de inserção ou treinamento no trabalho:

1. Intervenção socio reabilitativa ativa.
2. Formação e transição para o trabalho.
3. Cooperativa social e economia solidária.
4. Suporte ao emprego no mercado competitivo.

Algumas atividades ocorrem em ambiente mais protegido (áreas 1, 2 e 3) ou menos protegido (área 4). Estas se desdobram em quatro instrumentos e dois percursos (ambos com organização, objetivos, metodologia e resultados previstos) a serem definidos pela equipe do CSM e o usuário envolvido (Trono, Fioritti & Vaccaro, 2012).

Os percursos se referem à legislação voltada para as pessoas consideradas em situação de desvantagem/fragilidade: portadores de sofrimento mental (Lei nº. 381/91) ou portadores de deficiência que tenham o certificado de invalidez civil acima de 46% (Lei nº.68/99).

Os instrumentos, por sua vez, são atividades (Anexo 1):

1. IPS, *Individual Placement and Support* – Suporte para colocação individual no livre mercado de trabalho.
2. TiFO, *Tirocini formativo e di orientamento* de tipo C – Formação no trabalho.
3. Cursos de Formação Profissional.
4. ISRA<sup>9</sup>, *Interventi Sociali Riabilitativi Attivi* – Intervenção socio reabilitativa ativa.

---

<sup>9</sup> O ISRA não está mais em funcionamento atualmente. O acesso às cooperativas se dá através do *tirocinio* (estágio), ficando equiparados as cooperativas e as ofertas de trabalho normais (mercado de trabalho).



Para se definir a área de intervenção, o CSM utiliza o instrumento de “Avaliação de Habilidades e Definições de Objetivos”, VADO, que opera com uma Escala de Funcionamento Pessoal e Social (FPS). O VADO qualifica quatro níveis de “desabilidade”: atividade socialmente útil (inclui trabalho e estudo); relação pessoal e social (inclui relação com os familiares); cuidados com a aparência e de higiene; comportamentos destoantes e agressivos (Morosini, Magliano & Brambilla, 1998 apud AUSL, 2011, p.30). A partir dessa escala organiza-se três graus de fragilidade que auxiliarão na escolha de determinada modalidade de inserção através do trabalho. Então, para os usuários com maior grau de “desabilidade” recomenda-se projetos com maior ênfase na experiência de relação interpessoal e de socialização, fora da lógica e dos interesses de produção e da geração de renda (área 1 e 3). A aprendizagem é centrada na experiência concreta e de vida. Já os usuários que necessitem apenas de um reforço em determinadas áreas, estes realizarão os percursos de formação e estágio no trabalho (área 2), focados na elaboração dos problemas comportamentais, relacionais e emotivos. Aqueles que queiram um emprego sem a mediação de programas de preparação, formação e transição para o trabalho e estejam estabilizados clinicamente, são indicados para a elaboração de projetos que potencializem os seus próprios recursos e a sua sustentação durante as diversas fases experienciais de inserção no mercado (como fazer um currículo e procurar emprego), apoiados por um profissional (educador profissional, assistente social, psiquiatra ou psicólogo de referência) e técnicos operacionais que auxiliam os usuários no momento da execução das atividades específicas (área 4).

O DSMDP busca avaliar qualitativamente o nível de funcionamento social e de disponibilidade para o trabalho do usuário (habilidades cognitivas, escolares e de trabalho; fatores motivacionais, culturais, ambientais e sociais entre outros). A primeira fase (a) do processo de inserção consiste no acolhimento do caso pelo CSM e elaboração do projeto terapêutico de reabilitação psicossocial do usuário. A segunda fase (b) definirá a proposta e a hipótese de inserção através do trabalho. Avalia-se a possibilidade de inserção inicialmente pelo instrumento do IPS, e só depois pelo instrumento de formação e transição para o trabalho (TiFO), ou curso de formação profissional (*Corsi di Formazione*), ou ainda a outra opção de intervenção sócio reabilitativa ativa (ISRA).

Vencidas estas etapas iniciais e persistindo o interesse do usuário, parte-se para a fase (c) de inserção nas demais modalidades disponíveis. Se a primeira opção for a modalidade IPS, a partir do acolhimento do caso, o operador social agenda um encontro para conhecer o usuário e informar-se da história de trabalho

dele. Inicia-se a avaliação sobre a motivação para o trabalho e a busca conjunta por um trabalho no livre mercado de trabalho através de encontros que podem ser realizados dentro ou fora da sede do serviço. O operador oferece suporte na busca, obtenção e manutenção da posição de trabalho, exercitando, com o usuário, a capacidade interpessoal na promoção da motivação, na responsabilização frente às próprias escolhas de vida e na consciência das experiências vivenciadas com o transtorno. O operador procura obter colaboração de todas as figuras envolvidas (em parceria com o CSM) e apoiam o usuário interessado, não sendo necessária a realização de programas de transição ao trabalho ou o recurso a bolsa trabalho ou mesmo de estágio protegido. A sustentação na busca por trabalho é garantida enquanto o usuário demandar.

Já a modalidade TiFO permite ao usuário entrar em um ambiente de trabalho, experimentar um percurso de formação, receber orientação ou verificar a sua escolha profissional, além de adquirir uma experiência prática certificada que poderá enriquecer o seu currículo para poder realizar uma experiência de trabalho efetiva. Ocorre após indicação do CSM e implica, inicialmente, na análise e avaliação de necessidades, problemas e competências, para a escolha e a pesquisa do percurso de formação e trabalho. Um plano de intervenção é elaborado e, finalmente, posteriormente haverá uma avaliação e verificação dos resultados. Em geral, nesse percurso, o usuário desenvolve não somente um ofício, mas também “atitude profissional”. O estágio permite enfrentar a “realidade” do mercado, colocar em movimento as habilidades e competências, além de procurar satisfazer as necessidades e demandas do contexto empresarial.

O ISRA, por sua vez, é uma outra possibilidade que tem conotação motivacional e socializante – potencializando habilidades e competências – e se desenvolve principalmente em ambiente de empresas sem fins lucrativos (*no profit*) do terceiro setor, da economia solidária e do setor público. Pode ser desenvolvido também no setor privado (com fins lucrativos) que pretendam, como propensão e condições, alcançar o acreditamento de empresa com responsabilidade social. Pretende-se, nesta modalidade, oferecer ao usuário um espaço onde seja possível realizar uma experiência de laço social, valorização e desenvolvimento das próprias capacidades, de pertencimento social, sem o peso ou o dever de sustentar a responsabilidade que um trabalho tradicional comporta (Trono, Fioritti & Vaccaro, 2012, p.48). Para ele, o DSMDP criou a categoria de “bolsa estagiário”, estimulando o usuário na manutenção da pontualidade e assiduidade (critério mínimo para que possam receber). Portanto, o objetivo do ISRA é ocupacional e não necessariamente profissionalizante. Os usuários estagiam sob monitoramento de um técnico ou

educador social. O pagamento das bolsas depende da jornada de trabalho e o valor aumenta na medida em que o usuário também aumenta seu envolvimento (AUSL, 2014).

Por sua vez, os cursos de formação profissional são projetados e gerenciados por entes de formação, província de Bolonha e agências de emprego em parceria com o DSMDP. Os cursos permitem ao usuário comparar sua evolução com a dos pares, se despertar para a possibilidade de experimentar as novas habilidades aprendidas na prática, aprender habilidades transversais e profissionais através de conteúdo teórico. O processo de inserção nos cursos é acionado a partir da identificação de necessidades de formação e implica na construção de colaboração com algumas organizações de treinamento credenciadas, sempre atentos para o funcionamento dos níveis relacionais/comunicativos, comportamentais, cognitivos e afetivos. Existe, para isso, uma rede de várias agências, associações e cooperativas do território para a criação em sinergia de treinamento e transição para projetos de trabalho. O DSMDP adere às propostas (os cursos aprovados e financiados) e compartilha informações para a equipe do CSM e para os usuários. São projetos de treinamento sempre sujeitos à verificação/avaliação dos seus resultados.

Os percursos através de normativas como a Lei nº68/99 e a Lei nº381/91 acontecem através dos quatro instrumentos citados acima. Os usuários que se valem da Lei nº68/99, buscam a construção de um projeto personalizado. Tal projeto articula as habilidades do usuário com o cargo oferecido pelas empresas, ativando o sistema de serviços, de colaboração e de intervenções de colocação específica. O CSM contribui na identificação das necessidades dos usuários e para a definição do projeto – os objetivos, as atividades e métodos de verificação. Essa modalidade conta com financiamento do Fundo Regional para a Deficiência da província de Bolonha. Assim, possibilita maior inserção dos usuários nas atividades de orientação e formação profissional, de realização de estágios e de transição para o trabalho. O percurso da Lei nº381/91 regula as cooperativas sociais e consiste em modos para ampliar as atividades e oportunidades de inserção através do trabalho. Isso porque integra a equipe responsável pelos projetos de trabalho do DSMDP e o Serviço de Políticas de Emprego e Formação (Centro para o Emprego de Bolonha – CIP). Assim, as intervenções realizadas em parceria favorecem o desenvolvimento e manutenção de habilidades individuais e da criação de oportunidades de treinamento especializado. Desta forma, as habilidades adquiridas são valorizadas, assim como o desenvolvimento do senso da função do trabalho, empregabilidade e integração profissional. As cooperativas sociais envolvidas devem ser compostas de pelo menos 30% de pessoas que tenham algum tipo de “desabilidade”.

### 3. As cooperativas sociais

A co-projeção na construção das diversas modalidades de sócio reabilitação envolve a cooperação social de cerca de 32 cooperativas sociais – com a participação direta e indireta de usuárias, usuários da rede de saúde mental bolonhesa, cidadãos e cidadãs sem histórias de sofrimento mental.

As cooperativas sociais começaram a surgir na Itália para afrontar as atitudes estigmatizantes e excludentes do mercado de trabalho. Além disso, sustentam um caráter de produção solidária, diverso dos assistencialistas e dos produtivistas. Pretendem criar um clima de relações facilitadoras, um ambiente de acolhimento que permita a pessoa expressar, sempre mais e melhor, suas capacidades, para além de seu quadro psiquiátrico. Utiliza-se a criação de postos de trabalho como saída para formação profissional. Os usuários têm “livre” acesso a um conjunto de atividades, com presença mista de casos sociais.

Existem três tipos de cooperativas sociais: A, B e C. Todas essas organizações devem ser inscritas como organização não lucrativa de utilidade social de direito: ONLUS - *Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale*.

- A - Realizam gestão de serviços socioassistenciais, sanitários e educativos;
- B - Realizam atividades de agricultura, industrial, comercial e de serviços, mas com a finalidade de inserção através do trabalho;
- C - São consórcios que reúnem mais de um tipo de cooperativa.

Assim, como vemos, os CDs não são as únicas frentes de trabalho das cooperativas sociais. Elas significam um espaço de invenção e tem diversos formatos que permitem a constituição dos mais variados vínculos e propostas de ação. A cooperativa *Martin Pescatore* ONLUS (criada em 1990), por exemplo, trabalha com Bologna e outras localidades na Itália, com projetos de reinserção no trabalho (nas frentes da cooperativa), administra estruturas residenciais – grupos apartamento – e atividades diurnas semi-residenciais – como o *Bed and breakfast* (já citado) inaugurado em 2014 (uma suíte para hospedagem inserida em um grupo apartamento e gerido por usuários “hospedes”). Além disso, tem uma grande oficina/loja de reforma de móveis usados, desenvolve projetos de turismo social, alimentação para escolas, jardinagem, limpeza, marcenaria, tapeçaria, coleta seletiva de lixo entre outras atividades e fica aberta a construção de outras novas possibilidades na parceria com o setor público. São espaço de afirmação de cidadania e de grande autonomia para seus associados, além de possibilitar efetiva participação social, tanto no mercado quanto na sociedade civil.

#### **4 Atividades transversais: conexões com a vida**

As atividades transversais, assim como a política de inserção através do trabalho, ultrapassam as estruturas sanitárias territoriais, facilitando a inclusão das pessoas atendidas pelo DSMDP na comunidade, além de dar visibilidade à saúde mental na cidade de Bologna: grupos de Auto-mútua-ajuda (*Auto-mutuo-aiuto*); Escutadores de vozes (*Uditori di Voci*); Grupos de Teatro – *Teatro Prosa*, *Teatro Ragazzi* e *Qui si Recita*; grupos de prática esportiva – *I Diavoli Rossi*; rádio dos usuários – *Psicoradio*; coletivo de artistas (*Artisti Irregolari*); programas de prevenção e promoção da saúde em escolas; entre outros. Segue a descrição das atividades observadas no decorrer da pesquisa.

Os grupos Auto-mútua-ajuda, AMA, são uma iniciativa civil, autônoma e independente, que teve início em 2004, a partir da iniciativa de sistematização da AUSL de Bolonha. Seus objetivos são o compartilhamento de experiências entre iguais e a valorização da pessoa como portadora de recursos e competências, sendo capazes de cuidar de si mesmas, de tomar decisões e projetar o próprio futuro. A filosofia destes grupos está centrada na mutualidade e na ausência de aconselhamento técnico e julgamentos. Quem faz parte de um dos mais de 80 grupos temáticos é considerado “especialista pela sua própria experiência” que divide com o grupo os seus sofrimentos e seus recursos de forma mútua e horizontal. Dele, podem participar no máximo 15 e no mínimo 3 pessoas (voluntariamente). Os encontros, gratuitos e protetivos (com atenção ao sigilo auto pactuado) tem duração de uma hora e meia e contam com a participação de um facilitador que na maioria das vezes também compartilha do mesmo problema do grupo. O papel do facilitador é de gestão pragmática do grupo: organiza, facilita e orienta a comunicação do grupo. Eles não são indicados por operadores e não fazem parte da prescrição médica dos projetos individuais dos CSM. A sua promoção acontece principalmente através do “boca a boca”, dos profissionais e das pessoas que já fazem parte dos grupos, que se tornam um importante recurso na difusão da cultura da auto-mútua-ajuda.

Os grupos AMA propõem uma importante mudança subjetiva no que diz respeito a experiência de sofrimento (não apenas mental). Eles deslocam o centro de atenção, antes focado no dano e no sintoma, para valorização da pessoa, como sendo detentora de conhecimentos e capacidades na gestão da vida quotidiana. Trata-se sobretudo de reapropriação da esperança. Eles podem fornecer importantes ferramentas reabilitativas como a aquisição de autonomia, do cuidado de si e a aquisição, através do compartilhamento de experiências, de uma maior reflexão e de um maior autoconhecimento (como os sinais e sintomas da crise).

O grupo dos Escutadores de Vozes propõe como objetivo o compartilhamento entre iguais da experiência, muitas vezes dolorosa, de ouvir vozes, sejam elas uma alucinação auditiva, um pensamento obsessivo ou simplesmente um pensamento ruim. O grupo é composto de até 25 pessoas, e, ainda que sejam guiados pela Filosofia da auto-mútua-ajuda, trata-se um caso particular porque conta também com a presença de profissionais de Saúde Mental: 1 psiquiatra, 1 psicólogo e educadores sociais do Centro Diurno Casalecchio di Reno. Ele sempre se inicia com a frase: “o que as vozes disseram esta semana e o que mudou dentro e fora de nós?” Assim como os demais grupos AMA, os Escutadores de vozes não têm finalidades psicoterapêuticas – psiquiátricas/clínicas –, mas seus resultados são reabilitativos na medida em que produzem qualidade de vida.

No que concerne às atividades de teatro, três iniciativas devem ser destacadas: o *Laboratório Teatral Qui si recita* (aqui recita-se), o *Teatro Ragazzi* (teatro para jovens) e o *Teatro de Prosa* (teatro de expressão dramática). O Laboratório de Teatro *Qui si Recita* é um projeto que envolve a sociedade civil e a AUSL de Bologna e se dirige aos pacientes do Departamento de Saúde Mental. Consiste na realização de encontros semanais no Centro Social *Montanari*, sob orientação de profissionais de teatro da Associação sem fins lucrativos *Arte & Salute ONLUS*<sup>10</sup> e de três educadores ligados aos três Centros Diurnos de Bolonha. Seu objetivo é o de permitir aos participantes a aquisição de competências teatrais básicas, de autonomia e cuidado do corpo e principalmente de fortalecer e enriquecer as relações e redes sociais a partir do encontro com outros sujeitos. Os instrutores não são então psicoterapeutas, mas diretores e animadores teatrais da “*Associazione Arte e Salute Onlus*”, como dissemos. A metodologia de trabalho prevê que a fase didática de aquisição de técnicas teatrais seja finalizada com um espetáculo de final de ano, criado conjuntamente e relacionado à vida cotidiana dos usuários. As atividades estimulam o cuidado e maior atenção maior ao corpo, a autonomia no ir e vir do usuário, que se organiza individualmente para chegar até o centro social, bem como os aspectos relacionais, pois envolvem o contato físico, visual e auditivo com o outro (competências sociais). Trata-se de uma atividade com fins reabilitativos e de conquista de cidadania no acesso a cultura e à estrutura dramática.

O teatro *Ragazzi*, por sua vez, também é apoiado pela Associação *Arte e Salute Onlus*. O Grupo de Teatro *Ragazzi* é um grupo de teatro profissional que existe há mais de 20 anos. É composto por oito atores que são também usuários da

---

<sup>10</sup> Arte e Salute é uma associação sem fins lucrativos (ONLUS) de promoção de saúde e emancipação social criada em 2000, para articular atividades da saúde mental e das artes, através da promoção e organização de cursos de teatro para pacientes psiquiátricos da AUSL de Bolonha. (Cartilha informativa Teatro Testoni Ragazzi, 2012).

rede de Saúde Mental de Bologna. O grupo se caracteriza por ter uma atuação profissional no universo do teatro infantil. Os atores contam com uma remuneração base sob forma de Bolsa de trabalho (política de reinserção pelo trabalho) e possuem uma formação teatral intensa e permanente. O grupo se encontra semanalmente no Teatro Testoni para realização de 8 horas semanais de ensaio e fazem diversas apresentações durante ano voltadas para o grande público.

As principais atividades realizadas nos encontros semanais são de alongamento, preparo físico, formação teatral, criação, ensaios e apresentação de espetáculos. É um grupo com uma alta capacidade de performance. Os atores foram selecionados pelo seu potencial artístico e não pelas necessidades terapêuticas e reabilitativas. Trata-se de uma atividade que conquistou um caráter de geração de renda e inserção social associadas à capacidade de produção artística e produção ativa de cultura.

O Teatro de Prosa, finalmente, é uma companhia profissional que trabalha com a temática de teatro adulto também há mais de 20 anos operando no prestigiado palco cênico “*Arena del Sole*”. O grupo é composto por 12 atores que são também usuários da rede de Saúde Mental de Bologna, sendo dirigido e criado por um renomado diretor (Nanni Garella). Este grupo conta com amplo escopo temático e de público. Da constituição deste grupo é que tomou forma a Associação *Arte e Salute Onlus*. Os atores também são remunerados através de Bolsa de trabalho garantida pelo DSMDP. O teatro de Prosa tem a particularidade de ser um grupo muito bem-sucedido no meio cultural da Itália, com projeção nacional e internacional, atuando junto com atores profissionais de grande visibilidade. O trabalho deste grupo é mais intenso: se encontram semanalmente (2 ou 3 vezes). Eles são coordenados por um experiente e reconhecido diretor de teatro e sua equipe técnica, pois, no que diz respeito à saúde mental, contam atualmente apenas com a figura de um educador profissional (anteriormente, havia pelo menos 4 educadores presentes nos momentos dos ensaios) sinalizando a construção de autonomia plena dos atores.

A *Psicoradio*<sup>11</sup>, por sua vez, é um projeto da ONLUS Associação *Arte e Salute Onlus*. Trata-se de um programa de rádio e cuja redação é composta por 10 pacientes psiquiátricos do Departamento de Saúde Mental, coordenado por uma professora universitária (*Alma Mater Studiorum Università di Bologna*), um educador social de referência e operadores técnicos em comunicação. Para realização de tal projeto, os pacientes passaram por um percurso de formação de três anos sobre comunicação e técnicas radiofônicas. O projeto editorial desta rádio se articula com

---

<sup>11</sup> Informações retiradas por visitas, entrevistas, no site [www.psicoradio.it](http://www.psicoradio.it) e do Projeto da Psicoradio.

a comunicação radiofônica nacional e produz programas para um público amplo. A transmissão radiofônica do programa é semanal e opera nas redes sociais igualmente. Sua programação semanal é decidida, planejada e realizada pelos pacientes com o auxílio da equipe técnica e as principais temáticas abordadas são o sofrimento mental, a luta por direitos humanos e assuntos políticos relacionados à saúde mental numa construção ativa de cultura e conhecimento formal. O objetivo é a promoção da saúde mental através de uma luta contra o estigma e uma busca pelo empoderamento e inclusão das pessoas diagnosticadas com distúrbios mentais. Busca também pela profissionalização e criação de oportunidades de trabalho, além da sensibilização da comunidade na luta contra o preconceito. A *Psicoradio* já realizou centenas de transmissões, sendo que algumas passaram a ser realizadas em rede no território nacional. O grupo venceu o prêmio “*Marconi 2009*” como o melhor projeto radiofônico do ano endereçado a jovens.

Rádio, teatro, escuta, auto-mútua-ajuda sinalizam uma enorme vitalidade que evidencia a inventividade e a criatividade da política de saúde mental de Bolonha, evidenciando aquilo que entendem por empoderamento e *recovery*. Além desses formatos consolidados, muitas outras iniciativas tomam forma cotidianamente no coletivo ou nas micro relações de inserção sociocultural que envolvem os serviços, o território e a comunidade na construção permanente de cidadania – direito a habitar, trabalhar e se relacionar plenamente – num efetivo esforço de superação das contradições e adversidades que ocorrem especialmente na disputa permanente por financiamento e efetivação de autonomia.

### **5. Participação: um lugar propositivo para os familiares e usuários**

Foi, ao longo do processo de pesquisa, que pudemos testemunhar o surgimento de uma crescente ênfase da participação dos familiares e usuários, que gerou uma série de desdobramentos. Destacamos a criação do projeto PRISMA – “*Pruomovere Realizzare Insieme Salute Mentale Attivamente*”, o desenvolvimento do site “*Sogni e bisogni*” e a inauguração da Casa das associações, a “*Cá Provvidone*” (concessão de espaço residencial da *Comune di Bologna* desde 2015 para o usufruto de 25 associações de familiares e usuários dos serviços de saúde mental) e o projeto UFE – Formação de familiares e usuários.

Estas iniciativas foram resultantes do diálogo da Direção do Departamento de Saúde Mental com os familiares, usuários e operadores da saúde mental, constituído como CUFO (Comitê de Usuários, Familiares e Operadores) que contou com a



adesão de 34 associações<sup>12</sup>, de diversos formatos, sendo, em sua maioria, mistas, com participação de familiares, usuários e profissionais de saúde.

