



BOAS PRÁTICAS:

caminhos e descaminhos no
processo de desinstitucionalização

Rossana Maria Seabra Sade
(Organizadora)



**CULTURA
ACADÊMICA**
Editora

Boas práticas

Rossana Maria Seabra Sade
(Organizadora)

*Boas práticas: caminhos e
descaminhos no processo de
desinstitucionalização*

Marília/Oficina Universitária
São Paulo/Cultura Acadêmica

2017



**CULTURA
ACADÊMICA**
Editora

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS - FFC
UNESP - campus de Marília

Diretor

Prof. Dr. Marcelo Tavella Navega

Vice-Diretor

Dr. Pedro Geraldo Aparecido Novelli

Conselho Editorial

Mariângela Spotti Lopes Fujita (Presidente)

Adrián Oscar Dongo Montoya

Ana Maria Portich

Célia Maria Giacheti

Cláudia Regina Mosca Giroto

Giovanni Antonio Pinto Alves

Marcelo Fernandes de Oliveira

Maria Rosângela de Oliveira

Neusa Maria Dal Ri

Rosane Michelli de Castro

Processo FAPESP Nº 2016/25965-7. Declare-se que as opiniões, hipóteses e conclusões ou recomendações expressas neste material são de responsabilidade do(s) autor(es) e não necessariamente refletem a visão da FAPESP.

Ficha catalográfica

Serviço de Biblioteca e Documentação - FFC

B662 Boas práticas : caminhos e descaminhos no processo de desinstitucionalização /
Rossana Maria Seabra Sade (organizadora). – Marília : Oficina Universitária ;
São Paulo : Cultura Acadêmica, 2017.
300 p.
Textos em português, textos em inglês, textos em italiano e textos em espanhol.
Inclui bibliografia.
ISBN 978-85-7983-932-0 (impresso)
ISBN 978-85-7983-933-7 (digital)

1. Hospitais psiquiátricos. 2. Desinstitucionalização. 3. Reforma psiquiátrica
– Itália. 4. Reforma psiquiátrica – Brasil. 5. Inclusão social. 6. Saúde mental. I.
Sade, Rossana Maria Seabra.

CDD 362.2

Copyright © 2017, Faculdade de Filosofia e Ciências

Editora afiliada:



Associação Brasileira de
Editoras Universitárias

Cultura Acadêmica é selo editorial da Editora UNESP
Oficina Universitária é selo editorial da UNESP - campus de Marília

Sumário

Apresentação	
<i>Rossana Maria Seabra Sade</i>	7
Community Mental Health Services with open doors and without restraint: Trieste, Italy	
<i>Roberto Mezzina</i>	11
Tra soggettività e istituzioni: da Franco Basaglia alla recovery	
<i>Roberto Mezzina</i>	41
Trajetória do Hospital Psiquiátrico para o Território	
<i>Ernesto Venturini</i>	61
The Hearing Voices Approach	
<i>Paul Baker</i>	77
Inclusione sociale delle persone svantaggiate: processi di capacitazione e per lo sviluppo umano nei servizi per la salute mentale a Trieste	
<i>Giuseppina Ridente</i>	91
Habitar	
<i>Rossana Maria Seabra Sade</i>	119
Cooperativa de Trabajo en Salud Mental	
<i>Valeria Dimitroff</i>	135
Dimensão individual e social do processo de <i>recovery</i>	
<i>Izabel Marin</i>	151

Deinstitutionalizzazione delle istituzioni, della cultura e delle tecniche psichiatriche, col loro budget <i>Evaristo Pasquale</i>	161
Famíglie, Disturbo e Saúde Mental <i>Evaristo Pasquale</i>	171
Saúde mental e uso de drogas: possibilidades para o cuidado integral <i>Clarissa Mendonça Corradi-Webster; Mariane Capellato Melo;</i> <i>Eduardo Augusto Leão; Fernanda Sousa Vieira</i>	181
A Psicologia e a invenção de práticas psicossociais <i>Thaís Thomé Seni da Silva e Oliveira</i>	201
El Café Basaglia <i>Ana Ines Heller; Claudia López Mosteiro; Marilina Salvi Antonelli</i>	215
Uso de substâncias psicoativas entre universitários <i>Meire Luci da Silva</i>	235
A Participação de Usuários de Saúde Mental na Produção do Conhecimento no Campo da Atenção Psicossocial no Brasil: uma Revisão Exploratória da Literatura <i>Regina Céli Fonseca Ribeiro; Maria Aline Gomes Barboza;</i> <i>Izabel Christina Friche Passos</i>	243
Os brasileiros na prática de saúde mental de Trieste: histórias de laços e de construções <i>Maria Stella Brandão Goulart; Ernesto Venturini;</i> <i>Henrique Galhano Balieiro; Adelaide Lucimar Fonseca Chaves</i>	267
Sobre os autores	289

Apresentação

A partir das razões e desrazões que permeiam o sistema psiquiátrico; é importante repensar as bases que fundamentaram a reforma psiquiátrica brasileira. A psiquiatria democrática italiana demonstrou ser possível a desconstrução do manicômio como possibilidade única de entender e tratar a loucura. O objetivo não foi negar a doença mental e, consequentemente, deixar de tratá-la. Foi a negação do manicômio, como representante de uma estrutura repressivo-custodial. Só nos espaços de liberdade e nos exercícios de cidadania, é que se pode promover saúde.

Na Itália o fim do hospital psiquiátrico foi o ponto de chegada e não de partida. Enquanto Países como Inglaterra e França tentavam fazer suas reformas sob uma perspectiva de reorganização modernizadora, criando serviços psiquiátricos alternativos, articulados aos hospitais, na Itália o movimento iniciado por Franco Basaglia, promoveu transformação na assistência e na política de saúde, substituiu o hospital psiquiátrico por uma rede de serviços no território: atenção à crise, moradia, reabilitação, cooperativas sociais, centros para tóxico-dependências, ambulatórios e outros.

O sistema de políticas inovadoras de saúde mental da região Friuli Venezia Giulia e em particular a experiência de Trieste/Itália, é reconhecida pela organização Mundial de Saúde (OMS) como centro piloto da reforma do sistema psiquiátrico pela aquisição dos direitos civis e sociais dos atores sociais com problemas de saúde mental.

Em Trieste há um fluxo anual de aproximadamente mil pessoas, vindas de diversas partes do mundo. Profissionais, estudantes e pes-

quisadores, que participam de visitas, estágios, bem como intercâmbio em pesquisa, buscando no modelo triestino, respostas inovadoras em termos de terapias e sistemas de atendimento. Estes protagonistas da saúde mental produziram um crescente apelo para suas formações dentro de uma proposta desinstitucionalização. Este intenso movimento levou o Departamento de Saúde Mental de Trieste em parceria com a OMS a realizar Franca and Franco Basaglia International School, um evento promovido em diferentes países, com o objetivo de levar a experiência italiana e dialogar com outras experiências acerca do processo de desinstitucionalização.

Trazer este evento para o Brasil foi uma grande oportunidade, a escola veio aprofundar questões de formação, relacionadas com a melhoria das organizações e práticas de serviços, refletindo ações sobre as dificuldades que o Brasil e muitos países em todo o mundo, enfrentam no processo de desinstitucionalização.

A International School no Brasil manteve os mesmos objetivos do evento em outros países, buscando a atualização dos participantes e a troca de experiência entre eles, por meio de conferências, mesas redondas, visitas aos serviços.

Com o tema *Boas práticas* esta edição procurou dar especial destaque à questão da qualidade dos conhecimentos produzidos na saúde mental, que vêm avolumando-se extraordinariamente nas últimas décadas.

Este livro é fruto das conferências apresentadas no congresso International School Franca e Franco Basaglia, dois eixos foram privilegiados: a relevância social e/ou científicas, sobre programas inovadores, baseados em experiências de serviços que operam na comunidade e demais exemplos internacionais de sucesso no campo da desinstitucionalização. A mudança no modelo de assistência é um constante desafio, o sofrimento psíquico não pode ser considerado apenas no âmbito dos especialistas e da assistência, deve-se estar atento até que ponto as estruturas substitutivas rompem de fato com a psiquiatria. O consumo de psicotrópicos pode tornar mais sutil o controle dos atores sociais: por intermédio da neurobioquímica, pessoas ficam acorrentadas em si mesmas. É o controle do sistema ou da dor destes protagonistas? São alguns dos desafios no per-

curso da desinstitucionalização brasileira. Esta publicação vem contribuir com reflexões, em um momento que o Brasil está sofrendo retrocesso nas políticas de saúde mental.

Rossana Maria Seabra Sade

Community Mental Health Services with open doors and without restraint: Trieste, Italy

Roberto Mezzina

1 INTRODUCTION

De-institutionalization has been completed in Italy till the very closure of all Psychiatric Hospitals in two decades (1978-1999), as a result of a previous movement and of the reform law enforced in 1978. The law is based on full rights, such as free communication, right to appeal, no prolonged involuntary treatments, no detention during those treatments, and does not involve any authority of justice or public order. These principles fostered the lowest rate of involuntary treatment in Europe (17/100.000) and their shortest duration (10 days), avoiding heavy institutional careers for service users. Forensic sector has been now included in a gradual de-institutionalization (on 31 March 2015 the law n. 81 declared the closure of all 6 Forensic hospitals, replaced by small regional units linked to MH Depts), with the current reduction of cases detained to less than 600 from 1.500 in two years (ROSEN et al. 2012; 2014).

Community mental healthcare is the rule today in this country, but the nature, the function and the organization of Community Mental Health Services (CMHS) looks the central practical-theoretical point.

On one hand, the original Italian concept of Community Mental Health Centre (CMHC) was conceived as the standpoint of a Mental Health Department (MHD), being the main – or the one – point of reference for all psychiatric requirements of an entire catchment area, while Psychiatric hospitals were closed. This peculiar position allows and even obliges CMHCs to conduct a continual cycle check on their own effectiveness on overall pathways of care in the community it serves, without discarding their “residuals” (“not affordable cases”) to institutions, like for instance complex cases with severe symptomology and disability. Inversely, if a CMHC is conceived as a simple out patient clinic, that means accepting an unavoidably subordinate situation similar to the hospital-based services and private clinics. In presence of weak and not focused community based services, the system is often dysfunctional and produces ‘residuals’ who are stuck in long term residential care - even if this happen in community settings (Progres CSM).

Each CMHC should be linked to basic medical care, social services, services for the elderly, co-ordinated by “Health Care Districts”, but this kind of mainstreaming does not apply easily because of wide regional variations, and when happened seemed to give priority to the treatment of common mental disorders - CMD (Lora, 2009). The development of a “strong” CMHC working 24 hours a day, equipped with beds and having great flexibility as far as facilities, resources, duties and modes of intervention are concerned, was implemented by Trieste and furthermore by the whole Region Friuli Venezia Giulia. There are only few other examples in Italy, despite recommendations of the Parliament Commission (2013), the official recommendations of some regions, and a wide support by carers and users organisations.

Spreading the historical examples of Trieste and Pordenone, in the Region Friuli Venezia Giulia (1.200.000) the implementation of the Reform Act was based on a public health approach ensured by MH Departments in order to co-ordinate all services, according to principles of contrasting social exclusion, stigma and discrimination and promoting social inclusion. The development of 24 hrs CMH Centres with respite beds allowed a very small number of general hospital beds (30 for the whole Region), and is supported by a network of services

for rehab and social integration, e.g. group homes, day centres and social cooperatives.

All regional services reached a similar organisation with comparable results, as low rate of hospitalisation in the General Hospital, low compulsory treatment rate, efficient job placement, personalised budgets, very few forensic patients, a lowered (-30%) suicide rate in the last 15 years (SOURCE SISSR, Regional Data Service).

2 THE TRIESTE MODEL

DESCRIPTION

The transformation of the psychiatric service in the city of Trieste (236,000 inhabitants) directly derives from deinstitutionalisation of the Psychiatric Hospital with 1,200 inpatients and the simultaneous creation of a complete alternative service network in the community (BENNETT, 1985; ROTELLI et al. 1988; ROTELLI et al. 1994; DELL'ACQUA; COGLIATI DEZZA, 1986).

Currently the Mental Health Department has four Community Mental Health Centres, open 24 hours a day, with 6 beds each, that are competent for a catchment area of 50-65,000 inhabitants; a Psychiatric Diagnosis and Treatment Service (PTSD) in the General Hospital, that is mainly used as a filter for emergency situations, at night, and that normally doesn't admit patients for more than 24 hours but refers them as soon as possible to the appropriate Centre. Moreover, the Habilitation and Residential Service also provides currently 45 beds in group-homes and residential housing facilities at different levels of supervision, up to 24 hours, but main aim is to encourage users to live independently or share their resources. There is also a network of social cooperatives (12 at the moment).

The Community Mental Health Centres (CMHC) are responsible for a specific catchment area. Their team is composed of about 30 nurses, 1-2 social workers, 2 psychologists, 1-2 rehabilitation specialists and 4-5 psychiatrists. The CMHC operates around the clock. During the night, two operators assist people hosted overnight. In Trieste, each

CMHC is expected to respond to the full range of psychiatric demand in its catchment area, including acute demand, which is therefore not confined to a specific service or separated from prevention, treatment and rehabilitation practices also provided. The function of the CMHC is related to day-night hospitality, outpatient visits, home treatment, assertive community treatment, day care, individual, family and group therapy, social support and enhancement of social networks, supported housing and social inclusion through job placement, sport, art, leisure time.

The PTDS is an emergency psychiatric service which is managed as a part of the community service organisation and not as a separate hospital facility. It has 8 beds and provides psychiatric primary care and counselling services for the other hospital wards. It also acts as a filter for the demand arriving to General Hospital Emergency Room, and makes referrals to the community mental health services if necessary. If the client arrives at night, he/she may be kept under observation and put in contact or referred to the competent CMHC the following day. CMHCs control and manage PTDS activities directly and are responsible for activating community interventions as quick as possible, usually passing by to the CMHC within 24 hours. When hospitalisation occurs, which is quite rare, it always takes place within the continuity of the community interventions being carried out by the competent CMHC. This prevents it to become a separate intervention or, worse, an alternative to such comprehensive responses. Even the Mandatory Health Treatments (MHT) are preferably applied in the competent CMHC and not in the Hospital.

The Habilitation and Residential Service also provides currently 45 beds in group-homes and residential housing facilities at different levels of supervision, up to 24 hours, but its main aim is to encourage users to live independently or to share places and resources. There is a partnership with several associations which include users and carers and manage social spaces in the city, club-style, and promote self-help and peer-support, recovery oriented activities, and other educational activities, that is “the diffused day centre”. About 12 Social cooperatives are also partners for social and work inclusion, as we will describe further on.

Human resources encompass about 210 staff, plus non governmental organization - NGO support services for housing and community living.

In parallel with the development of the mental health services, the last decade has also seen the significant growth and development of integrated, community health care services (Health Care Districts), where CMHC send their professionals for consultations and joint plans of care. Particularly the s.c. “microarea programme” has to mentioned as a proactive outreach community development project aimed at improving health indicators and social capital. Collaborations with healthcare districts and general hospitals occurs in the areas of elderly, child and adolescent, services, the disabled, GPs and physical health, specialist medicine, eating disorders, early detection and intervention in psychosis. Heath promotion in schools is also implemented thorough the Prevention Department.

SEVERAL DEPARTMENT PROGRAMMES ARE CROSS-CUTTING

- User social and cultural training and involvement, participation and advocacy
- Family programme (Psycho-education, self-help, multifamily groups)
- Involvement of GP for healthcare and comorbidity with chronic physical conditions
- Prison consultancy service
- Support network for prevention of suicide and of “lonely deaths” in the elderly
- Facilitating itineraries for membership in associations etc.
- Promotion of social enterprise activities
- Creative/play/sport/leisure activities with community agencies
- Promotion of self-help groups, programmes, clubs with associations
- Collaborations with healthcare districts and general hospitals, e.g. the elderly, child and adolescent, the disabled, specialist medicine, eating disorders, early detection and intervention in psychosis
- Relationships with the city’s cultural agencies (theatre, university,etc)
- Programmes on gender difference and mental health

CRITERIA/PRINCIPLES OF COMMUNITY PRACTICE

The organisation is based on criteria (or principles) of care clearly defined as the Department's mission (MEZZINA, 2014). These are:

1) Responsibility for the mental health of the community, that means:
assuming responsibility for the entire psychiatric demand in a given catchment area without a severity selection.

2) Active presence and mobility towards the demand:
-avoid waiting lists for urgent cases and bureaucratic filters
-promote the approach of “shouldering the burden” in user's living environment

3) Accessibility:
-walk-in, drop-in service
-quick response after referral

4) Therapeutic continuity in space and time:
-interventions take place in the patient's actual living environments, within social-health institutions, in legal-penal institutions (courts of law, prison, forensic sector)
-temporal continuity is defined based on the need for care and the threefold criteria of prevention, treatment and rehabilitation.

5) Responding to crisis in the community:
-alternatives to hospitalisation (home treatment, respite at the CMHC)
-an organisation of CMHC which is able to deal with emergencies and, if necessary, mandatory hospitalisations.

6) Comprehensiveness:
-comprehensive/integrated responses between social and health, therapeutic and welfare assistance, e.g. the use of the available resources

of the Service; the activation of health and social services; the use of resources which may be present in the micro-social context.

7) Team work:

- collective formulation of therapeutic projects
- coordination between various professional figures
- multidisciplinary and multi-professional approaches
- constant on-site training and team inter-vision activities
- circulation of information within the Service
- integration of non-professional and volunteer work

If we translate these overarching criteria and principles in the dynamic of day-to day community practice and procedures of MHD, responsibility (accountability) for the mental health of the community means a single point of entry and of reference, in a public health perspective. Being actively present and mobile requires a low threshold accessibility, with a proactive and assertive care. The key-concept of continuity implies no transitions in care, with the CMHC team involved at any stage of the client illness and related needs of care, maintaining them in their usual social context and reaching them out wherever they live, thus avoiding de-socialisation and/or institutionalisation like in prison and forensic hospitals. An early and quick response to crisis in the community implies, as a rule, no acute inpatient care in hospital beds. Comprehensiveness is linked to a mandatory intersectoral work, the search of social capital enhancement, the recognition of social network, i.e. the family and the closed community, using and integrating their resources. Finally, team work implies the development of a shared vision and culture in the service, where the multidisciplinary approach is connected to creativity and subjectivity of its members, including peers, volunteers and trainees. The whole team is implemented through daily meetings, which framework is a “whole life” approach, with the person and his/her narratives at the centre.

3 THE PROCESS OF CARE

SERVICE OPERATIONS AND PROCEDURES

The 24-hours community mental health centre is located in a non-hospital residential facility, usually a rather big house, with 2 or 3 floors. It is not conceived just as a crisis centre, but is in fact multi-purpose, multi-functional, i.e. a daycare centre, an outpatient service, a base for community teams. The quality of the environment (home-like) and of the atmosphere is connected to staff attitudes, mainly focused on flexibility and reasonable negotiation with the user's concerns and needs. A single multidisciplinary team acts rotating inside and outside, for those who are "guests" on a 24 hours scheme and for the users attending daily or reached at home (MEZZINA; JOHNSON, 2008).

The CMHC works as a walk-in service, where everybody can enter or call and receive a response in "real time", usually within 1-2 hours. All staff run a reception rotating on intake functions. This means that there are no waiting list. The intake is problem-based, rather than diagnosis-based – if the problem is urgent, even from the person or the carer's subjective viewpoint, it is addressed. Morning shift starts organizing daily priorities and adjusting them to already scheduled work. A couple of clinicians take care of the internal tasks, like shared care of the rooms with the "guests", in-house care (outpatients visits, medications, informal contacts / talk groups, lunch/dinner together, day hospital-like). Their main aim is creating and keeping a therapeutic, informal and friendly environment. There is a morning meeting with new-old guests (knowledge, orientation, re-assuring, self-disclosure). Clinicians not involved that day on internal tasks go out, for scheduled domiciliary visits, for network activities, or fetching users to the Centre for day hospital or for scheduled activities (like medical assessments at hospital or health district, or to the pension, the bank, the police station, work, etc). Doing with, being with is a principle of good support and establishing trust relations. Staff meetings at the shift change planning afternoon priorities.

From 8-20h the Centre admits direct referrals with non formality, using that mobile front-line we described above. From 20-8h, crises

access to the consultation by the casualty department, then overnight accommodation in the PTSD. It does not apply admissions as a rule, but it can use an extended assessment up to 24 hrs (the “24 hrs rule”). Usually the day after the CMHC team comes to that service and discuss a plan for ongoing care. People are fetched to the centre if they require respite or detachment from home environment, or supported at home.

The 24 hours hospitality at the CMHC is also agreed without formalities with user and relatives and managed by the whole team (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1988, 1988a). In case of a not agreed self-discharge, the team operates a re-negotiation; the plan of care is decided or re-discussed during the admission/hospitality). Users are considered “guests”: they can receive visits without restrictions and are encouraged to keep their ordinary life activities and the links with their environment (operators and volunteers do activities outside with them everyday). It is done in the same place where users come for everyday care and rehabilitation, therefore crisis is “dissolved” and un-emphasised in everyday life, and it is often followed by a period of day hospital attendance, in a view of strengthening the therapeutic relationship and developing an ongoing plan of care. Mean duration of 24hr admissions is 10-12 days. This is not only for crisis, e.g. people who requires rehabilitation plans anew or whose social needs that are temporarily unmet (e.g. homeless) are hosted in the CMHC, in order to avoid any form of social drift. It means focusing service's attention and resources for a new plan of care.

Some of the practices at the CMHC can be summarized as follows (MEZZINA; JOHNSON, 2008):

- Don't separate persons receiving hospitality from other users ('dissolve' the crisis in normal, everyday living)
- Minimise barriers between operators/users
- Reduce the compartmentalisation and 'turf' issues connected with individual locations / facilities (no to roles/spaces)
- Open door, even for compulsory treatments
- Do normal things in a normal environment

- Share together and live together
- Negotiate and be accountable for everything
- Continuous effort to obtain compliance with treatment/care through a relationship based on trust
- Inclusion of the user in crisis in both structured and non-structured activities, inside and outside the CMHC.

We can say that there is a shift from hospitalisation to hospitality in a system where the concept of “hospitality / guests” is applied by the formal status of ‘hospitality for health’ with a number of related consequences (MEZZINA; JOHNSON, 2008).

Table 1 - Hospitalisation *vs* hospitality

Hospitalisation	Hospitality
- Institutional rules	- Agreed / flexible rules
- Institutionalised time	- Mediated time according to user's needs
- Institutionalised (ritualised) relations	- Relations tend to break rituals
- Time of crisis disconnected from ordinary life	- Continuity of care before/during/after the crisis
- Stay inside	- Inside only for shelter /respite
- A stronger patients' role	- A person in a context
- Minimum network's inputs	- Maximum co-presence of social network

PATHWAYS OF CARE AND RECOVERY THROUGH THE SERVICE

During the process of care, CMHC must be able to create a therapeutic/rehabilitative pathway across a series of options from which the user can choose, make other proposals and engage a therapeutic dialogue. Through a series of programmes developed in the community,

clients are offered to access opportunities for recovery and social inclusion, e.g. sports, leisure, wellness, culture. Courses on language, self-care, social identity, use and knowledge of the community have been organised with associations and cultural agencies. Clients can experience reciprocal relationships and new social roles, particularly when access job training and placement, e.g. in a social coop. Free participation to Centre's life can provide a sense of familiarity. They are encouraged to explore their aspirations as a basis for an individual program or "a life project", being helped with money, work or training, education, living places, activity, relations when they're broken. For those with the most complex needs and situations, a personalised plan and the related healthcare budget is the main tool for affirming the central role of the person and their needs and guaranteeing care continuity, with the contribution of social cooperatives as partners of care. Personalized projects, also with home support, aim at emancipation and empowerment. Groups for mutual welcome and support meets regularly in the CMHC and develop social activities and support. The management, by partner associations, of small recovery houses for a transitional period of time includes peer support workers.

Other programs are provided by associations, such as cultural initiatives (courses, creative writing, films, museums, etc), sport programs, self-help activities, leisure time experiences, wellness and health promotion, usually involving community agencies and promote destigmatisation.

THE WIDER MOVEMENT OF REHABILITATION TOWARD CITIZENSHIP

In this framework, the Trieste experience developed a "social enterprise" strategy which reconverted the human and economic resources of the mental hospital in community services; fostered the local administration in delivering resources directly to users (benefits, job-wages, housing); promoted the identification of other resources (institutional, NGOs) and laymen available for a creative involvement; created productive, integrated cooperative societies that offer diversified job opportunities and educational and vocational training with user involvement in the economic and decisional structure of the various

enterprises, thereby bridging the gap between the labor market and welfare system (ROTELLI et al. 1994).

Cooperatives cover a wide range of activities like cleaning and building maintenance, portage and transport, furniture and design, cafeteria, hotel and restaurant services, agricultural production and gardening, handicraft, photo, video and radio production, computer service, serigraphs, administrative services, human services, etc. The purchasers are public agencies as well as private citizens (LEFF; WARNER, 2006; DAVIDSON et al. 2010). The number of persons working in these cooperatives are about 600 in the town, of which about 70% are “disadvantaged” members while about 150 are trainees receiving work-grants, mostly users of mental health, drug addiction or handicap services, or “youth at risk”. There are managers, mental health professionals, teaching experts and collaborators for the specific sector.

USER AND CARER INVOLVEMENT IN SERVICES

Like other innovative experiences during recent years, Trieste community services aimed at developing their very social life, work organization and contacts with the community in such a way as to optimize exchanges and relationships among all stakeholders - mental health workers, primary consumers, family members, neighbours, volunteers (MEZZINA et al. 1992; MEZZINA, 2010).

Client and carer empowerment through their active participation in mental health promotion also means accepting their contribution to further modifications of a mental health service, in a common action against institutional inertia and welfare passive dependence ties. Some of the developments in the last twenty years are the shift from an individual to a collective level of involvement, if the service is able to recognize their unique life stories and needs and empower them as active actors; the work with heavy burden families (from psychoeducation to mutual support to associations), and the aggregation and self-organization of young clients (from activity groups to self-help and peer support).

4 EVALUATION

DATA ON ACTIVITIES, RELEVANT INDICATORS OF OUTCOME AND OTHER SURVEYS

Only one client person spends a night in the hospital service for every 10 who spend a night in the Community Mental Health Centres throughout the year. The average stay for people who are admitted in crisis conditions is 10-12 days, whereas it is less than 3 for people who are admitted to the PTSD, because of the rapid turnover above described. In recent years all figures and rates concerning emergencies, acute presentations and crises decreased.

Less than 10 people every 100.000 population in a year undergoes mandatory health treatment in Trieste, usually for about 7-10 days, which is about 1% of all episodes of residential care. Hospitality in the CMHCs replaced most of General hospital admissions in the PTSD, which ratio is 1:10 as compared to the former. Even mandatory health treatments are provided by the open-door CMHC. Readmission rate to a CMHCs is 30%. The use of CMHC beds constantly decreased through these decades (to 1/3). The “no-restraint” principle includes every service, and no ECT are used.

There are no homeless clients abandoned in the streets, because the CMHC are also shelters to some extent in order to get an accommodation, and no people from Trieste are currently in forensic hospitals. Furthermore, in the last few years we have built up the possibility of investing large sums of money in a short amount of time to help particularly difficult patients using personalised healthcare budgets, and by setting up special projects with the support of NGOs. In fact, about 160 clients per year receive a personal budget in order to fulfil the aims of a joint and shared plan of recovery in the areas of housing, work, social relationships. This is about 18% of the overall budget of the Mental Health Department, while another 4% is for economic aids, training grants, leisure, projects with NGOs.

About 200-250 people are in professional training every year using work grants, and 30 of these have been employed, each year, in Trieste job market, in proper jobs, many in the field of social cooperation and about a third also in private firms.

There are now almost 50 different locations of different kinds in the city where mental health activities are carried out. Each person living in Trieste contributes about 80 Euros per year, which enables the Mental Health Department to spend 18,000 Euros to provide all these services. Only 6% of this sum is spent on hospital services and 94% is used to finance community-based services.

Among the Service's most important programmes is a suicide prevention project which has contributed to reducing the suicide rate by half (from 25 to 12 per 100,000 in 20 years) (DELL'ACQUA et al. 2003).

Even if in Trieste it has not been possible to evaluate the effectiveness of single interventions (i.e. psycho-educational, rehabilitative, psycho-therapeutic, etc.) because they are interwoven in "whole system" approach, some surveys and outcome studies have been conducted. Some of these have been published, as cohort studies of patients suffering by psychosis, family burden studies, and other researches on crisis intervention, satisfaction and attitudes of users and family members toward community care, and so forth.

First follow-up study after reform law (1983-1987) showed better outcomes for 20 patients with schizophrenia in Trieste and Arezzo as compared to other 18 Italian centres (KEMALI et al. 1989). Crisis management by CMHCs proved to be effective in preventing relapses and chronic course (MEZZINA; VIDONI, 1995).

In more recent years, a national survey among 13 centres proved crisis care in 24 h community services better for crisis resolution and 2-years follow-up, particularly related to trusting therapeutic relationships, continuity and flexibility of care, service comprehensiveness (MEZZINA et al. 2005a, 2005b). Reduction of 70 % of emergency presentations at General Hospital Casualty occurred in about 20 years.

In an unpublished survey so far, a sample of 27 high priority users at a 5 years follow-up showed a high rate of social recovery: significant reduction of symptoms (the most severe group, over 65 p at BPRS 16 items, from 20% to 4% score reduction), improved social function (increased score by 50%), while 9 users got a real job with a real pay, 12 got independent living, and the overall of level unmet needs (measured by

also CAN) dropped from 75% to 25%; there was also a 70% reduction of bed days, and only a client dropped out.

Qualitative research particularly highlighted relevant social factors connected with services and the connection between recovery, social inclusion and lived citizenship (DAVIDSON et al. 2005; BORG et al. 2005; MARIN; MEZZINA, 2005; MEZZINA, 2006; MEZZINA et al. 2006a, 2006b; 2005a; SELLS et al. 2006).

Recent data encompassed 75% compliance to antipsychotic medications (n=587) related to service provision and social network enhancement (PALCIC et al. 2011). Satisfaction of users with services was rated 83% in two CMHCs.

COMPARING THE MODEL

Treatments provided by the MH Department in Trieste are biological (medications), psychological (individual and group therapies), psycho-social such as family interventions & psycho-education, social network and social support interventions (neighbours, employers etc), cultural and vocational rehabilitation and work placement, social and life skills training, etc.

If compared to Integrated Community Treatment strategies, and taking into account those treatments which seem to have a proven effectiveness for psychosis at the international level, the Trieste model can be formalized with a certain degree of simplification as follows, and in accordance with the articulation of the integrated community treatment – ICT (FALLOON; FADEN, 1993):

- 1) Social and vocational skills training through education and literacy; social-cultural pre-vocational training, through the courses organised by the department with training and cultural community agencies; “on-site” living skills training and social learning (“on-site” and not in a “setting”; i.e. within the family, at the CMHC, within sheltered residences; in patient’s self-help groups and therapeutic social clubs, and through recreational and social activities); job placement in social cooperatives and supported employment in private companies.

- 2) Team-work with key-workers, towards a model of case management (balanced with a whole team approach based on de-institutionalised professional roles).
- 3) Use of cognitive-behavioural therapy principles in daily programming of activities, or time structuring; ability of coping with symptoms and crises; cognitive restructuring towards the production of meaning or “sensemaking” of the subjective experience.
- 4) Psycho-educational interventions for the heavily-burdened family: counselling, stress management sessions with the patient, psycho-educational interventions for patients, self-help groups for family members, multi-family group approach, with information and small group encounters on coping.
- 5) Home crisis intervention and, if required, intensive community residence treatment (in the 24 hour health centers) or crisis management in the day-hospital (also in the mental health center)
- 6) Medication management strategies with information and negotiation.

If compared this array of treatments of integrated community care strategies, and taking into account those programmes which prove to be effective for psychosis at the international level, the Trieste model contains elements of social and vocational skills training, case management, psychotherapy principles, psycho-educational interventions, home and intensive community residential treatment, medication management and compliance strategies.

The work organisation has also some point in common with the assertive community treatment or ACT (MARSHALL; LOCKWOOD, 2002):

ACT

1. Multidisciplinary team
2. Targeted user group

3. Shared responsibility
4. Health and social care directly managed
5. Care offered in vivo
6. Assertive treatment
7. Negotiation on programme

TRIESTE APPROACH

1. Not a dedicated team but a function of the whole CMHC team
2. Part-time service of a limited sub-team for high priority people, while other staff integrate interventions
3. Whole team approach with key workers
4. Not just individualised programmes but recovery-oriented pathways of care

The following table summarizes previous contents in terms of structure-process-outcome.

Table 2 - 24 hours Community MH Centre / integrated service (MEZZINA; JOHNSON, 2008)

Structure/ organisation	Processes/ chosen procedures	Outputs/ clinical outcomes	Critical points/ warnings
24 hrs opened	Real-time reception / intake Open door Low threshold	Responding around the clock No waiting lists for psych. emergencies Accessibility and user satisfaction	“real” 24 hrs: direct intake at night?

Single location	Single point of reference for users and institution Diverse functions (day care, social work, etc) are integrated and not in separate places Service as a space for social relations Low threshold	Integrated response, immediate access to rehab and socialisation programs (group settings) Maintaining and developing social skills (tertiary prevention) Accessibility and user satisfaction	Need to better organise referrals Social over stimulation for users?
Single team	Integrated work-force Collective knowledge of main cases Direct relationship with users	Shared style of work, strategic vision Formulation and review of individual care plans Flexibility Therapeutic continuity / program compliance Secondary prevention (relapses) Decreased involuntary treatments	A sustained focus on single cases or objectives Complex group dynamics, between individual autonomy and interdependence
On-site availability of 'neighbourhood' or community beds	Alternatives to hospitalisation Capability of handling crises with open door	Decreased hospital beds occupancy Acceptability of care Decreased involuntary treatments Timely admission, shorter crisis time Integrated process of care (not excluding acute presentations)	Abusing bed use – keeping hospital mentality

Simultaneous inside-outside work	Rotating internal, external and reception tasks and / or duties Developing activities for hospitality / admission Day care alongside crisis care / outpatient consultations etc.	Changing and contaminating areas / styles of work Flexibility of programs / of workers - complexity Shared burden / Diminished burn-out ? Therapeutic shared Culture	Less focused on tasks, more on complexity Confusion, delegation Maintaining a correct balance between outside projection and internal work
Team case-management	Identifying high priority cases Defining key-workers within the team Wide information sharing Mastery of work	Culture based on responsibility / accountability - Balancing autonomy and individual responsibility Not forsaking difficult users / working out failures	Because of night shifts, more discontinuous day presence Delegating to the team and the managers

Can an approach that is mostly rights- and values-based generate evidence? In our view, processes and outcomes can be also described using the 3 e's system (THORNICROFT; TANSELLA, 2009) that takes into account qualitative levels with the EBM.

Table 3 – The 3 E's in Trieste

ETHICS	EVIDENCE	EXPERIENCE
No restraint / Open door	Low rate of accidents and offense Low rate of compulsion / involuntary treatments	“Humane” negotiation Innovative practices to avoid closing doors Alternative crisis management Welcoming services and social habitat High degree of freedom

Open access / low threshold	Real-time intake and response No waiting list	Immediate response, without formal referrals
Inclusion in work and social fabric	About 200 job placements p year, 1/10 result in a permanent job	Integration in community spaces and places, in neighborhood Integration in culture, art, sport programmes developed with community agencies
Right to have a home	General move from residential facilities to supported housing (cluster housing) Research show people with SMI accommodated using personal budgets No homeless user	Individualised supported housing provides maximum autonomy within a gradient of support
Social Habitat / humane environment	No 'security' barriers in CMHC, acute care unit, group homes	High degree of freedom and normal life in Department sites and facilities
Personalized life plans (health and social care)	n. 142 personalised projects	High degree of negotiation and choice
Approach to whole life projects through focused economic resources	Subsidies, work grants, rehab cheques n.2 transitional recovery houses	Response to needs, individual and social, material and not
Prevention of trans-institutionalisation	n. 0 people in forensic care n. 30 users supported into jail per year and ACT use of additional resources aimed at that purpose (FAP)	Development of alternative to jail and recovery / social inclusion projects
Human development / habilitation	About 400 users in habilitation activities	Offer of activities for developing your potential (sport, art, culture, etc)

Support to carers	n. 70 families involved in a course per year including 1st episode of psychosis Multi family groups dialogue with family association	Decrease of family burden Peer support and professional advice
Social and community participation	Participation Committee n. 15 associations accredited Researches on recovery demonstrate value of participation as citizenship	Protagonism of users Dialogue around needs Associations involved in day care center and programmes
Appropriate use of medication	Research data of compliance 75%	
Tutelage of health and life	Decrease suicide rate by 50% in the last 15 years	Access to specific programme of prevention
Rights to health of women in a gender approach	n. 70 women involved in self-help and cultural activities 'recovery' home Migrant women involved in the project to prevent sexual slavery	Mutual help and development of project for improving quality of life and social inclusion

5 DISCUSSION

GENERAL INDICATIONS

Rehabilitation in Trieste has been conceived as a program of restitution and re-construction of full rights of citizenship for individuals suffering by mental health problems, and the material construction of these rights (ROTELLI et al. 1994). This implies not only the legal recognition of civil rights for mental health users, but also of social rights. Resources related to housing, jobs, goods, services, relationships) were acquired primarily through de-institutionalisation process, that reconverted total institutions into community services. Access to resources can be improved

either by developing user capabilities through training (living and vocational skills, education) and information (psycho-education, social awareness), or creating social support networks, which are managed by comprehensive community services totally alternative to the psychiatric hospital.

Rehabilitation practices of community mental health services in Trieste tried also to maximize the use of abilities and human resources of individuals, allowing them to participate, at different levels, to service activities and therapeutic program elaboration, thus producing a participation and social support network, by helping patients in their own environment, preventing forms of regression and institutionalization and developing their social and “health” abilities.

Community health can be seen as a passage which derives from deinstitutionalisation, where systems are built around individuals/communities. A comprehensive, holistic approach must combine health with welfare systems in a powerful synergy, see the concept of “whole systems, whole life approach” (JENKINS; RIX, 2003). The focus on individuals and the rights of citizenship raises the issue of values which underpin practices and services - “value-based” services (FULFORD, 2004). A shift from reparative medicine to participatory health is another relevant shift, that is occurring in some of the most advanced experiences, that requires no black box as funnel for specialistic approaches.

Despite the uniqueness of the experience in Trieste, some general indications can be outlined as follows:

1. Creating personalised itineraries is the organisational-strategic key, in which the person has an active role and contractual power.
2. Avoid or reduce transitions in care that results from fragmentation of services system.
3. Foster the service’s responsibility and accountability towards the community: the responsibility for care processes should be rooted in the community.
4. Recognising the importance of social contexts as producers of the meaning of health actions and as bearers of resources means refusing

automatic choices which are not differentiated based on the contexts where they are applied.

5. Developing leadership of individuals and social groups as stake- or shareholders in the healthcare system implies activation of processes of strategic/organisational change, in 'rushes' or continuous cycles.
6. A shift from healthcare hierarchical 'institutions' to horizontal healthcare 'organisations' is necessary.
7. A 'systemic' vision has to be based on the person's life (whole systems, whole life approach) with a low threshold, single access point (one-stop-shop).
8. Developing home care, both network and networked, focused on the person in their actual living context, and thus on their life story and social capital, not on the illness, creating a system of possible options which diversifies responses, making them flexible and personalised, should therefore be provided for.

One should wonder how important is the whole system, and the specific context of application of rehab and social inclusion initiatives? Good practices on a small scale are useful as model programmes to demonstrate "that is possible" but must be generalised at the system level. While a whole systems approach requires an integrated service, a whole life vision refers to the person in a social context.

Considering the nexus between illness and institution (BASAGLIA, 1987; GOFFMAN, 1961; WING; BROWN, 1970), human beings, including professionals, always risk to be entrapped in oppressive relationships.

Therefore a "parallel" empowerment of professional and users is necessary. But should we use "the person key" to change the systems? How use their power, rights, values?

Does it not implies the risk of ideology? Should we use the system change, toward a more integrated service, to "reach the person" and to empower him/her? Here we can avoid the risk of pure pragmatism.

What about community building around mental health?

Integration is a key-word widely used to describe a continuum of care and support systems, but integration also means promoting inter-subjective relations within a wider political dimension. It means bringing together social and healthcare interventions, and recognising the social determinants of illness and healthcare processes based on a 'whole life' approach to the person.

Mental health is not the only area that must assume this commitment, for 'there is no health without mental health, as stated by WHO in 2005. Beginning with local mental health, to what extent was it possible to create a level of inter-sectorial integration and collaboration among services, and between services and a specific NGO, so as to guarantee a systemic impact/approach to community healthcare? What were the key elements involved?

In what way is a systemic approach to healthcare not limited to merely creating a system of services? What are its strengths, sources of energy and components?

Is it possible to create a comprehensive healthcare system for a specific community which can respond to the healthcare needs and personal aspirations of users, while promoting health in the community as a whole? And if so, how? How can a community's human, economic, social and cultural resources be activated, mobilised and co-ordinated in operational terms? Are there mechanisms which can guarantee economic sustainability, especially in less affluent countries?

BEYOND TRIESTE AND WORLDWIDE

Trieste international role is strongly implied in these issues and developments. Since the time of Basaglia the Trieste experience has played an important role in the international scenario, begun as WHO pilot centre in 1973 and acknowledged as WHO Collaborating Centre for Research and Training from 1987. It is and declared to be a considered as a sustainable and cost-effective example and model for service development model by WHO Geneva (WHO, 2001) and Copenhagen and declared (as Lead

WHOCC for Service development in the framework of Helsinki Action Plan in 2005). The MHD has been confirmed as a WHO Collaborating Centre for Research and Training in 2010 in order to assist WHO in guiding countries in deinstitutionalisation and development of integrated and comprehensive Community Mental Health services; contribute to WHO work on patient centred care through applying Whole Systems & Recovery approaches and innovative practices in community Mental Health; Support WHO in strengthening Human Resources for Mental Health (especially through the International School established in 2011).

Programmes of co-operation have been developed for more than 30 years in all continents, with a particular focus on Latin America, South-East Europe, Palestine, often under WHO umbrella and in collaboration with other advanced organisations. While the flow of study visits has raised up to a thousand people every year, Trieste established connections with some of the most innovative experiences in community mental health worldwide, in order to support each other in a network (MEZZINA, 2010a).

They offered, through twinning collaborations and other forms of international mutual learning processes, the know-how about setting up innovative services and programmes. We can quote for example the multi-purpose integrated CMHC, social cooperatives, de-institutionalisation of the mental hospital (like Trieste), host family schemes, practices for community integration (like Lille), user involvement, 24-hrs. opened centres (like South Stockholm), integration with primary care, social firms (like Oviedo), multidisciplinary community mobile teams (as developed in North Birmingham and in Monaghan, Ireland). Programs of co-operation have been developed for more than 30 years in all continents, with a particular focus on Latin America, South and East Europe, Palestine, often under WHO patronage and in collaboration with other organisations. While the flow of study visits has raised up to a thousand people every year, Trieste established connections with some of the most innovative experiences in community mental health worldwide, in order to support each other in a network (MEZZINA, 2010; JENKINS, 2010). They offered, through twinning collaborations and other forms of international mutual learning processes, the know-how about setting up

innovative services and programs. Apart from what has been outlined here for Trieste, such as social coops and the multi-purpose integrated CMHCs, we can quote for example the foster family schemes and the practices for community integration of Lille, the user involvement schemes of South Stockholm, the liaison with primary care and the social firms of Asturias, the multidisciplinary community mobile teams as developed in North Birmingham and in Monaghan, Ireland, and so forth.

Trieste is considered a model also in western countries like the UK, the Netherlands, Scandinavia, Australia and New Zealand, the USA and Canada, while there is also a strong interest in Japan, Korea, China, Iran, India, Malaysia and other Asian countries. The problem seems to be “what is replicable”, because, beyond a reliable, apparently simple but very complex and coherent organisation of services, there is an emphasis on a slightly different approach, still based on a strong critical view on mainstream clinical psychiatry.

6 CONCLUSIONS

We assume here that there is a new model, or a paradigm, that derives from de-institutionalisation at its heuristic-operational level (MEZZINA, 2005). It is based on the principle of complexity through the flexible interaction between observer and observed, “scientists’ and ‘patients’ (MACCACARO, 1978). What is pivotal is meaning and sense making within new therapeutic actions, which could be called ‘whole life projects’ for the people in need (JENKINS; RIX, 2003). It could be defined as an ‘interactive comprehension model’. Hence new solutions of community care can be really effective only if they do not limit themselves as being efficient in terms of the management of target population of service users, defined by their illness features and/or related deviant behaviours (BASAGLIA, 1987.); but instead must seek to preserve the idea of the person as a whole.

Moving from an institution or hospital-centered model to a whole system of services for the whole life of a community (public health approach) – responsible, accountable means acting a positive risk-taking about alternatives. De-institutionalisation means also distance, power,

language. In the new scenario of community care there has been a shift from the relationship of domination/control to the therapeutic relationship, seen as a reciprocal relationship and not merely its objectification in the illness, and the rediscovery of the whole person and their subjectivity. From this point of view, deinstitutionalization can be seen as the change in relations of power. As we demonstrated in qualitative cross-cultural researches, a lived citizenship, ‘having a whole life’ can be captured to be at the heart of a recovery process, as stated by individuals themselves in their narratives.

Therefore “the person and not the illness at the center of the process of care for recovery and emancipation, through users’ active participation in the services”.

REFERENCES

- BASAGLIA, F. Institutions of Violence. In: HUGHES, N. S.; LOWELL, A. (Ed.) *Psychiatry Inside-out*. Selected Writings of Franco Basaglia. New York: Columbia University Press, 1987.
- BENNETT, D. H. The Changing Pattern of Mental Health Care in Trieste. *International Journal of Mental Health*, v. 14, p. 7-92, 1985.
- BORG, M. et al. What Makes a House a Home: the Role of Material Resources in Recovery from Severe Mental Illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, v. 8, p. 243-256, 2005.
- COMMISSIONE Parlamentare di inchiesta sull’efficacia e l’efficienza del Servizio Sanitario Nazionale. *Relazione finale sull’attività della Commissione*, Senato della Repubblica, 30 gennaio 2013.
- DAVIDSON, L. et al. Process of Recovery in Serious Mental Illness Findings from a Multinational Study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, v. 8, p. 177-201, 2005.
- DAVIDSON, L. et al. A Life in the Community: Italian Mental Health Reform and Recovery. *Journal of Mental Health*, v. 19, p. 36-43, 2010.
- DE LEONARDIS, O.; MAURI, D.; ROTELLI, F. Deinstitutionalization: a Different Path. The Italian Mental Health Reform. *Health Promotion*, v. 2, p. 151-165, 2010.
- DELL’ACQUA, G.; COGLIATI, D. M. G. The End of the Mental Hospital: a Review of the Psychiatric Experience in Trieste. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 316, p. 45-69, 1986.
- DELL’ACQUA, G.; MEZZINA, R. Approaching Mental Distress. In: RAMON, S.; GIANNICCHEDDA, M. G. (Ed.) *Psychiatry in Transition: the British and Italian Experiences*. London: Pluto Press, 1988.

- _____. 'Responding to Crisis: Strategies and Intentionality in Community Psychiatric Intervention'. *Per La Salute Mentale/For Mental Health*. Trieste: Centro Studi Salute Mentale, 1988a.
- DELL'ACQUA, G. et al. Trieste e il suicidio: un progetto di prevenzione. In: *Quaderni Italiani Di Psichiatria* 2003, v. 22, n. 11-23.
- FALLOON, I. R. H.; FADDEN, G. *Integrated Mental Health Care: a Comprehensive Community Based Approach*. New York: Cambridge University Press, 1993.
- FULFORD, K. W. M. Ten Principles of Values-Based Medicine. Ch 14. In: RADDEN, J. (Ed.) *The Philosophy of Psychiatry: a Companion*. New York: Oxford University Press, 2004.
- GOFFMAN E. *Asylums: essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books, Doubleday, 1961.
- JENKINS, J.; RIX, S. *The Whole Life Programme*. NIMHE East Region, NHS, 2003.
- KEALI, D. et al. Patterns of Care in Italian Psychiatric Services and Psycho-Social Outcome of Schizophrenic Patients: a Three-Year Prospective Study. *Psychiatry & Psychobiology*, v. 4, p. 23 – 31, 1983.
- LEFF, J.; WARNER, R. *Social Inclusion of People with Mental Illness*. Cambridge University Press, 2006.
- MACCACARO, G. A. Appunti per una ricerca su: epidemiologia dell'istituzione psichiatrica come malattia sociale. *Fogli d'Informazione*, v. 50, p. 306-310, 1978.
- MARSHALL, M.; LOCKWOOD, A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Library*. Oxford: Update Software, 2002.
- MARIN, I. et al. The Persons' Role in Recovery. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, v. 3, p. 223-242, 2003.
- MEZZINA, R.; JOHNSON, S. Home Treatment and 'Hospitality' within a Comprehensive Community Mental Health Centre. In: JOHNSON, S. et al. (Ed.) *Home Treatment and Crisis Resolution in Mental Health*. Cambridge University Press, 2008.
- MEZZINA R. Paradigm Shift in Psychiatry: Processes and Outcomes. In: RAMON, S.; WILLIAMS, J. E. (Ed.) *Mental Health at the Crossroads: the Promise of the Psychosocial Approach*. Hants, England: Ashgate, 2005.
- _____. Citizenship: the Social Dimension of Recovery. In: ROBERTSON, S.; KELLEHEAR, K. (Ed.) *Dancing to the Beat of a Different Drum. Mental Health, Social Inclusion, Citizenship. TheMHS Conference Book of Proceedings* 2005. Sydney, Australia: TheMHS Conference, 2006.
- _____. Outcomes of Deinstitutionalisation in Trieste. In: TORESINI, L.; MEZZINA, R. (Ed.) *Beyond the walls. Deinstitutionalisation in European Best Practices in Mental Health*. Merano, Italy: Alpha Beta Verlag, 2010.