Assim tomou forma o PRISMA (Promover e Realizar Juntos Saúde Mental Ativamente). Através deste grande projeto de coparticipação monitorada e autoavaliada permanentemente, passou a ocorrer, o financiamento de iniciativas de associações que procuravam se integrar na atenção em saúde mental já disponibilizada. Isso se associou à estratégia de financiamento através de vinculação de cota de orçamento por usuário, permitindo o delineamento de múltiplas possibilidades de ação, ultrapassando o conjunto de práticas estruturadas nos centros diurnos e configurando grande versatilidade ao planejamento individualizado realizado pelas equipes interdisciplinares.

Para ilustrar o cenário, para o ano de 2017, diversos Projetos de associações de familiares e usuários foram apoiados através de edital específico pelo DSMDP, sendo 19 deles aprovados, dentre os quais 9 voltados para pessoas adultas com sofrimento mental, com participação propositiva e solidária em rede:

1. “Alimentação e saúde mental” das associações *Cercare Oltre* (responsável), AITSAM, *1x1 Insieme*, Cristina Gavioli em articulação com grupos apartamento e com a associação naturalista RuYi.
2. “MUOVIMENTI - desportistas no caminho solidário das associações *Non andremo mai in TV* (responsável), *Diavoli Rossi*, *Galapagos*, *Gruppo Sportivo Special Boys*, com diversas atividades esportivas (bicicleta, campeonatos etc).
3. “Também vou com você” das associações *Il Ventaglio* (responsável), *Diavoli Rossi*, *Progetto Spazio* e *Amicizia*, e Cristina Gavioli. Oferece passeios urbanos e rurais, encontros, visitas e cursos.
4. “Usuário competente e consultor” das associações *Nessuno Resti Indietro* (responsável), AITSAM, conjuntamente com os responsáveis das Residências de tratamento intensivo e dos serviços de internação. Se propoe a criar um canal onde os usuários possam falar de suas necessidades e avaliar os serviços na perspectiva do Recovery (restabelecimento).
5. “Solidariedade habitativa recíproca: por uma residencialidade não assistida, solidária e responsável” das associações *Nessuno Resti Indietro* (Capo-fila),

---

<sup>12</sup> Ama Amarcord, AMABO Auto Mutuo Aiuto Bologna, ANPIS Associazione Nazionale Polisportive Dilettantistiche per l'Integrazione Sociale - Coordinamento Emilia Romagna, Arte e Salute, Auto Mutuo Aiuto - Coordinamento imolese dei gruppi, Diavoli rossi, Diritti Senza Barriere, Diversa/mente - Associazione per la psicologia transculturale e la convivenza interetnica, E pas e temp, Eppure si muove - Associazione Polisportiva Dilettantistica, Fareinsieme, Fondazione IDEA - Istituto per la ricerca e la prevenzione della Depressione e dell'Ansia - sede di Bologna, Gruppi di Auto Mutuo Aiuto area metropolitana di Bologna, Gruppo C.I.A.O. - Auto mutuo aiuto per persone migranti, Il ventaglio di ORAV, In cammino verso, L'Albero: insieme si può, Le stanze della mente, Non andremo mai in tv - Associazione Dilettantistica Sportiva di Promozione Sociale, Progetto Spazio amicizia ONLUS, Psicoradio, Special boys, UmanaMente.

AITSAM que incentivam a coabitação e ampliam o leque de possibilidades de moradia através de dispositivos solidários.

6. “Uma janela contra o mal-estar” das associações AITSAM (responsável) e Galapagos, que se dirige a pessoas com quadros graves, sofrimento prolongado, e suas famílias, estimulando participação de todos, compartilhando experiências em parceria com o CSM de Casalecchio di Reno.
7. “Acordar para a Arte” das associações Cristina Gavioli (responsável), Cercare Oltre e Il Ventaglio. A proposta é a utilização de metodologia expressiva a ser desenvolvida na Cá Provvidone, com oficinas de arte e almoço coletivo.
8. Site Sogni & Bisogni (inaugurado em 2014) vinculado às associações Cercare Oltre (responsável), L’Albero insieme si può, Il Ventaglio, CEPS, GRD, Psicoradio (Arte e Salute), com apoio do Istituzione Minguzzi (<https://www.sogniebisogni.it/>) e da Azienda Unità Sanitaria Locale.
9. Revista IL FARO (de 2006, agora virtual e impressa, trimestral, com equipe de redação de 14 pessoas – usuários e familiares), das associações Associazione Il Ventaglio (capofila), Associazione Diavoli Rossi, Progetto Spazio e Amicizia, Associazione Nessuno Resti Indietro.

Destaca-se uma tendência ao desenvolvimento de ações de reinserção psicossocial – empoderamento e *recovery* – com vínculos diversificados e diferenciados em relação à rede de serviços de saúde: a Itália enfatiza fortemente a autonomia social dos usuários e, destacadamente, dos familiares. Todas as práticas e projetos prevendo formas permanentes de avaliação através de parâmetros quantitativos apoiados em evidências preestabelecidas e delimitadas no tempo. Qual o valor desta descrição? Entendemos que resulta desta viagem um estímulo às práticas no campo de saúde mental – por sintonia ou por contraste com a prática italiana que destacamos.

A aproximação com a dinâmica realidade de Bolonha possibilitou abordar um estilo de trabalho que, genericamente, revelou-se bastante propositivo, que ensejava a construção de um contrato “realista” com os seus usuários, sempre pautados na definição de tempo e no delineamento de ações que eram indicadas pelas equipes de retaguarda dos serviços e submetidas a uma criteriosa avaliação de resultados.

### **Conclusão: mais território e mais participação?**

As informações que compartilhamos na forma de uma descrição de estruturas e atividades procura estimular o interesse na construção de maior compreensão dos modelos e características da reabilitação psicossocial: percursos socio reabilitativos no caso italiano que apresentamos. Certamente, muitas novidades já foram tecidas no intervalo entre a realização da pesquisa e a publicação deste texto, dada a vitalidade que pulsa no território e nos serviços que pudemos acompanhar. O modelo bolonhês permite identificar um complexo esforço de construção permanente, com foi evidenciado na oportunidade de acompanhar a implantação de diversas inovações que se sintetizaram no PRISMA e no site *Sogno e Bisogni*, sempre atualizado. Além disso, viabilizou a identificação de atores societários de grande relevância: cooperativas sociais e associações, fundamentalmente de familiares. Testemunhamos um período de abertura de diálogo, propositivo, que efetivamente delineava “mais território” e “mais participação”, ainda que não possamos afirmar que sejam suficientes no enfrentamento dos desafios do sofrimento mental e no contínuo processo de desinstitucionalização. Isso também não significou “menos instituições”, considerando os desafios que se delinearam frente às estruturas residenciais e haveria muito a discutir sobre as modalidades de internação, mas abre possibilidades de reflexão sobre dispositivos de inclusão relevantes.

O estreitamento das relações entre Brasil e Itália, pauta o tema do *recovery* e sinaliza novos debates e afiliações que nos projetam em pautas de pensamento e ação de matriz anglo-saxônicas, que nem sempre coincidem com a perspectiva estritamente basagliana, descortinando novas frentes de estudo.

Identificamos que Bolonha opera a partir da perspectiva de uma psiquiatria comunitária, associada a uma perspectiva psicológica cognitivista, produzindo espaços de valorização e promoção de habilidades que viabilizam a reinserção social, com destaque para um profundo envolvimento da sociedade civil e grande ênfase na retomada da vida ativa e efetivamente produtiva, com autonomia objetivamente concebida. Tudo isso em uma cultura onde se destaca o esforço permanente de avaliação que nos projeta na responsabilização, não apenas do poder público, mas dos usuários e das usuárias da rede de saúde mental e seus familiares. Nesta lógica, grande ênfase é colocada no autoconhecimento das pessoas com histórias de sofrimento mental severo e persistente: a consciência acerca de sua patologia e sua responsabilização no tratamento proposto como um princípio básico da lógica do empoderamento e do *recovery*. Apesar da grande centralidade do paradigma psiquiátrico, é vigoroso o trabalho de equipe e a circulação de outros saberes que projetam a figura do educador social com forte

identidade institucional, como o principal articulador dos vínculos a serem construídos ou resgatados.

Finalmente, podemos afirmar: quem conhece um manicômio, conhece todos. A questão fundamental que ele escancara é a privação de liberdade, que, desde o final do século XVIII, passou a se justificar em uma racionalidade cientificista e esquadrihadora. Quem se aproxima dos serviços reabilitativos – sociais, educativos e terapêuticos – de Bolonha, encontrará o desafio oposto: é um mergulho na diversidade, na especificidade, no desafio ao tecnicismo, na singularidade do sujeito e seus contextos sociais.

## Anexo 1

<b>MODELOS INSERÇÃO ATRAVÉS DO TRABALHO - BOLONHA, ITÁLIA</b>						
Fonte: elaborado a partir do Manual Operativo do Departamento de Saúde Mental e Dependência Patológica - DSMDP - de Bolonha (2014)						
	<b>Tipos</b>	<b>O que é</b>	<b>Locais de inserção</b>	<b>Público-alvo (vinculados ao CSM)</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Pagamento</b>
<b>Instrumentos</b>	<b>IPS (<i>Individual Placement and Support</i>)</b>	Suporte para inserção mercado de trabalho.	Qualquer empresa.	Usuários desocupados ou desempregados que desejam ou demonstrem motivação para se valer da metodologia IPS.	Pesquisa e obtenção de um emprego de maneira ágil.	Não são previstos reembolsos ou pagamentos na forma de apoio.
	<b>TiFO (<i>Tirocinio e Formazione di tipo C</i>)</b>	Estágio e Formação no trabalho.	Empresas privadas disponíveis, cooperativas sociais; administração pública; associações ou fundações.	Usuário desocupados ou desempregados que desejem se valer do estágio e formação no trabalho para tentar um contrato de trabalho ao fim do percurso.	Aquisição de competências, mediante o conhecimento direto do mundo do trabalho, além de definir as aspirações e suporte quanto as escolhas para o ofício.	Pagamento mensal.
	<b>Formação profissional</b>	Cursos de formação profissional.	Centros de formação profissional ( <i>CFP</i> ), Centro para o emprego ( <i>CPL</i> ) e cooperativas sociais;	Usuários desocupados ou desempregados.	Aquisição de habilidades transversais e profissionais através de conteúdo teórico e desempenho prático.	Gratuidade nos cursos e o que estiver estipulado na lei nos casos de colocação direcionada através de legislação específica.
	<b>ISRA (<i>Interventi Sociali Riabilitativi Attivi</i>)</b>	Inserção ocupacional para construção de laço social (desenvolvimento de capacidades e de pertencimento social).	Terceiro Setor (cooperativas sociais e associações); entes públicos; empresas privadas com o selo de responsabilidade social	Usuários que apresentem necessidades socioreabilitativas ou que atravessem um período de dificuldade.	Potencialização de habilidades e competências em ambientes acolhedores sem a exigência de produtividade.	Pagamento diário por hora trabalhada.

## Referências Bibliográficas:

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna. (2011). *Pianno Organizzativo Area Dipartimentale Centro di Salute Mentale*. Bologna: Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenza Patologica.

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna. . (2012). *Cartilha Informativa, Progetto AMA*. Bologna.

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna. . (2013). *Regolamento Dell'abitare supportato del DSM-DP*. Bologna: Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenza Patologica.

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna. (2014). *Inserimenti lavorativi: Percorsi e Strumenti*. Bologna: Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenza Patologica.

Basaglia, F. (org.). (1982). *Basaglia – Scritti II*. Torino: Einaudi.

Brandão, C. R. (1983). *O ardil da ordem – caminhos e armadilhas da educação popular*. Campinas: Papyrus.

Castilho, J. C. N. (2015). Reabilitação psicossocial: uma perspectiva clínica. In: Guanaes, C; Da Mota, C. C.; Borges, L. M.; Zurba, M. Do C. & Dalla Vecchia, M. (Org.). *Psicologia Social e saúde: da dimensão cultural à político-institucional*. Florianópolis: Edições do Bosque. v.2. pp. 317-342.

CSAPSA. (2013). *Chi siamo*. Bolonha: Centro Studio Analisi di Psicologia e Sociologia Applicate. Recuperado em 02/03/2018 de <<http://www.csapsa.it/csapsa-chisiamo>>.

Dipartimento di Salute Mentale – Dipendenze Patologiche Bologna. (2013). *Proposta di Percorso partecipato di riabilitazione per persone in cura presso i servizi psichiatrici adulti*. Bologna: Dipartimento di salute mentali e dipendenza patológica.

Fioritti, A. (2008). Trent'anni di 180: le politiche di salute mentale tra passato e futuro. *Riforma psichiatrica. Autonomie locali e servizi sociali*, v.3, pp. 417-428.

Fioritti, A. (2010). Development of community mental health services: The case of Emilia-Romagna Region. *Psylogos - Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*. Disponível em: [http://www.psilogos.com/Revista/Vol6N1/Indice9\\_ficheiros/Fioritti%20\\_%20%20P67-76.pdf](http://www.psilogos.com/Revista/Vol6N1/Indice9_ficheiros/Fioritti%20_%20%20P67-76.pdf).

Goulart, M. S. B. (2015). *Reabilitação psicossocial: Brasil e Itália - Relatório Final*. Belo Horizonte: FAPEMIG.

Goulart, M. S. B., Miranda, A. B., Passos, M., Chevreux, H. & Zani, B. (2015). O espaço residencial e a construção da autonomia: os grupos apartamentos de Bologna (Itália). In: Guanaes, C.; Da Mota, C. C.; Borges, L. M.; Zurba, M. Do C. & Dalla Vecchia, M. (Org.). *Psicologia Social e saúde: da dimensão cultural à político-institucional*. Florianópolis: Edições do Bosque. pp. 385-397.

Guerra, Andréa M. C. (2004). Reabilitação Psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. *Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental*, VII, n.2, p.83-

96, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v7n2/1415-4714-rlpf-7-2-0083.pdf>

Manual CSM (2011). *Pianno Organizzativo Area Dipartamentale Centro di Salute Mentale*. Bologna: DSMDT.

Miranda, A. B., Passos, M., Chevreux, H. & Zani, B. (2015). O espaço residencial e a construção da autonomia: os grupos apartamentos de Bologna (Itália). In: Guanaes, C.; Da Mota, C. C.; Borges, L. M.; Zurba, M. Do C. & Dalla Vecchia, M. (Org.). *Psicologia Social e saúde: da dimensão cultural à político-institucional*. Florianópolis: Edições do Bosque. pp. 385-397.

Nicácio, F. & Campos, G. W. S. (2005). Instituições de “portas abertas”: novas relações usuários-equipes-contextos na atenção em saúde mental de base comunitária/territorial. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 16, n. 1, pp. 40-46.

Nicácio, M. F. (Org.). (1990). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.

Pelbart, P. P. (1990). Manicômio Mental: A outra face da clausura. In: *Saúde e Loucura 2*. São Paulo: Hucitec, pp.131-138.

Pitta, A. M. F. (2001). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec.

Priebe, S. & Fioritti, A. (2004). Dopo la deistituzionalizzazione: stiamo imboccando il cammino contrario? *Psichiatria di comunità*, London, v.3, n.3, pp.137-144.

Santone, G., Girolamo, G., Fallon, I., Fioritti, A., Micciolo, R., Picardi, A. & Zanalda, E. (2018). The process of care in residential facilities: a national survey in Italy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. v.40, n.7. p. 540-550. Epub 2005 Aug 15. Disponível em:< <http://www.springerlink.com/content/x02432773558p7g6/>>

Saraceno, B. (1999). Reabilitação como cidadania. In: Saraceno, B. (Org.). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: TeCorá, pp. 111-142.

Schmidt, M. L. S. (2008). Pesquisa participante e formação ética do pesquisador na área de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, n.13, v.2, pp.391-398.

Strey, M. N. (2002). *Psicologia Social contemporânea – Livro texto*. Petrópolis: Vozes.

Thiollent, M. (1985). *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez.

Trono, V.; Fioritti, A. & Vaccaro, S. (orgs.). (2012). *Manuale Operativo: Il sistema degli interventi sociali riabilitativi attivi, formativi e lavorativi*. AUSL DSMDP. Bolonha.

Zani, Bruna. (2012). Empowerment: analisi di un costrutto “intrigante”. In: Zani, B. (org.) *Psicologia di comunità – prospettive, idee, metodi*. Roma: Carocci Editore. pp. 135-162.

## Websites consultados

<http://www.sogniebisogni.it/>

<http://www.oficina.bologna.it/progetti-per-il-sociale/34-ips>

<https://www.ausl.bologna.it/per-i-cittadini/iesa>

[http://www.ausl.bologna.it/eauslbo/applications/cart\\_serv/getFile?url=/PDF/Carte/STRUTTURE%20RESIDENZIALI.pdf](http://www.ausl.bologna.it/eauslbo/applications/cart_serv/getFile?url=/PDF/Carte/STRUTTURE%20RESIDENZIALI.pdf)

<http://corsi.unibo.it/Laurea/EducatoreSocialeCulturaleBologna/Pagine/Presentazione.aspx>

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/convegni-e-seminari/bologna-29-ottobre-2015>

<file:///C:/Users/Stella%20Goulart/Downloads/REGOLAMENTO%20CUFO.pdf>

<http://www.psicoradio.it/>

<https://www.ausl.bologna.it/news/archivio-2012/auslnews.2012-01-19.9865029117>

<http://arteirregolare.comitatonobeldisabili.it/>

<http://www.comitatonobeldisabili.it/index.php/storia-comitato-nobel-disabili/statuto>

<http://www.ruyi.it/>

<http://www.labsus.org/2017/05/disagio-sociale-nasce-a-bologna-ca-provvidone-uno-spazio-gestito-da-cittadini-e-amministrazione>



## CENTROS DE CONVIVÊNCIA: ARTE, ARTIFICES E ARTEFATOS

Maria Stella Brandão Goulart

A arte de viver é simplesmente  
a arte de conviver...  
simplesmente, disse eu?  
Mas como é difícil!

Mário Quintana (2013)

### Introdução

Neste texto, compartilharemos algumas informações sobre um conjunto de práticas de convivência como estratégia de (re)inclusão ou (re)inserção de pessoas com histórias de psiquiatrização, de sofrimento mental severo e persistente no contexto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) brasileira<sup>1</sup>.

Podemos definir a atenção psicossocial como a prática que permite: “...olhar para o sofrimento humano em articulação com o plano da vida. Muda-se o objeto que deixa de ser a doença e passa a ser a complexidade da vida” (Yasui et al, 2018, p.175)

Entendemos que a loucura tem diversos territórios prescritos na sociedade e na cidade: os lugares muito concretos da exclusão social. Os hospitais psiquiátricos continuam a ser este *locus* privilegiado. A eles foi contraposto o paradigma da desinstitucionalização, que, dialeticamente, produziu outros espaços institucionais, que procuram subtrair a violência e a lógica da tutela de seu âmago. Mas trata-se de uma contradição que não pode ser esquecida, pois é pervasiva e nos impõem uma reflexão permanente e a construção ativa de respostas. A afirmação da vida é desinstitucionalização.

O ponto de partida que nos orienta para pensar esta complexa “atenção à vida” em detrimento da ênfase no diagnóstico e na exclusão da loucura, é a obra transdisciplinar<sup>2</sup> do psiquiatra Franco Basaglia, cuja práxis contemplava

---

<sup>1</sup> Agradecemos as inestimáveis contribuições de Bruna Zani, Camila Augusta dos Santos, Carla Luiza Oliveira, Chiara Giuliani, Eliane Rodrigues da Silva, Francisco Matheus Machado de Barros, Henrique Baleiro, Hernani Luís Chevreux Oliveira Coelho Dias, Irene Esposito, Júlio Cezar Alves dos Santos Gonçalves, Marina Passos Pereira Campos, Marco Mazzotti e Vito Julião nas reflexões que resultaram neste capítulo.

<sup>2</sup> Sobre o tema da transdisciplinaridade, remetemos o leitor à “Carta da transdisciplinaridade”, resultante do “Primeiro Congresso Mundial da Transdisciplinaridade” realizado em Convento de Arrábida, Portugal, 2 a 6 de Novembro 1994.

revolucionárias estratégias de reabilitação “social”, discutidas em capítulo anterior<sup>3</sup>. Mas o caso que relatamos aqui denota um esforço psicossocial, em sentido mais específico, na medida em que envolve uma concepção de psiquismo, fazendo referência à psicodinâmica de construção de laços socioafetivos a partir do estímulo à criatividade e expressão subjetiva, sem deixar de considerar a dimensão da “vida” como expressão social.

Este conjunto de “práticas de convivência” pode ser entendido como um dos resultados da sementeira basagliana, que remete a um processo coletivo que produziu muitos frutos que nutrem projetos e programas de saúde mental pelo mundo afora (Burns & Foot, 2020). Um destes frutos se reflete no slogan: “a liberdade é terapêutica”. Este nasceu das discussões plurais que ocorriam em Trieste e foi capturado, apropriado, por um renomado artista italiano chamado Hugo Guarino, nos idos de 1973, dando-lhe a forma de belas pichações nos muros do ex-manicômio San Giovanni e da cidade de Trieste (Rotelli, 2015). Dele também é outra expressão que se tornou célebre na reforma psiquiátrica italiana: “a verdade é revolucionária”. Sua arte, ao longo do período em que esteve colaborando com o processo de desinstitucionalização italiano estimulou a criação do Coletivo *Arcobaleno*<sup>4</sup>, ocupando espaços dos pavilhões do hospital e disponibilizando, de modo compartilhado, os processos criativos para os pacientes então internados e para quem mais quisesse participar. Ali foram cultivados os primeiros movimentos de ruptura com o cotidiano institucional e os movimentos de “saída” dos espaços manicomiais. Guarino transformou as palavras de ordem do Movimento Anti-institucional italiano em arte e representa todo uma rede de pessoas e processos de invenção de relações e dispositivos de proteção e reparação, em clara oposição às instituições que naturalizavam a violência e o controle da loucura. Era a arte da desinstitucionalização que dava vida às iniciativas de cuidado e tratamento.

Estas referências inspiram e orientam a discussão que segue revelando os pontos de vista de trabalhadores da saúde mental – gerentes, “oficineiros e oficineiras” segundo a terminologia da Portaria 396<sup>5</sup>, mas que são também chamados de “monitores e monitoras”, usuárias e usuários dos serviços<sup>6</sup>-, ações, produções, produtos e expectativas relativas a um projeto específico de proteção de

---

<sup>3</sup> O título do capítulo é “Basaglia e a reabilitação social”.

<sup>4</sup> Arco-íris.

<sup>5</sup> Não foram abordados na pesquisa (por decisão das gerentes dos serviços abordados e da coordenação de saúde mental) os SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos, e o Suricato – Associação de trabalho e produção solidária.

<sup>6</sup> Os usuários dos serviços foram objeto de atenção, de acompanhamento participativo nas atividades e na forma de levantamento de histórias de vida. Sua perspectiva ultrapassa o escopo deste capítulo e exigem um tratamento diferenciado.

direitos individuais, civis e sociais na promoção de “bem-viver” no âmbito da atenção à saúde mental.