_____. From Italy to Europe and back, practices for emancipation. In: TORESINI, L.; MEZZINA, R. (Ed.) *Beyond the walls*. Deinstitutionalisation in European Best Practices in Mental Health. Merano, Italy: Alpha Beta Verlag, 2010a.

_____. Community Mental Healthcare in Trieste and Beyond. An “Open Door-No Restraint” System of Care for Recovery and Citizenship. *J Nerv Ment Dis*, v. 202, p. 440-445, 2014.

MEZZINA, R. et al. Networking Consumers Participation in a Community Mental Health Service: Mutual Support Groups, Citizenship, Coping Strategies. *The International Journal of Social Psychiatry*, v. 38, p. 68-73, 1992.

MEZZINA, R.; VIDONI, D. Beyond The Mental Hospital: Crisis and Continuity of Care in Trieste. A Four-Year Follow-Up Study in a Community Mental Health Centre. *The International Journal of Social Psychiatry*, v. 41, p. 1-20, 1995.

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

_____. Gli interventi territoriali a 24 ore dalla crisi sono basati sull'evidenza? Indicazioni da uno studio multicentrico longitudinale. *Psichiatria di Comunità*, v. 4, n. 4, 2005.

_____. From Participation to Citizenship: How to Regain a Role, a Status, and a Life in the Process of Recovery. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, v. 9, p. 39-61, 2006.

_____. The Social Nature of Recovery: Discussion and Implications for Practice. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, v. 9, p. 63-80, 2006a.

PALCIC, S.; BROUSSARD, P.; PETTINELLI, A.; GIRALDI, T.; MARTINIS, E.; FURINA, C.; BRACCO, R.; ZANELLO, E.; RIOLO, A.; MEZZINA, R. Studio comparativo sull'utilizzo dei farmaci antipsicotici nel territorio dell'ASS n. 1 “Triestina”. *Giornale Italiano di Farmacia Clinica*, v. 25, n. 4, 2011.

ROSEN, A.; O'HALLORAN, P.; MEZZINA R. International Trends in Community Mental Health Services. In: MCQUISTON, H.; FELDMAN, J.; SOWERS, W. (Ed.) *Handbook of Community Psychiatry*. New York, Dordrecht, Heidelberg, London: Springer, 2012.

ROSEN, A. et al. International Trends in Community-Oriented Mental Health Services. In: MPOFU, E. (Ed.) *Community-Oriented Health Services. Practices Across Disciplines*. New York: Springer, 2014.

ROTELLI, F. Changing Psychiatric Services in Italy. In: RAMON, S.; GIANNICCHEDDA, M. G. (Ed.) *Psychiatry in Transition*. The British and Italian Experiences. London: Pluto Press, 1988.

ROTELLI, F. et al. *Is Rehabilitation a Social Enterprise?* Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness, World Health Organisation, Division of Mental Health, Geneva 1994. Disponivel em: <http://www.triestesalutementale.it/english/doc/rotelli-et-al_xxxx_rehabilitation.pdf>.

SELLS, D. et al. Arenas of Recovery for Persons with Severe Mental Illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, v. 9, p. 3-16, 2006

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. *Better Mental Health Care*. Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town, Singapore, São Paulo, Delhi: Cambridge University Press, 2009.

WING, J. K.; BROWN, G. W. *Institutionalism and Schizophrenia*. Cambridge, MA: Cambridge University Press, 1970.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Stop exclusion – Dare to care. World Health Day 2001*. Department of Mental Health and Substance Abuse, Geneva, 2001.

Tra soggettività e istituzioni: da Franco Basaglia alla recovery

Roberto Mezzina

PREMESSA

Oggi il movimento per la recovery sembra rivestire un'importanza per alcuni paragonabile a quella che anni fa ha avuto il movimento anti-istituzionale, pur se attori, metodi e filosofie, perfino poteri in gioco, appaiono diversi e completamente nuovi. Se così fosse, saremmo davvero in presenza di un fenomeno di portata storica e non solo di un trend passeggero, o, peggio, di una moda; per dirla con Basaglia, si tratterebbe non di una mera "ideologia di ricambio" dei vecchi saperi e poteri psichiatrici (BASAGLIA, 1980), ma di un vero cambio paradigmatico nel campo della salute e della salute mentale. D'altra parte, se in quello che è accaduto in Italia si potesse ravvisare un'anticipazione di questi temi oggi drammaticamente attuali, si tratterebbe di una verifica importante dell'attualità dell'azione teorico-pratica di Basaglia e del movimento anti-istituzionale a oltre quarant'anni di distanza.

Il costruito "recovery" ha rappresentato in sé una sfida al riduzionismo medico-biologico in psichiatria, in quanto è apparso possibile attraverso di esso contrapporvi il ruolo attivo della persona, la rilevanza di

fattori connessi alla sua esistenza concreta, alla sua datità empirica, tali da influenzare il decorso della propria condizione psicopatologica non in senso meccanicistico ed estrinseco, eterodeterminato, ma attraverso la significatività di tali fattori all'interno del mondo di un soggetto individuale. Proprio in quanto calati in questo mondo, essi vanno contestualizzati, e così diventare elementi fondativi di una ricostruzione di soggettività.

D'altronde, l'enfasi su fattori e determinanti interni ed esterni alla persona, soggettivi e sociali, *versus* quelli naturalistici attinenti alla "malattia", si coniuga con la necessità di ricevere risposte a una globalità di bisogni e insieme di rivendicare diritti, in un processo che vede il "malato", come soggetto individuale e collettivo, protagonista del cambiamento dei servizi, delle culture e dei saperi.

Il compito della psichiatria attuale parrebbe dunque quello di rifiutarsi di ricercare una soluzione della malattia mentale come "malattia", ma di voler avvicinare e considerare questo tipo particolare di malato come un problema che – solo in quanto presente alla nostra realtà sociale – potrà rappresentare uno degli aspetti contraddittori per la cui soluzione si dovranno impostare e inventare nuovi tipi di approccio e nuove strutture terapeutiche. (BASAGLIA, 1967, p. 420)

L'affermazione di Basaglia chiama dunque in causa la questione dei modelli interpretativi della psichiatria e il concetto stesso di malattia che non è mai stato, e oggi non lo è ancora in modo chiaro, al riparo dalla critica.

La questione dei paradigmi è stata nuovamente riproposta con forza nella recente riflessione internazionale (BRACKEN et al. 2012; PRIEBE; BURNS; CRAIG, 2013; MEZZINA, 2005; 2012). Il paradigma riduzionista neurobiologico, "tecnologico", che è connesso alla medicalizzazione della vita quotidiana, alle varie forme di "biopotere" (vedi Foucault), ha riproposto le invarianze come fondanti il sapere scientifico in un'ottica esclusivamente centrata sulla visione positivista delle scienze della natura, senza tenere in debita considerazione la crisi dei modelli scientifici ispirati ai saperi della complessità (come nelle opere di Von Forster, Prigogine, Morin). Gli aspetti psicosociali come le relazioni, i valori e i sistemi di credenze, le pratiche diverse sono in questa logica posti in secondo piano se non apertamente denegati. La

più larga definizione di approccio bio-psico-socio-culturale sembra mettere in fila questi diversi campi, ma pur riconoscendone l'interazione, non ce ne restituisce tuttavia un senso.

Sul piano teorico la critica ai modelli di malattia, e in particolare al costrutto di schizofrenia e alla sua eterogeneità ha spinto ormai fino a un limite critico l'attendibilità di questa come delle diagnosi psichiatriche in generale (BENTALL, 1992; BOYLE, 1994; BUCHANAN, CARPENTER, 1994), e così pure si è affermata la normalizzazione di esperienze quali l'udire voci (Romme, Escher, 1977; Coleman, 2011), fino al tentativo di ricostruire un significato dentro l'esperienza stessa di follia (GEEKIE; READ, 2009; READ; MOSHER; BENTALL, 2004; BENTALL, 2003); mentre è avanzata notevolmente la riflessione sui limiti del modello biomedico (ROSE, 2008; WHITAKER, 2013) condizionato dalla creazione di un sistema di attese, e relativi interessi economici, attorno alle terapie farmacologiche.

LA MALATTIA E IL SUO DOPPIO: LA RECOVERY DALL'ISTITUZIONE

In tema di recovery, le note catamnesi della schizofrenia, a partire dai primi studi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (SARTORIUS; JABLENSKY; SHAPIRO, 1977; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1973; 1979), e la messa in discussione della cronicità come "artefatto sociale" (CIOMPI, 1984; HARDING; ZUBIN; STRAUSS, 1987), hanno mostrato come, all'interno di molteplici fattori, quelli di natura istituzionale siano indubbiamente di grande rilievo: il modo in cui la malattia viene trattata, e il malato recuperato alla vita sociale, sono le precondizioni per i processi di guarigione clinica e sociale. Per Basaglia, la critica della malattia che si sovrappone alla follia e alla persona che la vive, così come detta la psichiatria nel suo imporsi come scienza medica oggettivante, è il cuore della questione.

Come la medicina si è edificata su un corpo morto, così la psichiatria si è costruita su una mente morta. Per analogia, potremo chiamare la psichiatria 'anatomia mentale'. In questo modo la psichiatria è entrata nello stesso gioco della medicina: il disturbo del comportamento è stato incluso nel disturbo del corpo, corpo e comportamento sono diventati

la stessa cosa, e analogamente disturbo del corpo e disturbo della mente sono diventati la stessa cosa, entrambi all'interno della logica positivista del rapporto causa-effetto (BASAGLIA, 2000, p. 61).

Egli afferma ancora: “La malattia è stata fatta coincidere col disturbo del comportamento, corpo organico e corpo sociale sono stati omologati. Sia il malato del corpo organico che il malato del corpo sociale non possono esprimere la loro soggettività malata. Esprimono invece la loro oggettività di cose malate” (*ibidem*, p. 173).

Questa malattia è non solo plasmata dall'istituzione, come gli studi in ambito sociologico e psichiatrico hanno descritto (WING, 1962; GOFFMAN, 1968), ma addirittura un suo doppio istituzionale si delinea come effetto della riduzione dell'umano dentro l'imposizione delle regole e dei poteri.

Il doppio della malattia è la trasformazione del reale (l'esperienza) in realtà ideologia, cioè parametri pratico-ideologici in cui distruggere l'esperienza per portarla al livello di un comportamento comune che ne è, appunto, solo il doppio. (BASAGLIA; ONGARO BASAGLIA, 1982, p. 178).

E' attraverso questo processo di razionalizzazione e organizzazione dei bisogni che l'individuo è privato della possibilità di possedere se stesso (la propria realtà, il proprio corpo, la propria malattia) “[...] ma vive la sua collocazione nel mondo come malato; vive cioè il ruolo passivo che gli viene imposto e che conferma la frattura tra sé e la propria esperienza. La malattia diventa comportamento malato, falso rapporto sostitutivo di un rapporto inesistente: occasione e conferma di dominio” (*ibidem*, p. 180).

Oggi ci chiediamo se esista ancora, al di fuori della totalizzazione del manicomio, una tematica che ci faccia pensare a una malattia istituzionale, a un doppio che dobbiamo svelare; oppure se l'accettazione dell'ideologia medica riguardante la malattia sia un dato indiscutibile, dal quale poi articolare delle pratiche critiche.

Mentre lo scenario del manicomio sta per essere liquidato dalla legge 180, riferendosi alla nuova medicalizzazione della psichiatria, Basaglia scrive:

Tenendo questa connotazione di malato, l'individuo che soffre di disturbi mentali viene inserito nell'ambito positivistico della medicina, per cui viene omologato il comportamento a un corpo e viene quindi sancito, in maniera nuova, riciclata, il concetto di malattia." (Basaglia, 1980, p. 480)

Qui c'è un nodo di estrema profondità che Basaglia e il movimento antiistituzionale avevano già allora inquadrato. Mentre il soggetto lotta per liberarsi della doppia identità istituzionale in tutte le sue implicazioni, psicologiche e di deprivazione di potere, ci deve essere un riposizionamento radicale della psichiatria e della medicina nei suoi confronti: una de-istituzionalizzazione delle pratiche, dei saperi, dei ruoli, degli attori, degli istituti e dei circuiti sanitari, giuridici e sociali.

Allo stesso modo la recovery non si rivolge alla malattia ma dis-toglie da essa: ha solo incidentalmente a che fare con una "presa di coscienza", e ancor meno con una "coscienza di malattia", e invece ancora deve partire da una sorta di tirocinio all'interno delle svariate forme di relazione istituzionale che oggi si pongono nel mondo delle psichiatrie.

MOVIMENTI DELLA SOGGETTIVITÀ E LIMITI DELLA RECOVERY PERSONALE

Affinché ogni possibile guarigione si inveri, possiamo innanzitutto affermare con Basaglia che occorre uscire dalla delega totale, del corpo e della psiche, ai tecnici e all'istituto che insieme devono trattare la malattia. Ciò coincide con il riemergere di una "questione della soggettività", che mette in crisi il modello di malattia e il suo trattamento codificato. Vale a dire: il cambiamento del soggetto curante, la sua perdita d'identità, la sua impossibilità di identificarsi con le vecchie psichiatrie manicomiali e col controllo sociale che esse garantivano diventa la possibilità che il curato si liberi dall'aporia del rapporto di dominio (BASAGLIA, 1982d, p. 470).

Noi vogliamo cambiare lo schema che fa del malato un corpo morto, e tentiamo di trasformare il malato mentale morto nel manicomio in una persona viva, responsabile della propria salute. (BASAGLIA, 2000, p. 74). Certamente una delle terapie più importanti per combattere la follia

è la libertà. Quando un uomo è libero, quando ha il possesso di se stesso e della propria vita gli è più facile combattere la follia (*ibidem*, p. 89).

Qui l'idea, che sarà della recovery, di riprendersi la responsabilità della propria salute, all'interno della globalità della vita, si coniuga con l'obiettivo dell'emancipazione e del recupero del potere, che Basaglia, pur con limiti e cautele, pone. "E' ovvio che uno schizofrenico è uno schizofrenico, ma innanzitutto è un uomo che ha bisogno di affetto, di denaro e di lavoro; è un uomo totale, e noi dobbiamo rispondere non alla sua schizofrenia ma al suo essere sociale politico" (*ibidem*, p. 115).

La contraddizione "tra ciò che siamo e ciò che vorremmo essere", tra un soggetto negato e la sua oggettivazione nella visione positivista e riduzionistica della malattia, riletta all'interno dell'orizzonte semantico della recovery, può essere il motore di quella lotta per l'affermazione di una soggettività verso l'oggettività della condizione di malattia, sancita dall'istituzione, di cui parla Basaglia (*ibidem*, p. 22).

Poiché è sottoposta ad un processo di nullificazione, all'interno di quella oggettivazione, l'espressione della soggettività è in se stessa manifestazione di una resistenza all'istituzione.

In questi molteplici sensi, la deistituzionalizzazione ha prodotto la visibilità dei soggetti sofferenti, dentro e al di là della malattia. Essi appaiono finalmente come individui concreti che entrano nelle relazioni sociali e che cercano di contrastare destini di esclusione. Riteniamo che solo a partire da ciò si possano organizzare pratiche terapeutiche e di cura basata sull'interesse e integrità della persona e del suo corpo, nella vita concreta (*whole life*).

Il concetto di recovery si fonda sul riconoscimento di quanto continuo elementi e fattori legati alla soggettività nel riposizionare il rapporto non solo con la malattia, ma con la vita. Allora è innanzitutto un costrutto dell'individuo, un fatto personale, e come tale è un processo, o un percorso, non lineare e multidimensionale (MEZZINA, 2012a).

In quella che viene chiamata "recovery personale", contrapposta alla "recovery clinica" (SLADE, 2011; UNGER, 2010), la persona *in sé* resta fattore determinante del processo, attraverso le sue capacità di autodeterminazione, di resilienza e di fronteggiamento della malattia, ma

anche attraverso il cambiamento personale e la contemporanea assunzione di responsabilità.

Tuttavia la recovery, o guarigione che sia, non può essere vista come un percorso solo individuale. In tal caso vi sarebbe di nuovo sottesa un'etica del riscatto dell'individuo da una condizione, la malattia, vista ancora come colpa; non diversamente da come la riabilitazione può essere semplicemente rieducazione nel linguaggio del potere.

Si può affermare e ritenere, al di là della giusta enfasi sulla singolarità e sulla soggettività, che recovery è anche e soprattutto un fatto interpersonale e sociale. Proprio in quanto attiene all'individuo, si colloca nella globalità dell'esperienza di vita dentro un contesto sociale e culturale determinato.

LA QUESTIONE DEI FATTORI ESTRINSECI AL SOGGETTO

Emerge subito la questione della rilevanza di fattori sociali spesso descritti dal termine epidemiologico-statistico di “determinanti” (Marmot, 2005). Ha scritto Basaglia: “la recuperabilità ha un prezzo, spesso molto alto, ed è quindi un fatto economico-sociale più che tecnico-scientifico” (BASAGLIA, 1982b, p. 76).

In questo senso egli pone la guarigione come fatto di classe: esiste un corollario personale, familiare, ambientale che consente – se la prognosi è favorevole – la guarigione e il recupero.

Ciò non avviene se i bisogni primari non sono soddisfatti: “non si può capire che cos'è la malattia finché non sono soddisfatti i bisogni primari degli uomini” (BASAGLIA, 1982c, p. 369). Anche al di fuori di una logica della mera sopravvivenza, le risorse materiali e gli strumenti per l'inclusione sono ovviamente necessari, ma non sufficienti in sé, nel percorso di autonomia e di miglioramento delle componenti più oggettive della qualità della vita (BORG et al. 2005). Il denaro, la casa, il lavoro risultano veicoli fondamentali per la recovery, perché rappresentano opportunità, utili alla ricostruzione di identità e contrattualità sociale. “Chi non ha non è”, ricorda Basaglia. A confermare questo nesso va almeno ricordato che si è riscontrata l'associazione tra i tassi di occupazione lavorativa e quelli

di guarigione, ovvero di dimissione dalle istituzioni psichiatriche nel corso del xx secolo (WARNER, 1985).

Tuttavia, si pone immediatamente la questione della soggettivazione dei fattori sociali, di come essi si declinano nel terreno di una soggettività che si riprende; ovvero di come fattori estrinseci si pongano in relazione a fattori intrinseci, benché le teorie della recovery li dividano in modo a volte meccanicistico (JACOBSON, GREENLEY, 2001).

Nel definire come i fattori sociali risultino soggettivamente utili, occorre aggirare da un lato il costrutto probabilistico-statistico di “determinanti”, e dall’altro quello sociologico e controverso di bisogno. Il processo di recovery dovrebbe trovare delle risposte a bisogni, che però – ricorda Basaglia - sono sempre mediati dall’organizzazione sociale; la gente esprime non i propri bisogni, ma quello che ha introiettato essere il bisogno (Basaglia, 1980, p. 482). In ciò si declina tuttavia la contraddizione tra la natura individuale e costruita del bisogno e la sua dimensione politica e collettiva.

Considerando il processo di deistituzionalizzazione nel suo declinarsi in percorsi individuali, Franco Basaglia si è domandato come si potessero differenziare gli strumenti e le risorse messi a disposizione dallo smontaggio del manicomio nelle singole situazioni in cui essi si calavano. Era proprio la soggettività delle persone a donare a esse un senso di volta in volta specifico, calato nei progetti di vita, attraverso ciò che esse potevano rendere possibile in termini di opportunità e di alternative, partendo dall’esempio del sussidio economico (BASAGLIA apud GALLIO et al. 1983, p. 39). Ciò pone l’importanza del fattore soggettivo o della soggettività in sé: ossia in che modo i fattori d’aiuto vengono soggettivati o diventano fattori soggettivamente rilevanti (DAVIDSON; STRAUSS, 1992).

LA DIALETTICA TRA SALUTE E MALATTIA NEL QUOTIDIANO

In questo discorso, proprio a partire dall’accento posto sulle risorse ottenibili e accessibili, va riconosciuto che la dimensione dell’esperienza quotidiana si impone come centrale, a dispetto della scarsa attenzione ricevuta dai servizi se confrontata con quella rivolta ai comportamenti

sintomatici, come pure avviene in ambito di ricerca. Si tratta qui di riconoscere l'ambito delle questioni pratiche della vita: come la persona sperimenta le situazioni, affronta ostacoli e sfide e adatta i propri obiettivi e le proprie idee strada facendo, in modo creativo. Non diversamente da quanto accadeva e accade ancora nelle istituzioni totali nei termini descritti da Goffman (1968) sono decisive per la recovery le condizioni materiali di vita al di fuori di esse: il lavoro e il reddito, la casa, la vita sociale, la quotidianità e le sue routine, mentre va considerato il ruolo del caso e degli eventi come occasioni di cambiamento, come opportunità per nuovi interessi e significati che emergono (BORG; DAVIDSON, 2008).

Proprio nella dimensione del quotidiano va ricercata quella che è forse la contraddizione fondante del processo di recovery, e che rappresenta la sfida più alta di Franco Basaglia al pensiero e alla pratica della medicina. La “guarigione” non deve escludere la sofferenza, eliderla, ma riconoscerla come componente dell'esperienza umana, all'interno di un processo di recupero e rielaborazione.

Reciprocamente, se si guarda alla malattia, sarà la guarigione a iscriversi dentro di essa, a scavare al suo interno lo spazio della vita. Con ciò si afferma la possibilità non solo di guarire “dalla” malattia, che è insita nel discorso medico, ma anche di riprendersi “nella” malattia (DAVIDSON; ROE, 2007).

D'altro canto “una vita nonostante i sintomi” è stato uno dei grandi insegnamenti della scuola della deistituzionalizzazione. Le persone, pur all'interno della malattia o di una sancita diversità, potevano stare nella comunità, aspirare a una vita normale, avere diritto a una risposta ai bisogni primari e di relazione.

Per Basaglia, ciò che è peculiare per gli esseri umani è che la salute e la malattia sono in una continua relazione dialettica. Questi costrutti – salute e malattia – si relazionano certo all'interno di una cornice definita da una “norma”, che è esplicitamente espressa in termini di partecipazione alla vita produttiva.

In questo senso Basaglia ci riporta a quella componente costitutiva della guarigione in un'ottica sociale, che è riprendersi la propria vita:

Ciò che viene comunemente inteso come guarigione, è quindi insieme espressione dell'accettazione da parte del malato di essere defraudato ed espropriato della possibilità di vivere dialetticamente la malattia e quindi il proprio corpo come esperienza. L'ideologia e la pratica medica contribuiscono ad alimentare la frattura, ad avallare l'alienazione di sé come valore, confermandole tecnicamente come condizione principe al di là della quale c'è la salute. (BASAGLIA, 1982c, p. 377).

RECOVERY COME PARTECIPAZIONE E CITTADINANZA: IL PASSAGGIO DA BISOGNI A DIRITTI

Questa riappropriazione della salute non può avvenire davvero come fatto individuale, ma all'interno di processi e cambiamenti sociali e politici. Tutto il movimento della deistituzionalizzazione ha posto con forza la necessità di attraversare la dimensione partecipativa del processo di trasformazione. Similmente, ricostruire, capire, agire il nesso tra il Sé e la collettività, tra proprio e comune è anche uno degli aspetti più affascinanti della questione della recovery.

In questo senso la stessa dimensione partecipativa, quando si pone con evidenza, indica che la persona sta emergendo dall'isolamento, dalla rottura di significato e di linguaggio che si traduce in de-socializzazione.

La socializzazione resta per molti, che hanno sperimentato la sofferenza, in difficile e precario equilibrio con l'indipendenza e a volte con la solitudine come scelta. Che cosa significa allora recuperare una vita sociale? Si è parlato di "cittadinanza vissuta", come svelamento dell'intima natura sociale anche della recovery più personale (DE LEONARDIS, 1990; Mezzina et al. 2006).

L'integrazione sociale, intesa come adattamento alla realtà, sembra piuttosto collegata a una sorta di pedagogia del gioco sociale, in cui fondamentale è apprendere la capacità di decodificarlo e di coglierne la complessità nei suoi molteplici livelli. Va di fatto compreso in che rapporto stia la recovery con condizioni invivibili o con l'oppressione, che sono la radice dell'"uscire fuori" della follia. Guarire è spesso situato all'interno di coppie antinomiche: accettare la società in termini di valori e norme dominanti o antagonizzarla, optare per un cambiamento individuale o pretendere quello dei

microcontesti come la famiglia, favorire l'evoluzione esistenziale o contrastare il *decorso del disturbo*.

Altra questione è quale contributo possono dare i soggetti al cambiamento delle norme e delle idee dominanti proprio sulla contraddizione tra salute e malattia, per esempio spezzando il nesso disabilità (malattia) – stigma. Questo, sul versante dei soggetti sofferenti, significa un lavoro di dis-introiezione della devianza, nella fuoriuscita dal ruolo di malato.

E' stata parimenti necessaria, in una fase post-riforma, una riformulazione del tema dei bisogni e della risposta a essi, come fu posta da Basaglia, in termini di diritti di cittadinanza (DAHRENDORF, 1989). Le cornici concettuali più frequenti nei documenti-guida sul tema della recovery (LE BOUTILLIER et al. 2011) includono come sfondo proprio la promozione della cittadinanza, intesa come supporto a reintegrare le persone nella società come cittadini – ovvero diritti, inclusione, occupazione - non disgiunta però da un cambiamento dei servizi in senso globale (*whole system change*).

Per questo è importante cogliere il nesso tra le pratiche alternative di critica alla psichiatria e il nuovo protagonismo, l'empowerment, l'irrompere degli utenti dei servizi come soggetti collettivi, sulla scena delle politiche.

Anche nei documenti ufficiali (World Health Organization, 2010), viene rappresentato l'empowerment come processo sociale multidimensionale che determina cambiamenti nell'ambiente di vita dei soggetti e nelle circostanze che toccano la loro salute.

Preferiamo così parlare di recovery *ed* “emancipazione” in quanto vogliamo sottolineare l'aspetto di non-libertà che è legato alla condizione di malattia come miseria personale e sociale, alla perdita dei diritti, o alla preclusione dell'accesso alle risorse socialmente fruibili; e quindi allo sforzo che si deve compiere per “rimontare”.

Oggi tutto ciò resta confinato dentro il campo specifico della psichiatria e nella ricerca di diritti settoriali, pur rappresentando una delle diverse forme di esclusione sociale, che individui appartenenti a una “minoranza oppressa” (ROTELLI, 1992, p. 94) sperimentano ancora. Perciò la società, a partire dalla sua dimensione di comunità, va essa stessa mobilitata e attraversata dalla trasformazione, in una strategia

che prevede un movimento bidirezionale e quindi anch'esso dialettico (DAVIDSON et al., 2010).

SERVIZI COME CATALIZZATORI DI OPPORTUNITÀ E RISORSE: DEISTITUZIONALIZZARE LA RELAZIONE TERAPEUTICA

Qualsiasi tipo di organizzazione che non tenga conto del malato nel suo libero, personale porsi nel mondo, fallirà il suo compito, perché agirà su di lui come una forza negativa anche se apparentemente tesa alla sua guarigione (BASAGLIA, 1965, p. 289).

Sorgono qui domande cruciali: se è vero che la recovery in quanto fatto personale (se non addirittura strettamente individuale per alcuni) può verificarsi al di fuori dei sistemi codificati di cura, in quale relazione sta con i contesti micro e macro sociali? Quale è il ruolo dei servizi a riguardo, se essi sono organizzati di solito attorno alla malattia?

Nel contrastare il danno prodotto dalle istituzioni e tutti gli effetti iatrogeni connessi alla sfera dell'agire "terapeutico", che cosa va chiesto ai servizi perché essi possano facilitare la recovery, la riacquisizione e il recupero di sé? Al di là di un mero ruolo tecnico, essi possono agire una sorta di mediazione, e fungere da agenzie per quella emancipazione del soggetto?

Si può parlare, in questo senso, di "deistituzionalizzazione della relazione terapeutica", collegata al recupero del potere decisionale della persona sulla sua propria vita di cui abbiamo detto. Attraverso un passaggio dal rapporto di dominio/controllo, all'assistenza e alla relazione terapeutica, non solo si è assistito al cambiamento degli equilibri di potere, ma si è anche definita una relazione possibile al posto dell'oggettivazione diagnostica che la esclude, mentre si riscopriva la globalità della persona al di là di operazioni di lettura esclusivamente tecniche (MEZZINA, 2012a). Ciò è ancora una volta corrisposto al trattare l'altro in modo paritario e tendenzialmente reciproco, "come se" fosse fino in fondo in grado di stare nelle regole della relazione, anche se spesso si demarca un limite che impedisce il compimento di questa operazione di "rottura delle regole o dei ruoli" (TOPOR, 2001).

Dall'istituzione come terreno di incontro al "fuori": la sfida del riconoscimento e del potere Basaglia ha insistito, come si è detto, sulla restituzione della parola al malato: "E' il contenuto delle esperienze che dovrebbe essere trasmesso" (Basaglia, 1980, p. 484). La potenza della narrazione della recovery è, come si è affermato, un "Io dico", dove la parola torna al soggetto che vive l'esperienza; esso la riguarda e la definisce da sé in termini differenti dalle categorizzazioni psichiatriche.

Un tema centrale della riflessione basagliana è la messa fra parentesi della malattia, un'epochè husserliana che può forse aprire una strada a quell'incontro con il soggetto sofferente che, nella fase finale di tale riflessione, diventa un accadimento fuori dalle istituzioni (BASAGLIA, 1967, p. 411)

E' solo in questo incontro diretto, senza la mediazione della malattia e della sua interpretazione, che può emergere la soggettività di chi soffre di disturbi psichici: soggettività che può affiorare solo in un rapporto che, uscito finalmente dalle categorie oggettivanti della psichiatria positivista il cui risultato più concreto è stato il manicomio, riesca a non rinchiudere in una ulteriore oggettivazione l'esperienza abnorme, conservandola legata e strettamente connessa alla storia individuale e sociale" (BASAGLIA, 1980, p. 472).

Qui torna anche per noi la domanda, quasi ossessiva, se quell'incontro che Basaglia auspicava sin dai suoi primi scritti sia davvero reso possibile nella deistituzionalizzazione, o se resti solo idealizzato come egli temeva: "Per poter affrontare la malattia dovremmo poterla affrontare fuori dalle istituzioni, non solo dall'istituzione psichiatrica ma da ogni altra, la cui funzione è etichettare, codificare e fissare. Ma esiste un 'fuori' sul quale si possa agire prima che le istituzioni ci distruggano? La faccia della malattia che conosciamo è sempre 'istituzionale'" (BASAGLIA, 1982a, p. 516).

Come pre-condizione ci si dovrà chiedere: "Chi presta l'ascolto, qual è la sua posizione di potere rispetto a chi parla e in quale misura questo potere determina il senso della parola?" (ONGARO BASAGLIA, BASAGLIA, 1979, p. 433). E' necessario un riconoscimento reciproco con qualcuno che si mette in gioco e che mette a disposizione il suo potere. Per Basaglia tale reciprocità implica il fatto che il terapeuta sia messo in discussione dal malato, come il malato dal terapeuta, in modo tale che

ognuno si renda riconoscibile all'altro: "La terapia ha senso quando c'è reciprocità tra il malato e il medico" (BASAGLIA, 2000, p. 41).

Anche nell'invenzione di nuove istituzioni e di nuove situazioni, non è possibile eludere la contraddizione tra soggettività sofferente e istituzione solo negando quest'ultima o trasformandola, e persino reinventandola (ROTELLI, 1993).

Va pensato un servizio in cui si crei un'interazione complessa che mescola la sofferenza, o la stessa malattia, con la vita, attraverso situazioni e contesti d'esperienza, di cui possono essere esempi i servizi aperti sulle ventiquattro ore, nella misura in cui un Centro di Salute Mentale propone, come una persona acutamente lo ha definito, un "ambiente destrutturato orientato alla guarigione", o un habitat sociale (Rotelli); ma anche laboratori artistici, cooperative e tutti gli spazi transizionali verso un campo sociale più ampio – un "fuori". Vi è quindi il richiamo alla necessità di agire e di trasformare cose, spazi, luoghi oltre che relazioni. "La forza decisiva dei rapporti interpersonali è sensata e operante solo dentro la modifica del reale che non può vivere di soli rapporti interpersonali ma abbisogna di lavoro, attività, materie, modificazione concreta della cultura o della natura" (ROTELLI, 1993, p. 109) .

Ci pare insomma fondamentale che questo processo di ridefinizione della domanda di cura, di decodifica e quindi di deistituzionalizzazione della malattia stessa (Rotelli, 1990, p. 73), avvenga attraverso l'esperienza e nelle condizioni che la realtà stessa le pone. All'interno di esse la persona può compiere un suo percorso, se il servizio è capace di giocarvi necessariamente delle quote di rischio in positivo, sulla persona in toto, sulle sue capacità, sulla sua salute nell'interfaccia dialettica con la malattia.

CHE COSA CI POSSONO DIRE ANCORA GUARIGIONE E RECOVERY.

Controllo ed esclusione sociale condizionano ancora quel campo dove sia il processo di cura che quello di guarigione si muovono. Se l'esclusione predomina, la libertà si impone come requisito prioritario, come preconditione della recovery come piena cittadinanza, che altrimenti non si può dare. In sé la malattia è descritta come non-libertà e non-scelta, come trappola della soggettività, e allora la recovery non può non consistere

in un processo di apertura in un ventaglio di possibilità che permettano la realizzazione delle speranze di soggetti sofferenti. Come promessa, o, meglio, come diritto per tutti, anche per coloro che continuano a star male, a una diversa gestione della propria malattia.

Abbiamo forse capito, grazie alle ricerche e alle esperienze attorno al tema della recovery, che questo oggetto-malattia, oggi ancora svelato come costruito precario, cambia costantemente nel tempo, e più che un decorso è un processo, irregolare e a sbalzi, che accade in parallelo con la vita, con i suoi fatti e con le esperienze vissute, con i cambiamenti e le transizioni sociali significative. In questa visione longitudinale, irreversibile, della biografia, si pone già un concetto di storicità dell'esistente che rimanda alla recovery come auto-narrazione che per la prima volta si inverte, cioè come consapevolezza riflessiva del proprio percorso, raccolto da testimoni, che sono i pari, le persone significative, gli operatori.

Ecco perché è necessario aiutare la persona ad agirne il senso come progetto di trasformazione (IMPAGNATIELLO; MEZZINA, 1992). La ricostruzione di questo flusso di senso è parte del processo attraverso cui accade la recovery, e che riesce a recuperare e reincludere anche la malattia senza "ridurla alla ragione". Ciò ci rimanda alle ultime elaborazioni teoriche di Basaglia:

La malattia e l'anormalità, come ogni altra contraddizione umana, possono essere usate come strumento di riappropriazione o di alienazione di sé; quindi come strumento di liberazione o di dominio. [...] Ciò che determina il significato di ogni azione è il valore che si riconosce all'uomo e l'uso che si vuol farne, da cui si deduce l'uso che si farà della sua salute e della sua malattia, della sua normalità e della sua anormalità. [...] Se il valore è l'uomo, la salute e la normalità non possono rappresentare la norma, dato che la condizione dell'uomo è di essere sano e insieme malato, normale e insieme anormale. (BASAGLIA, 1982c, p. 380).

In questo gioco, nella concezione della recovery/guarigione i due aspetti del "clinico" e del "personale" ci appaiono riconducibili a una ragione sistemica, che è quella rispettivamente dell'essere operatore e dell'essere paziente. Insieme essi di fatto confermano una cultura

dominante che vede separati e incomunicabili il mondo della psichiatria, ossia il mondo istituzionale, e quello sociale, ovvero il mondo delle persone e delle loro comunità, col primo che cerca di dominare, interpretare e controllare l'altro.

In realtà una visione della recovery – sulla scia di Basaglia – dovrebbe includere entrambi questi poli in un processo dialettico, di trasformazione dell'osservante e dell'osservato, dove le visioni e le proposte di entrambi, il terapeutico e la vita, ingaggiano un confronto, un corpo a corpo che li muta entrambi profondamente. Ciò nella considerazione e nella consapevolezza che la definizione di istituzione come realtà/ideologia li comprende entrambi. Pertanto non della guarigione, ma della trasformazione di questa relazione oggi ancora si tratta, come apertura di nuovi equilibri di potere e di opportunità di esistenza per i sofferenti e come condizione fondante il lavoro di cura.

Il fine ultimo della nostra azione sarà ancora, ma in modi sempre nuovi e diversi, e attraverso i cambiamenti del mondo sociale e politico che abitiamo, il tentare di liberare la soggettività dall'oggettivazione che istituzioni, intese anche come organizzazioni, micro e macrosistemi sociali comportano; o forse di trasformare questi ultimi, sperando che si modifichino le condizioni che ci impediscono di essere pienamente umani.

RIFERIMENTI

- BASAGLIA, F. Esclusione, programmazione e integrazione: Appunti sulla realtà psichiatrica italiana. In: SCRITTI, I. *Dalla Psichiatria Fenomenologica all'esperienza di Gorizia*. Torino: Einaudi (1953-1968), 1982. p. 410-423.
- _____. Il problema della gestione (1968). In: SCRITTI, I. *Dalla Psichiatria Fenomenologica all'esperienza di Gorizia*. Torino: Einaudi, 1982a. p. 512-521.
- _____. Introduzione a Morire di Classe: ripubbl (1969). In: SCRITTI, I. I. *Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*. Torino: Einaudi, 1982b. p. 73-79.
- _____. Il concetto di salute e malattia in collaborazione con Giannichedda M.G. e Ongaro Basaglia F (1975). In: SCRITTI, I. I. *Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*. Torino: Einaudi, 1982c. p. 362-381.

- _____. Prefazione a *Il Giardino dei Gelsi*, Einaudi, Torino. Ripubbl (1979). In: SCRITTI, I. I. *Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*. Torino: Einaudi, 1982d. p. 467-472.
- _____. Conversazione: a proposito della nuova legge 180 (1980). In: SCRITTI, I. I., EINAUDI, T. *In Dove va la Psichiatria? Pareri a confronto su salute mentale e manicomi in Italia dopo la nuova legge*, a cura di Onnis L. e Lo Russo G. Milano: Feltrinelli, 1980. p. 473-485.
- BASAGLIA, F. *Conferenze Brasiliane*: a cura di Ongaro Basaglia F. e Giannichedda M.G. Milano: Raffaello Cortina, 2000.
- BASAGLIA, F.; BASAGLIA ONGARO, F. La malattia e il suo doppio (1971). In: BASAGLIA, F.; SCRITTI, I.I. *Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*: La maggioranza deviante. Torino: Einaudi, 1982. p. 155-184.
- BENTALL, R. *Reconstructing schizophrenia*. Hove, New York: Routledge, 1992.
- _____. *Madness Explained: psychosis and Human Nature*. London: Allen Lane, Penguin Books, 2003.
- BORG, M.; DAVIDSON, L. The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*, v. 17, n. 2, p. 129-140, 2008.
- BORG, M. et al. What Makes a House a Home: the Role of Material Resources in Recovery from Severe Mental Illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, v. 8, n. 3, p. 243-256, September-December 2005. (Special Issue: Process and Contexts of Recovery, Part I).
- BOYLE, M. *Schizophrenia: un delirio scientifico?* Roma: Astrolabio Ubaldini, 1995.
- BRACKEN, P. et al. *Una psichiatria al di là dell'attuale paradigma*. 2013.
- BUCHANAN, R. W.; CARPENTER, W. T. Domains of Psychopathology: an Approach to the Reduction of Heterogeneity in Schizophrenia. *Journal of Nervous & Mental Disease*, v. 182, p. 193-204, 1994.
- CIOMPI, L. Is there a schizophrenia? The long term course of psychotic phenomena. *British Journal of Psychiatry*, v. 145, p. 636-640, 1984.
- COLEMAN, R. *Viaggio di guarigione dal male mentale*: a cura di Longden E. Roma: Associazione Felicità sostenibile, 2011.
- DAHRENDORF, R. *Il conflitto sociale nella modernità*. Saggio sulla politica della libertà. Bari: Laterza, 1989.
- DAVIDSON, L.; STRAUSS, J. S. Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, v. 65, n. 2, p. 131-45, 1992.
- DAVIDSON, L.; ROE, D. Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, v. 16, n. 4, p. 459-470, 2007.

DAVIDSON L. et al. *The Roots of the Recovery Movement in Psychiatry: lessons Learned*. Chichester: Wiley, 2010.

DAVIDSON, L. et al. A Life in the Community: Italian Mental Health Reform and Recovery. *Journal of Mental Health*, v. 19, n.5, p. 436-43, oct. 2010.

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

GALLIO, G. et al. *La libertà è terapeutica: l'esperienza psichiatrica di Trieste*. Milano: Feltrinelli, 1983.

GEEKIE, J.; READ, J. *Making sense of madness: contesting the meaning of schizophrenia*. Hove, New York: Routledge, 2009.

GOFFMAN, E. *Asylums: Le istituzioni totali, la condizione sociale dei malati di mente e di altri internati*. Torino: Einaudi, 1968.

HARDING, C. M.; ZUBIN, J.; STRAUSS, J. S. Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact, or artifact? *Hospital & Community Psychiatry*, v. 38, n. 5, p. 477-486, 1987.

IMPAGNATIELLO M.; MEZZINA, R. Deistituzionalizzazione della crisi: agire il senso. In: Salute Mentale: pragmatica e complessità, AA.VV., a cura di Mezzina R., Debernardi A. e Norcio B. Regione Friuli Venezia Giulia, DSM, U.S.L. n.1 Triestina: *Centro studi e ricerche regionale salute mentale*, v. 2, p. 729-739, 1992.

JACOBSON, N.; GREENLEY, D. What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, v. 52, p. 482-485, 2001.

LE BOUTILLIER, C. et al. What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric Services*, v. 62, n. 12, p. 1470-1476, 2011.

MARMOT, M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*, v. 365, p. 1099-104, 2005.

MEZZINA R. et al. From Participation to Citizenship: how to Regain a Role, a Status, and a Life in the Process of Recovery. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, v. 9, n. 1, p. 39-61, January-April 2006. (Special Issue: Process and Contexts of Recovery, Part II).

_____. The Social Nature of Recovery: discussion and Implications for Practice. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, v. 9, n. 1, p. 63-80, January-April, 2006. (Special Issue: Process and Contexts of Recovery, Part II).

MEZZINA R. Il cambio paradigmatico tra sistemi globali e soggetti: in *Quarant'anni di Fogli d'informazione, psichiatria, psicoterapia, istituzioni*, a cura di Paolo Tranchina e Maria Pia Teodori. Firenze: Ed. Periferie al Centro ONLUS, 2012. p. 231-237.

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

- MEZZINA R. et al. Networking Consumers Participation in a Community Mental Health Service: mutual Support Groups, Citizenship, Coping Strategies. *The International Journal of Social Psychiatry*, v.38, n. 1, p. 68-73, 1992.
- ONGARO BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F. Follia/Delirio. In: ENCICLOPEDIA EINUADI. Torino, Merano: Alfabeta Verlag, Einaudi, 2012. V. 4, p. 119-147.
- PRIEBE, S.; BURNS, T.; CRAIG, T. K. J. The future of academic psychiatry may be social. *British Journal of Psychiatry*, v. 202, p. 319-320, 2013.
- READ, J.; MOSHER, L. R.; BENTALL, R. P. *Models of Madness*. Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia. Rotledge, Hive, New York: Psychology Press, 2004.
- ROMME, M.; ESCHER, S. Accettare le voci. *Le allucinazioni uditive: capirle e conviverci*. Milano: Giuffrè, 1997.
- ROSE, N. *La politica della vita*. Torino: Einaudi, 2008.
- ROTELLI, F. Modelli scientifici e complessità. Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma. Trieste: Asterios, 1990. p. 70-73.
- _____. *Otto più otto principi*. Per una strategia di psichiatria comunitaria, collettiva, territoriale (versus salute mentale). In Per la normalità. Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma. Trieste: Asterios, 1992. p. 94-101.
- _____. *Ri-abilitare la ri-abilitazione*. Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma. Trieste: Asterios, 1993. p. 104-113.
- SARTORIUS, N.; JABLENSKY, A.; SHAPIRO, R. Two-year follow-up of the patients included in the WHO International Pilot Study of Schizophrenia. *Psychological Medicine*, v. 7, n. 3, p. 529-541, 1977.
- SLADE M. *Teoria e pratica della guarigione personale*: Il pensiero scientifico. Roma, 2011.
- TOPOR, A. *Managing the Contradictions: Recovery from Severe Mental Disorders*, Stockholm University, Department of Social Work, Stockholm, 2001.
- UNGER, R. *Moving Beyond Clinical Recovery and Personal Recovery*: Reclaiming the Possibility of Full Recovery, 2010. Disponível em: <<http://recoveryfromschizophrenia.org/2010>>. Acesso em: 4 jul. 2013.
- WARNER, R. *Schizofrenia e guarigione*. Psichiatria ed economia politica. Milano: Feltrinelli, 1985.
- WHITAKER, R. *Indagine su un'epidemia*. Lo straordinario aumento delle disabilità psichiatriche nell'epoca del boom degli psicofarmaci. Roma: Giovanni Fioriti, 2013.
- WHO. *Report of the International Pilot Study of Schizophrenia*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1973. (Volume I).
- _____. *Schizophrenia An International Follow-up Study*. Chichester, UK: John Wiley, 1979.

_____. *User empowerment in mental health*: a statement by the WHO Regional Office for Europe. With the support of the European Commission Health and Consumers Directorate-General, 2010.

WING, J. K. Institutionalism in Mental Hospitals. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, v. 1, n. 1, p. 38–51, 1962.

Trajecória do Hospital Psiquiátrico para o Território¹

Ernesto Venturini

A TRAJETÓRIA

Foi convidado a desenvolver, durante este Congresso, o tópico da desinstitucionalização. O tema foi apresentado metaforicamente como uma “trajetória”, que a partir do hospital psiquiátrico alcança o território. Para lidar com este tópico, vou falar sobre minha prática em Gorizia, Trieste, e mais especificamente, referir-me a minha última atuação em Imola.

Vou começar, contudo, com uma breve digressão sobre a palavra “trajetória”, pois a reflexão sobre essa metáfora tornará mais evidente o sentido da intervenção.

A metáfora da trajetória desenha a imagem geométrica de uma linha que descreve o percurso a partir de um ponto (ponto A) para atingir o seu objetivo (ponto B). A linha reta é a linha mais curta. Parece também a mais “lógica”: é a linha “normal”. Mas ela não é, no entanto, a linha que pode representar, na minha opinião, o caminho de libertação e emancipação promovido em Gorizia, em Trieste ou em Imola. Para esclarecer esse

¹ Este escrito relata uma intervenção realizada em Campinas/SP no dia 9 de Setembro de 2014, em ocasião do Congresso Internacional de Saúde Mental - International School Franca and Franco Basaglia.

pensamento, me referi, em outros contextos, as palavras do arquiteto Oscar Niemeyer. Ele diz: “O que me atrai não é o ângulo reto, nem a linha reta, dura, inflexível, criada pelo homem. Me atrai a curva livre e sensual, a curva que encontro nas montanhas do meu País, no curso sinuoso dos rios, na onda do mar, no corpo da mulher amada. De curvas é feito o universo inteiro, o universo curvo de Einstein”. Sim! A desinstitucionalização é como a linha curva de que fala Niemeyer, uma linha oposta à rigidez do pensamento manicomial. O paradigma do manicômio e da psiquiatria tradicional traz a nossa mente ângulos e pontas, geometrias delimitantes, todas homogêneas, sem invenção. O poder e a opressão, gerados por ele, contem linhas quebradas, pontiagudas, linhas divergentes, jamais coincidentes. Ao contrário, a linha curva suscita uma sensação de calor. Desenha um sinuoso percurso, surreal. De imediato, talvez, não permite ver longe, como a linha reta, mas isso acontece por uma razão: tal processo recusa a pressa, exige um tempo dilatado e macio. Além disso, a curvatura da linha contempla a surpresa: permite o bater de repente em algo de inesperado; se adequa serenamente ao imprevisto, conduz à humildade, à simplicidade.