Os usuários e usuárias que participam destas práticas de convivência trazem consigo um lugar de pertencimento do ponto de vista social que remetem a outros modos de exclusão – em um espectro que vai desde a miséria até a estigmatização. O sofrimento mental está geralmente associado ao isolamento, a uma profunda solidão, que os psicanalistas chamam de psicose: uma desinserção (Generoso, C. & Guerra, 2012) subjetiva. Ao usar os termos (re)inclusão ou (re)inserção procuramos dialogar com isso, sustentando a inquietude que eles evocam. Qual é o “plano da vida” que consideramos ao pensar a possibilidade de inclusão e inserção?

Para Basaglia, o caminho é a (re)inclusão no acesso a direitos: moradia, relações sociais (poder contratual), trabalho, entre outras respostas a “necessidades concretas”.

Os Centros de Convivência nos mostram outros caminhos, ainda que trilhem a via basagliana. Procuraremos explorar estas possibilidades com o olhar da psicologia social crítica que se interessa pelo “sujeito psicossocial” e pelos processos institucionais emancipadores e instituintes.

O que estará em evidência neste capítulo é a especificidade de um acúmulo técnico que se consolidou ao longo de trinta anos de trabalho nos espaços nos Centros de Convivência de Belo Horizonte (CdC). A descrição que apresentaremos resulta de uma pesquisa finalizada em 2016<sup>7</sup>, onde procuramos descrever práticas brasileiras e italianas. Dialogamos intensamente com seus agentes<sup>8</sup> (“conviventes”, termo cunhado por um dos monitores/oficineiros), ao longo de 4 anos, de modo a explicitar concepções tácitas acerca da reabilitação psicossocial. Procuramos tecer e estimular reflexões que apontassem para critérios de avaliação, pautas de discussão e novas pesquisas no campo da saúde mental.

---

<sup>7</sup> A pesquisa contou com a colaboração da coordenação de saúde mental e da Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte e da diretoria do departamento de saúde mental e da Rede de Saúde Mental de Bolonha. Foi uma pesquisa exploratória e qualitativa sobre o tema da reabilitação psicossocial: Modelos de reabilitação psicossocial: Brasil e Itália (Processo nº APQ-03380-12 e CAAE 08351412.5.0000.5149). Seu processo e resultados foram objeto de debate e amplo compartilhamento com os trabalhadores, professores e estudantes envolvidos. Os dados que este texto compartilha foram produzidos ao longo dos anos de 2011 e 2016, através de convênio entre a Universidade Federal de Minas Gerais e a *Alma Mater Università di Bologna*. A metodologia participativa utilizada valeu-se da disponibilidade de uma equipe interinstitucional de pesquisadores, trabalhadores da saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial, usuários dos serviços e gestores públicos, que constituiu uma rede de troca de informações que valeu-se de dezenas de encontros e debates, internos e públicos, ocorridos no Brasil e na Itália, com o apoio da Universidade Federal de Minas Gerais e o financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais e do Ministério da Saúde, aos quais agradecemos.

<sup>8</sup> Termo este tomado da sociologia de Antony Giddens (1989). O que é distintivo com relação aos agentes ou atores humanos é sua capacidade de entender o que fazem, enquanto fazem (reflexividade), mesmo que o resultado de suas operações não corresponda às suas intenções. Agências, na teoria da estruturação, se refere à capacidade de realização, de definição (intencional ou não) do curso de ação: o ator e suas escolhas “fazem diferença”. Note-se que há uma atenção especial à atitude do ator e a seus processos internos.

Basaglia dizia que:

A nossa ciência parte de um desafio central que é o técnico tradicional, isto é, aquele que pensa que 'não se pode fazer nada além disso' e tem como ideologia o pessimismo da razão. O novo 'técnico' deve ter um objetivo bem preciso: desenvolver seu trabalho com o "otimismo da prática". (Basaglia, 2000, p. 116)

Nestes 4 anos de trabalho, tivemos a sensação de conviver com esta novidade: os artífices da convivência que nos ensinaram, no "otimismo da prática". Toda a equipe de pesquisa se transformou nesta experiência.

A responsabilidade relativa às reflexões que se seguem, sobre os Centros de Convivência (CdC) reflete-se como uma "fotografia", que se construiu como uma "selfie", dada a utilização de uma metodologia participativa. Imaginemos, que uma câmera captura um "momento", panorâmico, procurando colher a expressão das pessoas, numa disposição por elas construída, mas limitada por um certo enquadramento. Este foi o resultado do método participativo que sustentou a pesquisa realizada. Neste artigo, procuramos "retratar" o ponto de vista da equipe de pesquisadores e daqueles que se disponibilizaram a compartilhar a sua práxis. O resultado, sintético, de uma pesquisa deve procurar colher o entendimento que é disponibilizado, mas não pode se furtar a abrir pautas e sustentar o pensamento crítico, que tem por tarefa colocar em crise o conhecimento e os modos de produzi-lo.

Toda convivência é desafiadora. Não é fácil dialogar com a diferença e extrair dela a preciosidade da vida que queremos e precisamos. O método participativo aposta todos os seus recursos exatamente nesta direção: uma aposta na alteridade e não na neutralidade.

Carlos Rodrigues Brandão, reconhecido construtor das metodologias participativas e defensor da cultura popular, inicia seu famoso livro "A Educação como Cultura" (1985) com uma epígrafe que nos inspira:

Como sistemas entrelaçados de signos interpretáveis [...] a cultura não é um poder, algo ao qual podem ser atribuídos casualmente os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições ou os processos; ela é um contexto, algo dentro do qual eles podem ser descritos de forma inteligível, isto é, descritos com densidade" de Clifford Geertz, "As interpretações das culturas" (p.24.)

Quando nos aproximamos dos Centros de Convivência, procuramos pela cultura antimanicomial, enunciada por seus gestores, onde se contextualizam os comportamentos, instituições e processos de "conviventes", usuários, usuárias, profissionais, técnicos, trabalhadoras, estagiários, aprendizes, gestores, familiares, amigos, amigas e outras pessoas que são convidadas à cena. Nosso interesse maior é pensar a Reabilitação Psicossocial a partir da prática, reconhecendo que nós não

pertencíamos à cena: éramos estranhos que se colocavam a tarefa de pensar e promover espaços de reflexão, a partir de um ângulo o mais aberto possível.

Assim, pretendemos oferecer uma descrição densa. Trata-se de reconhecer a dignidade da cena em que circula a loucura, assumindo os riscos desta empreitada e suas consequências.

Participar é um verbo bitransitivo: comporta muitas flexões, diretas e indiretas. Ao pé da letra, pode significar um simples ato de informar, de comunicar. Ela é uma palavra cheia de possibilidades e direções, mas não aniquila as diferenças: ao contrário, multiplica. A participação não tem como resultado único ou desejável o consenso. Este é o subproduto de uma cena muito mais rica e interessante que comporta o encontro e o diálogo com a diferença. Seu antônimo é privar, dispensar. Sair da cena.

Com este artigo, queremos participar, comunicar, informações que julgamos relevantes. Espera-se poder dizer algo que acrescente, seja porque sistematiza aquilo que é da ordem do vivido, ou seja porque o desafia, convidando à reflexão. Trata-se de uma das infinitas formas de fazer parte: inserção.

Parte-se, aqui, do princípio de que há uma construção de cultura, de conhecimento, de significados, de respostas a problemas importantes, na RAPS. Entendemos que esta cultura não é monolítica e muito menos estática. Ela é complexa, heterogênea, híbrida e dinâmica.

Inicialmente, procuramos “ficar por perto, colaborando” (pesquisa de campo). Depois disso, nos aproximamos de alguns usuários e usuárias para “escutar suas histórias”. Posteriormente, fomos perguntar profissionais e trabalhadoras/es acerca de sua “vivência”. Desta convivência resultou este texto que se segue definindo os CdC, inserindo-os nos seus específicos territórios, procurando identificar o perfil dos conviventes (monitores ou oficinairos/os, destacadamente), os laços como parcerias nos ambientes das oficinas e atividades transversais, para finalmente abordar o que chamamos de “arte de conviver”, artífices e artefatos.

## **1. Os Centros de Convivência**

Os conceitos que melhor abrigam o ímpeto e capacidade de realização dos Centros de Convivência (CdC) de Belo Horizonte, se ancoram, nos termos utilizados pelas suas protagonistas: “saídas subjetivas” e “invenções”. Este é precisamente o título de um artigo de referência entre os trabalhadores e as trabalhadoras desses serviços: “Centros de Convivência: saídas e invenções” (Soares, 2011). Construir “saídas” em relação ao projeto excludente e violento da psiquiatria

“hospitalocêntrica” tradicional<sup>9</sup> e inventar outras possibilidades de se relacionar com a loucura são tarefas que orientaram o chamado projeto “antimanicomial”, que encontrou espaço de formulação a partir do empenho coletivo. Neste projeto, destacam-se as diversas matizes desta ação coletiva de mobilização (com destaque para a RENILA – Rede Internúcleos de Luta Antimanicomial) e, tomando a realidade local, os nomes de Cezar Rodrigues Campos, Miriam Abou Yd, Rosemeire da Silva, Marta Elizabeth de Souza dentre tantos outros e outros construtores ativos de uma política de atenção e cuidado em liberdade que completou trinta anos em 2023. Este projeto tem indiscutível inspiração nas proposições da Psiquiatria Anti-institucional italiana, que logrou o fechamento das estruturas manicomiais públicas, consolidou serviços territoriais de atenção e cuidado em saúde mental, com destaque para a liderança do psiquiatra Franco Basaglia e da ativista e cientista política Franca Basaglia (Venturini; Goulart; Amarante, 2020; Goulart, 2007). Colocar a doença entre parêntesis e pensar o “sujeito”, a pessoa, o cidadão, a cidadã, está no cerne desta inspiração basagliana, como também a conquista dos espaços públicos e de vida, pressupondo que “a liberdade é terapêutica” (tal como inscrito nos muros do hospital San Giovanni de Trieste, Itália).

Os CdC, segundo Soares (2011), são espaços culturais, de expressão e criação, propiciadores de inclusão social, voltados para “portadores de sofrimento mental grave”. Esta definição, que emerge da experiência prática, informa que o cotidiano dos CdC se apoia, basicamente, na realização de “oficinas”, que são por sua vez “catalizadoras de força expressiva” (tendo a arte como principal meio) e da oferta da “possibilidade de convívio” – nas relações sociais, comunitárias e no espaço urbano – promovendo “situações novas”, tanto para os usuários e as usuárias, como para os trabalhadores e as trabalhadoras da saúde mental e para a RAPS, Rede de Atenção Psicossocial.

A autodefinição dos CdC de Belo Horizonte é coerente com Política de saúde mental brasileira, que tem como base a Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental (Lei N. 10.216). Nesta Lei, o Artigo 1º prevê a não discriminação (em todas as suas formas) e o 2º., no Parágrafo único, aponta o direito à recuperação pela “inserção na família, no trabalho e na comunidade”, indicando o caminho de inclusão social. O Artigo 4º., parágrafo 1º. reafirma a reinserção social como finalidade permanente. Já o Artigo seguinte, o 5º., enfatiza a necessidade de reabilitação psicossocial para pessoas com histórias de

---

<sup>9</sup> Sobre o assunto, há vasta literatura, com destaque para os estudos de Diva Moreira, Paulo Amarante, Antonio Lancetti, Eduardo Mourão Vasconcelos, Ana Marta Lobosque e tantos outros das mais diversas regiões do Brasil.

hospitalização prolongada e apontando para um processo de reparação em consequência da violência impingida pelos devastadores processos de institucionalização que ceifaram tantas vidas (Arbex, 2013).

As portarias e programas institucionais nacionais geralmente fazem referência ao termo “Centros de Convivência e *Cultura*” (grifo nosso). Na perspectiva da política nacional, trata-se de espaços de intersecção entre políticas públicas de saúde mental e de cultura, assim como geração de renda e outras manifestações culturais, como artes plásticas, música e teatro (Relatório de gestão saúde mental 2003-2006 da coordenação geral de saúde mental do Ministério da Saúde e Portaria nº 396 de 07 de julho de 2005).

Ao se autonear sem a referência explícita ao termo “cultura” e concentrando-se no significante “convivência”, os dispositivos que pesquisamos definem a arte como principal ferramenta de trabalho, como já indicamos. Sua proposta:

possibilita aos sujeitos se perceberem criativos e protagonistas de suas histórias; agencia situações novas e demonstra, para a rede e seus trabalhadores, efeitos que se fazem notar na clínica de cada sujeito. Possibilita novas formas de linguagem e o compartilhamento de experiências. É um lugar diferenciado, dentro da rede de tratamento e ao mesmo tempo a ela articulado (Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2005, p. 03).

A capacidade de inovar, criar, promover invenções subjetivas, assim como a abertura do espaço para o “laço social” na singularidade de cada sujeito, conforme proposto pela lógica desse serviço, são indispensáveis para cumprir os objetivos que se colocam.

O termo “cultura” ressurgiu, modulado e integrado à metodologia do trabalho nos CdC (Soares, 2011) ainda que não esteja inserido na nomenclatura e o retomaremos mais adiante, apoiados na prática a ser descrita. A arte ganha maior relevância em relação ao conceito de cultura no cenário que estamos investigando, e confere menos ênfase na possibilidade de parcerias com as políticas de cultura.

A princípio, os CdC não seriam um dispositivo que oferta atenção clínica (psicoterapêutica). Ao mesmo tempo, preserva-se a relação com a “clínica de cada um”, fazendo referência a um estilo de “Clínica do Social” (Garcia, 1997). No entanto, o trabalho realizado nos CdC impacta a clínica realizada pela Rede de Atenção Psicossocial da municipalidade: está interligado a ela e, ao mesmo tempo, fora dela, pois salvaguarda sua autonomia em relação aos demais serviços. A ligação se caracteriza no empenho em manter a adesão ao tratamento ofertado nos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM).

Tomadas estas definições preliminares, local e nacional, e tendo em mente as sutilezas relativas ao uso dos conceitos e denominações que já se desdobram, –

saídas subjetivas, laços, invenções, inclusão social, inserção social, clínica – podemos iniciar a descrição dos CdC de Belo Horizonte, procurando sempre pelos diversos pontos de vista daqueles que estavam inseridos na prática cotidiana, quando se realizou a pesquisa de campo na cidade de Belo Horizonte. Foram estudados todos os nove CdC<sup>10</sup>, que eram assim denominados: Arthur Bispo do Rosário (1992), Barreiro (1996), Carlos Prates, Cezar Campos (2001), Pampulha (1996, atual Nise da Silveira), Providência (1996, atual Rosimeire Silva), Oeste (2002), São Paulo (1994), Venda Nova (1996, atual Marcus Matranga).

A equipe técnica mínima de um CdC era composta, por ocasião da pesquisa, por uma gerente (de nível superior da área da saúde); monitores, de nível médio (realizando oficinas chamadas “tipo I”) ou superior (oficinas “tipo II”), sendo este segundo grupo composto por artistas plásticos, músicos, atores, artesãos e outros); e por auxiliares administrativos, profissionais da limpeza e da portaria e segurança. Os CdC Arthur Bispo do Rosário, Barreiro, Cezar Campos, Oeste, Marcus Matranga (Venda Nova) eram gerenciados por psicólogas. O Nise da Silveira (Pampulha), Rosimeire Silva (Providência), São Paulo, por terapeutas ocupacionais. Já o Carlos Prates contava com uma gerente com formação em farmácia.

Alguns componentes da equipe eram servidores da prefeitura e outros contratados, trabalhando nos dias úteis, de segunda a sexta feira, no período diurno. Os monitores e as monitoras eram remunerados pelo Conselho Metropolitano de Belo Horizonte, com a intermediação da Sociedade São Vicente de Paulo, organização religiosa sem fins lucrativos e de caráter beneficente. Apesar do governo federal reconhecer formalmente os “Centros de Convivência e Cultura”, isso não se traduzia em repasse de recursos.

Enfatizamos que, dando sequência a estas informações preliminares, interessa investigar e documentar a realidade contemplando os pontos de vista de quem a constrói e a reproduz, expressando a “ética antimanicomial” que sustenta o tratamento em liberdade, sem perder de vista as pessoas que frequentavam o serviço. Ressalvamos que a pesquisa realizada não pretendeu em momento algum avaliar os resultados do trabalho e sim identificar elementos que possam orientar sua compreensão.

---

<sup>10</sup> Agradecemos o apoio da Coordenação de Saúde Mental do Município de Belo Horizonte, nas pessoas de Maria Auxiliadora Barros Moraes e de Luiz Carlos Penna Chaves e das gerentes dos Centros de Convivência: Ana Paula Novaes (Venda Nova, atual Carlos Matranga), Giselle Amorim (Oeste), Karen C. Zacché (Arthur Bispo do Rosário), Maria Betânia de Lima Guimarães (Providência, atual Rosimeire Silva), Maria Eliza de Vasconcelos Silva (Carlos Prates), Marise Hilbert (Barreiro), Marta Soares (São Paulo), Sílvia Riveres (Cezar Campos) e Wilma dos Santos (Pampulha, atual Nise da Silveira).



## 2. O território da inclusão

A Política de saúde mental mineira, além de expressar paradigmaticamente a Política nacional de saúde mental resultante da Reforma psiquiátrica brasileira, tem se notabilizado pela capacidade de responder ao desafio de construção de respostas assistenciais para os casos e crises graves, especialmente as ocorrências identificadas como psicóticas, do ponto de vista da psicopatologia.

Os desenhos dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos se nutrem de uma cultura crítica razoavelmente hegemônica em relação aos modelos assistenciais centrados na internação psiquiátrica e na privação de liberdade (Nilo et al, 2008; Lobosque, 1997; 2001; Goulart, 2015). Esta cultura profissional resulta da histórica mobilização e organização de usuários, usuárias dos serviços e trabalhadores dos serviços de saúde mental (como a ASUSSAM, Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental; a RENILA, Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial e o Fórum Mineiro de Saúde Mental entre outros).

O processo de construção da Rede de Atenção Psicossocial<sup>11</sup> teve início, em Belo Horizonte, nos anos 90 do século XX, com a construção do primeiro CERSAM<sup>12</sup> (Barreiro) e do primeiro Centro de Convivência: o “Arthur Bispo do Rosário” derivado da experiência do Hospital Dia do Instituto Raul Soares (Goulart; Durães, 2010). Os nove Centros de Convivência de Belo Horizonte remetem a histórias, áreas físicas, recursos, práticas e públicos distintos, ainda que tenham referências normativas comuns e uma política de atuação construída e sustentada, de modo colegiado, pelo conjunto das gerentes e pela Coordenação de Saúde Mental do Município. Eles se distribuem pelo território da cidade, a partir da lógica de configuração dos distritos sanitários, geralmente em estruturas alugadas. Sua maioria, 5 deles, se situavam, no período da pesquisa, em bairros periféricos. Outros quatro – o Arthur Bispo do Rosario, o Oeste, o Cezar Campos e o Nise da Silveira (Pampulha) – localizavam-se em bairros de classe média, sendo o último em região elitizada e de grande valor histórico e arquitetônico.

O modo como os CdC se nomeiam já revela sua especificidade e um pouco de sua história. O CdC Arthur Bispo do Rosário, o mais antigo (1992) homenageia o

---

<sup>11</sup> A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Belo Horizonte, quando foi finalizada a pesquisa, era composta pelos 9 Centros de Convivência e por 3 Centros de Referência em Saúde Mental - Álcool e outras Drogas (CERSAM-AD), nas regiões Pampulha, Barreiro e Nordeste; 1 Centro de Referência em Saúde Mental Infantil (CERSAMI); 1 Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP); 7 Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM); 2 equipes de Consultórios na Rua e 2 unidades de acolhimento transitório, além de 152 equipes de saúde mental nas unidades básicas de saúde; 9 equipes do Projeto Arte da Saúde; 9 equipes complementares, 583 equipes de saúde da família distribuídas em 147 Centros de saúde, 25 serviços residenciais terapêuticos e 1 incubadora de empreendimentos solidários da saúde mental apoiando a Associação de trabalho e produção solidária – Suricato.

<sup>12</sup> O CERSAM, Centro de Referência em Saúde Mental, é uma denominação regional que se refere a um CAPS III, Centro de Atenção Psicossocial que funciona ao longo de toda a semana e também durante a noite, viabilizando a hospitalidade dos usuários (internação) apoiada por uma equipe de maior complexidade para a construção de respostas às situações de crise.

artista plástico carioca Arthur Bispo do Rosário, que mesmo ficando internado por mais de 50 anos na Colônia Juliano Moreira (Rio de Janeiro), com o diagnóstico de “esquizofrenia paranoide” (Dantas, 2009), construiu uma obra consistente e internacionalmente reconhecida. Este CdC situava-se numa casa de dois andares, de propriedade da prefeitura, no bairro de Santa Tereza, que fora anteriormente destinada ao Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) da região leste. Contava com um amplo pátio na parte anterior e um pequeno jardim lateral. Não obstante a casa fosse circundada por muros altos e de um portão bastante imponente, a primeira impressão que produzia era a de um espaço familiar e acolhedor: alegremente decorado com pinturas feitas por pessoas que frequentavam o serviço. Nas salas, transformadas em ateliês, estavam expostas algumas obras resultantes das oficinas de artes plásticas, bordado e outros artefatos. No segundo andar, havia um escritório e uma sala administrativa, além de outros espaços de trabalho e lazer para usuárias e usuários e um depósito. Os espaços reservados para as oficinas e o escritório ficavam geralmente abertos, com exceção da hora do almoço, quando o CdC era fechado (como todos os demais).

Podemos contrastar a estrutura do Arthur Bispo do Rosário com o CdC Cezar Campos, nome dado em homenagem ao psiquiatra e gestor público (ex-secretário municipal de saúde do município) que implantou a RAPS em Belo Horizonte. Este CdC se situava num bairro central, em zona de classe média alta (bairro Cruzeiro): seu espaço era o mais exíguo de todos os demais. Inseria-se em uma área urbana já bastante verticalizada, com muitos recursos (comércio e espaços de lazer) e poucos serviços comunitários (a região sul não tinha nenhum Centro de Referência em Saúde Mental – CAPS ou CERSAM, na terminologia regional, e nem Centros de Saúde). O exíguo espaço do CdC Cezar Campos tinha sua fachada compartilhada com um Centro de Zoonose da Prefeitura. Distinguia-se, como os demais, pelo simpático colorido da parede externa, que lhe imprimia singularidade, como ocorria em todos os demais CdC. Logo na entrada, havia um pequeno jardim enfeitado com mosaicos nas paredes, resultantes das oficinas de arte. Ali, assim como no CdC Arthur Bispo do Rosário, comportava também um espaço de encontro informal entre pessoas que frequentavam o serviço, onde ocorriam conversas sobre o cotidiano, jogos improvisados, leituras ou simplesmente descanso e relaxamento para aqueles que preferiam não frequentar as oficinas. A estrutura física se reproduzia, como nos demais CdC: o escritório da gerente, parte administrativa e reservada à equipe técnica, as salas para realização de oficinas, depósito. Tudo estava sempre colorido pelos objetos que resultam das diversas atividades, além de cozinha, banheiro. Portas de vidro e madeira branca eram utilizadas como divisórias dos espaços de

trabalho, como um recurso versátil para o usufruto do espaço exíguo, porém bem aparelhado.