Hoje tentarei expandir esse pensamento, introduzindo outras considerações, que nos levam para o mundo da filosofia. Utilizarei a metáfora da linha-trajetória, para me referir ao pensamento expresso por uma estudiosa italiana, Adriana Cavarero, no seu livro “Inclinações”. Mudando de uma dimensão unidimensional para uma imagem tridimensional, a linha reta assume a aparência de uma linha reta-vertical, expressão típica da “retidão”. Entre as diversas geometrias da modernidade, a linha vertical é a que prevalece, diz respeito ao modelo individualista ontológico, que encontra uma correspondência significativa em Immanuel Kant. O sujeito autocrático, intacto, coeso e autorreferencial é o “homem reto” (o homem justo), uma pessoa que adere à verticalidade do “eixo das ordenadas” e que age por princípio e por norma da sua postura ética. Entretanto a linha que se opõe à verticalidade não é tanto a outra abscisa cartesiana, a linha horizontal, que certamente leva a um alargamento apreciável da perspectiva, mas que permanece dentro de uma lógica binária, de certa forma previsível. A alternativa real para uma linha vertical é a linha inclinada, que subverte qualquer padrão predeterminado de ordem e estabilidade. O impulso à inclinação mina o ego do seu centro de gravidade interno,

afeta a estabilidade, faz com que objetos e pessoas pendurem fora. As pessoas correm o risco de não serem autônomas e independentes. Podemos entender portanto por que o pensamento comum não aprecia a inclinação, a contrasta e luta contra ela. Os métodos, que o pensamento comum usa, podem ser diferentes, mas, como diria Foucault, essencialmente são *dispositivos* que se propõem a produção de um homem reto vertical. Até mesmo a linguagem filosófica tende classificar, sob o lema geral da inclinação, a grande série de desejos, instintos e paixões. A raiz etimológica nos diz que inclinar-se² é dobrar-se, pendurar-se para baixo, abaixar-se. E se no pensamento “comum” (melhor dizer no estereótipo comum!), quando falamos sobre um “homem reto”, nos referimos, principalmente, ao sexo masculino, quando, ao contrário, falamos sobre inclinações, nos referimos geralmente à instabilidade e dependência feminina .

Mas a inclinação é também, sinônimo de propensão, de gosto, de disposição, de tendência. Como diz Hannah Arendt: toda inclinação nos projeta para fora, leva-nos fora de nosso “eu”. O próprio amor – pensando bem – é um ataque ao equilíbrio, porque significa sair de si mesmo, ceder à atração que vem de outra pessoa, deslizar em um plano inclinado; projetar-se para fora, para o outro/a e depender dele/a, ao invés de preservar a nossa autonomia.

Em essência, a postura da inclinação significa um risco, mas também uma abertura a um modelo relacional. A inclinação nos ajuda a repensar a subjetividade marcada pela dependência e vulnerabilidade. A decisão de assumir o vulnerável como paradigma do humano – como ensinado por Emmanuel Levinas – significa restabelecer a ética baseada na *primazia do outro*. Significa pensar o relacionamento como uma dimensão de entrega de uns aos outros, sendo todos nós seres vulneráveis, com necessidade de ajuda. Significa tentar prevenir as práticas violentas de dominação/ exclusão das quais o sujeito egocêntrico e “reto” é, às vezes, o portador.

Eu reconheço neste risco da liberdade, nesta exposição a vulnerabilidades, nesta luta contra o fundamentalismo de um domínio de pensamento – o da psiquiatria do manicômio, por exemplo – o difícil caminho da emancipação. É um caminho caracterizado por uma trajetória, que vou

² Inclinar-se deriva de *kline*, que, em grego, significa “cama”.

descrever brevemente e que pode ser só uma linha curva, uma linha suavemente e surpreendentemente singular, uma linha inclinada!

ESTRATÉGIAS DA TRAJETÓRIA

A trajetória do hospital psiquiátrico para o território significou reabilitar não somente os internados. Significou reabilitar um sistema de saúde, uma comunidade, uma sociedade. Por isso, fechar o manicômio significou para nós, em Imola, construir o acesso real aos direitos de cidadania. Significou o exercício progressivo dos direitos, a possibilidade de reconhecê-los e praticá-los. Na realidade, o verdadeiro problema não foi fechar, o verdadeiro problema foi abrir! O problema não foi fechar o hospital. O verdadeiro problema foi abrir a possibilidade de vida na comunidade, abrir a prática dos direitos. Por isto tentamos, às vezes, com erros, mas sempre com determinação, estratégias que incidissem no nível legislativo, na disponibilidade dos recursos, na produção de acesso aos valores socioculturais e à afirmação dos sujeitos.

a) Estratégias que incidiram no nível legislativo, administrativo, organizativo:

O paradoxo do hospital psiquiátrico é que ele é frágil e poderoso, ao mesmo tempo. É frágil, porque não tem nenhuma justificativa econômica (total ineficiência), nenhuma justificativa científica. É um mecanismo arcaico, que gasta recursos humanos e financeiros. Por outro lado, o manicômio é poderoso, porque responde a muitas necessidades: o controle social do desvio, da pobreza, o controle da cronicidade produzida por uma organização clínica, que exclui seus erros e que é principalmente orientada para resolver as situações agudas, mas não é disposta a enfrentar os tempos e a complexidade das situações não agudas.

Por isso, sempre deveríamos nos perguntar: “Quais as necessidades sociais e institucionais que o asilo encontra?”. Em nossa trajetória antiinstitucional tentamos reconhecê-las e construir novas respostas: direitos sócias, por exemplo, acesso à instrução, à casa, à escola, ao trabalho, à remuneração, à livre sexualidade, à livre opinião, à promoção de si mesmo.

A clareza da estratégia é também clareza organizativa. Abrir uma alternativa ao hospital significa construir um sistema de saúde comunitário: uma área territorial de referência, uma renda econômico-financeira para usuários, uma única responsabilidade pública, uma integração entre o público e o privado *no-profit*, uma integração entre serviços de saúde comunitária, atenção social, hospitais gerais, em um plano de metas, tarefas, prazos, indicadores de avaliação.

Em essência uma lei e sua aplicação são credíveis, somente se estão determinados prazos certos, recursos, avaliações, penalidades e incentivos.

b) Estratégias que incidiram na disponibilidade dos recursos:

Ma com quais forças nós podemos atingir a meta da nossa trajetória? A solução mais óbvia, para nós, foi a transferência dos recursos econômicos, existentes na antiga organização institucional, para a nova organização (cada financiamento disponibilizado por vaga fechada no hospital se converteu em financiamento para recursos comunitários).

Os profissionais que trabalharam no hospital psiquiátrico tiveram a possibilidade de se resgatar, de recuperar sua dignidade profissional, envolvendo-se no novo método. Ocorreu (claro!) – como sempre acontece - uma resistência à mudança. Havia, às vezes por razões psicológicas, a impossibilidade de imaginar algo fora do cotidiano do hospital, ou havia medo de perder privilégios. Investimos, portanto, nas motivações, nos incentivos. Trocamos, às vezes, a equipe do hospital por aquela que trabalhava já na comunidade. Mas, sem dúvida, a estratégia vencedora foi utilizar novos lugares, novas pessoas, que não traziam com eles a cultura e a memória do manicômio. Neste sentido, desenvolveram um papel fundamental as cooperativas sociais: o olhar dos trabalhadores destas cooperativas era livre, ingênuo. A falta de preconceitos mudou positivamente a autoestima do usuário. Estes trabalhadores tinham talvez menor experiência, menor competência, mas conseguiram compensar estas “lacunas” com uma forte motivação. Foi um ato de confiança, que deu resultados inesperados. Foi muito importante, também, o papel dos “voluntários”: jovens, cidadãos, sem um papel institucional e sem uma qualificação profissional reconhecida, que por um tempo, por razões de ética e solidariedade, ofereciam gratuitamente sua disponibi-

lidade (e quero ressaltar nesta matéria o papel considerável desempenhado pelos voluntários brasileiros em Trieste e em Imola!). A autonomia dos voluntários, no que se refere às limitações impostas, em vez, aos profissionais pela burocracia institucional, se tornou produtora de possibilidades práticas e de escolhas para pacientes, no dia-a-dia da reabilitação.

Mas uma instituição não se destrói a partir do seu interior. Para produzir uma ruptura de um poder é necessário um contrapoder externo. Esse papel foi desempenhado, por exemplo, por familiares dos usuários, por associações dos usuários, por associações sociais e civis da comunidade. O ponto central desta estratégia foi pensar que a reabilitação da institucionalização não envolve só os pacientes, mas que envolve também a comunidade. Da mesma forma da nossa abordagem terapêutica, que não é dirigida apenas para a parte doente do indivíduo para recuperá-la, mas é especialmente direcionada para a parte saudável para desenvolver o seu potencial e sua capacidade de compensação, assim, o nosso olhar para a comunidade foi dirigido para a parte saudável da comunidade, disponível à mudança, ao invés de tentar neutralizar a parte da comunidade que era hostil. A rede social dos cidadãos foi um recurso terapêutico fantástico. O verdadeiro recurso consistiu, em essência, na capacidade dos usuários, dos familiares e dos cidadãos, colaborativos e solidários, de se reconhecer como atores concretos da própria vida.

c) Estratégias que incidiram na produção de acesso aos valores socioculturais e afirmação subjetiva:

Pretendo falar aqui da autonomia individual, instrução, formação profissional, capacidade social, empoderamento da pessoa, sua capacidade de expressar eficazmente o próprio ponto de vista.

O manicômio é *ontologicamente* incapaz de alterar o seu carácter desumano, tornando-se um “lugar civil” (e isto não significa que no início da mudança não devemos procurar a sua humanização). Mas a norma que reduz a pessoa a um objeto, típica do manicômio, impede a possibilidade que o paciente possa ser reconhecido como cidadão, e impede também que ele mesmo possa se reconhecer como sujeito, com desejos e direitos. Só fora do manicômio é possível a cura e a reabilitação.

E quando não havia possibilidade de alta individual por falta de habitação ou disponibilidade econômica, ajudámos, em Imola, as pessoas a obter uma pensão de invalidez do estado e assumimos a tarefa de construir residências para elas. Mas sempre tivemos presente a necessidade de considerar essas estruturas como *casas* reais para seus habitantes e não como instalações de reabilitação, dirigidas pelo serviço de saúde mental. Viver em sua própria casa responde a uma exigência fundamental do ser humano. A partir do reconhecimento deste direito fundamental, os habitantes das casas, às vezes com nossa ajuda, construíram relacionamentos com vizinhos, com lugares de encontro social, aprendendo ou reaprendendo à se expressar, à se sentir cidadãos, reivindicando coisas simples, mas de grande significado identitário, como, por exemplo, a solução dos problemas coletivos do bairro.

A partir de um contrato social efetivo (ser residentes em suas próprias casas), foi possível alcançar um reconhecimento social e construir / reconstruir novas identidades sociais.

AS FERRAMENTAS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Para identificar as “ferramentas” da desinstitucionalização, usei, às vezes, uma linguagem não técnica, semelhante ao que gostaria de utilizar ao me endereçar a um amigo, que, de forma “imprudente e ingênua”, desejaria se colocar neste empreendimento. Pensei em usar uma linguagem metafórica e me referi à literatura. Acredito que a consciência inexprimível da arte nos permite descobrir entre os eventos, que enchem nossas vidas diárias, algumas conexões, que ajudam a dar transparência à opacidade, que atravessa muitos momentos da nossa vida. Alguns anos atrás, escrevi um artigo chamado “As palavras da desinstitucionalização”. Escrevi esse artigo em analogia com o ensaio “Lições Americanas” de Ítalo Calvino. Esse autor escolheu cinco temas que constituem uma espécie de lista de valores a serem salvos pela literatura do terceiro milênio: *leveza, rapidez, exatidão, visibilidade, multiplicidade*.

Pareceu-me que havia uma grande proximidade entre as palavras usadas por Calvino e aquelas implícitas na trajetória da desinstitucionalização, assim como eu tenho vivido este processo em Gorizia, Trieste e Imola.

Imagino que tal mescla entre ciência e literatura possa não agradar muitos psiquiatras. Mas eu acredito que algumas contaminações podem representar um pensamento estimulante, fonte de desenvolvimentos potenciais. A arte é, também, conhecimento. Ela é – para Calvino – “uma severa disciplina da mente, temperada pela ironia e por uma consciência sempre vigilante do caráter parcial e provisório de todo método de pesquisa e conhecimento”.

LEVEZA

A leveza é, no meu ponto de vista, talvez a característica mais importante em um caminho de desinstitucionalização. Pudera-se pensar que a desinstitucionalização precise de um poder forte, em condições de confrontar as pulsões integralistas da instituição manicomial. Mas a institucionalização (no manicômio e fora de ele, no território) é tão totalizante que qualquer esforço para uma mudança, se usarmos seus mesmos métodos e lógica, leva a derrotar, enquanto representa um esforço simétrico em relação ao poder que se pretende negar. É necessário introduzir uma lógica original e imprevista, uma lógica de *outsider*. Contra o manicomialismo é necessária a leveza da ironia, a capacidade de dissolver o caráter compacto da instituição por meio de golpes de espadim, manejado com mão leve e certa. Faz-se necessária a leveza da fantasia e da atividade criativa. Num contexto institucional, mesmo a fraqueza nunca deveria ser temida: ela pode se tornar uma força e demonstrar uma valência imprevista e transbordante.

RAPIDEZ

A rapidez expressa uma outra característica importante dessa trajetória. O pensamento manicomial, basicamente, está focado na inércia. Portanto só mantendo constante a iniciativa, só evitando os tempos mortos, as mudanças podem ser desencadeadas. As intervenções devem ser aproximadas e traçar um movimento contínuo. O tempo da desinstitucionalização deve ser percebido como um ritmo, expandido pela dramatização dos momentos-chave, através uma modalidade pedagógica. Deve ser afirmada, dia após dia, uma impressão de peremptório e de essencial, em contraposição ao fatalismo da instituição, a sua inércia pantanosa, às “necessidades” e aos compromissos da burocracia.

Aquele que possui o poder é rápido, mas a mesma rapidez, na atuação da mudança, gera poder.

EXATIDÃO

A possibilidade de atingir o objetivo de um projeto depende da clareza e precisão da sua formulação. No entanto, existem duas maneiras de entender a exatidão. A primeira é a exatidão do pensamento tradicional psiquiátrico, que reduz o evento “sofrimento psíquico” a um esquema abstrato, e que leva à objetificação do paciente, à sua reificação. Ela pensa em termos de eficiência. O segundo caminho é a exatidão da desinstitucionalização, que tenta perceber, com a maior precisão possível, o aspecto sensível das coisas. Ele pensa em termos de eficácia. Este segundo processo conduz à valorização da subjetividade da pessoa. Mas a subjetividade é, por definição, sujeita às contingências e imperfeições. Há, portanto, uma contradição? Apenas na aparência, porque a precisão da desinstitucionalização não pode ser avaliada em um único momento e com parâmetros teórico-doutrinários. Ela deve ser avaliada na sua complexidade, que, como já dissemos, é a de uma trajetória sinuosa e contínua. Estamos cientes de que, neste caminho, às vezes temos que improvisar e ir para uma percentagem aceitável de erros, mas não devemos perder de vista a necessidade de retornar constantemente e pacientemente à precisão do projeto.

O que é importante é manter a rota!

VISIBILIDADE

Se a lógica manicomial se constitui, por antonomásia, no sequestro e no ocultamento, a desinstitucionalização se representa na transparência dos procedimentos. Na perspectiva da visibilidade se orientaram as nossas experiências da desinstitucionalização que, através de várias iniciativas, fizeram entrar o “fora” dentro da instituição e levaram o “dentro” para fora da instituição.

Mas, a visibilidade não é só abertura de uma porta ou a derrubada de uma grade e de uma parede: visibilidade é, também, tornar as coisas claras e participativas. Visibilidade, por exemplo, é tornar compreensível a forma-

ção conceitual da exclusão, as representações do poder na mente dos opressores e dos oprimidos. Em suma, aprofundar aquilo que outros chamaram a “pedagogia do poder” e seus mecanismos atributivos e adaptativos.

MULTIPLICIDADE

A lógica manicomial implica uniformidade de conhecimentos, mono dimensionalidade de significados, separação e pobreza de saberes. Seu instrumento é o diagnóstico, entendido como representação rígida e esquemática do sujeito. Se, ao contrário, estimulamos a pluralidade e a multiplicidade de abordagens, se nos medimos na complexidade, então nos encontraremos diante de uma sucessão de eventos, que evoluem e se tornam efetivos em tempos e espaços diferentes. Estes eventos constituem a história das pessoas, que é sempre um “cacho de histórias”. O diagnóstico é redução, a história do paciente é potencialidade. O método rígido e redutivo do diagnóstico relembra o universo explicativo de Newton. O método complexo e aberto da história refere-se mais ao universo implicativo de Einstein.

A desinstitucionalização é um processo aberto, não fechado, com estrutura modular, combinatória, portanto plural, potencialmente extensível. Ela é riqueza na multiplicidade dos saberes.

A DIREÇÃO DA TRAJETÓRIA

Para expressar ainda mais essa leitura da desinstitucionalização, como uma trajetória inclinada e sinuosa, vou me referir ao poder evocativo das imagens e das memórias. Vou contar três momentos desta trajetória, bem como eles se esboçaram na superação do hospital psiquiátrico de Imola, onde eu trabalhei a partir de 1987 até o ano 2002.

1) O PROJETO VALERIO

A primeira cena refere-se à escolha de um nome a ser atribuído ao projeto e que simbolicamente seria a expressão da sua filosofia.

O nome foi “Projeto Valerio”. Explico a motivação deste nome. Poucos dias depois de ter chegado a Ímola, como diretor do Hospital Psiquiátrico, perguntei ao pessoal do hospital quem era, de acordo com eles, o paciente mais grave. Eles responderam que era Valerio: um paciente de trinta e um anos, interno numa das alas do hospital. Naquela mesma noite, foi informado pelo médico de plantão que era hábito pedir a autorização do diretor para amarrar Valerio, suas mãos e pés. Caso ficasse livre, o paciente sacudia furiosamente a cabeça ou dava cabeçadas na parede. Além disso, Valerio sofria de incontinência, andava nu, não usava roupas nem sapatos. Na prática, permanecia amarrado – noite e dia – desde sua entrada no hospital, quando ele tinha 14 anos. Era um dos últimos pacientes a ficar amarrado. E assim continuava, embora tivessem tentado tudo o que era possível. Por outro lado, que forma de relacionamento se poderia imaginar com um *cerebropata* grave, que não falava, que era cego e que, também, poderia ser surdo?

Pensei, enquanto o colega me pedia aquela autorização, que Valerio precisasse, como todos nós, de uma relação afetiva, feita de carícias, de aconchego, de tons doces. Pensei em alguma forma de “*maternage*”, com presenças femininas, que pudessem responder à necessidade profunda de todo ser humano de encontrar-se em simbiose e sob a proteção de alguém. Não dei a permissão para a contenção e na manhã seguinte falei com os enfermeiros e com as enfermeiras da única seção mista do hospital, imaginando a hipótese de transferir Valerio para aquele sector. Havia naturalmente um problema de apoios a serem construídos em torno de Valerio. Envolvi alguns jovens voluntários que deveriam ficar próximos de Valerio, dia e noite. Sabíamos que o início seria duro, que haveria noites de insônia e muito cansaço.

Tudo o que aconteceu, surpreendeu e emocionou. Valerio entendia tudo aquilo que tinha sido iniciado e, do seu jeito, respondia. Cada vez mais se deixava convencer a não se flagelar. Os enfermeiros se desdobravam para além de qualquer expectativa. As enfermeiras, em especial, tinham *adotado* Valerio. Alguns lhe coçavam a cabeça para que dormisse, outros lhe ensinavam a usar os talheres. Pela primeira vez, Valerio sentia o prazer de um banho quente numa banheira. Usava roupas e sapatos e não estava mais incontinente. Às vezes, entoava doces canções de ninar, talvez

lembranças da infância... O pai havia retomado as visitas, que tinha interrompido há tanto tempo. Assim, depois de 16 anos, certo dia, Valerio foi visitar sua casa.

Valerio – claro – permanecia cego e ainda era portador de uma deficiência mental grave, mas também havia se tornado uma “pessoa”, um amigo de que estávamos orgulhosos. Pouco depois, ele foi viver em uma residência protegida. A mensagem derivada desta história era clara: se era possível fazer algo útil para ele, então poderia se fazer algo para todos. Valerio exemplificava o que temos chamado “o paradigma do último.” Na recuperação do paciente mais difícil era avaliada a credibilidade e o potencial da nova trajetória.

2) ASSUMIR RESPONSABILIDADES

A segunda cena refere-se igualmente aos primeiros momentos da chegada de um “basagliano” em uma instalação psiquiátrica localizada em um contexto sociopolítico – o da Emilia Romagna – ideologicamente alinhado à esquerda, mas fortemente retrógrado nas práticas de mudança antiinstitucional. Sendo o diretor do hospital psiquiátrico, tive direito a um apartamento no interior da área hospitalar. Quando, no primeiro dia, os faixeiros anunciaram-me que o meu apartamento – que ficava no prédio dos escritórios do hospital – estava pronto, declarei que iria dormir no dormitório de uma das enfermarias mais problemáticas do asilo. Pouco depois, a enfermeira-chefe chegou ofegante quase em um colapso nervoso. Seu respeito pela autoridade estava em conflito com a sua desaprovação: “temos um diretor totalmente louco!” Na verdade, não foi fácil dormir em uma grande sala onde estavam outras 20 pessoas em camas desconfortáveis de ferro e sem nenhuma mesa de cabeceira, com os pacientes que durante a noite mexiam comigo perturbando o sono; que fumavam e agitavam-se. Não foi fácil usar os mesmos banheiros fedorentos, assistir ao ritual da manhã de pacientes, que, nus e em uma linha, eram submetidos a um chuveiro feito por enfermeiros com uma mangueira. Não foi fácil comer a mesma comida, usar os mesmos pratos. Enquanto eu fazia isso, dava sistematicamente instruções, porque a partir desse momento tudo teria devido mudar. Mas não havia nenhuma objeção e os comportamentos dos traba-

lhadores hospitalares, repetidos durante anos, mudavam radicalmente em alguns dias. A equipe estava confusa, divertida, dizia “cobras e lagartos” de mim. Depois de alguns dias parei. Também porque foi chamado várias vezes pelas autoridades da saúde, que apreciavam meu gesto, mas remeiam-se à grande quantidade de problemas desencadeados. Mas, naquele tempo, tinha já conseguido afirmar um segundo paradigma: o da assunção total de responsabilidade. Para derrotar uma instituição total era necessário recorrer a uma responsabilidade total.

Há nestas duas cenas, que eu descrevi, algo mais profundo do que a eficácia comunicativa de uma linguagem simbólica. A atenção para o caso mais difícil (o paradigma do último) e o compartilhamento da condição dos pacientes (o paradigma da responsabilidade) deram testemunho a um novo pacto que foi assinado entre os “prestadores de cuidados” (os terapeutas) e quem precisava de cuidados (os pacientes). Um pacto que era muito diferente do que foi sancionado por Pinel em 1793. Na ocasião, Pinel havia libertado os loucos das correntes, mas os tinha obrigado a reconhecer-se “doentes”, necessitantes de cuidados e de interpretações pelos médicos. Depois de Gorizia e Trieste, no entanto, tinha-se quebrado a divisão: os pacientes tinham recuperado a sua palavra e tornaram-se protagonistas de sua vida³. Como “basagliano”, expressava, naquela hora, a vontade de fazer uma nova aliança com os pacientes e com toda a cidade: eu me *colocava totalmente e pessoalmente em jogo*. A partir desse momento não haveria escapatória para mim, nem uma minha situação particular, nem um espaço de poder asséptico ou soberano, decorrente de uma disciplina que me dava o direito de interpretar e gerir as necessidades dos loucos. A minha história, agora, estava indelevelmente ligada a essa dessas pessoa: iríamos sair dessa aposta ou vencedores, ou perdedores, mas sempre juntos.

“Ou nós todos, ou nenhum” como teria dito Bertold Brecht. Para superar a incerteza de seus soldados, Cortez tinha queimado os seus navios, evitando todo o caminho de volta à Europa: se poderia apenas ir em frente, à Cidade do México. De um modo semelhante, nós nos comportamos, naqueles anos - em Gorizia, em Trieste, em Imola - interpretando de uma forma radical a nossa função de prestadores de cuidados, indo mesmo além do que nos exigiam as disposições legislativas, quando parecia haver mais

³ Nos últimos anos, este processo foi “descoberto” pelo mundo anglo-saxão, que o definiu como “recovery”.

preocupação com a defesa dos interesses dos prestadores de cuidados do que com aqueles que necessitavam de cuidados. Tomar partido com os humildes, pôr em discussão o ego forte e “reto” descrito por Kant - um ego autocrático, intacto, coeso e autorreferencial – afirmar, pelo contrário, o valor da nossa fraqueza, bem tudo, paradoxalmente, dava grande força e credibilidade a nossa trajetória. Mas não fomos tão estúpidos a ponto de pensar em nós mesmos como heróis, narcisisticamente gratificados pelo nosso gesto. Nós estávamos procurando, simplesmente, a dignidade do nosso trabalho – o que mais poderíamos fazer para não se tornar opressores? Basicamente estávamos procurando a nossa felicidade em uma emocionante aventura de emancipação coletiva.

3) O DIA DO SAL E DAS ÁRVORES

A terceira cena se refere ao momento simbólico do fim desse processo. Refere-se à grande festa, em 1997, durante o fechamento total do asilo de Imola. Tínhamos chamado aquele momento “O dia do Sal e das Árvores”. Às vezes eu me lembrava do quanto Basaglia costumava me dizer: *Devemos nos comportar com o manicômio, como os antigos Romanos. Quando os Romanos conquistavam uma cidade inimiga a destruíam, arando com bois e pondo sal na terra. E isso acontecia porque o sal impede o crescimento de qualquer coisa!*”. Assim, naquele dia, dentro do antigo hospital completamente vazio, convidamos os ex-internados, os familiares e todas as pessoas que participaram no processo de desconstrução do hospital psiquiátrico. Aramos a terra, com a ajuda de dois bois brancos e todos juntos, usuários, familiares, profissionais, cidadãos, crianças, lançamos o sal nos pavilhões, nas celas fortes, nos banheiros, nos quartos do ECT. Foi uma grande emoção, uma grande festa... a gente chorava, ria, dançava, cantava... De Trieste, veio para a festa Marco Cavallo, *o cavalo azul*, símbolo da desinstitucionalização e da liberdade: um cavalo de papel machê construído pelos usuários. Ao final enchemos balões, cada um com o nome de um dos ex-internados; alguns dos usuários presentes escreveram palavras em um pedaço de papel ligado ao fio dos balões e em seguida os balões foram liberados levantando-se no céu. No mesmo dia, em cada uma das 24 casas, que surgiram em diferentes localidades, como resultado do fechamento do hospital, foram plantadas 24 árvores, signi-

ficando com isso o fim de um processo e o início de um outro. Morte e vida: Thanatos e Eros!

No nosso caminho ocorreram vitórias e fracassos, atrasos e avanços, erros e conquistas. Não estou de fato propondo um modelo. Estou falando de uma prática. Em Imola, não temos uma sociedade perfeita, onde acabou a discriminação, a exploração dos homens por outros homens. Infelizmente não é assim. Mas temos esta fundamental riqueza: as pessoas experimentaram a possibilidade de uma sociedade sem manicômios. Nós somos testemunhas de que existe a possibilidade de conseguir a libertação da nossa alienação (aquela dos “normais”), apenas se conseguirmos a libertação da marginalização dos outros, dos loucos, neste caso.

Mesmo a cena do sal e das árvores expressava um paradigma: a importância do mito. O intenso simbolismo coletivo daquele dia, de fato, significava que as histórias individuais dos pacientes, seus sofrimentos, sua reabilitação, mas também a reabilitação dos trabalhadores e de toda a cidade, os esforços e empenhos deles faziam parte de um processo mais amplo de emancipação e liberdade. Naquele dia, a “pequena” história de cada paciente ou de cada cidadão, que no processo tinha-se reconhecido, tornou-se a “grande” história da humanidade, na sua luta pela liberdade. Alguns desses balões libertados no céu, levados pelo vento, teriam podido se espalhar em países distantes. Alguns – quem sabe? – poderiam até mesmo ter cruzado o oceano e, de alguma maneira, teriam se disseminado, em novos contextos encontrando outros balões, com outras histórias parecidas. Talvez fosse no Brasil. O dia do Sal e das Árvores nos representou o mito da esperança, da confiança na capacidade dos homens em superar injustiças e violências.

Naquele dia, que marcava o fim do asilo de Imola, nós entendemos outra coisa: que a viagem ainda não havia terminado e que iria continuar em um território fora do hospital, cheio de contradições e instituições. Mas nós tínhamos já entendido que era importante para todos, não só o “quê” – o fim do asilo, o objetivo do nosso trabalho – mas também que tinha sido, e continuava a ser importante, o “como”. Era importante a viagem, em si mesma, a viagem que tínhamos feito e que continuávamos a fazer, como nos lembra o prêmio Nobel da literatura Constantino Kavafis, em seu belo poema “Ítaca”. A trajetória que Ulisses percorreu na sua via-

gem para chegar à sua terra, levou a inesperados encontros, sofrimentos, conhecimentos, alegrias e decepções. Quando Ulisses chegou finalmente em Ítaca, ele entendeu que a coisa mais preciosa foi a viagem, ou melhor, a motivação que o levou a lutar com tenacidade e coragem para chegar à sua terra. A nossa viagem na desinstitucionalização, a sua trajetória, foi parecida: foi uma parte da nossa vida dirigida à saúde, à pesquisa dos afetos e à restauração da justiça violada.

Tem sempre Ítaca na tua mente. / Chegar lá é o teu destino. Mas não te apresses absolutamente na tua viagem. Será melhor que ela dure muitos anos / para que sejas velho quando chegares à ilha, rico com tudo o que encontraste no caminho, / sem esperares que Ítaca te traga riquezas. Ítaca deu-te a tua bela viagem. / Sem ela não terias sequer partido.

o que podes esperar?

E se acha ela pobre / Não por esta razão Ítaca terá te decepcionado.

Sendo já sábio, / na em cima da tua experiencia.

Já você entenderá-lo que Ítaca quer significar.

Constantino Kavafis

REFERÊNCIAS

- ARENDT, H. *Vita activa: la condizione umana*. Milano: Bompiani, 1989.
- BRECHT, B. *Poesie e canzoni*. Antologia dell'opera poetica di Bertolt Brecht, con una scelta di poesie postume. Versioni di Ruth Leiser e Franco Fortini. Prefazione di Franco Fortini, Collana NUE n. 16. Einaudi, 1962.
- CALVINO, I. *Lezioni Americane*. Milano: Garzanti, 1988.
- CAVARERO, A. *Inclinazioni*. Critica della rettitudine. Milano: Raffaello Cortina, 2013.
- KAVAFIS, C. *Settantacinque poesie*. Traduzione di Nelo Risi e Margherita Dalmata. Einaudi, 1992.
- LÉVINAS, E. *Etica e infinito*. Il volto dell'altro come alterità etica e traccia dell'infinito. Traduzione di Emilio Baccarini. Roma: Città Nuova, 1984.
- VENTURINI, E. As palavras da desinstitucionalização. *Spazi della Mente*, anno II, fasc. 8, set-des. 1990.
- VENTURINI, E. *La Città proibita: nascita e fine dell'Ospedale Psichiatrico di Imola*. Imola: Galeati, 1994.

The Hearing Voices Approach

Paul Baker

I am from Manchester in the North West of England. I have been a mental health activist for the over thirty five years now. By training and profession I am a community development worker and my work and presentation reflects this perspective.

Although I have a great deal of experience in working alongside people diagnosed with mental health problems and with mental health professionals, the work I have been involved with has been carried out mostly outside of formal mental health service provision.

Today I am going to share with you three examples of overcoming institutional thinking and systems that have succeeded through combining innovation and partnership with local communities and communities of interest.

I am going to discuss the following:

- The Hearing Voices Approach
- Open Dialogue and
- Trialogues

I will consider why and how the philosophies, practices and outcomes of these approaches should be implemented universally as part of the deinstitutionalization agenda.

Who are the people in this picture?

Anybody want to guess?

They are my colleagues and friends.

They all hear voices.

They have all been diagnosed with schizophrenia.

They have all recovered and no longer regard themselves as having schizophrenia.

Like me they are all involved with the international Hearing Voices Movement (HVM) since 1989. The movement is a prominent mental health service-user/survivor movement that promotes the needs and perspectives of experts by experience in the phenomenon of hearing voices, also known as auditory verbal hallucinations within psychiatry.

The main tenet of the HVM is the notion that hearing voices is a meaningful human experience and this is why the term hearing voices is used rather than hallucinations. It is crucial that we recognize that importance of language in our work.

The Hearing Voices Movement questions, critiques, and reframes traditional biomedical understandings of voice-hearing, develop coping and recovery frameworks, redefine the ownership of power and expertise and promote political advocacy for the rights of those who hear voices.

Formed in the 1987 it is an international social movement made experts by experience (voice-hearers, family members) working in partnership with experts by profession (academics, clinicians, activists).

The Hearing Voices Movement is organized into local and national networks. It began in the Netherlands and the UK and now there are 29 National Networks throughout Europe, North America, Australia, and New Zealand. There are also emerging initiatives in Latin America, the Middle East, Africa, and Asia

The movement holds an annual world congress, the Sixth World Hearing Voices Congress was held in Melbourne, Australia, 2013 and was organised by people who hear voices. It attended by 800 delegates. This year the conference is being held in Thessalonika, Greece.

At these events and in all of its work the Hearing Voices Movement seeks to combine the experience of voice-hearers and professionals in developing ways of working that draws on the value of peer support and that help people to live peacefully and positively with their experience.

The main finding of the Hearing Voices Movement and the challenge for mental health services is that reducing and reifying voice-hearing to a pathological phenomenon is not beneficial in helping people to learn to cope with their voices.

On the contrary effective practice for supporting distressed individuals should involve trying to understand the voice-hearer's frame of reference, supporting them to change their relationship with their voices and promoting the valuable role of peer support for decreasing social isolation and stigma.

THE CORE VALUES OF THE HEARING VOICES MOVEMENT ARE AS FOLLOWS

- a normalizing belief that hearing voices is a natural part of the human experience
- voices themselves are not viewed as abnormal or aberrant
- voices are conceptualized as meaningful and interpretable response to social, emotional, and/or interpersonal circumstances
- diverse explanations for voices are accepted and valued
- it respects that people may draw on a range of explanations to make sense of their voices
- voice-hearers are encouraged to take ownership of their experience and define it for themselves
- in majority of cases voice-hearing can be understood and interpreted in the context of life events and interpersonal narratives

- A process of accepting voices is regarded as more helpful than attempting to suppress or eliminate them.
- This process involves accepting the voices as a real experience, honoring the subjective reality of the voice-hearer
- Recognizing that voices are something that the voice-hearer can—with support—deal with the experience successfully
- Peer support is seen as a fruitful means of helping people to make sense of and cope with their voices.
- Mutual support groups with emphasis on group ownership rather than following a predetermined structure
- Online support forums are an increasingly common feature
- One-to-One peer work is used as a means of promoting change
- Embraces principles of Intentional Peer Support

The Hearing Voices approach accords with the type of psychosocial causal explanations and treatments favored by many service-users and their families, psychological perspectives on voice-hearing and the general drive toward recovery-oriented mental health practice.

Over the last year there has been a growing body of empirical research that supports this approach including the following:

- there is increasing evidence for a continuum model of voices and similar experiences
- the robust associations between voices and traumatic; adversarial life events in both clinical and nonclinical populations
- voice content is psychologically significant and meaningful
- greater levels of emotional suppression are associated with more frequent and troublesome voice-hearing experiences
- the commonality in structural voice characteristics between psychotic patients, non-psychotic patients, and nonclinical groups

- comparable patterns of functional activation in clinical and nonclinical voice-hearers
- links between voice-hearing and mental health problems being primarily determined by an individual's interpretation of and/or emotional response to their voices
- the development of relational approaches to voice-hearing within cognitive behavioral therapy

Paradigm shift an understanding of voices as a meaningful experience that can direct personal change and recovery creating a shared identity, a new language, and practice of hope and situating voices as an intelligible human experience is reassuring, reduce shame, and stigma promotes a positive a positive therapeutic alliance.

The Hearing Voices Movement has a dual focus in that it is as concerned about the human rights, emancipation, and societal change re. issues of systemic adversity, abuse, and injustice that research implicates in the origins of distressing voices and support, treatment, and healing for instance:

- Voice profiling – creating a construct e.g Maastricht Interview schedule
- Voice dialoguing – talking to voices
- Peer Support Groups
- Trauma-informed practice

Twenty-five years after the Hearing Voices Movement first created the space for people to discuss voices, 'the voice-hearer' has become established as an identity people can adopt, inhabit, and mobilize in order to lay claim to a view of voice-hearing as meaningful in the context of people's lives. The challenge, perhaps, for the next quarter century is for the mental health professions fully to recognize this claim and its potentially radical implications. (WOODS, 2013, p. 263).

OPEN DIALOGUE: A FAMILY AND SOCIAL NETWORK APPROACH TO PSYCHOSIS CARE

The Open Dialogue approach is an innovative approach to people experiencing a mental health crisis and their families/networks, and a system of care, developed at Keropudas Hospital in Tornio, Western Lapland, Finland over the last 30 years.

In the 1980s psychiatric services in Western Lapland had one of the worst incidences of 'schizophrenia'. Now they have the best documented outcomes in the Western World. For example, around 75% of those experiencing psychosis have returned to work or study within 2 years and only around 20% are still taking antipsychotic medication at 2 year follow-up.

Open Dialogue is not an alternative to standard psychiatric services, it is the psychiatric service in Western Lapland. It is a comprehensive approach with well-integrated inpatient and outpatient services.

The Approach involves working with families and social networks, as much as possible in their own homes, Open Dialogue teams work to help all those involved in a crisis situation to be together and to engage in dialogue.

It has been their experience that if the family/team can bear the extreme emotion in a crisis situation, and tolerate the uncertainty - in time - shared meaning usually emerges and healing is possible.

OPEN DIALOGUE HAS DRAWN ON A NUMBER OF THEORETICAL MODELS, INCLUDING SYSTEMIC FAMILY THERAPY, DIALOGICAL THEORY AND SOCIAL CONSTRUCTIONISM

- de-emphasizes pharmaceutical intervention and instead establishes a dialogue with the patient,
- provides immediate help, and organizes "a treatment meeting" within twenty-four hours of the initial contact.
- sees psychosis as "happening between people, not within a person."

- putting attention on helping improve the social relationships surrounding the person in crisis as the key to recovery.
- addresses the problems in the network of relationships surrounding a person who is “in crisis,” rather than assuming the problem is inside the person’s head.

OBJECTIVES

- Help the social network – including changing attitudes of providers – rather than just focusing on achieving change in the person in crisis.
- The problem the process seeks to resolve is seen as being between people and in the broader social context, not in the pathology of the individual.
- Achieves treatment outcomes — avoiding hospitalization, lowering use of medication, and getting people through crisis

SOCIAL NETWORKS AND FAMILIES

Clients are not compelled to include family members if they are against it - safety and abuse issues are given priority.

However, separation from an abusive family is not always considered the best strategy, because by removing oneself you may lose the opportunity to confront and challenge the abuse.

At a “first break” there is an opportunity to bring family dynamics out into the open and achieve power shifts in relationships.

Someone who engages with an abusive family member directly, and successfully overcomes emotional dependency or fear, might then have stronger resources to transform deeper problems.

When you separate from your family, you might carry unresolved feelings and patterns that shape the rest of your relationships and life, and find you haven’t really separated at all.

Open Dialogue Meetings

The aim of the meeting is defined as that of dialogue, in which the patient can find voice, thus reducing the person's sense of isolation.

The approach emphasizes the process of finding language for the psychotic experience that previously was inexpressible and creating a shared understanding of the crisis within a network.

The use of ordinary words and creation of joint meanings tends to generate a collaborative set of relationships and to open up an avenue to people's own knowledge, skills, and capabilities.

OUTCOMES

The results consistently show that this way of working reduces hospitalization, lowers use of medication, and leads to less reoccurrence of crisis when compared with psychosis treatment as usual. For example:

- A five-year follow-up study (Seikkula et al. 2006), 83% of patients have returned to their jobs or studies or were job seeking, thus not receiving government disability. In the same study, 77% did not have residual psychotic symptoms.
- The Open Dialogue patients were hospitalised less frequently, and three per cent of these patients required neuroleptic drugs, in contrast to 100 per cent of the patients in the comparison group.
- At the two-year follow-up, 82 per cent had no, or only mild non-visible psychotic symptoms compared to 50 per cent in the comparison group.
- Patients in the Western Lapland site had better employment status, with 23 per cent living on disability allowance compared to 57 per cent in the comparison group.
- Relapses occurred in 24 per cent of the Open Dialogue cases compared to 71 per cent in the comparison group (Seikkula et al., 2003).
- A possible reason for these relatively good prognoses was the shortening of the duration of untreated psychosis (DUP) to 3.6 months in Western Lapland, where the network-centred system

has emphasized immediate attention to acute disturbances before they become hardened into chronic conditions.

LESSONS

- Meet clients in crisis immediately and often daily until the crises are resolved.
- Avoid hospitalization and its consequential stigma
- Preferably meet in the homes of those seeking their services
- Avoid the use of anti-psychotic medication wherever possible.
- Work in groups, because psychosis is a problem involving relationships.
- Include in the treatment process the families and social networks of those seeking their help
- Clinicians work in teams, not as isolated, sole practitioners
- Approach values of the voice of everyone in the process, most especially the person directly in crisis.

TRIALOGUE GROUPS

- The creation of a community forum where everyone with an interest in mental health participates in an open dialogue
- A means of communication between service users, family members and mental health workers beyond role stereotypes
 - Service users, ex- service users, survivors
 - family and friends
 - mental health workers
 - Citizens
- The collective expertise creates learning, transformation and communication skills

- Respectful ground rules ensures open dialogue is possible
- The common denominator is an interest in mental health

CHARACTERISTICS OF OPEN DIALOGUE PROCESSES AND PARTICIPATION

- The dialogue is based on give and take as opposed to one way communication
- All people concerned by the issue under investigation should have the opportunity to participate
- Participants are obliged to help other participants be active in the dialogue
- All participants have the same status within the dialogue arena
- Experience is the point of departure for participation
- At least some of the experience the participant has when entering the dialogue is seen as relevant
- It must be possible for all participants to have an understanding for the topics under discussion
- An argument can be rejected only after an investigation (and not for instance, on the grounds that it arises from a source with limited legitimacy)
- All arguments to enter the dialogue must be represented by the actors (participants) present
- All participants are obliged to accept that other participants may have better arguments than their own
- Among discussion issues can be the roles occupied by participants with no one exempt from such a discussion
- The dialogue should be able to integrate a growing degree of disagreement
- The dialogue should continuously generate decisions that provide a platform for joint action

- meets regularly in an open discussion forum
- located on “neutral terrain” outside any therapeutic, familial or institutional context
- aim of communicating about and discussing the experiences and consequences of mental health problems and ways to deal with them
- on an equal footing – as experts by experience and experts by training or both.

Well over 150 groups in Germany today

5000 people involved in Trialogue at any given time (Bock & Priebe, 2005)

Trialogues in Austria, Switzerland, France, Lichtenstein, Poland
Istanbul, Beijing, Buenos Aires et al.

Growing interest in english-speaking countries:

Mental Health Trialogue Network, Ireland www.trialogue.co

WHAT IS A MENTAL ILLNESS?

Good and bad experiences with services

WHAT HELPS?

The role of medication

Crisis management

Stigma and discrimination

Work and social inclusion

Power, powerlessness, and empowerment

The family doctor as a trialogue partner

Where are the professionals?

The “good” psychiatrist – different perspectives

When help has more unwanted than wanted effects

Diagnosis as a trap – being put in a box

Spirituality and mental health

Hopes for recovery and healing

Day clinics – why so few?

From aftercare to prevention – easy access to early help

Clinical and field trials – experimenting with patients

Silent users – who is helping them?

Features

Neutral setting

all expertise acknowledged on equal footing

no need for role compliance

Creative exchange and experiments with perspectives

Learning, information gathering, asking questions

Experiencing different interpretations of similar roles

Abundance of expertise in one room

Secure setting, rules, limits (time, communication style etc.) power balance?

Outcomes: This openness must continue

Communication in dialogue groups is clearly different from clinical and other encounters

Groups cherish and aspire to create:

- Mutual concern for each other
- good will
- openness and truthfulness

Clinical routine with role prescriptions, power balance and constant pressure to act is experienced as an impediment

Triadogue facilitates a discrete and independent form of communication and acquisition and production of knowledge

Common Themes

Partnership and shared responsibility

Relationships based on trust and rapport

Recognising expertise and strengths

Nothing about me without me

Reciprocity and equality

Authenticity and congruency

Shared interests and values

Implications

Professional boundary and control issues need to be considered

We are people first

We are visitors in people's lives

We should aim to make ourselves redundant in people's lives

We should work with social networks

Whole life recovery is the objective

RECOVERY RELATIONSHIPS ARE FOSTERED BY:

Being listened to

Feeling valued

Connectedness

Shared language

Continuity

Shared time

REFERENCE

WOODS, A. The voice-hearer. *J Ment Health*, v. 22, p. 263-270, 2013.

Inclusione sociale delle persone svantaggiate: processi di capacitazione e per lo sviluppo umano nei servizi per la salute mentale a Trieste

Giuseppina Ridente

La società umana è diversa dal branco di animali perchè qualcuno può sostenervi; è diversa perchè è in grado di convivere con gli invalidi, tanto che storicamente la società umana potrebbe dirsi nata insieme con la compassione e con l'aver cura; qualità soltanto umane [...] Non riesco a pensare a niente che sia più importante di questo. E' da qui che si deve cominciare (Bauman, 2009).

PREMESSA

La tematica della lotta all'esclusione è contenuta in tutti i documenti europei degli ultimi anni, dal Libro Verde in poi, che hanno riguardato l'ambito sociosanitario e in particolare la salute mentale.

Il documento dell'OMS sui determinanti sociali di salute sottolinea l'importanza dell'integrazione sociosanitaria nella risposta ai bisogni fondamentali e alle necessità di partecipazione sociale. Secondo tale documento i fattori principali che, a diverso titolo, hanno un impatto sulla distribuzione della salute e del benessere degli individui e delle popolazioni, sono il contesto politico e socio economico; la posizione socio-economica della persona: reddito, istruzione, occupazione, genere, gruppo etnico/razza, classe sociale.

In particolare il reddito e l'istruzione incidono in modo significativo sullo stato di salute: più elevati sono i livelli di reddito e di istruzione più favorevoli sono gli indicatori di salute.

A tali determinanti definiti “strutturali” sono associati i “determinanti intermedi” e cioè i fattori la cui azione è più direttamente legata all'insorgenza/aggravamento di malattia: condizioni ambientali, psicosociali, comportamenti individuali, coesione sociale ecc.

Di fatto le variabili statistiche più significative utilizzate per misurare il grado di inclusione sociale sono:

- ♣ il reddito disponibile,
- ♣ il livello di istruzione,
- ♣ la capacità di iniziativa familiare,
- ♣ l'inserimento occupazionale,
- ♣ l'accessibilità al mercato immobiliare,
- ♣ il livello di occupazione femminile,
- ♣ la capacità di lavoro in proprio.

Secondo un approccio che supera una visione strettamente economicista, l'inclusione sociale va intesa come il processo in cui le persone hanno l'opportunità di vivere secondo le proprie scelte e valori con la finalità di poter migliorare le proprie condizioni di vita.

Si realizza quando tutti gli individui e i gruppi godono degli standard essenziali di qualità di vita, le disparità tra le persone e i gruppi sono socialmente accettabili e il processo attraverso il quale vengono raggiunti questi risultati è partecipativo ed equo.

Gli elementi sui quali orientare politiche integrate volte a promuovere effettiva inclusione sono (secondo autori come Bauman, Beck, Nussbaum e Sen) l'integrazione sociale di chi è emarginato, la partecipazione e l'empowerment, i diritti di cittadinanza, lo sviluppo delle capabilities, il ruolo del legame sociale e l'istanza di solidarietà.

LA COMPLESSITÀ DELLA QUESTIONE INCLUSIONE SOCIALE

Parlare di inclusione sociale nel contesto attuale rappresenta però una sfida complessa. Viviamo una fase storica critica dello sviluppo delle società capitalistiche: impoverimento diffuso del ceto medio, povertà nuove, disgregazione dei legami sociali significativi, individualismo diffuso in tutte le relazioni della vita quotidiana, smagliamento del reticolo sociale con conseguente riduzione del sostegno sociale.