O CdC Marcos Matraga (Venda Nova) – uma deferência a uma liderança: um psicólogo ativista da RENILA assassinado. Contava, por sua vez, com quadra de esportes e amplo espaço para atividades e para uma horta: um grande quintal. Estava situado em uma casa ampla, de dois andares, em bairro periférico homônimo, de classe média de baixo poder aquisitivo. A estrutura física era generosa e abrigava inclusive material de outros CdC, como o acervo da “Mostra de Arte Insensata” e dos desfiles do Dia Nacional de Luta Antimanicomial.

Já o CdC Nise da Silveira (Pampulha), que homenageia a psiquiatra que criou o museu do Inconsciente e combateu a violência manicomial, instalava-se em uma casa elegante, alugada, e também contava com um grande espaço, com piscina e área de churrasco, situando-se em região de alto poder aquisitivo, em bairro que é referência turística da cidade em função de suas mansões e atrativos artísticos e culturais. Ele tinha, como vizinha, uma Residência Terapêutica<sup>13</sup>, assim como o CdC Oeste, que, por sua vez, estava situado em bairro de classe média alta, mas contava com um espaço limitado, sem jardins ou quintais, apesar de preservar a estrutura e decoração já descritas acima.

As desigualdades territoriais afetavam o perfil pessoas que frequentavam o serviço dos CdC, apesar destes atenderem fundamentalmente a uma população de baixa renda, estigmatizada e subjetivamente fragilizada. Neste sentido, as variáveis territoriais são determinantes, como a existência ou não das Residências Terapêuticas nas proximidades, que trazem um público mais debilitado (institucionalizado pois oriundos de grandes períodos de internação). Afinal, os CdC são um recurso fundamental para a população egressa dos hospitais psiquiátricos (que foram fechados em Belo Horizonte), liberada através dos processos de desinstitucionalização que resultaram em fechamento de leitos e estruturas asilares na cidade, em função dos processos avaliativos realizados pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH). Este era o caso do CdC Carlos Prates, que apoiou o processo de fechamento do hospital psiquiátrico Serra Verde<sup>14</sup>. Este dispositivo, em particular, se encontrava na vizinhança de outras estruturas sanitárias: um CERSAM (CAPS III) e um grande prédio que abriga diversas atividades de gestão e administração da saúde pública do município (apelidado

---

<sup>13</sup> Residências Terapêuticas. Recuperado em 12 fevereiro 2015, de <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/residencias.html>

<sup>14</sup> Como ocorrido com os hospitais psiquiátricos Pinel, Psicominas, Clínica Nossa Senhora de Lourdes, o fechamento da Clínica Serra Verde (em 2012) resultou na transferência de 149 pessoas para um anexo no bairro Padre Eustáquio, em convênio com o Hospital Sofia Feldman, que posteriormente foram transferidas para residências terapêuticas.

“Mineirinho”), ainda que gozasse de autonomia no acesso e na circulação de seu público e trabalhadores.

Outros, como o CdC São Paulo, o Rosimeire Silva<sup>15</sup> (Providência) e o Barreiro localizavam-se em estruturas públicas comunitárias, equipamentos da Política de assistência social: em Centros de Apoio Comunitário (CAC). Sua localização denotava os pressupostos originais de uma busca de integração territorial mais vinculada à população local, à vizinhança, determinando um público heterogêneo (não determinado pela RAPS). A implantação da maioria dos CdC, no entanto, não tomou esta direção: são espaços autônomos, voltados exclusivamente para as pessoas com transtornos mentais graves.

O espaço do CdC São Paulo, por exemplo, localizava-se, por ocasião da pesquisa, dentro do Centro de Apoio Comunitário do bairro São Paulo – CACSP. Esse era um espaço onde aconteciam cursos profissionalizantes para a comunidade em geral, assim como havia o projeto “Academia da cidade”, o projeto “Vida ativa” do Centro de Saúde SP, cursos de cabeleireiro e manicure, dentre outras atividades que eram compartilhadas. O CACSP também comportava dois núcleos (cozinha e marcenaria) da Associação Suricato, composta de pessoas usuárias dos serviços de saúde mental promotora de inclusão através de geração de renda para portadores de transtorno mental. Situado em bairro popular de periferia, com moradores de classe média de baixo poder aquisitivo, consta que, nos primeiros anos, não havia sequer portões neste espaço: era um lugar de passagem onde toda a comunidade local transitava, como qualquer outro local comum do bairro, como uma rota alternativa para se chegar ao Centro de Saúde e a uma escola infantil. Aos poucos, o espaço ganhou muros com portões, porteiros e guarda municipal, que foram limitando o trânsito e afetando, deteriorando, as relações comunitárias, resultando no isolamento físico crescente do CdC São Paulo.

Do ponto de vista arquitetônico, a inserção em um CAC implicava numa distribuição espacial caracterizada por uma maior dispersão das salas onde aconteciam as atividades específicas do CdC, ainda que a estrutura fosse mantida, com os espaços administrativos, copa, cozinha, espaços de lazer e de oferta de oficinas. Agregavam-se, no entanto, as vantagens de compartilhamento de áreas com demais projetos e dispositivos de reinserção e saúde, viabilizando as relações intersetoriais, ainda que de modo informal. Mas essa inserção também significava precarização dos espaços que eram objeto de disputa e prejudicavam algumas atividades do CdC.

---

<sup>15</sup> Psicóloga ativista e ex-coordenadora de saúde mental do município de Belo Horizonte.

É nessa diversidade de condições físicas que se moviam os projetos desenhados em cada CdC, aos quais faremos referência, assim que comentarmos sobre o encontro que vai sendo tecido com cada pessoa acolhida.

### **3 Os “conviventes”: seu sofrimento e acolhimento**

No que concerne ao público que usufrui dos serviços aqui definidos como de (re)inclusão ou (re)inserção psicossocial, a maior parte pessoas (adultas) que frequentavam as atividades dos CdC era oriunda de setores de baixa renda da classe trabalhadora, estando, em sua grande maioria, afastados das relações produtivas, sendo uma parcela composta de pensionistas ou beneficiários de algum recurso da assistência social, desempregados e desempregadas, moradores de rua (abrigados em albergues ou não) e, como já foi dito, os integrantes das Residências Terapêuticas.

Em geral, eles e elas tinham pouca ou nenhuma escolaridade formal ou qualificação profissional. Estas pessoas eram geralmente originárias dos setores populares, classes subalternizadas, precarizada, excluídas, segmentos desprovidos de cidadania e de voz.

Eram pessoas com histórias de sofrimento mental grave, inclusive os casos decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas consideradas ilícitas. Em sua ampla maioria, os usuários e as usuárias dos CdC estavam integrados a algum tipo de tratamento clínico na RAPS (público).

Eram “conviventes” que colocavam em campo muitas diferenças, relativas a sua cultura, gênero, raça, etnia, naturalidade e identidade. Além disso, eram pessoas muito diferenciadas quanto à faixa etária e disponibilidade de engajamento relacional, social e político, ressaltando que não havia atendimento ao público infantil (que é alvo de outros programas específicos).

As distâncias em relação aos CdC eram vencidas com o auxílio do vale transporte, oferecido no esforço de se garantir a participação nas oficinas e outras atividades de arte, lazer e cultura, ainda que não fosse regularmente disponibilizado em função da labilidade no repasse deste tipo de apoio. O acesso ao transporte público é um desafio a ser enfrentado em uma grande cidade e compromete a circulação. Não foram identificados cadeirantes ou pessoas com deficiências físicas, talvez como expressão desta enorme dificuldade e da ausência de uma atenção específica pois os espaços físicos não propiciavam acessibilidade.

Cada CdC operava com cerca de 100 a 150 usuárias e usuários regulares inscritos<sup>16</sup>, que realizam aproximadamente uma ou duas participações semanais em oficinas e outras atividades, ainda que a participação pudesse se intensificar em função das programações específicas.

A princípio, pessoas que frequentavam o serviço deviam estar vinculadas a um processo de tratamento clínico, mas havia exceções. Hipoteticamente, poderiam optar por interromper o tratamento e continuar frequentando o CdC e as intervenções eram avaliadas caso a caso, promovendo sempre a adesão à RAPS. Mas os CdC procuravam fortalecer a adesão ao tratamento clínico. Os limites dos distritos sanitários também não eram impeditivos para a integração aos CdC, apesar deste ser um critério desejável.

Os usuários e as usuárias geralmente chegavam ao Centro de Convivência por encaminhamento dos equipamentos da rede de saúde mental de Belo Horizonte (Unidades Básicas de Saúde, Centros de Referência em Saúde Mental, inclusive os de Álcool e outras Drogas, Núcleo de Atenção à Saúde da Família, dentre outros). Havia casos (poucos) em que eram indicados por outros serviços, privados, de psicologia e psiquiatria.

Apesar da conexão com a RAPS, não foi identificado concretamente (fisicamente) um exemplar de projeto terapêutico construído conjuntamente, de modo que pudéssemos examinar, e sim o registro oral, possibilidade de discussão coletiva de casos específicos (singulares), denotando certa informalidade no que concerne a este assunto. Os profissionais do CERSAM, que eventualmente atendiam e recomendavam pessoas aos CdC, não estavam necessariamente vinculados à construção conjunta de proposta de (re)inclusão ou de (re)inserção psicossocial. Esta era colocada como uma opção e não um necessário desdobramento do tratamento, que exigisse acompanhamento. O inserimento nas atividades dos CdC geralmente era concomitante aos cuidados da RAPS. Não haviam acordadas metas ou objetivos gerais (habilitadores) a serem atingidos no processo dos casos singulares, que fossem prescritas anteriormente pela equipe de saúde mental em diálogo com o CdC. Esta tarefa cabia à gerência dos CdC em diálogo com sua equipe e com as pessoas desejantes de inserção nos serviços.

As gerentes dos CdC operavam como profissionais de referência, intermediando e alocando usuários e usuárias. Elas desenhavam as propostas em diálogo com as pessoas encaminhadas e com a equipe técnica dos CdC (nas

---

<sup>16</sup> Há registro sistemático das atividades e da presença de usuários que é consolidado mensalmente e encaminhado para o Distrito Sanitário, ainda que este procedimento não fosse uniformizado nas diversas regionais e não tivesse dados socioeconômicos detalhados.

reuniões quase sempre semanais). Não havia um processo avaliativo ou prospectivo formalizado. Assim, o acolhimento das pessoas desejosas de participação era agendado com as gerentes dos CdC, independente de predefinição da gravidade e do tipo de distúrbio, diagnóstico ou momento do tratamento.

No processo de inserção no CdC, a pessoa desejosa participava de entrevista com uma das gerentes – sozinha ou acompanhada por familiares – e nesta ocasião, seriam acessadas as informações constantes no sistema de prontuário eletrônico do SUS (ou seja, havia o conhecimento do caso clínico). Procurava-se saber sobre a história familiar e a do transtorno, além das experiências de trabalho, de lazer, os laços sociais, os recursos econômicos, dentre outras informações que pudessem orientar um convite inicial para o inserimento no elenco de atividades pré-definidas do CdC.

Havia uma grande diferença entre esse tipo de entrevista e as anamneses tradicionalmente realizadas pelos profissionais que atuam no campo da psiquiatria e da saúde, pois o interesse da gerente não estava focalizado no estado mental ou ao histórico de sintomas da pessoa, mas sim em sua condição psicossocial atual e suas possibilidades e interesses.

Após o contato inicial, uma ficha de inscrição era preenchida, com informações de identificação; procedência do encaminhamento; motivo do encaminhamento; expectativas em relação ao Centro de Convivência; informações sobre a moradia e relações sociais das pessoas interessadas; sobre trabalho, renda, benefícios e autonomia de gestão; histórico ocupacional; a programação de atividades no Centro de Convivência; a necessidade ou não de vale social (transporte) e observações necessárias. Essa era a forma mais comum de acolhimento nos nove Centros de Convivência. Porém, havia especificidades e estilos diferentes de cada gerente, respeitando as singularidades de cada equipamento e seu território. Uma das gerentes relatou, por exemplo, que tinha um registro próprio, de uso interno, onde constava uma síntese de cada caso, o que facilitaria o trabalho da equipe no que tange aos contatos na RAPS.

O fato é que, no primeiro contato, eram informadas as oficinas disponíveis e o funcionamento delas. Então, a pessoa teria “livre escolha” sobre quais oficinas participar, podendo se basear em seus próprios gostos e/ou disponibilidade de tempo, iniciando, assim, um processo de experimentação, pois tratava-se de um plano informal, flexível e sem objetivos pré-definidos, como enfatizamos. Este era um recurso utilizado, segundo as gerentes, para não “enrijecer” os CdC. As “portas abertas”, seja no sentido metafórico, acolheriam a pessoa e não o diagnóstico (ainda que não saibamos dizer se pessoas que frequentavam o serviço percebessem ou

não os CdC como um serviço de saúde e se vissem como “pacientes”). Ressalve-se que não se tratava de espaços de livre circulação. Havia sempre um porteiro que identificava, informalmente, as pessoas e controlava a circulação, especialmente daquelas que não participassem do público específico. Ou seja, não se tratava de “centros culturais ou sociais” abertos, exceto no caso dos CdC que se situavam nos CAC, onde também havia controle de portaria.

A concepção aplicada do que nomeamos como reabilitação psicossocial se operacionalizava a partir da possibilidade de participação na rede de relações sociais internas e externas ao CdC, podendo ganhar um caráter inclusivo de geração de renda, em alguns casos, ainda que esta não fosse a proposição inicial.

A proposta, segundo as gerentes dos CdCs era de fomentar o respeito e reconhecimento das “saídas subjetivas” (numa referência respeitosa aos sintomas construídos pelos sujeitos psicóticos), enfatizando a construção de “laços” a partir da frequência das oficinas e das demais atividades. Ambos os conceitos – saídas subjetivas e laços – advém do campo psicanalítico lacaniano e seu aprofundamento ultrapassa os limites deste capítulo<sup>17</sup> que se organiza no campo da psicologia social. O que está em questão é, fundamentalmente, “o resgate decisivo da subjetividade”, como afirma Lobosque (2001, p. 97), que evoca os impasses relativos a suas relações interpessoais e com a sociedade. Isso significa respeitar o modo como cada sujeito opera, a partir de sua singularidade e sintomas, no esforço de construção de relações sociais, que contemplem a possibilidade do saber sobre si e apontem para a ética do desejo lacaniana<sup>18</sup>. O que está em consideração são as fragilidades e as possibilidades de cada um. “Não se trata de ensinar o doido a ser normal”, explicou um dos monitores entrevistados.

As atividades que relataremos a seguir expressam, um modelo de atenção psicossocial, que focaliza a inclusão social através de atividades cotidianas e transversais, de cunho: intersubjetivo, expressivo, crítico-político e socioeducacional. Por meio dessas atividades as pessoas que frequentavam o CdC teriam, segundo foi informado, suas redes de contatos ampliadas, descobrindo assim novas possibilidades para sua vida, ultrapassando, inclusive, o terreno das relações interpessoais ou familiares.

A (re)inserção na perspectiva dos CdC se dá a partir do “sujeito”, segundo Nogueira, profissional envolvida no cotidiano da RAPS: “Reabilitação aqui entendida

---

<sup>17</sup> Eliana Rodrigues da Silva (Silva, 2014) escreveu uma dissertação sobre este argumento quando integrada à equipe de pesquisa que investigou a prática dos CdC, cuja leitura recomendamos, assim como a produção de Carlo Viganò (Viganò, 1997, 1999) que foi citada como uma referência psicanalítica importante para a realização do trabalho de (re)inclusão psicossocial.

<sup>18</sup> Destaca-se, no que se refere à perspectiva lacaniana, a referência ao italiano Carlo Viganò (1997; 1999).



enquanto um processo que implica a abertura de espaços de negociações para os usuários, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente.” (Nogueira, 2008, p. 103).

Através do diálogo e do levantamento de 9 histórias de vida de pessoas indicadas pelos serviços, e que tinham trajetórias de bons resultados, evidenciou-se um caráter afetivo e extraordinário no encontro com os CdC: “uma sorte”, segundo uma das entrevistadas. A estabilização dos quadros psicopatológicos foi um critério importante para a definição dos casos bem-sucedidos, como os indicados pelas gerentes. Os resultados, para os usuários e usuárias contatados, tomaram o rumo de uma conexão (inclusão) com: a Associação de Trabalho e Produção Solidária – SURICADO (a cooperativa que acolhia as pessoas com histórias de psiquiatria); com as modalidades do teatro, com o projeto de ensino para jovens e adultos – EJA(modalidade de educação básica ofertada pelo Ministério da Educação brasileiro); com a participação no 18 de maio (Dia Nacional de Luta Antimanicomial) e na vida política (Fórum Mineiro de Saúde Mental e Associação de usuários e usuárias dos serviços de saúde mental - Asussam), que são conexões seguras e que possibilitam acompanhamento. Nas palavras destas pessoas entrevistadas: “Para mim, o CERSAM e o Centro de Convivência são casas para se encontrar com amigos. Eu cresci muito nesses lugares”. São espaços para “... participar na oficina de música e relaxar”. Segundo um deles: “... quando eu faço meus ‘mangás’<sup>19</sup> minha mente viaja e não sente a necessidade de cocaína e de crack”. Outro entrevistado declarou ser, o CdC “*O nosso alívio, o nosso refúgio é vir embora pra cá*”, pois “... lá, os conflitos são intermediados e as pessoas que trabalham conseguem ajudar”. Explicitaram que “... tratar em liberdade é o ideal possível”, ou ainda, “*uma válvula de escape*”, “*um lugar de lazer e respeito*”.

Estas falas não devem ser lidas em sua literalidade, que seria redutora e simplificadora. Sinalizam, no entanto, o estar junto e a pulsação da vida em um espaço sereno, não ameaçador, de plena aceitação.

#### **4 A parceria que produz a convivência**

Como já foi dito, os CdC não são, por definição, espaços clínicos: não há oferta de atividades psicoterapêuticas e evita-se a referência aos diagnósticos. Estes serviços estudados, apesar de não serem definidos formalmente como centros de “cultura”, privilegiam a arte como instrumento na construção de laços, na perspectiva psicanalítica, contemplando as saídas subjetivas de cada um, como já dissemos. Neste sentido, delineia-se, porém, a realização de uma Clínica do Social

---

<sup>19</sup> Estórias em quadrinhos.

(Garcia, 2000; 1997) que opera em diálogo com outros dispositivos da RAPS (CERSAM e residências terapêuticas basicamente). Uma clínica da “parceria” com as pessoas conviventes (Lobosque, 2001; 1997), sustentando as contradições e o tensionamento entre cidadania e singularidade. O trabalho configura-se como o acompanhamento do caso a caso, do “um a um”, percebendo as soluções que viabilizam acolhimento, “manejo” dos casos de difícil condução e os processos de (re)inclusão social, considerando suas precariedades e limites para os portadores de sofrimento mental grave e persistente (Nilo et al, 2008). Estas possibilidades se ancoram no reconhecimento da singularidade de cada sujeito, de cada processo, suas incertezas, sem a exigência de subtração dos sintomas (inerente a um processo de “reintegração”). Daí emerge a metáfora da “invenção” e o estímulo à criatividade como convite inerente à proposta de “convivência”. Dela, podem surgir “pro-jetos” que não equivalem a cura e nem à “re-habilitação”, entendida como a recuperação de algo perdido ou como um processo ortopédico, readaptativo<sup>20</sup>. A proposta é de um conceber a si mesmo de modo diferente ou avançar em direção a “algo que deseje”, que seja significativo do ponto de vista pessoal. Retomando as entrevistas com alguns “conviventes”, evidenciam-se alguns exemplos. Um morador de rua pode encontrar espaço no teatro; um usuário envolvido com o tráfico de drogas pode encontrar uma via de pacificação nas relações pela produção de “mangás”; o sentido pode advir de uma inserção ativista junto à associação de usuários e usuárias; uma mulher atormentada pela paranoia pode encontrar espaço nas estratégias de geração de renda do Suricato; o delírio pode tomar a forma da produção de um livro ou de uma canção que eventualmente conquista destaque e aplausos nos festivais e eventos que as gerentes realizam; o uso abusivo de uma droga pode ser atenuado na escolha de outro tipo de consumo intensificado; a prática do artesanato pode encontrar sua freguesia nos bazares organizados, gerando reconhecimento dos familiares e o prazer de sair de si através de uma manufatura. Inúmeros são os exemplos, pequenos ou grandes. Mas a (re)inclusão não tem necessariamente um formato que corresponde às expectativas “progressistas” societárias. Podem tomar a forma de pequenos deslocamentos ou da simples aderência ao tratamento na RAPS. Pode ser a promessa de um dia melhor ou a conquista de uma amizade, de um espaço expressivo que rompa o ciclo da solidão.

Mas, identificar o trabalho que se realiza como “clínico” não é a tônica dos CdC, quando tomada a perspectiva dos monitores e oficineiros. As autodefinições evitam essa associação, procurando uma via discursiva que evoca a

---

<sup>20</sup> O tema da reabilitação foi discutido em profundidade em capítulo anterior, por Ernesto Venturini.

despatologização e a despsiquiatrização do cotidiano em que ocorrem os encontros, ainda que tenhamos observado a insistência em um vocabulário oriundo do campo da clínica lacaniana. Ao fazer referência ao próprio trabalho, trabalhadores da convivência se colocam, nas oficinas, como propositores, compartilhando ideias e ações a serem trabalhadas. Autodefinem-se, majoritariamente, como “professores”, “educadores”, que coordenam, sistematizam, conduzem. Outros, em minoria, se automearam como “referências técnicas”, apoiando-se no discurso clínico dos CERSAM. Todas e todos no entanto se referem a uma prática marcada pela horizontalidade e pela reciprocidade. É nesta perspectiva que se pode falar em promoção de saúde, como um objetivo dos CdC (Oliveira, 2008).

Organizamos estas atividades em duas categorias: oficinas e atividades transversais.

#### 4.1. As oficinas: da arte ao corpo

A maior parte das oficinas oferecidas pelos CdC se concentra em torno das artes, segundo a descrição feita pelos trabalhadores conviventes (oficineiras, oficineiros, monitores, monitoras):

- (a) artes decorativas, artes plásticas ou visuais e artesanato (com cartonagem; oficina com papel; embalagem; cerâmica; criação e reciclagem de objetos; desenho; pintura; escultura; modelagem; mosaico; oficinas com tecidos pintura em tecido, bordado, bijuteria; *toy arte* – fabricação de brinquedos e de bonecas – de pano, de cabaça e outros materiais –; tapeçaria; oficinas de costura; customização; reciclagem; marcenaria; foram as atividades mais citadas pelos monitores.
- (b) artes do espetáculo, como oficinas de artes cênicas (grupo cênico-musical; teatro; cena performática; dança; e expressão corporal); música e musicalização (grupos de flauta doce, violão e fanfarra); além da batucada e outras.