Negli ultimi 10-15 anni abbiamo assistito ad un processo di progressiva precarizzazione del lavoro accanto ad un ridotto investimento formativo e ad un minor esercizio di potere e di autodeterminazione da parte del cittadino fragile e non.

In questa cornice la società sembra sempre più orientarsi alla diffidenza e al risentimento verso il diverso e, tranne qualche eccezione, sembra andare verso l'aumento delle diseguaglianze che si accompagnano ad una riduzione della sfera dei diritti della persona.

Basta osservare i dati della disoccupazione nei nostri paesi e l'aumento della povertà sociale in tante città per rendersi conto del periodo difficile nel quale siamo. Parlare di inclusione sociale senza interrogarsi sul modello di sviluppo sociale costruito negli ultimi decenni, rischia di non farci comprendere come funziona la produzione dell'esclusione e la riduzione dei diritti più elementari per tanta gente.

L'inclusione è, dunque, un obiettivo sociale e, nonostante l'alleanza tra le persone oggi non sia più tanto invocata, occorre invece investire proprio sui legami di comunità per creare contesti inclusivi. Parlare di inclusione sociale, in questa realtà, può quindi solo voler dire rimettere al centro alcuni concetti fondamentali della pratica sociale quali eguaglianza, giustizia, solidarietà e cooperazione. Più che mai, inoltre, in una situazione di crisi economica e carenze di risorse parlare di costruzione di percorsi di inclusione e salute implica costruire opportunità concrete di empowerment e autonomia per le persone (casa, lavoro, relazioni).

Per favorire i processi di inclusione vanno messi, dunque, in campo sistemi di azione diversi, quali la relazione di aiuto da una parte e la promozione di contesti che integrano dall'altra. Viene così sviluppato sia un lavoro relazionale, per riposizionare gli individui come attori del

proprio progetto di vita e per sostenerli nei percorsi emancipativi e di empowerment; sia un lavoro di mediazione sociale e mobilitazione del territorio dove vive l'individuo per migliorare le condizioni di inserimento e contrastare i rischi di isolamento e marginalità.

Va però rilevato che nella pratica dei servizi, nella costruzione di percorsi di inclusione sociale, l'elemento che rimane spesso poco interrogato e valorizzato nei suggerimenti che può dare è proprio il territorio. Sottovalutarlo nella sua potenzialità o non considerarlo affatto priva i soggetti di un interlocutore indispensabile alla declinazione di progetti personalizzati. Assieme ai servizi, esso contribuisce infatti a comporre la rete attraverso la quale si costruisce salute.

Come scrive Righetti si delinea la necessità di un

programma di trasformazione progressiva degli interventi, da forme prevalentemente sanitarie di risposta al bisogno socio-sanitario, a forme partecipate ed organiche al tessuto sociale, capaci di innescare sviluppo umano esteso, scelta di opportunità per le persone, le famiglie, le comunità locali (RIGHETTI, 2013).

L'obiettivo dell'inclusione sociale sembra però aver subito un ridimensionamento di priorità nelle pratiche quotidiane dei servizi per la salute mentale, rispetto al prevalere di una cultura dell'emergenza e della crisi. La cultura "sanitaria" nei servizi sta di fatto prendendo sempre più spazio a discapito della costruzione di percorsi di salute e benessere più complessivi, di supporto ai progetti di vita delle persone considerate nel loro aspetto più intero. Ciò benché il concetto di approccio globale (*whole life - whole system*), centrato sulla persona e basato sui diritti, si riconfermi come quello che meglio risponde alla complessità dei bisogni portati dalle persone e dalle comunità. E' necessario dunque ricollocare strategie, strumenti e partner, necessari alla concretizzazione di progetti di vita più globali per le persone svantaggiate, quali cuore di ogni intervento.

La crisi dei conti pubblici ha inoltre originato una crisi dei sistemi di welfare mettendone in discussione la sostenibilità economico-finanziaria. Il tema della insufficienza delle risorse pubbliche rispetto alla eccedenza di bisogni e domanda di buona vita da parte di cittadini esclusi o non sufficientemente integrati nella società, accompagna infatti da sempre

i sistemi di welfare. Come conciliare le risorse finanziarie pubbliche calanti con i bisogni in aumento delle persone svantaggiate è la domanda che più di ogni altra ritorna e grava, in questa fase storica, nella pratica quotidiana delle istituzioni.

La crisi di welfare ha, d'altro canto e paradossalmente, favorito l'emergere di nuove forme di coinvolgimento partecipativo dei cittadini a livello di comunità locali e l'avviarsi di soluzioni organizzate nella gestione dei servizi sociali, intermedie tra la dimensione del pubblico e quella privata di mercato o del privato sociale, caratterizzate, a volte, nella direzione dell'autogestione. Oggi la situazione di crisi sembra, infatti, accentuare e accelerare la necessità di trovare soluzioni altre, spinge a dar sostanza a parole importanti quali coesione sociale, comunità, partecipazione, reciprocità, molto usate ma ancora troppo poco concretizzate. Le persone sono spinte ad autorganizzarsi e a cercare in idee nuove e nuove alleanze una possibile via di uscita attraverso i movimenti che animano la società (associazionismo, centri sociali, attivisti delle grandi città etc.).

PROCESSI DI CAPACITAZIONE

I percorsi di cura hanno bisogno, per poter essere efficaci, di un contesto ambientale e relazionale volto al sostegno del funzionamento sociale delle persone con problemi di disabilità o malattia. E' indispensabile attivare pratiche riabilitative e per l'empowerment che promuovano la ripresa di un funzionamento sociale accettabile e l'incremento della qualità dell'habitat sociale che punti all'eliminazione degli ostacoli al processo di sviluppo umano. "Sono infatti proprio gli impedimenti esterni all'accesso ed esercizio dei diritti espressivi, formativi, lavorativi, di habitat sociale, che trasformano una persona vulnerabile o a rischio in un caso di disabilità." (RIGHETTI 2013).

Progettualità tese a favorire l'empowerment dei soggetti, realizzate in partenariato con le diverse agenzie territoriali e indirizzate a migliorare le possibilità di recovery, rappresentano oggi elementi qualitativi imprescindibili dell'azione inclusiva messa in campo negli interventi di carattere sociosanitario. Questo significa garantire, sia nell'ambito della prevenzione, dell'educazione sociale che in quella della

riabilitazione, l'eguaglianza delle opportunità attraverso lo sviluppo delle capacità. Oppure, per usare l'espressione di A. Sen, lo sviluppo delle capabilities, definite come "l'insieme delle risorse relazionali di cui una persona dispone, congiunto con le sue capacità di fruirne e quindi di impiegarle operativamente", cioè la "facoltà di agire e di scegliere della persona in tutta autonomia" (SEN, 1992). Per Sen, quindi, più che di uguaglianza dei diritti bisogna parlare di "uguaglianza delle libertà" di ognuno nella società in una prospettiva d'inclusione e di sviluppo di tutti.

Secondo Nussbaum, inoltre, gli individui si differenziano a seconda della loro capacità di convertire le risorse in funzionamenti dove "...lo snodo è rappresentato dalle capacità necessarie per appropriarsi delle risorse e, attraverso queste, promuovere la realizzazione della propria persona – che cosa una persona è effettivamente in grado di fare e di essere. [...] Ogni persona dunque deve essere messa in grado di esplicitare il proprio ventaglio di competenze, per quanto residuali, così affermando il principio della capacità individuale e della persona intesa come arbitro circa i propri bisogni" (NUSSBAUM, 2011).

Processi di capacitazione sono quelli che mettono una persona in condizioni di poter interagire positivamente con il suo contesto, di poter accedere e utilizzare le risorse disponibili per tradurli in funzionamenti e poter agire e scegliere la propria vita. Povertà, marginalità e privazione riducono le capabilities e la libertà di realizzazione umana. L'istruzione e un'assistenza sanitaria migliori risultano fondamentali per la libertà goduta dagli individui permettendo loro una miglior qualità della vita, creando le condizioni per favorire lo sviluppo di tutte le potenzialità della persona e riducendo conseguentemente i costi sociali per l'assistenza. "Creare però le condizioni che favoriscono la realizzazione dei diritti ed il funzionamento delle capacità delle persone, in particolare quelle svantaggiate, presuppone una comunità che si faccia carico della relazione di aiuto e della relazione di cura" (SEN, 2001).

Quali dunque le strategie per un servizio pubblico che decide di riaffrontare la questione del modo di fare salute e costruire contesti inclusivi, rimettendo in campo ragionamenti e interventi più globali che diano miglior risposta alla complessità di tempi e bisogni?

IL RUOLO DEL SERVIZIO PUBBLICO: L'ESPERIENZA DI TRIESTE

E' fondamentale che i servizi territoriali, nell'organizzare il proprio agire, si muovano nella logica di promuovere, valorizzare, sostenere attivamente le capacità di responsabilizzazione e di protagonismo degli utenti, delle famiglie e delle organizzazioni di utilità sociale che nascono all'interno delle comunità locali, al fine di costruire assieme la risposta ai diversi bisogni. Curare significa attivare più che assistere, confrontarsi con le abilità, pure residue, più che con le disabilità, essere operatori/trici della mediazione e facilitazione più che della tutela e dell'invalidazione, uscire da un rapporto terapeutico duale, per mettere in connessione persone e mondi di norma separati, ricercare pluralità di soggetti e qualità di interventi.

L'organizzazione del sistema dei servizi di salute mentale a Trieste¹, a partire dal processo di deistituzionalizzazione nell'approccio alla malattia mentale, ha sperimentato modalità organizzative e terapeutico-abilitative che hanno progressivamente portato a considerare la centralità delle persone e dei loro diritti come l'obiettivo principale dell'intervento. Il progetto terapeutico-abilitativo personalizzato ha assunto il ruolo del più importante dispositivo di intervento nel percorso di cura e di inclusione sociale, a partire dal primo contatto di un cittadino con i servizi di salute mentale.

Appare inoltre rilevante sottolineare che nelle strategie organizzative delle risorse disponibili, umane ed economiche, si è continuativamente investito nella creazione, nella crescita, nello sviluppo e nell'autonomizzazione di soggetti altri, possibili interlocutori ed alleati del processo emancipativo e di benessere di chi vive l'esperienza del disagio. Ed è a partire da tale logica che, oggi, in una sempre più chiara consapevolezza dell'impossibilità strutturale del Pubblico di rispondere in modo esaustivo alla domanda di salute della popolazione afferente ai diversi servizi, si rende necessario consolidare o avviare pratiche di integrazione, coinvolgimento, partecipazione informata, allargamento della rete degli attori coinvolti

¹ A Trieste l'investimento continuativo sviluppatosi a partire dal processo di deistituzionalizzazione nell'approccio alla malattia mentale permette, oggi, di "configurare una realtà operativa che si avvale di numerosi strumenti di intervento. Il Centro di Salute Mentale sulle 24 ore, la domiciliarità degli interventi, la formazione, la borsa di inserimento lavorativo, l'approccio multidisciplinare degli interventi, i programmi psicoeducativi e di sostegno alle famiglie, il lavoro in rete con altre Agenzie istituzionali, le imprese sociali, l'accoglienza comunitaria, le attività laboratoriali, socializzanti e ricreative rappresentano gli strumenti operativi che vengono variamente modulati all'interno dei progetti terapeutico-abilitativi personalizzati" (DELL'ACQUA, 2003).

nella costruzione di politiche e assetti fortemente incardinati nel territorio e con la comunità.

Si ricorda in tal senso il ruolo storicamente importante assunto dalla Cooperazione Sociale nel quadro del sistema di Welfare regionale. La Cooperazione Sociale è sorta, fra le prime in questa Regione, a partire da forme di autorganizzazione sociale di operatori del settore e di utenti dei Servizi socio-sanitari, permettendo la crescita di un rapporto di partnership pubblico/privato sociale che costituisce risorsa insostituibile al fine di incrementare il “sistema delle opportunità” nel territorio.

Nel processo di produzione di cittadinanza e empowerment i servizi di salute mentale sono impegnati nella progettazione, costruzione e stabilizzazione di una rete di opportunità di formazione e sviluppo di capacità, come supporto per il reinserimento sociale delle persone in difficoltà, realizzando laboratori per l’acquisizione di competenze del vivere quotidiano rivolto ai soggetti con disagio o a rischio di emarginazione sociale in collaborazione con il privato sociale. L’obiettivo è quello di sostenere le persone svantaggiate in un percorso di riabilitazione socio-culturale e di sviluppo umano, il che significa innanzitutto lo sviluppo delle capacità delle persone affianco all’incremento della loro possibilità di accesso alle risorse attraverso percorsi formativi (*training, living e vocational skills*) e di informazione (psicoeducazionali e consapevolezza sociale). Ma è innanzitutto un processo di ricostruzione dei diritti di cittadinanza, dove un buon intervento di reintegrazione delle persone con disabilità psichica deve fondarsi su 3 assi prioritari: la casa il lavoro e la socialità, portando le persone a raggiungere il miglior livello di vita possibile, coinvolgendo anche la famiglia del soggetto e quanti sono a lui vicini.

Il processo di ri-abilitazione presuppone quindi la realizzazione di un intervento di sostegno competente alla ri-appropriazione da parte dell’utente di abilità perse, ma soprattutto l’esistenza di luoghi e situazioni, contesti, in cui spendere queste abilità: sistema delle opportunità. Questa sintesi tra sostegno ed opportunità genera il ripristino del funzionamento sociale delle persone e incide positivamente sulla prognosi delle persone con disturbo psichico.

Il Dipartimento di Salute Mentale deve mantenere la titolarità della presa in carico e della cura affinando sempre più, da un lato le dimensioni clinico/terapeutiche e dall'altro un'altra funzione di governo complessivo delle risorse in gioco nei percorsi di cura. Instaurando relazioni di partenariato dove le risorse economiche destinate alle attività di riabilitazione vanno interpretate come investimento per la creazione di legami sociali e nuove opportunità di sviluppo locale. Il lavoro degli operatori (pubblico e privato) deve essere dunque indirizzato a ricreare reti sociali generative di relazioni e di solidarietà, e il ruolo del partner non dovrà ridursi a gestore di strutture, più o meno protette, ma diventare soggetto imprenditoriale che costruisce occasioni di casa, lavoro e socialità e fornisce gli adeguati supporti non specialistici per la fruizione di queste opportunità da parte degli utenti.

Si valuta significativo a questo punto fare riferimento ad alcune questioni considerate prioritarie, nell'attivazione di processi inclusivi, e cruciali rispetto alla vita delle persone in particolare se portatrici di una forma di disabilità. Ci si riferisce qui ai tre assi portanti dei processi ri-abilitativi: casa-lavoro-socialità. Queste aree corrispondono ai principali determinanti sociali di salute e costituiscono, come ampiamente riconosciuto nella letteratura internazionale, i supporti sociali indispensabili per esercitare protagonismo sociale e partecipazione. Per le persone svantaggiate diviene spesso difficile esercitare questi diritti di base e ancor più sperimentare in piena autonomia queste opportunità. E' in queste situazioni che i servizi affiancati dai partner, in particolare del privato sociale, devono sostenere le persone a concretizzare ed esercitare il diritto ad abitare una propria casa, lavorare dove è possibile o in ogni caso costruire dei progetti con senso per la propria vita. L'obiettivo è la costruzione e promozione di ambienti supportati, da operatori e reti di sostegno, dove le persone con disabilità possano esercitare il proprio diritto di vita quotidiana autonoma per quanto è possibile.

LABORATORI PERMANENTI DI CITTADINANZA

Nelle pratiche di lavoro dei servizi per la salute mentale a Trieste assume una specifica valenza per il processo di sviluppo umano e recovery

la rete dei laboratori e centri diurni diffusi nella città che prendono il nome di “Laboratori permanenti di cittadinanza”, organizzati funzionalmente in diverse sedi e in partnership con molteplici compagini sociali, operanti nei diversi settori, che collaborano a vario titolo alla costruzione dei percorsi abilitativi e di inclusione sociale. Si creano contesti che permettono alle persone di cambiare l’immagine di se stessi, esprimendo aspetti altri di se differenti dalla sola malattia.

Sono laboratori di formazione, progettazione e realizzazione di programmi che promuovono e sviluppano capacità e attitudini espressive e relazionali, di ri-appropriazione di identità e che prevedono il coinvolgimento diretto in tutte le fasi, delle persone portatrici di disagio, al fine di sviluppare percorsi di progressiva autonomia.

Nell’ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, i diversi programmi consentono di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell’inserimento lavorativo, articolando i propri programmi in luoghi differenziati e, concertando le attività con le cooperative sociali e le associazioni convenzionate e/o accreditate con il Dipartimento di salute mentale.

Questi percorsi, orientati alle diverse aree di bisogno e fasce d’età, coprono una serie di aree di significato riabilitativo e sono organizzate in moduli e corsi specifici, tali da costituire una offerta per individui e gruppi in relazione ad aree d’interesse diversificate in modo da dare agli utenti una possibilità di scelta tra le diverse opportunità e proposte in relazione alla diversità di bisogni, esigenze e propensioni:

BENESSERE

I programmi proposti sono mirati alla promozione di benessere, miglioramento degli stili di vita, supporto alla motricità generale e al superamento della perdita di abilità fisiche. Vengono proposte attività motorie di carattere sportivo e ricreativo anche in collaborazione con altre realtà sportive operanti nel territorio, che facilitino la consapevolezza di se e del proprio corpo ed il prendersene cura. Questo attraverso programmi individuali e di gruppo che favoriscono la socialità ed il coinvolgimento

di persone provenienti dall'area dello svantaggio in contesti condivisi con tutta la cittadinanza.

AGGRAGAZIONE, SOCIALIZZAZIONE

Vengono proposte attività di socializzazione, programmi e iniziative culturali e aggregative che permettano lo sviluppo degli interessi e delle attitudini personali dei partecipanti al fine di sviluppare capacità e attitudini espressive e relazionali e percorsi di progressiva autonomia. Si tratta di percorsi modulari di formazione socioculturale e di conoscenza di sé e della realtà territoriale, organizzati in sinergia con diverse associazioni. I programmi sono finalizzati al rafforzamento e all'inclusione sociale di persone in situazioni di marginalità, facilitando l'accesso e la conoscenza di nuovi punti di riferimento presenti nel territorio e costruendo contesti che facilitino la socializzazione e la condivisione. Le attività proposte prestano particolare attenzione, inoltre, alle fasce orarie serali ed i giorni festivi che spesso sono contraddistinti da solitudine e isolamento.

ESPRESSIONE E LOTTA ALLO STIGMA

Vengono realizzati programmi a carattere espressivo culturale quali laboratori di carattere teatrale, musicale, pittorico e, più in generale, artistico, finalizzati all'organizzazione di performance, mostre, piece teatrali, concerti.

Si organizzano eventi pubblici di lotta allo stigma e di sensibilizzazione della cittadinanza, partecipando ad eventi cittadini, nazionali ed internazionali per la sensibilizzazione sul tema dell'inclusione sociale e del contrasto a forme di emarginazione e pregiudizio in collaborazione con teatri, locali pubblici, associazioni e diversi soggetti pubblici e privati.

PARTECIPAZIONE

Vengono attivati gruppi trasversali di protagonismo dell'utenza, costituiti da familiari e persone con esperienza del disagio psichico, operatori

del settore, rappresentanti di associazioni e cittadini per promuovere l'informazione e la sensibilizzazione dell'opinione pubblica.

Questi gruppi promuovono il sostegno tra pari attraverso percorsi formativi finalizzati a valorizzare la figura del peer supporter nei servizi di salute mentale per un suo coinvolgimento nell'attività di accoglienza, nell'organizzazione di gruppi di self-help, nella costruzione di ricerche partecipate sulla qualità dei servizi stessi. Viene promosso lo sviluppo di contesti innovativi finalizzati alla valorizzazione dell'esperienza soggettiva per la diffusione di saperi fondati sulla recovery.

SPECIFICITÀ DI GENERE

Vengono organizzati programmi finalizzati alla crescita della consapevolezza di genere attraverso il rafforzamento dell'identità soggettiva e di gruppo, facilitando un continuo confronto favorente la partecipazione, lo scambio, il sostegno tra pari. Si promuovono attività culturali e di sensibilizzazione sulle tematiche di genere, programmi di accoglienza e di sostegno pratico, anche a domicilio, progetti formativi e abilitativi improntati all'approccio di genere, attività di reciproco sostegno finalizzata alla promozione della salute della donna. Tutti i programmi vengono realizzati in rete con altre agenzie associative e istituzionali del territorio.

ABITARE/ABILITARE

La questione dell'abitare è questione fondamentale nei processi di autonomia e soggettivazione, l'assenza o l'impossibilità ad abitare una propria casa costituiscono fattori di aggravamento di ogni forma di disagio e marginalità, se non ne sono causa principale laddove obbligano a convivenze indesiderate e dannose o impediscono alla persona la possibilità di sperimentare situazioni più emancipanti.

Le persone che accedono alle strutture residenziali sono prevalentemente quelle con minor contrattualità, a maggior rischio di stigma e invalidazione sociale, ostacolate nell'esercizio di essenziali diritti di cittadinanza. Ed è proprio con queste persone che è più facile correre

il rischio di proporre modalità di gestione spersonalizzanti e di ricreare condizioni di istituzionalizzazione.

In Italia si è registrato nella seconda metà degli anni 90 un forte incremento dei posti letto in strutture psichiatriche residenziali. Dopo la riforma si è sviluppata una vasta e controversa tipologia di residenzialità assistita e rimane carente una più chiara definizione della progettualità più complessiva riferita alla residenzialità come strumento di inclusione sociale e di come vengono investite le risorse in queste, qualificando e valutando gli esiti degli interventi.

Risulta importante distinguere tra residenzialità terapeutica, bisogno abitativo, e ancora differenti sono le strutture abitative a prevalente connotazione assistenziale. Il più delle volte le strutture residenziali sono un misto di tutto ciò e rispondono molto spesso innanzitutto alla domanda del “dove lo metto”, più che a tempi e priorità delle persone ospitate.

C'è inoltre uno scarto tra l'aspettativa ottimistica che il percorso residenziale debba considerarsi un segmento della presa in carico complessiva del paziente grave, e che quindi, come tale, debba avere un inizio ed una fine, e la constatazione della problematicità di chiudere tale segmento” (GALLIO, 2005).

Il prolungamento dei tempi di trattamento residenziale rappresenta un forte elemento di criticità dell'intero sistema di salute mentale, e come tale deve essere osservato, descritto e sottoposto a discussione.

La residenzialità è, nel sistema dei servizi per la salute mentale, uno degli strumenti che favorisce e sostiene il processo di deistituzionalizzazione quando costituisce fase di transizione verso un abitare supportato a più pieno diritto per le persone, restituisce strumenti di capacitazione e competenze per poter abitare il sociale in un processo continuo di inclusione. Al contrario quando perde la spinta verso il “fuori” e l'attenzione a far crescere la contrattualità degli ospiti, blocca il processo stesso fermandolo ad una tappa che di fatto finisce con l'immobilizzare i soggetti ad un ruolo di perenni ospiti e mai “padroni di casa”, offrendo alle persone un luogo dell'abitare che poco risponde al riconoscimento di un diritto all'abitare.

Quanto il fornire alle persone servizi e strutture si tramuta in un obbligo a barattare in cambio la loro libertà e autodeterminazione, avallando e rinforzando così la creazione di sacche di cronicità?

Una struttura residenziale deve rimanere un luogo transitorio in continuo divenire, dove è previsto il passaggio da una situazione più assistita ad una meno e dove le persone che vi sono ospitate possano in ogni caso progressivamente spostarsi in una casa che sia, infine, la propria casa; scena abitativa che parla della vita di una persona soggetto e non oggetto passivo di cura.

Gli operatori e le operatrici che operano nelle strutture residenziali, il cui lavoro consiste nell'occuparsi giorno dopo giorno di persone che spesso hanno basse capacità di contrattazione, sono quelli che più di altri rischiano costantemente di cadere in una dimensione di routine nella gestione del quotidiano, e di incorrere nell'errore di sostituirsi alla persona nelle scelte e nelle decisioni. E' proprio in queste situazioni che personalizzazione dei progetti, interventi che si modificano adeguandosi costantemente al cambiare delle situazioni, risultano importanti per mantenere presenza e attenzione alle singole persone.