Três grupos de artistas nasceram dentro dos Centros de Convivência. A partir do teatro, temos o “Núcleo de Criação e Pesquisa Sapos e Afogados” (2002) e na música, o grupo musical “Trem Tan Tan” (2001) e a banda “São Doidão” (2005). Todos desenvolveram produtos independentes, com espetáculos voltados para o público em geral. Outro grupo relevante é o “Persona Grata” (2012), que realiza intervenções cênico-musicais (articulando músicas, poesias e teatro) mas não ganhou uma trajetória independente.

A Literatura (c) também toma a forma de oficinas de comunicação e letras, de história e memórias, de letras de músicas e de vídeo, com diversos produtos autorais.

Finalmente, são também oferecidas, outras práticas que podemos classificar como “habilitativas” (d): *Lian-Gong* (prática de alongamento), higiene pessoal, autocuidado; atividades e educação física; esportes; culinária e atividades na cozinha; horta e jardinagem.

As atividades físicas têm um desenho que varia bastante em cada CdC, seus espaços físicos e composição de equipe, podendo tanto ser orientada por um educador com formação específica, como conduzida por uma gerente (como o *Lian-Gong*). Algumas atividades desta natureza são realizadas por estagiários vinculados a projetos de formação em psicologia, psiquiatria, enfermagem e outras áreas da saúde que desenvolvem práticas de estágio e extensão nos CdC.

As denominações das atividades de oficina aqui colocadas não contemplam todo o universo de proposições. Na tentativa de sistematizar, alguns termos utilizados por trabalhadores e trabalhadores “conviventes” entrevistados foram reduzidos a formatos mais abrangentes e como se sabe: toda síntese evoca uma simplificação.

Os horários das atividades não eram rígidos e cada pessoa participante poderia escolher os seus momentos de inserção. Não identificamos processos avaliativos ou registro sistemático desta fruição.

É importante destacar a enorme versatilidade e flexibilidade dos desenhos de atividades. A maior parte delas estava em permanente processo de transformação, atendendo à demanda dos “conviventes” e se adequando aos limites e possibilidades disponibilizados: espaços, recursos e agentes qualificados.

Além dessas oficinas que sustentam o cotidiano dos CdC, foram identificadas diversas situações nas quais as oficinas se integravam em atividades ou acontecimentos comuns, ou seja, como iniciativas de articulação entre CdC e outros dispositivos, ultrapassando, inclusive, os limites da RAPS. Nesses casos, o protagonismo das gerentes é fundamental, na condição de empreendedoras.

São iniciativas orientadas para os processos de (re)inclusão, utilizando privilegiadamente a arte. Segundo a perspectiva das gerentes e dos monitores, as iniciativas artísticas operam na tessitura de laço social pelos usuários e usuárias, uma vez que se procura respeitar as construções subjetivas singulares, como já dissemos. Por esta via, emergiriam as condições para que as pessoas com histórias de sofrimento mental exerçam a cidadania possível: “...é necessário que se observe, trabalhe e respeite a singularidade de cada sujeito-usuário, para construir com ele saídas possíveis para sua inserção na sociedade de forma mais digna.” (Ribeiro, 2014, p.7)

Aqui está a principal contribuição do Centro de Convivência, formulada nos termos da teoria psicanalítica lacaniana<sup>21</sup> que orienta a prática que não se autodefine como uma metodologia “clínica”, mas que se define metodologicamente: permitir que as “saídas subjetivas” do sujeito se incluam no cotidiano das atividades ofertadas, ainda que estas sejam limitadas e circunscritas às possibilidades concretas de cada CdC. Mas, na prática, estas atividades abrem espaços de trânsito, com a possibilidade de que “a tristeza não seja chamada de depressão, que os lutos sejam vividos sem medicação e que aqueles de quem cuidamos tornem-se responsáveis pelo próprio destino” (Morais, 2008, p.33).

Embora as oficinas trabalhem com uma linha guia (genericamente, a arte) e as atividades construídas por trabalhadores conviventes (artistas em sua grande maioria), cada pessoa inscrita pode conduzir o percurso imprimindo sua singularidade e seu modo de fazer algum laço social significativo.

O conceito lacaniano de “suplência” também é evocado: o fazer, o criar, o incluir subjetivo, produz sentido e auxilia o sujeito na construção possível do laço social.

pode-se compreender a suplência por meio da estratégia que o sujeito busca, de acordo com sua singularidade, para tentar produzir algum sentido para aquilo que o invade enquanto excesso de gozo não nomeado. Quando essa tentativa de enlaçamento falha, outra saída subjetiva pode ser a passagem ao ato, solução radical do sujeito psicótico quando o insuportável lhe acomete de forma avassaladora. Sua manifestação pode se dar concretamente no autoextermínio, na heteroagressividade ou na prática do homicídio, por exemplo.” (Silva, 2014, p. 42)

O essencial é que a expressão artística é a expressão de cada um e pode ser uma via de expressão e satisfação: espaço para construção de estratégias de produção de sentido. Não se trata da referência a uma técnica de arteterapia. A maior parte das oficinas oferece a possibilidade de cada pessoa colocar-se, a seu modo, por meio das diferentes expressões, explorando outras possibilidades para além da vida intrafamiliar e do tratamento clínico psicoterapêutico e farmacológico que ocorre na RAPS ou em outros espaços. Não há também o objetivo prioritário de produzir algo artístico ou de valor do ponto de vista estético. A rigor, não se pretende a formação de artistas, ainda que este seja um traço identitário frequentemente ofertado nas relações entre as pessoas que frequentavam o serviço e a equipe. Abre-se a possibilidade de que cada um descubra, através das oficinas cotidianas e de suas experiências em atividades transversais, uma expressão de si, um talento ou uma ocupação e até um ofício, mesmo que essas não sejam as metas explícitas do projeto desenvolvido pelos trabalhadores do CdC junto a seu público.

---

<sup>21</sup> Nesta perspectiva, a principal inspiração se funda nas concepções de psicose em Jacques-Alain Miller e de clínica de Carlo Viganò, frequentemente citados nos textos e falas dos envolvidos na prática.

Certamente, a mediação do artista, a partir de seu lugar irreverente e pouco aderido a modelos e padrões de expressão, é essencial e abre brechas e saídas pouco comprometidas com a reprodução da dita “normalidade” numa perspectiva adaptativa e integradora. Sua mediação e intervenção, parceira, afeta as relações de convivência, no tempo demarcado pelo “fazer” das oficinas. As pessoas convivem, ali, umas com as outras, fundamentalmente, e consigo mesmas. A construção de “saídas” não é o efeito espontâneo do emprego de uma técnica ou da anuência a uma proposta: seria consequência do exercício de uma convivência inclusiva.

Porém as oficinas não esgotam a complexidade da proposta e do cotidiano dos CdC. Ocorrem, como anunciamos, iniciativas de outra natureza, mas que convergem nos propósitos acima descritos, ainda que evocando outras possibilidades. Se as oficinas são formatadas como rotina, atividades internas e circunscritas àquelas pessoas com seus sofrimentos e diagnósticos psiquiátricos, as atividades que denominamos como transversais permitem um “sair de si”, realizando deslocamentos importantes.

#### 4.2. Atividades transversais

Cada CdC pode desenvolver ações voltadas para seu público, mas não apenas, envolvendo parcerias específicas, o que evidencia a autonomia de cada estrutura estudada.

São diversos os exemplos de atividades transversais. A começar pelos Jogos da Primavera, iniciativa do CdC Carlos Prates, e que envolve todos os demais CdC em uma série de disputas desportivas (futebol, vôlei, peteca, queimada, dama e outros) na forma de campeonatos, que são realizados entre os nove Centros de Convivência e os CERSAM's e CERSAM's AD (Centros de Referência em Saúde Mental Álcool e outras Drogas), movimentando um número significativo de usuários, usuárias, trabalhadores, trabalhadoras e gerentes da rede de saúde mental. Aqui se evoca a relação com a RAPS e se multiplicam os encontros com públicos externos ao CdC.

Outro exemplo interessante seria a possibilidade de alfabetização e formação de adultos (ensino fundamental), através do EJA, que é uma modalidade de ensino disponibilizada pelo Governo Federal e voltada para jovens, adultos e idosos. As salas de aula abrem a possibilidade de interações diversas, entre públicos diversos, ainda que de fato acabem sendo frequentado majoritariamente por pessoas que frequentavam o serviço dos CdC. Os limites de cada pessoa são respeitados nestes processos educacionais e a dinâmica de trabalho acontece de uma forma flexível,

embora o plano pedagógico não possa se distanciar muito do que é proposto pela rede municipal de educação (especialmente no que tange às avaliações de aprendizado). Os formatos destas atividades também podem ser inovativos, resultando em iniciativas como a realização da feira de artes e ciência da “Educarte”, projeto vinculado a EJA do CdC Nise da Silveira (Pampulha) e o Sarau vinculado ao projeto “Diálogo com a Cidade”, que resultou na publicação de um livro. Nestes casos, há clara vinculação à produção de cultura formal.

Este “ir além” dos limites físicos do CdC, as atividades transversais também contemplam os participantes das oficinas de música e com a produção e publicação de livros, como o “Alfabeto de doido”, com uma coleção de palavras e imagens sobre a loucura acompanhada das decorações produzidas em oficinas, a partir de recurso captado em um concurso. Podemos citar também os livros: “Inclusão social: construindo saídas” (Projeto Diálogo com a cidade), “O céu encontra o mar: relatos sobre a viagem dos usuários do Centro de Convivência Carlos Prates à Praia de Iriri”, “Cersam Barreiro 18 anos: em verso, prosa e algo mais...”, “Lúcida escrita: relato do cotidiano da Educação de Jovens e Adultos em Serviços de Saúde Mental”, além de inúmeros encartes, folhetos, brochuras etc<sup>22</sup>.

Ocorrem também celebrações, em parceria com outros CdC: intervenções artísticas em locais públicos, festas juninas, natalinas e outros eventos que se desdobram o trabalho desenvolvido pela equipe (gerente e monitores), convidando familiares e amigos e amigas.

Outras iniciativas resultam em produtos artísticos, literários, de impacto mais circunscrito ou mais centrado em ganhos subjetivos: poemas, desenhos, músicas, artesanato são produzidos constantemente numa fruição expressiva que vitaliza as relações e abre perspectivas para aqueles que carregam histórias de exclusão e estigma como o livro “O Patrão”, que ganhou a forma de um CD e é de autoria individual.

Além disso, outras atividades ultrapassam a programação interna, como as ocasiões em que são feitas as mostras de arte, bazares ou o projetos pontuais, como foi o “Em cada esquina tem...”<sup>23</sup>.

Nas atividades que chamamos de transversais, as oficinas ultrapassavam as fronteiras dos serviços e ganham o espaço da vizinhança, da cidade e mais além,

---

<sup>22</sup> A organização de um acervo com toda esta documentação foi proposta pela equipe de pesquisa e chegou a abordar o conteúdo do “Trem Tan Tan” mas não foi desenvolvida posteriormente a partir de decisão das gerentes dos CdC.

<sup>23</sup> Parceria com o Espaço Comum Luiz Estrela é um Centro Cultural (que ocupou o prédio de um ex hospital psiquiátrico) inspirado pela figura do artista Luiz Estrela, poeta e militante da diversidade

como é o caso das mostras de arte “Delicadezas do Olhar” e da “Arte Insensata”<sup>24</sup> e o “Festiva da canção”, cuja curadoria e organização envolve mais de um CdC e uma atuação decisiva por parte das gerentes, que se tornam verdadeiras produtoras culturais.

A expressão máxima desta “ocupação da cidade” é, sem dúvida, a construção ativa do Dia Nacional de Luta Antimanicomial, sempre na semana do 18 de maio<sup>25</sup>, com a participação de todos os CdC, desde 1999. Neste evento, a sofisticação e a complexidade da prática ganha cores, palavras e formas que se projetam nas ruas, em uma manifestação pública que reúne milhares de pessoas, entre usuários, usuárias, equipe técnica e simpatizantes da política de tratamento em liberdade na forma de uma “*mad pride*”, uma “Desfile alegórico da loucura”. Ainda que esta iniciativa envolva todos os CdC, a RAPS, como também a sociedade civil organizada (Fórum Mineiro de Saúde Mental, em especial), destaca-se protagonismo histórico da gerência do CdC São Paulo, no período que pudemos acompanhar esta atividade de mobilização e ativismo.

O 18 de maio envolve a escolha do tema guia do evento (uma pauta sempre identitária, reivindicativa e de protesto), as discussões sobre a composição das 6 alas que compõem o desfile, as composições e o concurso do samba-enredo, a confecção das fantasias que são propostas pelos CdC, dentre outras frentes. O desfile da “Escola de Samba Liberdade ainda que tan tan” acontecia sempre na região do hipercentro da cidade, onde se encontram todos os participantes dos CERSAM, CERSAM AD, CERSAMi (voltado para o público infantil e de jovens), Unidades Básicas de Saúde, diversas faculdades e universidades (cursos de psicologia), órgãos de defesa de direitos e diversas associações da sociedade civil.

A participação no Dia Nacional de Luta Antimanicomial é a dimensão mais evidente desta politização nos processos de (re)inclusão psicossocial específicos do CdC. Mas o cotidiano é repleto de convites à reflexão e de possibilidades de construção que dialogam com o ativismo.

Identificamos uma clara sintonia ideológica com a defesa da Reforma psiquiátrica e com a luta antimanicomial entre equipe técnica e pessoas que frequentavam os serviços. Muitos dos trabalhadores efetivamente informaram que frequentam ambientes de militância fora do horário de trabalho, mas outros indicaram que a própria inserção nos espaços dos Centros de Convivência seria, em

---

<sup>24</sup> Iniciativa cujo início data de 2007, proposta pelo CdC Providência, que contemplou a produção artística dos 9 CdC de Belo Horizonte artes plásticas, artes cênicas, literatura, artesanato, fotografia, em interlocução com outros grupos artísticos. Foram produzidas três edições: 2008, 2010 e 2012 e a proposta era de continuidade (Guimarães, 2014).

<sup>25</sup> Esta data faz referência à aprovação da Lei 180, chamada Lei Basaglia, que foi basilar para o fechamento dos manicômios italianos. (Goulart, 2008).



si, uma adesão à luta antimanicomial. Nesta perspectiva, a ampla maioria de trabalhadores tem uma atitude ativista e o “Dia Nacional de Luta Antimanicomial”, o “18 de maio” parece ser o ponto de destaque do calendário anual. Para tanto, ocorrem diversas reuniões internas em cada CdC e com o conjunto dos 9 dispositivos, visando a organização e construção das fantasias, de discussão do tema, concurso samba-enredo e escolha da rainha de bateria e porta-bandeira. Além desta mobilização, há uma, menos frequente, mas não menos relevante, referência ao Fórum Mineiro de Saúde Mental, às Conferências de Saúde Mental, os Encontro(s) de trabalhadores da Saúde Mental, entre outras iniciativas que evocam vitalidade política. Este exercício (micropolítico) está também associado a algumas atividades transversais, tal como a Mostra de Arte Insensata.

Assim, estas atividades que nomeamos como transversais, contemplavam, portanto, um amplo escopo de iniciativas que geralmente se orientavam para o espaço público da cidade, com um caráter de experiências culturais e socializantes.

O CdC Barreiro, que se situa numa região industrial, que corresponde a uma área administrativa da cidade, com população predominantemente operária e com grande comércio e serviços, implementou, por exemplo, as seguintes atividades no período em que ocorreu a observação participante: idas ao cinema, centros culturais, parques e museus; preparação e participação em carnaval, festas de aniversário e outras celebrações; organização de palestras, caminhadas; rodas de conversas; saraus (como evento voltado para o livro “Alice no país das maravilhas” de Lewis Carroll); bazares com venda de produtos dos usuários e das usuárias e outras mercadorias etc.

Observa-se que essas atividades promovem o convívio e, eventualmente, o encontro com outras pessoas, cidadãos, transeuntes, gente da cidade que se aproxima dos usuários e das usuárias, usufruindo das propostas de arte e das diferentes manifestações culturais e políticas.

No que concerne às relações sociais, os CdC também ofereciam espaços de diálogo entre pessoas que frequentavam o serviço e seus familiares, na forma de Assembleias, geralmente sob a coordenação das gerentes. Aconteciam também reuniões, oportunidade nas quais podem ser discutidas as questões sobre a assistência em saúde mental, os direitos das pessoas psiquiatrizadas e seus familiares, o convívio e o trabalho desenvolvido pelo CDC. Estes eram também espaços onde todos e todas podiam falar das dificuldades que enfrentam no âmbito familiar e comunitário, tirar dúvidas sobre as formas de tratamento, compartilhar informação sobre os usuários e as usuárias e sobre acesso a medicamentos. Eventualmente, estes conviventes encontravam oportunidade para refletir sobre

estratégias para enfrentar esses desafios de convivência na família. Ocorriam também a oferta de palestras, com a participação de convidados externos, ainda que estas não fossem regularmente oferecidas por todos os CdC. Havia ocasião também para organização de reuniões gerais com as pessoas que frequentavam o serviço para elaboração conjunta de propostas ou simplesmente como espaços de reflexão, expressão de dúvidas, avaliações, críticas e demandas. Não ocorria, porém, o incentivo ao associativismo de familiares ou abertura para o voluntariado.

No que concerne à articulação com a rede de Saúde Mental e demais políticas setoriais, o CdC se comportava como os demais equipamentos da RAPS, através de articulação contínua para assegurar uma atenção integral dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Dentre as principais articulações com rede de saúde, a RAPS, podemos citar as supervisões clínicas, as reuniões de matriciamento, supervisão clínica e de microárea<sup>26</sup>, esta última envolvendo os demais dispositivos da saúde do distrito sanitário. Eram ocasiões para discussão de alguns casos clínicos e promoção de articulação entre as iniciativas de modo a incrementar respostas para as situações mais complexas.

Já as reuniões de matriciamento<sup>27</sup> (Oliveira, 2008) aconteciam nas Unidades Básicas de Saúde e eram voltadas para as discussões e acompanhamento dos casos clínicos entre as equipes de Saúde da Família e de Saúde Mental. O Centro de Convivência participava somente quando convidado para a discussão de um caso específico vinculado ao equipamento.

Além dessas reuniões, o Centro de Convivência também se articulava pontualmente com outras políticas sociais, como a assistência social e outras, podendo realizar parcerias com associações, órgãos públicos, fundações, ONG, empresas ou outras entidades, inclusive para captação de recursos financeiros ou equipamentos.

As atividades externas eram registradas, mas as atividades cotidianas das oficinas e reuniões consolidavam-se num formulário específico denominado Movimento Mensal de Atividades Coletivas/Multiprofissional. Interessante destacar que nesse instrumento, não havia a categoria “artista/arte”. Dessa forma, as atividades realizadas pelo Centro de Convivência eram registradas como atividades de psicologia.

---

<sup>26</sup> Na reunião de microárea são também discutidas as problemáticas dos profissionais e serviços, acontecimentos tipo conferências, convênios, palestras e debates sobre saúde mental, pesquisas, questões sobre cursos pelos profissionais, ou seja, tudo que é reflexão sobre o próprio trabalho e também os problemas em relação a administração geral da Regional.

<sup>27</sup> De acordo com o Guia prático de matriciamento em saúde mental do Ministério da Saúde (2011), é um processo de construção coletiva do projeto terapêutico entre as profissionais de diversas especialidades (psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, monitores, fisioterapeutas etc..).

Tudo isso se realizava e ainda se realiza apesar das enormes dificuldades de financiamento e da ausência de efetivo apoio institucional e irregularidade no acesso a benefícios mínimos e básicos para as pessoas que frequentavam o serviço, tal como o vale social, esse último caracterizando-se como um impedimento de frequência nas atividades internas e externas do CdC. Para enfrentar tamanha dificuldade, recorria-se ao financiamento informal, resultante de parcela (de 30 a 50%) das vendas das obras artísticas e artesanato nas feiras e exposições, em acordo com as pessoas conviventes.

## **5. A arte de conviver**

Nos Centros de Convivência estudados não existia um sistema rígido de “regras” e protocolos. As únicas normas fundamentais era, como definiu uma das gerentes, o “respeito ao outro e à convivência”. Delineava-se como um sistema muito aberto, onde as normas eram combinadas com cada pessoa em função do projeto que ele estaria desenvolvendo com os monitores e as gerentes, em permanente diálogo.

O clima de trabalho caracterizava-se, em geral, por uma significativa conexão emocional, empática, entre a equipe técnica e as pessoas que frequentavam o serviço. Eram numerosas as interações entre as pessoas conviventes que frequentam um CdC: laços de afeição, amizades, enamoramentos, aprendizagem, criatividade entre outros.

Os conflitos e episódios de tensão evidenciaram-se raros, apesar de ocorrerem eventualmente, em função da emergência de alguma crise relacional ou pessoal (relacionada ou não ao quadro patológico). Estes eventos eram “manejados”, de forma respeitosa, não coercitiva ou repressiva, em geral.

As relações técnicas e interpessoais tendiam a um estilo democrático e de caráter colegiado. Ocorriam reuniões frequentes de equipe, que são o espaço onde se discute as condições de fragilidade de alguns usuários ou usuárias e se definiam os casos que poderiam ser levados para as reuniões de Matriciamento ou reconduzidos para o tratamento no CERSAM e urgências. As reuniões viabilizavam a planificação de atividades transversais (passeios, visitas, jogos, festivais, mostras, festas, viagens etc.), identificavam os problemas ou pontos de melhora do serviço, assim como a discussão sobre direitos e deveres dos trabalhadores na saúde mental. As gerentes tinham um papel de referência e mediação, articulação, moderação, entre usuários, usuárias, trabalhadores, trabalhadoras da RAPS, estruturas sanitárias e outros setores, além da função administrativa. Operavam frequentemente como empreendedoras e agenciadoras de recursos de todos os

tipos, na sustentação do permanente processo criativo e dos desafios que se impunham, interna e externamente. Elas trabalhavam de modo estreitamente coordenado entre si, a partir de um fórum colegiado que se reunia regularmente, compartilhando propostas e construindo de modo colaborativo.

A boa sinergia da equipe técnica dos CdC permitia a emergência de uma troca de saberes e opiniões, que subsidiava o planejamento e execução de ações voltadas para a atenção psicossocial.

Entre as pessoas que frequentavam o serviço e os trabalhadores e trabalhadoras eram frequentes as brincadeiras, risadas e confidências, em tom amigável. A atmosfera estava geralmente tranquila e alegre.

Não faltavam, todavia, aqueles ou aquelas que chegavam mais desanimados ou apáticos, geralmente por causa dos efeitos colaterais dos medicamentos. De acordo com a fala de muitos deles, ir ao CdC representava uma tentativa de combater a desmotivação e procurar por bem-estar.

Entretanto, como em qualquer convivência, existiam também conflitos e muitas vezes as regras de convivência precisavam de repactuação e manejo que era realizado pelas gerentes e pelos demais membros da equipe: a convivência com os enamoramentos, os hábitos inadequados ou outros que dizem respeito, por exemplo, à expressa proibição do uso de substâncias psicoativas que, no entanto, não excluía necessariamente a pessoa que chegava alcoolizada ou drogada das atividades e do espaço CdC, entre outras situações. No clima de liberalidade e informalidade, usuários e usuárias podiam relaxar e adormecer nos bancos, enquanto aguardavam a atividade prescrita e não havia obrigatoriedade de participação.

A comunicação interna se revelou muito boa. Segundo as palavras de uma pessoa que frequentava o serviço “todo mundo conversa com todo mundo”. Também as pessoas recém ingressas ou que eram mais introvertidas conseguiam ter uma troca, ainda que pequena. O conteúdo das conversas geralmente variava: os acontecimentos do cotidiano, os trabalhos das oficinas, os remédios, as internações, a representação da loucura, a (intensa) religiosidade e as questões familiares, dentre outros e diversos assuntos. A maioria das pessoas evidenciava interesse nestas trocas e cultivava-se uma boa capacidade de escuta uns dos outros.

## **6. Artífices da convivência**

O cotidiano das oficinas e demais atividades, se apoia, como vimos, na convivência parceira, solidária e flexível, que amplia as possibilidades de cada

sujeito na construção de saídas subjetivas em relação ao sofrimento mental, abrindo espaço para o trabalho de “suplência”, e tende a propiciar laços, trocas sociais e interpessoais.

Chamemos esse fazer cotidiano de uma espécie de trabalho de ‘suplência’ [...] distinta do ‘deficit’, termo utilizado na Medicina e Psicologia funcionalistas, que acabaria por afetar a criação. [...] Suplência que, na verdade, designaria uma tentativa de cura feita de forma solitária através da obra [individual], diante de outras formas de trabalho psíquico. Obra está, sulcada e esculpida no abismo da própria experiência de loucura. (Brito, 2008, p.65)

Quem estimula, no dia a dia, esse trabalho de suplência, são os monitores, as monitoras, oficinairos e oficinairas: trabalhadores da saúde mental que efetivam a convivência.

Através da pesquisa participante e da aplicação de questionários<sup>28</sup>, foram ouvidos 41 monitores: 30 do sexo feminino e 11 do sexo masculino, de faixa etária que variou entre 21 e 80 anos, com predominância da faixa etária entre 30 e 40 anos. Apenas 2 deles tinham ensino fundamental incompleto; sendo que 10, em 41, completaram o ensino médio, 2 deles com formação técnica em contabilidade e outro em teatro. Os demais, ampla maioria, tinham formação de nível superior em: artes plásticas (número de 6); artes visuais (5); música (3); artes cênicas (2); arte e educação (1); letras (3); comunicação (1); arquitetura (1); terapia ocupacional (2); serviço social (2); e educação física (3). Constituíam um conjunto que acumulava uma média de 5 anos de inserção nos CdC.

As trabalhadoras entrevistadas e observadas (maioria feminina) em seu cotidiano demonstraram grande versatilidade: em especial as artistas (contratos tipo II). As atividades adequam-se às demandas que iam surgindo e geralmente elas estavam vinculadas a mais de um CdC, ofertando oficinas semelhantes, porém sempre singulares. As relações que estabeleciam eram muito personalizadas: “oficina de *fulano*”. Os vínculos, em sua multiplicidade e qualidade, fortemente afetivos, definem o que de fato interessa no conjunto de atividades ofertadas e, assim, qualifica a prática de “convivência”.

Identificamos uma rica diversidade de definições que merecem destaque e que desafiaram as possibilidades de categorização da prática e seus praticantes. Apesar de serem contratados como oficinairos e oficinairas e serem chamadas de monitores e monitoras estas expressões se mostraram inespecíficas. Aquelas pessoas que realizam o trabalho de construção da convivência eram também, frequentemente, identificadas como professores e professoras pelas pessoas que

---

<sup>28</sup> A proposta do questionário e seus resultados foram debatidos em profundidade, em seminário organizado com as gerentes. A identidade dos/as entrevistado/as foi ocultada.

frequentavam o serviço, segundo relato e observação. Mas a dimensão essencial do trabalho foi bem traduzida quando um dos profissionais se definiu, de forma bastante original, como “semeador”. A metáfora remete a todo um processo vital, de cuidado e expectativa de crescimento a partir de uma semente, uma investidura inicial. Outra metáfora importante foi a de “garimpeiro/a”: à procura de “brilhos” e preciosidades nos encontros. Estas imagens fortes inicialmente evocaram uma ideia de uma busca intencional onde se separa e qualifica os produtos, elegendo aqueles que são valiosos dos que não são. Por outro lado, a bateia, na busca do material precioso, poderia indicar a delicadeza do processo criativo e de valorização “de cada brilho”.

Outras trabalhadoras e trabalhadores se identificavam com a tarefa de “*ministrar aulas*” ainda que a referência ao campo da educação seja incômoda, na medida em que pode sugerir uma atitude diretiva, apesar do reconhecimento de processos de ensino e aprendizado como inerentes à dinâmica de muitas oficinas. Assim, nas discussões com a equipe, foi identificada uma polarização dialética entre duas perspectivas práticas, que nomeamos: “não diretiva” e “diretiva”. São, no entanto, categorias excessivamente simplificadoras diante de uma prática mais rica e complexa, que, na maior parte das vezes, evoca as duas posições e produz algo singular. Afinal, o Centro de Convivência é entendido como “*um lugar de descobertas*”, como definiu um dos artistas.

As trabalhadoras e trabalhadores conviventes que percebiam sua atividade nas oficinas, como não diretiva utilizaram com frequência a palavra “*troca*”, referindo-se a relações horizontais, pouco afeita a tecnicismos. Nesta perspectiva se acentua o aprendizado mútuo, a ideia de colocar-se à disposição como um instrumento: “*secretariar*”<sup>29</sup>, “*auxiliar*”, “*conversar*”, “*favorecer*”, “*potencializar*”.

Além disso, evidenciaram-se associações com termos como: “*criação*”, “*contribuição*”, “*cuidado*”, “*facilitação*”, “*arte*”, “*mediação*”. Em uma enunciação sintética (coletiva), esta não diretividade poderia ser expressa da seguinte forma: “[Somos] *uma ferramenta para o sujeito*”<sup>30</sup> *se expressar*”.

Nos relatos que indicavam a possibilidade de um caráter mais diretivo, dos que definiram como “*educadores*”, foram recorrentes os termos “[ser] *referência*”, “*supervisor*”, “*orientador*”. Também foi muito comum a utilização de descritores como, “*sistematizar*”, “*conduzir*”, “*propor*”, “*promover*”, “*oferecer*”, “*organizar*”, “*trazer*”, “*dar*”, “*puxar*”, sempre de forma respeitosa e afetiva.

---

<sup>29</sup> Expressão, como já dissemos, que se remete a uma concepção clínica inspirada no paradigma lacaniano que remete à ideia de colocar-se a disposição.

<sup>30</sup> Aqui emerge a conotação psicanalítica de sujeito, tanto na sua dimensão consciente como inconsciente.

Embora o caráter por nós nomeado como “diretivo”, relativo a determinadas sequências de práticas, pudesse revelar uma posição de desejo de controle por parte de trabalhadores e trabalhadoras no processo desenvolvido nesses espaços, é inadequado pensar sobre os mesmos e as mesmas de forma superficial e generalizante, definindo sua postura como centralizadora, vertical ou controladora. Sugeriam, isto sim, um posicionamento mais pedagógico, próximo, atento aos processos de ensino/aprendizagem que remetem a uma figura de autoridade, ao compartilhamento de saberes e ao reconhecimento relativo ao ter ou não ter conhecimento para a realização das propostas.

Numa mesma sequência de interações, e em função das necessidades delas mesmas, é possível que trabalhadoras e trabalhadores assumam posicionamentos mais diretivos ou não.

Outra metáfora pôde ser colhida na seguinte fala: “*eu fui percebendo, é isso assim, que é possível, a gente... a gente realizar os nossos sonhos, desejos, enquanto profissional e enquanto artistas, junto com essas pessoas, com esses convivas, super criadores, super artistas...*”.

Esta fala remeteu a um exercício de horizontalidade e ao compromisso com a liberdade criativa que traziam grande potencialidade quando estes encontros de parceria com os “convivas” aconteciam.

Aliar arte e convivência era, segundo constatamos, uma estratégia muito valorizada. O fazer artístico era tomado como um processo inventivo, marcado pelo inesperado e pela surpresa, que remete a uma inspiração errante e misteriosa.

A diretividade, ou não, nos projeta em processos que evocam uma busca constante e uma conquista permanente nas relações entre trabalhadores, trabalhadoras e pessoas que frequentavam o serviço. Afinal, tudo depende do que o usuário ou a usuária permite, do que ele ou ela efetivamente “*topa fazer*”. A disponibilidade pessoal e profissional das trabalhadoras e dos trabalhadores se destacou, então, como um pré-requisito fundamental, assim como o caráter intersubjetivo de uma relação, onde o que importa não é o produto, mas o processo, “*suportando*”, sustentando, a cena em que pudesse pulsar a loucura, os diferentes modos de ser.

Poderíamos, com Lapassade (em “Grupos, organizações e instituições”, 1977), desdobrar a reflexão em duas outras possibilidades para compreender melhor. As perspectivas diretiva e não diretiva fazem pensar nos conceitos de didática da autogestão institucional, onde o “monitor” fica disponível, como um consultor; ou pode convidar a uma perspectiva mais tradicional, onde o processo evoca o controle da aquisição de conhecimento. Ou ainda, se há uma cena

pedagógica identificada, ela poderia remeter aos ensinamentos do educador Paulo Freire, no cerne de uma pedagogia libertadora (“pedagogia do oprimido”); ou arriscaria a se reduzir aos cânones da educação autoritária e unidirecional (“educação bancária”)?

Os posicionamentos identificados como “não diretivos” evocam a construção de cultura e de práxis antimanicomiais, capazes de abrir possibilidades inusitadas e construir respostas criativas, para os envolvidos em processos sustentados no cotidiano. Estas possibilidades introduzem as referências que são feita às artes, por artistas do CdC:

“... a arte vem para mudar a vida do sujeito [...]” (Entrevista 30)

“ [possibilita] uma brincadeira gostosa” (Entrevista 22)

“... aflorar a criatividade” (Entrevista 18)

“... [é] catalizador de amadurecimento e sensibilidade” (Entrevista 42)

“A arte é uma linguagem [...]para] favorecer trânsito e convívio.” (Entrevista 27)

“A gente [artistas] quer a liberdade e prega a liberdade” (Entrevista 17)

Arte, criatividade, liberdade se conjugavam com uma dimensão transformativa, muitas vezes lúdica. Esta perspectiva seria mais diretamente sintônica com a perspectiva de construção do laço, no sentido psicanalítico, tão relevante na proposta desenvolvida nos CdC.

Mas o CdC tinha outras frentes de ação, onde emergiam ulteriores referências, mais identificáveis à ideia de cuidado do corpo, geração de renda, promoção de qualidade de vida, entre outros:

“A ideia mesmo é melhorar qualidade de vida, proporcionar uma vida mais ativa, minimizar o efeito dos medicamentos para esses usuários, tirá-los um pouco do sedentarismo, proporcionar aqui, que eles possam fazer uma atividade.” (Entrevista 13 – educador/a físico)

“... eu tento da melhor forma possível, dando aula de [...], para ver se o pessoal consegue aprender, saindo daqui, às vezes fazendo um [...] para vender, tem muitos que não são aposentados, não recebem benefício, se manter de alguma forma. Então eu tento ajudar nisso aí. Esse é o meu trabalho aqui.” (Entrevista 14 – artesã/o)

“...ele é um trabalho de estimulação, [...] às vezes, a questão do remédio deixa muito ‘grogue’, às vezes [a pessoa] vem com uma autoestima muito baixa. Assim, eu acho que a gente acaba ajudando bastante nesse sentido, assim... acho que as pessoas que vem, sentem uma necessidade muito grande de serem elogiadas, ou de dar conta de fazer alguma coisa, e aí quando eles veem que conseguem fazer, assim, eu acho que é bem gratificante.” (Entrevista 24 – artesã/o)



“... proporcionar a prática regular de atividade física, e assim, com o intuito de oferecer uma qualidade de vida melhor.” (Entrevista 26 – educador/a físico)

“... fazer arte, sem estar fechado, sabe? Simplesmente, por fazer, para se libertar de coisas [...] banais, mas não é terapia, eu não vejo como terapia.” (entrevista 22 – artesão)

Tudo isso permitia o cultivo de flexibilidade e o enriquecimento da experiência, em consideração à diversidade de formato dos espaços de trabalho, assim como produzia efeitos dispersivos para as entrevistadas e os entrevistados que se ressentiam de maior articulação entre as equipes dos diversos CdC onde trabalhavam. Mas, de maneira geral, o depoimento abaixo é ilustrativo.

“... eu acho que fora essa história da região de cada centro [CdC] e de que essas pessoas refletem essas populações, esses territórios onde elas vivem, eu também acho que é uma questão do grupo, da equipe do centro de convivência, da linha que se trabalha, da linha que se pensa, e principalmente eu acho, a gerência, assim, sabe... é ... eu acho que por exemplo... eu posso dar exemplo.... no [...], a [...], que é a gerente de lá, ela é super dinâmica, super agitada mesmo, super prática e produtiva. Então assim, eu percebo que a equipe fica nessa agitação, nesse trabalho mais dinâmico e os usuários também. (Entrevista 11 – artesã/o)

Por outro lado, a diversidade relativa ao perfil das pessoas que frequentavam o serviço resultava, por exemplo, na possibilidade de convívio inusitado e estimulante de pessoas em situação de rua com gente de classe média; assim como algumas oficinas acabavam por atrair mais os homens e outras atraíam as mulheres, apesar de não serem planejadas sob uma lógica binária, que segrega o público masculino do público feminino. Os motivos de certas oficinas atraírem mais homens que mulheres, ou o contrário, poderiam também estar relacionados às normas de gênero (heteronormatividade) historicamente construídas e que ainda se impõem no convívio.

A construção de cada oficina e atividade (interna ou externa) remetia a uma especificidade que também correspondia a uma trajetória de formação destes monitores/as ouicineiros/as, no contato com as pessoas que frequentavam o serviço, colegas de equipe e com a gerência dos CdC. Um processo definido pela grande maioria dos monitores como algo “calmo”, “sem dor”, “tranquilo”.

Entretanto, isso não exclui os desafios. Existiam dificuldades iniciais de adaptação no cotidiano de trabalho nesses dispositivos. A radicalidade da experiência de diálogo com a loucura, para maioria, era anteriormente desconhecida. Alguns descreveram o processo de construção das propostas como marcado pela apreensão. Houve referência também a uma expectativa de um

processo de capacitação ou preparação mais sistemático (inclusive com informações sobre psicopatologia e da psicanálise). Mas, o sucesso da empreitada era um consenso e notória a satisfação que trabalhadores conviventes manifestam em relação a uma rotina qualificada como flexível, transformadora e estimulante. Esta vivência, despojada dos pressupostos da psicopatologia, sustentava um certo contraponto à perspectiva de um trabalho clínico, feito por especialistas do campo da saúde mental (RAPS). No entanto, quando inqueridas sobre os objetivos dos CdC, as trabalhadoras e os trabalhadores da convivência enfatizaram a dimensão de “*produção de saúde*”, “*inserção social*”, “*qualidade de vida*”, “*bem-estar*”, “*melhoria da saúde*” e se viam colaborando para que cada “*conviva*” pudesse dar “*continuidade ao seu tratamento de forma mais leve*”, produzindo tranquilidade e “*organização mental*”. Além disso, do ponto de vista destes trabalhadores da convivência, tomados em seu conjunto (não apenas artistas) os objetivos dos CdC são múltiplos, que podem ser assim formulados: trabalhar com a criatividade e a arte para o fortalecimento do sujeito, fomentar a inserção social e o exercício de cidadania, propiciar autoestima das pessoas psiquiatrizadas, estimular espaços de reflexão crítica e interação.

A intensidade dessa experiência se relacionava com a surpresa e o descolamento gerado pelo contato com a diferença, que se remetia à loucura, à psicose, mas também eram diferenças em relação ao trabalho no setor privado, de onde advinha a maioria. A autonomia e possibilidade de inventividade dos CdC foram muito enfatizadas pelos entrevistados como integrada ao trabalho em uma política pública.

A partir das respostas dadas também foi possível inferir que a especificidade destes espaços e do público que eles atendem exigem de trabalhadores e trabalhadoras a criação de novas metodologias de trabalho para conseguirem desenvolver os projetos necessários. Em suas respostas, destacavam a importância da “*escuta*” e da “*observação*” nos seus processos de convivência nos CdC.

O acolhimento da equipe é um elemento positivo vigorosamente ressaltado, como trabalho coletivo.

Assim, grande parte dos profissionais entrevistados enfatizou o intenso aprendizado ligado à prática e tributário do contato estreito com sua clientela, que se traduz em um conhecimento tácito, compartilhado no cotidiano. Assim, desmitificavam a loucura, superavam preconceitos e medos iniciais, e havia um notório ganho pessoal e subjetivo, ainda que a rotatividade fosse grande como denotava a média de tempo de trabalho de 5 anos – chegadas intensas e partidas talvez precipitadas. Invisibilidade institucional e desvalorização do trabalho de

monitor e oficineiro diante de saberes como a psicologia e psiquiatria foram apontados como desmotivadores, assim como a falta de reconhecimento profissional e de boas condições de trabalho: baixo salário e fragmentação do trabalho (a carga horária de um monitor contratado do ensino superior ser dividida em mais de um Centro de Convivência).

A “*liberdade do artista*” era evocada como direção ética. Além disso, a possibilidade de comunicação com o mundo pela expressão sensível e a propiciação do encontro do sujeito com o seu desejo e singularidade. A arte é valorizada na medida que oferecia uma nova linguagem, que impregnava toda a equipe.

O papel destes trabalhadores/as da convivência não se reduzia, pois, a condição de professores/as que ensinam a fazer a atividade, embora muitos usuários e usuárias assim o definissem.

A função deles estava mais associada à tarefa de facilitadores, do que educadores (sociais). Ou seja, forneciam os instrumentos técnicos básicos para que a pessoa que frequentasse o serviço pudesse se expressar do jeito mais livre possível. Além disso, buscava-se favorecer as inter-relações. Representar um ponto de referência, mas numa relação que pretende ser o mais horizontal possível.

Perguntados acerca de experiências marcantes em sua trajetória nos CdC, as entrevistas destacaram as oportunidades de acompanhamento das transformações que ocorrem na vida das pessoas frequentadoras:

*“Era [...] vivia na rua! Hoje em dia, está na família, quase que trabalhou em uma oportunidade que teve aí [...]; “[...]um usuário que estava com a gente aqui, fazendo oficina, e junto com a oficina está fazendo seu [...] todo seu tratamento bonitinho, e volta a ter uma vida normal, volta para o seu trabalho, volta para sua família, e tem uma vida normal, né?!”, “chegou aqui e não falava com ninguém; [...] não trocava uma palavra com ninguém. Hoje já participa das reuniões familiares, hoje participa das assembleias, hoje, ele conversa com todo mundo, sabe?”.*

Estas alusões se contrastam com o cenário asilar, resultando em grande desconforto:

*“[...] houve uma situação de oficina externa: a gente foi fazer no Luiz Estrela, em que eu conheci aqueles que ainda não estão no Centro de Convivência, que estão lá no hospital psiquiátrico [sic] Sofia Feldman [...] e a gente foi fazer um [trabalho] com eles lá, com alguns usuários lá. Usuários não! No caso eles estão na condição de paciente mesmo, né, e foi a experiência mais ‘punk’ que tive. Eu passei uns dias, assim, em choque [...] fiquei uns dois, três meses abalada/o com isso, aí passou o 18 [de maio] e foi melhorando com o tempo.”*

## **7. A vida ativa e a política participativa**

A vitalidade política dos CdC expressa um aspecto particularmente relevante. É uma prática que “se faz no miúdo, no varejo” (Garcia, 2000, p.27). Nela evidenciam-se sujeitos que conquistam possibilidades de organizar-se, reivindicar direitos sociais e políticos, que se delinea como um objetivo. Ela parece agregar um significado de participação e engajamento das pessoas frequentadoras nas iniciativas relativas ao Movimento de Luta Antimanicomial, promovidas dentro e fora dos serviços em que são atendidos, impactando positivamente a dinâmica dos processos de convivência.

A partir das atividades propostas ativistas, nascem encontros e relações significativas, necessárias para uma provável conscientização (no sentido de Paulo Freire) e a organização política em ações/intervenções, como: o “18 de maio”; a inserção na ASUSSAM e no Fórum Mineiro de Saúde Mental; participação em reuniões e nas conferências de saúde e de saúde mental (estratégias de “Controle social”).

O desencadeamento de uma trajetória política pode ser um elemento importante do processo de (re)inclusão de alguns usuários e usuárias e na construção (ou defesa) da política de saúde mental e outras lutas por cidadania. As reflexões e tomadas de consciência acerca de temas ou assuntos da saúde mental e relativos à cidadania são estimuladas: a liberdade no tratamento terapêutico; o processo de construção da Reforma psiquiátrica; a defesa dos serviços territoriais; a falta de financiamento em saúde mental; o bem comum; e as lutas sociais que afetam os/as excluídos/as e estigmatizados/as.

Isso não significa que todos tenham uma sensibilidade política ou que fossem ativistas atuando nos CdC. A observação da dimensão política durante o cotidiano vai além dos eventos mais evidentes e parece pertencer à concepção intrínseca de “(re)inserção” do CdC, que não consiste numa “readequação do louco” para a sociedade universalista e capitalista, mas no acolhimento da diversidade, favorecendo as trocas bidirecionais entre o sujeito-cidadão e a cidade. Isso restitui um certo “lugar” ao usuário e à usuária, muitas vezes identitário: seja como ativista, ou como artista e artesão vinculados a um espaço a partir do qual repercutem e contribuem. Isso evoca uma responsabilidade sobre a própria vida das pessoas envolvidas, sua realidade, que se coloca como um conjunto de direitos e deveres, ou seja, de exercício possível de cidadania.

Embora as oficinas ofertadas nos CdC, em si mesmas, não fossem momentos de conscientização política, muitas vezes, as temáticas sobre o “poder” emergiam com naturalidade. Por exemplo, frequentemente na oficina de letras, um/a monitor/a

informou que as pessoas abordavam temas políticos para serem discutidos em grupo.

Exceção à regra existia. Exemplo disso foi a oficina “Construindo a cidadania” do CdC São Paulo. Era uma atividade que visava claramente a “conscientização”, sendo que os temas de discussão haviam sido escolhidos pelos usuários e usuárias.

Ficava claro que quanto mais o indivíduo percebia-se integrante do CdC, mais este espaço seria capaz de responder a suas necessidades enquanto cidadão e cidadã. Vale acrescentar que existem muitas investigações que destacam uma correlação positiva entre a participação política e ou senso de comunidade (Zani e Cicognani, 2007<sup>31</sup>; Mannarini, 2004<sup>32</sup>, Prezza e Pacilli 2002<sup>33</sup>) nos processos de (re)inserção social.

## **8. Os espaços de ser e estar**

Os objetivos deste artigo foram a descrição das práticas, seus agentes, concepções tácitas em atenção psicossocial voltadas para a (re)inclusão social. Fica subentendida a intenção de construção de parâmetros e o alinhavo de reflexões para nutrir processos de análise, avaliação e pautas de pesquisas futuras.

O que retratamos certamente captura o ângulo que nos foi apresentado acerca de uma prática madura, consistente e relevante. No entanto, as lentes da “academia”, da prática investigativa capturam uma “certa” realidade que está longe da totalidade. Cabe algum esforço de exploração de argumentos que possam estimular o fortalecimento e o compartilhamento reflexivo, procurando ultrapassar o panorama que pudemos capturar solidaria e participativamente.

Ao término desta descrição, podemos afirmar, alargando as definições iniciais, que propósito dos vários CdC instalados em Belo Horizonte não é focado e não se limita à aquisição de competências. Os processos e dinâmicas que pudemos acompanhar focam a desconstrução do estigma social existente em relação aos transtornos mentais e estimulam a promoção de experiências e práticas que ocasionem a coexistência da diversidade tão marcante entre as pessoas com histórias de sofrimento e transtornos mentais, frequentemente associadas a múltiplos modos de exclusão social. Independentemente do conteúdo de cada oficina e atividade, a finalidade maior contempla a produção de afetividade, amizade,

---

<sup>31</sup> Zani B., & Cicognani, E. (2007). Partecipazione tra cittadinanza e sentimento di appartenenza alla comunità. In B. Gelli (ed.), *Le nuove forme della partecipazione: un approccio interdisciplinare*. (pp. 39-55). Roma: Carocci.

<sup>32</sup> Mannarini, T. (2004). *Comunità e partecipazione: Prospettive psicossociali*. Franco Angeli: Milano.

<sup>33</sup> Prezza, M., & Pacilli, M. G. (2002). *Il senso di comunità. Conoscere la comunità. L'analisi degli ambienti di vita quotidiana*. Bolonha, Italy: Il Mulino, 161-192.

a colaboração entre todos. É um antídoto à solidão que acompanha a experiência de sofrimento mental.

A construção de saídas subjetivas e de laços se nutrem, como vimos, da proposição de processos inventivos que são ofertados pelos “artífices” da convivência: artistas, artesãos, artesãs, educadoras, educadores, e as gerentes dos serviços que acompanhamos. Afinal, poderíamos reproduzir Marcel Duchamp afirmando: “...não acredito em arte. Acredito em artista.” (Thornton, 2015, p.9). São elas e eles, como artistas, que tecem o cotidiano que acolhe, protetivamente, aquelas pessoas em suas singularidades, histórias de sofrimento, psiquiatrização e exclusão. A convivência se estabelece numa rede de relações que ensaiam modos possíveis de ser e de estar nas relações psicossociais, na cultura, na vida política do ativismo. Nesta dinâmica, algumas possibilidades significativas se enunciam, permitindo a abertura de “veredas” no duro e aversivo espaço da cidade, das sociedades neoliberais crivadas pelo capitalismo voraz que ameaça a sobrevivência do planeta Terra.

A cidadania, precária, que resulta reapropriada pelos sujeitos, certamente não ultrapassa os limites impostos pela severa desigualdade e pelas contradições que são inerentes à sociedade contemporânea.

As veredas deixam passar aqueles cujo destino seria a banal exclusão social, não apenas nas relações produtivas, como também nas de caráter intersubjetivo e interpessoal.

Ao “artista”, artífices dos CdC, cabe a responsabilidade da parceria nestas veredas, mais do que à arte, como cultura. Não se trata de “fazer arte” ou formar “artistas”: é a vida mesma que resulta. Cabe a eles, ou melhor dizendo, a elas, mulheres em sua maioria, sustentar a dinâmica de produção de sentido, de afetos, a serem compartilhados nos CdC.

Mas entendemos que estes/as artistas como uma metáfora, pois estes são muitas vezes artesãos, quando não psicólogos, terapeutas ocupacionais e outras profissões, que operam como artífices deste espaço de produção de ancoramento e “pro-jeção” da cidadania possível: utopia ativa e constitutiva. Ideação e ação prospectiva, sustentando um tempo presente e construindo um futuro capaz de mover as singularidades, os desejos, os sintomas.

Assim, os CdC são, em si mesmos, os espaços de exercício de (re)inclusão social, que se estendem pela cidade, em projeção, como “ocupação” pontual: um ponto de expressão da loucura?

E a cidade responde? As vezes sim, outras, não.

Os CdC não são espaços “da cultura” entendida como política pública. São Política de saúde mental. A convivência e os conviventes, no entanto, se inscrevem no campo da invenção da cultura antimanicomial afirmando a arte como principal ferramenta cultural e seus artífices (onde se incluem os artistas) como protagonistas nesta realização. Seria interessante discutir: “qual cultura”? Seria relevante a reflexão sobre as opções e possibilidades de cada CdC: cultura brasileira? Popular? Tradicional? Folclórica? Religiosa? Erudita? Cultura negra? Eurocêntrica? Existem diversos modos de qualificar o conjunto de bens simbólicos produzidos, aprofundando a compreensão do projeto em permanente construção. São também diversos os conceitos de cultura. Marilena Chaui (1981) nos lembra que estes termos se originam do verbo latino “*colere*”: cultivo e cuidado de planta, animais, da reprodução da vida, de onde advém o termo agricultura, puericultura, culto dos deuses, dos ancestrais, dos monumentos, do espírito. “*Cultura animi*” expressava o espírito cultivado para a verdade e a beleza, inseparáveis da natureza e do sagrado.

Cultivar e cuidar tomaram diversas formas ao longo da história e abriram inúmeras polêmicas e disputas ao longo dos séculos, tensionados com a “civilização” e à sociedade civil, plena de desigualdades.

Há um percurso a ser conquistado entre a cultura e o social: nunca houve lugar para todos e todas.

A concepção de arte mereceria, por sua vez, uma digressão ainda maior e mais atenta.

Frederico Morais intitulou um de seus livros como: *Arte é o que eu e você chamamos arte – 801 definições sobre arte e o sistema da arte* (2002). Nele, cita diversos artistas consagrados.

Compreender melhor as concepções de cultura e de arte que pulsam no cotidiano dos CdC seria um empreendimento importante, necessário, a ser realizado.

Poderíamos falar de Centros de Convivência através da arte? Ainda que as atividades e as oficinas mesmas dos CdC não se reduzam a este recorte, ele indica o percurso metodológico construído e sustentado. Eles não são um espaço de intersecção entre políticas públicas: não expressam intersetorialidade, ainda que favoreça todo um rol de relações sociais que não coincidem com as relações terapêuticas no seu sentido mais específico.

As oficinas são espaços de produção da “misteriosa alquimia” que enlaça e encanta quem delas participa. Ali se ensina, se aprende, se sustenta, mais do que arte, como vimos, e sobretudo se respira arte.

Na proposta de horizontalidade que praticam, podemos nos perguntar “quem ensina e quem aprende” com o inusitado, com as diferenças subjetivas e sociais que ali se colocam e que parecem se dissolver nesta alquimia e brilhos. Mas estes processos não estão livres das relações de poder e das contradições de uma sociedade de classes, marcada pela desigualdade. Ali há um encontro específico que pode ser melhor investigado, refletido, a partir, inclusive, do reconhecimento de uma dupla invisibilidade: a da condição formal de artista e a presença/ausência dos marcadores da pobreza que operam na interseccionalidade. Mas a isso podemos associar a invisibilidade dos CdC mesmos, considerando a ausência de financiamento e reconhecimento institucional que se reforça no estar “dentro e fora” da RAPS. A transparência de um dispositivo tão essencial para a atenção em saúde mental e que não pode ser reduzido à estetização.

O CdC não produz artes e artistas: produz laços psicossociais.

O que significa conviver com a diferença atravessada pelas múltiplas desigualdades e de que tipo de diferença se fala? Identificamos que o principal foco remete às diferenças em relação à loucura: os comportamentos discrepantes, bizarros, incompreensíveis, desafiadores. Mas essas diferenças também remetem à discussão os múltiplos modos de opressão, dominação e discriminação aos quais estão submetidos os usuários e as usuárias dos serviços (e poderíamos falar também dos profissionais, artistas, mulheres em sua maioria em situação de vínculo precário).

A ênfase na “convivência” dá asas à imaginação, quando se reflete sobre quem dela participa – trabalhadores, trabalhadoras, usuários e usuárias. Por definição, como pressuposto, nós, pesquisadores, deveríamos nos perguntar pelos conflitos ou pela ausência deles, recusando uma visão excessivamente harmônica que daria tons “reprodutivistas”, ingênuos, ao encontro tão complexo que foi empreendido ao longo de alguns anos. Sabemos que ali mora uma clínica social, ainda que ela se mova discretamente, negada e reafirmada como discurso psicanalítico: “*manejar*”, “*secretariar*”, “*dar limites*”, “*suplência*”, “*laço*” entre outros termos recorrentes nas falas cotidianos e nos textos de referência. Talvez seja rico pensar nesta clínica, não como um lugar externo e protegido da contaminação, mas como uma metodologia que deveria “ocupar” a prática psiquiátrica e psicoterapêutica que acontece nos espaços especializados no “tratamento” da RAPS: embaralhando os códigos da psicopatogização e dos processos de psiquiatrização das misérias reais e subjetivas traduzidas em crises vitais.

Sugerimos, neste texto, a partir do nosso aprendizado, que a convivência é uma artesanaria e se reconhece que é tarefa difícil, ainda que se afirme que o



“humano” é social, por definição. “Todo artista tem que ser ao mesmo tempo artesão” afirmou Mário de Andrade (Moraes, 1998, p.9). No entanto, ser social não significa ser amável nem mesmo amigável. Ser social, ser em sociedade, evoca todas as tensões advindas dos relacionamentos e nem sempre se é capaz de sustentá-los, especialmente quando há a experiência do sofrimento e mais especificamente, uma crise, que impõe defesas que escapam inclusive à consciência. Conviver pode soar algo harmonioso, mas o conflito é inescapável. Conviver consigo mesmo já é um grande problema, especialmente quando a situação impões a ausência de direitos elementares, direitos humanos. A rigor, a /carta de /direitos Humanos é um tratado sobre a convivência e uma obra de arte: um horizonte inalcançável para a maior parte da humanidade.

A arte da convivência pode também impor uma moralidade excludente ou se pautar por uma cultura política includente que não poderão, ambas, ser absolutizadas. Aderir à convivência é tão complexo quanto aderir a um tratamento, com ônus e bônus. E como se pode ir além do tratamento, conquistando a possibilidade de mover-se com outros recursos, de natureza social, econômica, cultural ou política? Podemos falar de autonomia no contexto de convivência? Podemos supor que a convivência que aprendemos com os CdC seja um pressuposto para o tratamento em liberdade?

Tomada ao pé da letra, conviver, *convivere*, remete à intimidade, familiaridade, ao trato diário. É um convite à continuidade, à permanência, ao estar junto. Os CdC são um espaço seguro para aqueles que acessam e aderem, por certo tempo de vida. O tempo pode indicar algo sobre a qualidade da aderência. A rotatividade que foi identificada entre os monitores e solidez das coordenações definem um compasso, uma pulsação que pode permitir construções muito significativas. Não foram poucos os casos citados de pessoas que frequentavam o serviço que puderam enriquecer suas vidas, construir amizades, romper a solidão. O que se propõe é um exercício de sociabilidade que seja cabível na experiência de sofrimento e exclusão, um espaço onde a utopia da convivência com a diferença multiformatada seja possível e deixe seus frutos na direção ética de uma sociedade sem manicômios (inclusive os manicômios mentais, como definiu Peter Pelbart). É possível uma convivência com a loucura? Os CdC testemunham que sim, especialmente dentro dos seus limites físicos, que se estendem e retraem em direção à “cidade” que são e procuram alcançar ao mesmo tempo. Afinal, a desrazão habita a condição humana, ainda que a exclusão seja justamente a negação disso, configurando o esforço de controle sobre ela, a serviço de uma sociedade cruelmente produtiva. Haveria possibilidade de uma convivência que não estivesse

tensionada pelo desejo de controle? Como a ênfase nas saídas subjetivas se articulam com o projeto coletivo e poderiam iluminar a dura rotina dos espaços onde se dá o chamado “tratamento”?

A aposta na arte se dá como uma estratégia contra-hegemônica e de resistência, na cumplicidade da parceria entre conviventes: *convivas!* Uma arte/artesania que amalgama, dá uma forma, às estranhezas, às exuberâncias, aos excessos, aos vazios, sem impor a sua supressão: a tudo contempla como possibilidade, na medida em que há adesão. Situa-se sim entre o entreterimento e o gozo da experiência de liberdade, vivida em perspectiva subjetiva e interpessoal. Efetivamente: “A arte vem sendo utilizada para desmistificar e transformar a concepção que a sociedade criou sobre a loucura desde os primórdios da psiquiatria”, afirma Amarante (Amarante et al, 2019, p.29).

Pensemos na arte de Nise da Silveira e de Franco Basaglia para respaldar essa afirmação acerca da experiência brasileira com a atenção e cuidado no campo da saúde mental. Segundo pesquisa realizada sobre a Política nacional de Reforma psiquiátrica, resulta que 59% de experiências artísticas com este escopo se concentram na região sudeste, tomando forma semelhante a que identificamos nos CdC: artes plásticas (18%), música (15%), artes cênicas (14%), audiovisuais (9%), literatura (8%), intervenção urbana (3%), tipos mistos e diversos (31%) e arteterapia (2%). Os autores chegam à conclusão de que ocorreu o surgimento, desde os idos de 2012, de um campo autônomo artístico cultural independente, produzido por pessoas com histórias de institucionalização psiquiátrica (Amarante et al, 2019, p. 37). Então, saúde mental produz cultura, inclusive antimanicomial.

Nos CdC estudados, apesar de identificarmos os movimentos de autonomização – Sapos e afogados, Trem Tam Tam, São doidão – o vínculo entre a RAPS e seu público é marcante e se traduz em diversas formas de adesão. Talvez estejam contribuindo para esta construção cultural independente que, no entanto, goza de um público ainda restrito (aderido) e dependente de uma adequada política cultural.

Haveria consequências inesperadas ou indesejáveis que possam reforçar os mecanismos de dominação de uma sociedade de classes? Todo processo criativo evoca um espaço libertador, ainda que se atenha a temas que evocam uma pauta que remete à lógica das elites brancas heterônomas eurocêntricas? Como evitar a reprodução da cultura de massa e consumista? Como escapar à lógica excludente do *marchand*, que seleciona as obras a serem expostas ao público e absorvíveis pelo mercado?

Por outro lado, fica a dúvida a respeito das atividades de oficina que nomeamos como habilitativas: não seriam espaços afeitos, elas também, de construção de saídas subjetivas? A arte da convivência se circunscreve ao lugar do artista? O cultivo da saúde, do alimento, da relação com a terra traria uma potência menor? Ele se contaminaria da figura do artista e seus artifícios, artefatos, artimanhas que abrem os espaços para a ética do sujeito?

Até que ponto os efeitos “de vitalização” estão ligados aos valores, linguagem, ao posicionamento do “artista”, com seu exercício de inovação, criatividade, avesso aos padrões de normalidade? O que é um artista?

Podemos nos perguntar com Sarah Thornton (2015), e com ela dizer de um “poder quase divino de designar qualquer coisa que quisesse como arte [...] não existe nenhuma medida objetiva de qualidade” (p.9) e sim os próprios padrões de excelência que dependem de sua autoconfiança e da convicção dos outros. Ser artista “é um ofício [...] de construir identidades, além de ideias.” (p.9) Porém, a natureza solitária deste processo é transtornada nas oficinas, que impõe uma dinâmica muito diversa dos “estúdios” ou “*atelier*”. É um universo que se nutre da perplexidade da loucura. Seria uma parceria? As oficinas exigem um perfil bastante específico de suas trabalhadoras e seus trabalhadores: idealismo e atitude colaborativa. Mas a possibilidade de ir além do diagnóstico, da doença, do estigma pode vir também dos demais ofícios – ginástica, artesanato, literatura e outros?

Como classificar os “Jogos da Primavera” dentro do escopo e das opções estratégicas dos projetos de inclusão? O corpo escapa e sob o sol primaveril, muitas vezes escaldante, encontra outros propósitos, possibilidades e descobertas (ainda que esta dinâmica esteja circunscrita a um território interno, dos serviços, da rede). Podemos e devemos nos perguntar em que medida e como as atividades transversais constroem laços com a cidade e viabilizam inserção social. Certamente são ações expressivas e que tocam a todos que se expõem, intencionalmente ou não. Trata-se de refletir sobre a potência concernente a uma efetiva troca social que ultrapasse o público que já se identifica e já abraçou a causa. Como romper as famosas bolhas de comunicação e interação para produzir uma realmente sociedade inclusiva, que se possa chamar de “cidade”?

Identificamos que há uma expectativa de que os indicadores de sucesso no processo de (re)inclusão (reabilitativo) estejam evidenciados no processo clínico, não como “recuperação”, mas como aderência ao tratamento. Isso sinaliza uma posição bastante específica, que, embora não se defina como clínica, nela se espelha, flertando com os dispositivos de “controle” da loucura. A sustentação da adesão ao tratamento é um parâmetro positivo utilizado pelos trabalhadores, que

aponta para todo um interesse de natureza clínica: a medicação está sendo observada? É preservada a relação com a equipe do CERSAM?

A convivência com os CdC fazem sonhar outros mundos e uma RAPS ainda melhor. E se fosse possível sustentar a despatologização? Os desmames? Ousar o efetivo abandono de psicodiagnósticos? Tramar outras “saídas” a partir de sua potência?

Observe-se que o processo de inclusão, que aproximamos do conceito de atenção psicossocial no início deste texto, não é posterior ao tratamento clínico, mas colaborativo e simultâneo a ele, o que se evidencia nas reuniões de supervisão, matriciamento e outras. Aprendemos que a inclusão é uma ferramenta que pode apoiar as pessoas com histórias de sofrimento mental desde a eclosão da crise, ao longo e talvez após o tratamento terapêutico. Talvez possa conter um projeto de saúde ainda mais amplo e ultrapasse o âmbito da loucura de tarja preta para acolher outras dores e sofrimentos. Talvez possa tecer ainda outras parcerias: os/as familiares, stakeholders, voluntários etc.

Entendemos, a partir da pesquisa junto aos CdC, que estes espaços ensejam uma experiência de convivência ideal profundamente respeitosa e profícua. O exercício de cidadania seria uma consequência deste exercício de convivência? Qual conceito de inclusão se delineia por esta via? Ele se autolimitaria desta forma? Ou a cidadania seria um requisito para a viabilização da convivência e a construção de saídas subjetivas e objetivas? De que conceito de cidadania estaríamos falando?

As “novas situações” que são estimuladas nas oficinas e demais atividades certamente se contrapõe aos tradicionais modos de exclusão aos quais as pessoas com histórias de transtornos estão expostas cotidianamente nas relações sociais – familiares, de trabalho, assistenciais, médicas, psiquiátricas etc. Ser algo diferente disso se impõe como tarefa cotidiana nos CdC e obviamente o resultado não é sempre o mesmo ou o desejável.

Isso nos faz retomar também os termos “comunidade, reinserção”, propostos pelas legislações sobre a reabilitação em saúde mental. A eles podemos contrapor aqueles que estão mais identificados no discurso dos trabalhadores dos CdC: “cidade/território e inclusão”.

O primeiro CdC, o Arthur Bispo do Rosário, é ele mesmo uma “saída”, não apenas subjetiva, mas concreta e coletiva: escapa dos limites do hospital psiquiátrico. Inicialmente, quebra os muros e abre uma porta autônoma para a rua e em seguida, conquistando um deslocamento desde a gestão estadual para a municipal, escapa para um espaço diverso despojado do peso da instituição: uma casa. Os seguintes CdC – São Paulo, Rosimeire Silva (Providência) e Barreiro – a

princípio, foram implantados dentro de espaços que o poder público definia como comunitários: os CAC. Mas a proposta tende a se adequar a outras lógicas. Ocorre o deslocamento desde o vínculo com a Política de assistência social, na interação com pessoas e públicos diversos, para o compartilhamento de espaços e vizinhanças com dispositivos da saúde, com exceção do CdC Marcus Matraga (Venda Nova). Certamente o espaço se especializou e passou a operar com apenas com as pessoas com transtornos mentais. O território se tornou um espaço vinculante com as estruturas públicas da saúde e a saúde mental. É onde a dimensão social e institucional se enreda e formatam a RAPS. Novos muros se impõem assim como outras rupturas se multiplicam.

Nesta mudança na lógica, se evidenciam as diferenças relativas ao “estar” em um espaço exclusivo para a loucura ou um espaço “de muitos”, onde a diversidade encontre seu trânsito. Um espaço exclusivo possa flertar com lógicas autorreferentes e corporativistas que carregam contradições importantes e nem sempre libertárias. Pode ser um espaço de conforto, como o dizem as usuárias e os usuários. Mas pode ser também um espaço institucionalizante, que se deixe organizar prescritivamente em um dado cotidiano que circunscreve os projetos singulares? De outra parte, a convivência num espaço plural pode significar uma via de exercício de exclusão, com a multiplicação dos muros e o cerceamento da circulação daquelas pessoas que trazem a marca da diferença e arrastam consigo todo um imaginário de periculosidade conforme constatamos nos CdC instalados em estruturas como os CACs.

Interpelar a cidade, por sua vez, denota uma direção que pode ser inespecífica, e não abraçar, portanto o desafio do convívio com a vizinhança, com a comunidade, com o voluntariado, com as famílias, com as associações de bairro projetando-se em espaços que podem ser áridos, estranhos, conquistáveis ou não.

Basaglia sempre caracterizou o encontro com o território como a abertura de conflitos e fala disso repetidamente em seus debates, embates, nas suas viagens ao Brasil (Basaglia, 1979). Mas adverte: é necessário otimismo, para não se render aos discursos fáceis e não se reter na falácia do pessimismo da razão (Basaglia, 2000, p. 116).

O reconhecimento das profundas contradições da sociedade contemporânea, que exclui a desrazão e a loucura, conduzem à compreensão de que os CdC ensina modos de operar pela construção de reconhecimento, por dar visibilidade e um lugar de circulação na “cidade” de uma certa estranheza que pode ser vitalizante ou simplesmente “espetacular”.

Assim, o conceito de (re)inclusão pode ser diferenciado de reinserção. Não se pode reinserir aqueles que foram objeto de processos de estigmatização, preconceito, violência: remeter ao mesmo lugar social. Faz-se necessária a construção de uma política pública que crie condições para as pessoas com histórias de sofrimento e diagnóstico da RAPS e dos CdC possam encontrar ou produzir “um ou outro” lugar social, sem ter que render-se à expectativa de normalidade e aceitação. Que se multipliquem as convivências e seus artífices!

Venturini utiliza a expressão “reabilitar a cidade” ao descrever a história italiana de um ex interno chamado *Primo Vanni* e seu processo de desinstitucionalização que evidencia a importância da experiência com a arte – a escrita, o teatro, o cinema. Conta como, a partir das estratégias de “reabilitação” que colheram a condição imaginária de “escritor” de um homem semianalfabeto, operando através dela, toda uma construção de direitos sociais que redundaram na conquista da moradia, da alfabetização plena e do trânsito pelas escolas de Imola, palestrando sobre a paz mundial:

Eu não sei se o seu livro [de Primo] foi uma obra de arte, não sei se as pinturas de Mário e Giuseppe, ou o teatro de Mazzolanza Sagré poderiam ser chamados de arte. Mas todas essas coisas – o teatro, a pintura, a literatura – trouxeram todos nós, profissionais da saúde, cidadãos, pacientes, para fora do horizonte estreito e convencional da linguagem médica ou sociológica e nos ajudaram a compreender uma coisa: que a vida de todos nós, que a vida de Primo Vanni, em particular (isso sim!) tinha sido uma obra de arte. (Venturini, 2012, p.20)

A geração de renda não figurava entre as prioridades dos CdC, assim como a (re)inclusão nas relações de trabalho, ainda que ocorressem frequentemente como uma proposta complementar. A “ocupação” da cidade estava a serviço da construção de laços sociais que não coincidiam necessariamente com o desenho da cidadania, ainda que ocorresse “conscientização”. Talvez esteja mais próximo da construção de “pequenos futuros”, vinculados ao aqui agora, desenhando possibilidades de dar uma direção a própria vida, ainda que mínima: “o que importa é que exista um começo, e que os ganhos em organização da identidade individual que a perspectiva de futuro enseja seja efetivamente ‘vívida’ pelo usuário possibilitando seu aprofundamento futuro.” (Souza, 2016, p.27)

Os termos “saída subjetiva” e “invenções” podem ser compreendidos como objetivos a serem alcançados, traduzindo-se como processos de vitalização e abertura de possibilidades relativas aos limites impostos subjetivamente na forma de sintomas inibidores de sustentação de relações afetivas e interpessoais.

Seria a singularidade do sujeito e sua potência desejante um (pré)requisito suficiente para construção e usufruto de cidadania que se expressa nas metáforas de “circulação na cidade”? O foco nos “modos de ser” de cada um pode expressar

uma representação idílica, considerando que a vida, de fato, é luta permanente – conflitos, violência, tensão – arriscando mistificar o processo de inclusão? Haveria o risco da criação de um espaço social “*sui generis*”, nos CdC, que substituiria como um simulacro “o espaço social concreto, feito de divisões, diferenças, interditos e limitações, por um espaço homogêneo e supostamente transparente, aberto a todos [que cumpram o requisito da indicação de um profissional de saúde mental] e no qual os indivíduos privatizados e isolados ganham a ilusão de pertencerem a uma comunidade – do ‘nós’[...]” (Chauí, 1989, p.31): artistas, usuários, usuárias e trabalhadores da saúde mental? O cultivo da diferença não deveria estar atento aos modos como o poder se instala definindo aqueles que são de ordem social, organizacional, política, econômica, cultural, étnica, gênero dentre outras? Delineia-se uma dialética entre “reabilitar” a cidade e (re)incluir o sujeito, afinal,

reconhecendo o direito da imaginação, incentivando a capacidade criativa, as pessoas eram estimuladas a sentirem-se melhor, encorajadas para aumentar a autoconfiança. A criatividade era terapia, assim como a liberdade e o respeito. O que importava era que para Primo, como ele mesmo dizia, e para muitos outros, a roda do destino, finalmente, tinha tomado o caminho certo. (Venturini, 2012, p.16)

O “direito a cidade” tensiona a “roda do destino”, ainda que o sentido mesmo de “reabilitar a cidade” não coincida com a dinâmica proposta pelos CdC. Poderíamos nos perguntar, junto com Paulon (2017, p.777): “o que as cidades fariam para ‘con(?)-viver’” com aquilo que a loucura representa? Segundo ela, remetendo-se ao geógrafo Milton Santos, “O direito à loucura circular na cidade é também o direito às cidades conviverem com muitas forças que compõem as subjetividades e o dever de todo estado democrático de criar espaços possíveis para que essas diferenças circulem livremente”. (Paulon, 2017, p.779)

Isso enseja a necessidade de pensar a cidadania mesma, seu conceito, a partir de uma concepção de sujeito que ultrapasse os estreitos limites da normalidade.

Nos CdC, a dinâmica que melhor expressa esta dialética que diz respeito ao sujeito e a cidade, à singularidade da loucura e à universalidade dos direitos, é aquela que resulta na manifestação do Dia de Luta Antimanicomial, abraçando o carnaval como expressão cultural popular – tecendo redes e lançando fios – como confetes e serpentinas – e possibilidades de enlaçamento na alegria. Esse processo, complexo, envolvendo múltiplos sujeitos coletivos e individuais, é um acontecimento da ordem de uma intervenção psicossocial e artística na cidade de grande potência e magnitude, ainda que não possa evitar “as quartas-feiras de cinzas”. O conteúdo que vai a campo, a público, resulta de uma reflexão e de uma práxis que ultrapassa o risco de espetacularização do sofrimento mental. Em mais de 20 anos de

“ocupação [do centro] da cidade”, os frutos deste movimento de “reabilitação da cidade” e do exercício de direito a ela, já tocou certamente os espaços de credenciamento e formação profissional em saúde mental (faculdades e universidades de psicologia e terapia ocupacional em especial), construindo ativamente uma cultura antimanicomial, e teceu articulações importantes com outros movimentos políticos, com a grande mídia, com conselhos profissionais (o de psicologia particularmente) e os concernentes às políticas públicas e sociais (controle social). O apelo ao carnaval é um apelo à cultura popular e que estabelece um lugar de fala à loucura e aos subalternizados, ainda que seja pontual.

a perspectiva do cuidado em liberdade promulgada pela Reforma psiquiátrica anuncia a possibilidade da constituição de culturas mais afeitas à realidade dos humanos. Tem-se, assim, uma realidade que não é homogênea, mas mutante e inventiva, como os indivíduos e as cidades. (Paulon, 2017, p.781)

Poderíamos contribuir aqui inquerindo: E o que é uma cidade? Que cotidiano é esse que se propõe? A necessária reflexão se impõe, mas sempre a reboque de uma prática que, fundamentalmente, ensina.

### **Conclusão: pelo otimismo da prática e da razão da atenção psicossocial**

Não há lugar de conforto no pensamento crítico, mas ele não pode eclipsar a dinâmica de emancipação. Retomar o fio da respeitável e notória trajetória da Reforma psiquiátrica brasileira e da construção permanente de nossa Política de saúde mental, na perspectiva antimanicomial ancora as reflexões e contribuições que procuramos desenvolver neste texto. E é na prática que a proposta de inclusão psicossocial dos CdC tem se resolvido e constituído, enfrentando o cotidiano com o claro objetivo do tratamento em liberdade, que já está longe de ser uma utopia.

O compromisso com a atenção psicossocial remete necessariamente a uma atitude de auto e hetero-questionamento permanente: nada e nem ninguém é livre de contradições e a vida se tece na dinâmica dos conflitos internos e externos. Não podemos nos render à autocelebração. A psicanálise lacaniana francesa, atravessada pela Psicologia Social crítica brasileira e pela Psiquiatria Democrática italiana (Movimento Anti-institucional) construíram este legado que se reflete no campo de construção da Clínica Social brasileira e sua forte teoria de sujeito e enfrentamento das crises vitais que o assolam. Aqui se delineia uma teoria de reabilitação psicossocial relevante. Ela, com toda a arte dos CdC, é transdisciplinar: evoca diversos campos de conhecimento e os ultrapassa no diálogo com algo que pertence ao universo do conhecimento formal ofertado pela academia, ainda que não possa prescindir deste último como espaço formal de construção de credenciamento profissional e construção de conhecimento.



Aqui, nesta encruzilhada cheia de encantamento, nesta alquimia, devemos afirmar que as saídas subjetivas não conduzem necessariamente à cidadania, mas evidenciam outras construções igualmente relevantes. Este é o legado de Franco Basaglia e do conceito de “reabilitação social” que ele inaugura<sup>34</sup>. Mas deixemos aqui o registro do interesse dos italianos com relação à metodologia que vem se desenvolvendo na América Latina a partir dos conceitos e práticas que os CdC evidenciam. Segundo Saraceno e Negrognò,

Lacan soube valorizar a fundamental contribuição da psicanálise ao reconhecimento do sujeito como um produtor de sentido, em todo caso e sempre, inclusive quando tal senso se apresente como inapreensível. [...] Esta clínica do sujeito reporta a psicanálise ao “coração da psiquiatria não médica”... Neste sentido e não por acaso são alguns psicanalistas lacanianos (sobretudo na América Latina) que conseguiram conjugar o pensamento de Basaglia com aquele da psicanálise.” (Saraceno & Negrognò, 2023, parte 2, p. 6)

Sabemos que os processos individuais, ainda que potentes e necessários com seu foco na dimensão desejante do sujeito psíquico, não se orientam necessariamente para o acesso e o usufruto de direitos sociais, mesmo que ganhem visibilidade e expressão. Em Basaglia e segundo a escola de pensamento que sustenta o conceito de desinstitucionalização do Movimento Anti-institucional italiano, a atenção psicossocial depende fortemente de meios objetivos, onde se destaca a geração de renda e as relações de trabalho. Isso se expressa claramente na negação da ergoterapia e posteriormente tomou a forma da luta pela organização de cooperativas sociais e uma intensa relação com a sociedade e com o território real. “Reabilitar a cidade” carrega esta conotação e se distingue claramente de “ocupar a cidade”.

Aqui várias “artes” podem conviver: a arte da política. A “Polis” sinaliza um território específico em relação às sociabilidades no trato com a diferença, a alteridade. Estas artes ultrapassam o campo da estética e impõem uma dimensão coletiva: uma atenção psicopolítica. Os “artífices” podem sempre inventar “artistas” na liberdade de novos modos de ser, estar e sonhar. A arte, afinal, é uma linguagem, que ultrapassa a estética.

A arte da convivência que os CdC constroem tem, a nosso ver, como características: a não diretividade, a comunicação generosa, a horizontalidade, a criatividade, a liberdade, a flexibilidade nas relações. Ela traz em seu âmago a semente da desinstitucionalização. As oportunidades subjetivas se enunciam dessa maneira. Estas características são também patrimônio da democracia participativa e da pedagogia da libertação freireana. Talvez elas devessem caracterizar o perfil

---

<sup>34</sup> Ver o capítulo específico, com as contribuições de Maria Stella Brandão Goulart.

de todas as profissões do campo da saúde mental: psicologia, psiquiatria, terapia ocupacional, enfermagem etc. Desejável seria que esta arte de viver pulsasse vigorosamente no exercício mesmo da cidadania.

Seriam os CdC “incubadoras” de convivência cidadã? Esta convivência liberta? De-colonializa? Agrega? Autonomiza? Acolhe? Empodera? Restabelece (*recovery*)? Desinstitucionaliza? Desmedicaliza? Despsicologiza? Despatologiza? Dessanitariza?

Quais são os seus efeitos e o que a convivência cidadã tolera e suporta em sua arte, como contradições? Consegue reconhecer e enfrentar simulacro da vida?

A arte opera com suas contradições. Basaglia inicialmente chamou os artistas e multiplicou os artífices da liberação institucional e com eles: a liberdade se tornou terapêutica. Conviver com os artistas (livres do *marchand*) e seus artefatos libertadores viabiliza o ensaio da arte de conviver. O exercício da cidadania tem suas próprias exigências na atenção psicossocial de cada um para todos e todas. Reabilitação psicossocial, reabilitação social e reabilitação psicopolítica ou cultural são termos que não se permutam sem deixar questões em aberto. A escrita e a reflexão nos permitem muitas perguntas. Já urgência da prática, ainda que otimista, tem o seu tempo e seus mistérios.

## Referências Bibliográficas

Amarante, P.; Freitas, F.; Nabuco, E. S. & Pande, M. R. (2019). Da arteterapia nos serviços aos projetos culturais na cidade: a expansão dos projetos artístico-culturais da saúde mental no território. In: Amarante, P. & Pande, F. *Saúde mental e arte – práticas, saberes e debates*. São Paulo: Zagodoni Editora.

Arbex, Daniela. (2013). *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração editorial.

Brandão, C. R. (1985) *A Educação como Cultura*. São Paulo: Editora Brasiliense.

Brasil. Lei N. 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecional o modelo assistencial em saúde mental.

Basaglia, F. (1979). *A psiquiatria alternativa – contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Editora Brasil Debates.

Basaglia, F. (2000). *Conferenze brasiliane*. Milão: Raffaello Cortina Editore.

Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental do Ministério da Saúde*.

Brito, M. M. M. (2008). Paisagens humanas, paisagens urbanas. In: Nilo, K; Morais, M. A. B; Guimarães, M. B. L; Vasconcelos, M. E.; Nogueira, M. T. G & Abou-Yd, M. (organizadores). *A política de saúde mental de Belo Horizonte – o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria de Saúde do Município de Belo Horizonte.

- Burns, T. & Foot, J. (org) (2020) *From asylum to community – Basaglia’s international legacy*. Oxford: Oxford.
- Chauí, M. (1989). *Conformismo e resistência – aspectos da cultura popular no Brasil*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Generoso, C. & Guerra, A. M. C. (2012). Desinserção Social e Habitação: a psicanálise na reforma psiquiátrica brasileira. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental (Impresso) JCR*, v. 15, p. 524-539.
- Chauí, M. (1981). *Cultura e Democracia: o discurso competente e outras falas*. São Paulo: Cortez Editora.
- Dantas, Marta. (2009) *Arthur Bispo do Rosário: a poética do delírio*. SP: Editora Unesp.
- Freire, P. (1987) *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Garcia, C. *Prefácio*. In: Lobosque, A. M. *Princípios para uma clínica antimanicomial*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1997. pp. 11-16.
- Garcia, C. (2000) *Clínica do Social*. Belo Horizonte: Editora Projeto.
- Goulart, M. S. B. 30 anos da lei Basaglia: aniversário de uma luta. 2008. *Mnemosine*, V.4, n.1. pp. 2-15. Disponível em <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41458>
- Goulart, M. S. B. (2015) A política de saúde mental mineira: rumo à consolidação. *Gerais, Rev. Interinst. Psicol.* vol.8.no.spe Juiz de fora dez.
- Goulart, M. S. B. & Durães, F. (2010). A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização, *Psicol. Soc.* vol.22, n.1, Florianópolis, Jan./Apr.
- Guimarães, M. B. de L. *Mostra de Arte Insensata*. In: Almeida, V.; Ribeiro & W. dos Santos. *Inclusão social: construindo saídas*. BH: CdC Pampulha, 2014.
- Souza, J. (2016). *Crack e exclusão social*. Brasília: Ministério da Justiça e, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas.
- Lapassade, G. (1977) *Grupos, organizações e instituições*. Rio de Janeiro, Francisco Alves.
- Lobosque, A. M. *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.
- Lobosque, A. M. *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. São Paulo: HUCITEC, 1997.
- Morais, F. (2002). *Arte é o que eu e você chamamos arte – 801 definições sobre arte e o sistema da arte*. Rio de Janeiro: Record.
- Morais, M. A. B. (2008). Uma clínica possível em saúde mental. In Nilo, K; Moraes, M. A. B; Guimarães, M. B. L; Vasconcelos, M. E.; Nogueira, M. T. G & Abou-Yd, M. (organizadores). *A política de saúde mental de Belo Horizonte – o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria de Saúde do Município de Belo Horizonte.
- Nogueira, M. T. G. (2008). Novos caminhos. In: Nilo, K; Moraes, M. A. B; Guimarães, M. B. L; Vasconcelos, M. E.; Nogueira, M. T. G & Abou-Yd, M. (organizadores). *A*

*política de saúde mental de Belo Horizonte – o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria de Saúde do Município de Belo Horizonte.

Oliveira, E. G. de. (2008). A saúde na atenção básica de saúde: uma parceria com as equipes de saúde da família. In: Nilo, K; Morais, M. A. B; Guimarães, M. B. L; Vasconcelos, M. E.; Nogueira, M. T. G & Abou-Yd, M. (organizadores). *A política de saúde mental de Belo Horizonte – o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria de Saúde do Município de Belo Horizonte.

PAULON, S. M. (2017). Quando a cidade “escuta vozes”: o que a democracia tem a aprender com a loucura. *Interface* (Botucatu). v, 21, n. 63, pp. 775-86.

Prefeitura De Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. (2005). *Centros de Convivência: a construção de um dispositivo singular e estratégico da rede de saúde mental* de Belo Horizonte. Gerência de Atenção à Saúde e Coordenação de Saúde Mental: Belo Horizonte.

Quintana, Mário. (2013). *Caderno H*. Rio de Janeiro: Objetiva.

Ministério Da Saúde. Coordenação geral de saúde mental. (2005). *Relatório de gestão saúde mental 2003-2006 da coordenação geral de saúde mental do Ministério da Saúde e Portaria nº 396 de 07 de julho de 2005*.

Ribeiro, W. S. & Almeida, V. C. (2014) *Inclusão social: construindo saídas*. Belo Horizonte: Letramento.

Rotelli, F. (2015). *L'istituzione inventata*. Almanaco. Trieste Trieste 1971-2010. Ed. Alpha & beta, Milano.

Saraceno, B. & Negrogn, Luca. (2023) Ma come si curano le malattie mentali? *Machina*. Disponível em <https://www.machina-deriveaprodi.com/post/ma-come-si-curano-le-malattie-mentali-seconda-parte>

Secretária Municipal De Saúde De Belo Horizonte. (2005). *Portaria n 396, de 07 de julho de 2005*. Fonte: Programa de Centro de Convivência e Cultura. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-396.htm>

Silva, E. R. da. (2014). *Reabilitação Psicossocial no Centro de Convivência: os sentidos produzidos pelo sujeito*. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Mestrado em Psicologia Social, Belo Horizonte.

Soares, M. (2011). *Cadernos de saúde da ESP/MG*. Belo Horizonte.

Thornton, Sarah. (2015). *O que é um artista?* Rio de Janeiro: Editora Zahar.

Venturini, E. (2012). Diversidade Cultural e Loucura: as Ciências Humanas e Sociais e a desinstitucionalização da Arte. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.4, n.9, p.13-20.

Venturini, E.; Goulart, M. S. B. & Amarante, P. (2020). In: Burns, T. & Foot, J. (org) *From asylum to community – Basaglia's international legacy*. Oxford: Oxford.

Viana, Helvécio. (2014). A experiência do São Doidão: uma arte no entorno e contorno da acessibilidade cultural e inclusão social. In: Almeida, V. & Ribeiro, W. dos S. *Inclusão social: construindo saídas*. BH/ Centro de Convivência Pampulha: Letramento.

Viganò, Carlo. (1997). Terapia ou reabilitação. In: Instituto De Saúde Mental/Associação Mineira De Psiquiatria. *Saúde Mental: psiquiatria e psicanálise*. Belo Horizonte: Instituto de Saúde Mental/Associação Mineira de Psiquiatria, pp. 23-27.

Viganò, Carlo. (1999). A construção do caso clínico em Saúde Mental. *Curinga*. Belo Horizonte, n. 13, pp. 50-59.

Yasui, S.; Luzio, C. & Amarante, P. (2018). Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Rev. Polis e Psique*, v. 8, n.1, pp.173 – 190.

# AUTORAS E AUTORES

## **Angelo Fioritti**

Psiquiatra, ex-diretor do Departamento de Saúde Mental e Toxicodependência da *Azienda Sanitaria de Bologna* (Itália).  
angelifioritti@gmail.com

## **Áquila Bruno Miranda**

Psicóloga e, Especialista em Saúde da Família (pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, PUC Minas/Ministério da Saúde), Mestre em Educação e Doutoranda em Psicologia Social (pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG).  
aquilabruno@ymail.com

## **Bruna Zani**

Professora da *Alma Mater Università di Bologna*, UNIBO, com expertise na área de Psicologia Comunitária, e Presidenta do Instituto Gian Franco Minguzzi (*Città Metropolitana di Bologna*).  
bruna.zani@unibo.it

## **Delia Da Mosto**

Formada em Medicina (Universidade de Bolonha), Mestre em Antropologia Médica e Saúde Global (Universidade Rovira i Virgili), é pesquisadora do Centro de Saúde Internacional e Intercultural e responsável pelo âmbito de investigação da Associação *Approdi*, na atenção psicossocial de pessoas migrantes ou socialmente marginalizadas.  
deliadamosto@gmail.com.

## **Eduardo Henrique Guimarães Torre**

Psicólogo, Especialista em Saúde Mental, Mestre em Saúde Pública e Doutor em Saúde Pública (ENSP FIOCRUZ), professor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (ISC/UFF) e pesquisador colaborador do LAPS/FIOCRUZ.  
eduardo.torre33@gmail.com

## **Ernesto Venturini**

Psiquiatra e gestor público integrante do Movimento Anti-institucional, assessor da Organização Panamericana de Saúde.  
eventurini250@gmail.com

### **Hernani Luís Chevreux Oliveira Coelho Dias**

Psicólogo com especialização em Psicopatologia e Clínica em Saúde Mental (Universo), Mestre em Psicologia – Estudos Psicanalíticos (pela Universidade Federal de Minas Gerais).

hernanid@gmail.com

### **Luca Negrogno**

Formação em Sociologia da multiculturalidade, mestrado em Etnopsiquiatria e psicopatologia transcultural e doutorado em Sociologia. Atualmente trabalha na Instituto Gian Franco Minguzzi, da Cidade Metropolitana de Bolonha, com formação e pesquisa no campo das políticas sociais e das políticas de saúde mental.

luca.negrognogno@gmail.com

### **Maria Stella Brandão Goulart**

Professora de Psicologia Social do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Especialista em Saúde Pública (Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais), Mestre em Sociologia e Doutora em Sociologia pela Universidade Federal de Minas Gerais com estágio em Bolonha (Istituzione Gian Franco Minguzzi), Pós-Doutorado em Saúde Mental pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

goulartstella2011@gmail.com

### **Marina Passos Pereira Campos**

Psicóloga, Mestre em *Psicologia Scolastica di Comunità* (pela *Università Alma Mater di Bologna*) e Doutoranda do programa de *Ming, Gender and Languages* pela *Università degli Studi Federico II di Napoli* em cotutela com a Universidade Federal do Ceará.

maripassos14@gmail.com

### **Paulo Duarte de Carvalho Amarante**

Psiquiatra, Mestre em Medicina Social e Doutor em Saúde Pública com estágio de Doutorado em Trieste (Itália), Pesquisador Sênior do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Escola Nacional de Saúde Pública, LAPS/ENSP e do Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz, CEE/ FIOCRUZ.

pauloamarante@gmail.com



## **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 cego, preservando a identidade do autor e do avaliador.





ISBN 978-65-5462-103-8