Nell'esperienza di Trieste negli ultimi 10 anni c'è stata una progressiva trasformazione dell'assetto della rete delle strutture residenziali esistenti. L'intero processo, avviato nel 2005, è stato indirizzato alla disarticolazione e trasformazione di strutture residenziali verso situazioni più vicine ai bisogni delle persone coinvolte, favorendo e sostenendo la riappropriazione degli spazi dell'abitare in un processo di forte personalizzazione dei progetti. Lo strumento utilizzato, per sostenere questo processo, è stato quello del Budget di salute-progetto personalizzato. Il passaggio operativo e concettuale attuato, da strutture residenziali a percorsi personalizzati di abitare supportato, ha prodotto una serie di ricadute positive su tutti i soggetti coinvolti nel processo stesso.

L'introduzione della metodologia del Budget di salute/Progetto personalizzato² ha permesso una riconversione della risorsa economica

² Nella complessità dello scenario che la crisi del Welfare e le politiche di integrazione sociosanitaria hanno prodotto, il budget individuale di salute si presenta come lo strumento di finanziamento innovativo, che riguarda le forme contrattuali nel rapporto tra pubblico e privato sociale, che permette di sostenere i progetti personalizzati tenendo conto e coinvolgendo tutti gli attori e le possibili risorse che sono in gioco, trasformando i costi assistenziali in investimenti produttivi.

investita nelle strutture (retta per l'accoglienza) in risorsa indirizzata alla persona, permettendo un sostegno personalizzato anche presso il proprio domicilio. In questo modo è stato possibile, con la chiusura di alcune delle strutture residenziali esistenti, attivare progetti individualizzati di abitare supportato e di inclusione lavorativa.

Dopo circa 10 anni dall'avvio della metodologia del Budget di Salute è stato possibile riconvertire risorse economiche indirizzate alla gestione di Strutture Terapeutico Riabilitative sulle 24 ore individuando risposte alternative anche per persone ad alto bisogno di assistenza. In questo arco temporale sono state chiuse cinque strutture che ospitavano da più di 10 anni 44 persone e, attraverso un lavoro di riformulazione dei progetti, individuate soluzioni alternative improntate alla domiciliarità e a un maggior livello di autonomia. Al contempo è stato possibile prevenire il ricorso alla residenzialità (nuova domanda) avviando progetti personalizzati in collaborazione con il Comune e con l'Ater³ capaci di promuovere nuove modalità di abitare assistito e potenziando forme di supporto domiciliari.

LA QUESTIONE DEL LAVORO

La tutela del diritto al lavoro per le persone con disagio mentale è sempre stato uno strumento importante di inclusione sociale. L'inserimento lavorativo dei soggetti fragili risulta fattore fondamentale dei percorsi di integrazione e di superamento della condizione di assistiti. La persona svantaggiata che lavora ed ha un proprio sistema di relazioni cessa di rappresentare un elemento di problematicità e costi e acquisisce un nuovo status che le consente di contrastare i meccanismi di inabilitazione ed emargianzione.

Il diritto al lavoro va concretamente perseguito, per le persone in condizioni di disagio, nella normalità degli scambi e delle relazioni, in sistemi aperti, nella costruzione di mondi veri del lavoro, in contrasto

Il costo finale del progetto è composto da un mosaico di risorse che riguardano più servizi ed enti includendo anche la risorsa privata. Ed è proprio questo mix di risorse la caratteristica del budget di salute che corrisponde ad un costo personalizzato non solo nel suo ammontare ma anche nel modo in cui la somma complessiva viene composta.

³ L'azienda territoriale per l'edilizia residenziale della provincia di Trieste (ATER) realizza e gestisce il patrimonio di edilizia residenziale pubblica presente nella provincia di riferimento.

con una cultura che ancora persiste nei numerosi laboratori protetti come eredità, difficile da estirpare, dell'ergoterapia e delle varie terapie occupazionali, basate sull'idea di una incapacità di fondo del soggetto con sofferenza psichica.

Da ciò la necessità per i servizi di individuare spazi attraversabili, di stringere alleanze con agenzie e soggetti, anche economici, capaci di proporre nuove opportunità e di porsi come interlocutori attivi di un'azione comune rivolta alla promozione dell'inserimento lavorativo di chi, per la propria storia di disagio, non accede direttamente alle opportunità e alle risorse del territorio.

Che significa però oggi parlare di diritto al lavoro per le persone svantaggiate e come è possibile costruire opportunità di lavoro in un contesto in cui c'è sempre meno lavoro per tutti? Queste domande negli ultimi anni assillano più che mai operatori, familiari e utenti dei servizi. Gli strumenti consueti sembrano spuntati, la crisi economica dilagante rende sempre più difficile l'inclusione lavorativa delle persone portatrici di disagio, e sembra sempre più urgente individuare strade nuove!

In tal senso va detto che nell'ambito del lavoro assume particolare significato strategico la possibilità/capacità di creare uno scambio dialettico di risorse materiali e simboliche tra le varie figure presenti: operatori, utenti, famiglie, associazioni, amministratori pubblici e privati, cooperazione sociale, imprenditoria profit, ed è soltanto attraverso la rete di contatti e scambi interpersonali tra tutti questi soggetti che è possibile promuovere il reinserimento nell'ambiente sociale. Si può fare ben poco infatti, in particolare in tema di lavoro, da soli come operatori nel rapporto con l'altro sofferente se non si riconducono le questioni a spazi più ampi e complessivi in cui agire una funzione sociale e politica indirizzata ad allargare le opportunità di scambio.

Nelle pratiche dei servizi a Trieste l'attivazione di percorsi individualizzati di formazione, preformazione e di inserimento lavorativo vengono sostenuti da borse di formazione al lavoro o budget di salute finalizzati allo sviluppo di abilità e competenze relazionali e lavorative in molteplici settori di attività. Il sostegno alla formazione e all'inserimento lavorativo si traduce in una serie di azioni che prevedono il coinvolgimento

di enti ed agenzie formative e del lavoro, sviluppo di iniziative di imprenditorialità sociale, confronto con le realtà produttive e con i soggetti economici presenti nel territorio.

Le cooperative sociali sono a Trieste, come in tutta Italia, i partner più significativi per i servizi di salute mentale, nella realizzazione di percorsi e processi di inclusione lavorativa. Varie ricerche forniscono dati a supporto delle coop. sociali, come luogo di inclusione e inserimento. Questo sembra dovuto in particolare alla specifica struttura ed al clima accogliente che caratterizza in genere il contesto della coop. sociale basato sui valori di self-help, auto-responsabilità, democrazia, eguaglianza, equità, solidarietà e mutualità (anche se va detto che non tutte le coop. sociali sono uguali e rispettano gli stessi principi). La cooperativa sociale si pone, in particolare nella cultura regionale, come uno strumento innovativo di deistituzionalizzazione, la cui storia si intreccia in modo indissolubile con la storia della riforma psichiatrica in Italia e nasce con una doppia finalità: il reinserimento sociale e lavorativo di persone con disagio ed il coinvolgimento del territorio nel quale opera contribuendo così concretamente a modificare l'atteggiamento culturale di esclusione e paura del disagio psichico. La cooperazione sociale è un modello che può potenziare i gruppi svantaggiati dandogli il potere di possedere la propria impresa e influenzarne le decisioni.

Ci sono in Italia 2419 coop B (4345 coop A, 315 A+B, 284 Consorzi); le coop B hanno 255.583 soci (90.122 M, 165.461 F) di cui il 50% circa è svantaggiata (dati ISTAT del 2005). Eppure nonostante tali evidenze la cooperazione sociale in Italia attualmente non viene, in generale, adeguatamente sostenuta dalle politiche economiche e del lavoro. Fino ad oggi la cooperazione sociale ha svolto un importante ruolo per l'inclusione sociale delle persone svantaggiate accogliendole in borsa lavoro o assumendole, oggi però, in un contesto di crisi economica, il concetto che le coop. sociali danno lavoro alle persone svantaggiate sembra stia franando!

Và d'altro canto detto che la cooperazione sociale è molto cambiata dalla sua nascita, circa 40 anni fa, ad oggi. Oggi, nonostante il moltiplicarsi della tipologia di opportunità formativa e di inserimento lavorativo promosse dalle coop sociali negli anni, la crisi del mercato

ha prodotto un forte decremento della capacità di inclusione lavorativa svolta dalla stessa cooperazione sociale. Se in un primo momento, grazie soprattutto alle coop. sociali, si è passati dall'assistenzialismo al concetto di lavoro per le persone portatrici di un disagio mentale, oggi essere inseriti in una cooperativa significa lavorare anche a basso costo e spesso in una condizione di precariato. I tipi di lavoro che vengono offerti agli utenti forse non hanno quella connotazione di identità e creatività, capaci di produrre recovery e il più delle volte questi lavori sono malpagati e i risultati sono diversi rispetto alle aspettative. La cooperazione sociale oggi sembra troppo omologata alle imposizioni del mercato. Il pensiero liberista è diventato dominante in tutti gli ambienti dell'economia, cosa in parte logica, quello che sembra meno logico è che le realtà che si occupano di accoglienza, di accompagnamento alle persone svantaggiate hanno cominciato a sposare progressivamente un approccio molto monetaristico ed utilitaristico dell'intervento sociale.

Occorre pertanto ripensare alla funzione della cooperazione sociale e del servizio pubblico: cosa possono e debbono modificare singolarmente e quali le nuove forme di partnership da mettere in atto, che tengano conto dei diretti interessati con le loro capacità, risorse e desideri di realizzazione, affinché la cooperazione sociale ridivenga volano di attivazione e di costruzione di ponti e reti nella comunità.

E' importante che le coop. sociali riprendano il ruolo di mediazione sociale e sviluppo del territorio, è necessario però, d'altro canto, dare riconoscimento e sostegno alla funzione inclusiva dei soggetti svantaggiati svolta dalla cooperazione. Va inoltre ripensato l'indirizzo delle politiche economiche e sociali affinché politiche del lavoro e politiche di protezione sociale funzionino in maggior sinergia.

Va tuttavia precisato che per inclusione sociale non si intende solo la stabile occupazione in un'azienda, che ne rappresenta sicuramente il pieno compimento. Vanno contemplate, anche, le soluzioni intermedie, di prolungata transizione verso obiettivi di parziale affrancamento, che comunque includano le persone in contesti di vita e di attività non discriminanti, formativi, relazionalmente importanti, evitando in tal modo derive di isolamento, regressione e progressiva emarginazione per coloro che ne sono più esposti. Permangono in ogni caso, e vanno resi esigibili,

il diritto a poter partecipare a contesti e opportunità reali di scambio ed il diritto ad apprendere lungo il corso della vita, che divengono elementi centrali al fine di conferire potere contrattuale e di scambio alle persone anche se fuori dal normale mercato del lavoro.

IL RUOLO DELLA FORMAZIONE

Il percorso di istruzione e formazione, oltre all'esperienza lavorativa, rappresentano, dunque, momenti essenziali per la vita di una persona portatrice di disabilità, come per ogni persona. E' necessario pertanto sviluppare percorsi, servizi e tecnologie nuove che permettano di rispondere adeguatamente a tali necessità.

Come cita infatti la Convenzione dell'Onu sui diritti delle persone con disabilità "...gli stati parti riconoscono il diritto all'istruzione delle persone con disabilità. Garantiscono un sistema di istruzione inclusivo a tutti i livelli ed un apprendimento continuo lungo tutto l'arco della vita, finalizzati:

- a) al pieno sviluppo del potenziale umano, del senso di dignità e dell'autostima ed al rafforzamento del rispetto dei diritti umani, della libertà e della diversità umana;
- b) allo sviluppo della propria personalità, dei talenti, della creatività, come pure delle proprie abilità fisiche e mentali sino alla propria massima potenzialità;
- c) a porre le persone con disabilità in condizione di partecipare effettivamente ad una comunità libera.

L'apprendimento permanente diventa la leva per favorire quei funzionamenti che promuovono il cambiamento individuale e collettivo inteso come espansione reciproca delle possibilità e delle libertà.

Promuovere politiche formative, in questa chiave, vuol dire promuovere un sistema di apprendimento permanente attraverso percorsi di formazione più flessibili per facilitare le transizioni tra le fasi lavorative e quelle formative in un approccio integrato di contesti

formativi allargati, in cui scuola, enti di formazione, università, aziende, contesti informali e reti sociali possano concorrere alla formazione e al potenziamento delle persone.

Porre al centro del welfare il diritto/dovere ad apprendere lungo il corso della vita ha implicazioni profonde (*Learnfare*). Non vi è però uguale dotazione di risorse individuali di fronte all'apprendimento, per cui sono fondamentali politiche e pratiche che permettano un effettivo accesso di tutti gli individui, nei modi e nei tempi coerenti con i loro bisogni e caratteristiche, ad opportunità di apprendimento.

Va tenuto conto, in particolare, che nell'abilitazione psicosociale la possibilità di entrare in percorsi di formazione costituisce un importante strumento, sia quando sono mirati all'apprendimento di capacità lavorative e professionali specifiche, sia quando sono rivolti al recupero di potenzialità individuali, nello sviluppo di livelli di comprensione della realtà sociale in cui la persona vive, in modo da rimetterla nell'area degli scambi.

Una persona che entra in contatto con i servizi in condizioni di rottura e crisi con il suo mondo, ha bisogno di poter gradatamente esplorare la realtà per ricostruire prima di tutto in sé la possibilità di relazione.

La formazione si presta in modo ottimale nel rendere possibile questa fase di sospensione ed esplorazione di sé, nel verificare le potenzialità di relazione della persona con gli altri.

In queste tappe intermedie si sviluppano ambiti di capacità generali del soggetto - di interazione, relazione, socialità, comunicazione - intese come "competenze trasversali" necessarie per qualsiasi ripresa del progetto di vita.

E' importante, dunque, costruire opportunità lavorative ma è anche importante offrire opportunità di apprendimento, formazione e socialità, puntando su un miglioramento del livello della qualità della vita di relazione delle persone come possibilità di empowerment. Pur in assenza di contesti lavorativi accoglienti per le persone svantaggiate, in ogni caso, va garantito loro un miglior livello di vita sociale, di relazione e di scambio.

CULTURE PARTECIPATIVE E DI PARTNERSHIP

Come riportato in molte dichiarazioni dell'OMS l'empowerment individuale e della comunità sono considerate strategie fondamentali per implementare concretamente ed efficacemente la promozione della salute. L'istanza di empowerment non proviene esclusivamente dalla sanità pubblica bensì si affianca alle richieste degli stessi cittadini, avanzata attraverso le loro associazioni di rappresentanza.

Le politiche sociali e le pratiche dei servizi dovrebbero, pertanto, sempre perseguire l'obiettivo di rendere i soggetti parte attiva nei percorsi di cambiamento della loro situazione, allo scopo di innescare una reale trasformazione della situazione di dipendenza e rifuggire dai meccanismi di assistenzialismo. Ci sono modalità di intervento che tendono infatti a cronicizzare i problemi piuttosto che portarli ad evolvere e questo accade ogniqualvolta gli utenti vengono considerati soggetti passivi piuttosto che artefici del loro progetto di vita.

Come infatti suggerisce Sen, considerare i destinatari di intervento come soggetti passivi, piuttosto che soggetti attivi e autonomi che pensano, scelgono e sono responsabili, significa contrastare l'efficacia dell'intervento stesso. "Qualunque qualifica di disabile, povero, malato con tutti gli svantaggi di sentirsi e di essere marchiati e gli effetti negativi sull'amor proprio e sulla considerazione che gli altri hanno di te, neutralizza i benefici che un intervento può portare" (SEN, 2013).

Compito dei servizi è dunque quello di favorire empowerment e partecipazione di tutti gli stakeholders, reperendo e attivando risorse nascoste e non dedicate nella comunità e nei contesti di vita delle persone, risorse che in genere giacciono inutilizzate (famiglie, associazioni ecc) e mettendo i soggetti nelle condizioni di poter prender parte attiva ai progetti di salute che li riguardano. Per mettere in atto interventi che non siano totalizzanti, ma aprano spazi alla partecipazione attiva, all'assunzione di responsabilità dell'utenza e della comunità, gli operatori devono dunque ripensarsi, ripensare alla loro collocazione e ruolo, mettersi in gioco scommettendo qualcosa e perdendo anche un po' del loro ruolo e potere. La "distanza terapeutica" non è in accordo con questa visione del lavoro, perchè sarà proprio la partecipazione emotiva

dell'operatore ed il suo appassionarsi, la sua capacità di reciprocità che costituirà patrimonio terapeutico.

Il processo di deistituzionalizzazione, a Trieste come in altre esperienze, ha favorito il rafforzamento degli utenti come soggetti di diritto dotati di contrattualità, ampliando la loro possibilità di espressione autonoma e di emancipazione. D'altro canto potenziamento e soggettivazione degli operatori sono avanzati in parallelo con quelli degli utenti, e di quanti altri venivano coinvolti in un rapporto diretto col servizio (familiari, cittadini, volontari, ecc.). Inoltre il diffondersi nei servizi di un approccio orientato alla recovery ha, negli ultimi decenni, aperto i processi decisionali al contributo dei diretti interessati, facendo crescere la consapevolezza dell'importanza della conoscenza apportata dagli utenti.

La personalizzazione dei percorsi di cura ha infine permesso, attraverso un confronto più sensibile con le aspettative dei destinatari dell'intervento e le possibilità esistenti, di costruire insieme alla persona un progetto percorribile fatto di azioni, di tempi, di verifiche, di tensione al cambiamento; tutto in una logica di responsabilizzazione reciproca.

La concretizzazione di un progetto individualizzato di cura centrato sui bisogni, gli interessi e le aspettative della persona e che tenga conto dei suoi desideri di realizzazione, vede, nell'ottica fin qui esposta, coinvolto uno scenario ampio di soggetti che prendono parte in diversa misura al suo compimento. Si vuole sottolineare che, onde facilitare l'accesso a opportunità di sviluppo umano, le collaborazioni sinergiche con soggetti organizzati presenti nel territorio locale, sia nella progettazione che nell'organizzazione di iniziative, attività e servizi, assumono un importante valore strategico nel garantire interventi sostenibili, integrati e di qualità orientati allo sviluppo di comunità. I progetti di costruzione di salute dovrebbero sempre collocarsi, infatti, in una logica di intervento a rete a contrasto dell'esclusione.

La diversità delle modalità di partnership che si possono creare tra i servizi e i vari soggetti del territorio ha grande importanza nel determinare la qualità e la ricchezza delle opportunità inclusive realmente costruite per le persone portatrici di sofferenza psichica. Esistono infatti modi diversi di concepire i rapporti di partnership pubblico/privato che vanno dalla

completa delega del servizio, alle forme più avanzate di coprogettazione e coproduzione, caratterizzate da un maggior grado di cooperazione e interazione tra lo stato e attori non statuali.

IL BUDGET DI SALUTE: PROGETTO PERSONALIZZATO

In particolare, riguardo le modalità di gestione dei rapporti di partnership tra pubblico e privato, la metodologia del budget di salute, come modalità di finanziamento innovativo che riguarda le forme contrattuali nel rapporto tra pubblico e privato sociale, si è rivelato quale strumento che permette di sostenere i progetti personalizzati tenendo conto e coinvolgendo tutti gli attori e le possibili risorse che sono in gioco, trasformando i costi assistenziali in investimenti produttivi. Lo strumento del budget di salute si è, inoltre, dimostrato molto utile nel favorire, rendendola possibile, la riconversione delle risorse destinate alla residenzialità declinando progetti di carattere individuale, a partire dai bisogni delle persone, nella direzione della domiciliarità e dell'inclusione sociale. La metodologia del budget di salute permette inoltre di essere accanto alle persone là dove i loro problemi nascono, con risposte flessibili e personalizzate che meglio si adattano alle necessità più complessive tenendo conto delle risorse che sono intorno ad ognuno e facilitando l'accesso a più numerose e composite risorse.

Grazie a questa metodologia di finanziamento per la cogestione di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, nell'esternalizzazione ai partner del privato sociale, non si affidano più "pacchetti" di intervento (strutture residenziali, blocchi indifferenziati che riguardano più interventi e più persone) ma singoli budget che si riferiscono a singole persone che quindi meglio definiscono gli obiettivi, i risultati ed i processi e garantiscono una miglior qualità del progetto ed il suo monitoraggio e verifica. Il ruolo del partner privato, quindi, non può essere quello della produzione di un rigido set di prestazioni o la gestione di strutture più o meno protette, ma è importante che sia quello di fornire occasioni di casa/habitat sociale, formazione/lavoro, socialità e apprendimento/espressività opportunamente modulate sui bisogni delle persone e fornendo gli adeguati supporti non specialistici per la fruizione di queste opportunità da parte degli utenti. Il progetto personalizzato di cura e il relativo budget

di salute, necessario per la sua realizzazione, è il principale strumento per dar voce alle persone che sono direttamente coinvolte, rinforza il consenso dell'utente e la sua partecipazione alla formulazione del piano di cura. Il progetto personalizzato è come un vestito fatto su misura che quindi necessita che le misure vengano prese e che la persona sia d'accordo con questo. Identifica bisogni e obiettivi, risultati attesi, tipologie di intervento necessari e connessioni tra i diversi interventi, risorse necessarie, i ruoli ed i compiti dei diversi servizi e operatori coinvolti nel progetto. E' inoltre uno strumento che facilita i processi di valutazione e monitoraggio dei progetti personalizzati anche da parte dei diretti interessati, destinatari degli interventi. Le persone possono così avere più chiarezza su dove vengono investite le risorse e agire maggiori opzioni di scelta, favorendo così il processo di recovery.

I servizi che basano le loro pratiche sui progetti personalizzati/ budget di salute potranno sperimentare una maggior flessibilità e dinamicità nell'utilizzo delle risorse economiche, non più vincolate a rette e strutture, e una maggior condivisione di progettazione e responsabilità con i partners, in un miglioramento delle culture partecipative di partnership. Tali cambiamenti non possono che estendersi alla cultura degli interventi, attraverso prestazioni più flessibili basate su progetti personalizzati e diversificate.

Quella del Budget di salute/Progetto personalizzato è una delle metodologie possibili nella governance dei rapporti tra pubblico e privato. Occorrono, in ogni caso, strumenti che favoriscano l'implementazione e l'utilizzo in maniera integrata di tutte le risorse presenti nella comunità, ridefinendo le modalità di collaborazione tra servizio pubblico e terzo settore per la costruzione di processi di capacitazione che spostino il focus dell'intervento dall'assistenza/accompagnamento all'empowerment delle persone, promuovendo modelli evoluti di gestione condivisa che coinvolgano i diversi soggetti del contesto sociale affinché le consistenti risorse che gli interventi sociosanitari richiedono, si riconvertano e diventino un moltiplicatore delle risorse dei soggetti, delle famiglie, delle comunità.

Ed è in tal senso che diviene importante attivare sempre modalità innovative di gestione partecipata e condivisa dei servizi che valorizzino le

forme di auto-organizzazione delle persone e delle famiglie e, più in generale, del terzo settore. Questo richiede un approccio integrato e personalizzato ai bisogni di salute e benessere della persona, caratterizzato da un intreccio molto stretto e sinergico tra iniziativa pubblica e risorse comunitarie. Va data ai soggetti della comunità, ed in particolare agli stakeholders, la possibilità di partecipare in maniera molto più attiva alla costruzione dei progetti di salute nelle modalità della coproduzione di un sistema di tutela e promozione del benessere delle persone e delle comunità locali.

Gli studi di Ostrom hanno portato a consapevolezza che “la produzione di un servizio è difficile senza la partecipazione attiva di coloro che ne sono presumibilmente i destinatari”, “la coproduzione implica che i cittadini giochino un ruolo attivo nel produrre beni pubblici o servizi che li riguardano.” Ostrom (1996). Secondo Ostrom, la coproduzione di un bene o di un servizio, si verifica quando parte degli impulsi necessari alla sua produzione provengono da coloro che ne sono, almeno potenzialmente, i destinatari. Se il contributo dei consumatori non è condizione necessaria per la produzione del bene/servizio, di fatto però ne accresce e ne migliora la produzione.

La gestione della res pubblica non è più, quindi, solo appannaggio della pubblica amministrazione ma vede la partecipazione diretta dei cittadini in tutte o, almeno, in alcune fasi dei processi decisionali, personalizzando i servizi attraverso la partecipazione attiva di coloro che ne usufruiscono. In modo che sia i servizi sia le comunità locali diventino agenti di cambiamento molto più potenti.

A conclusione si può dire che, in un contesto socio-economico già di per se penalizzante per le persone svantaggiate, quale è quello attuale, si evidenzia una scarsa attenzione al tema dell'inclusione sociale e al tema della facilitazione all'accesso alla rete delle opportunità.

In tal senso al fine di sviluppare possibilità reali di inclusione si individuano almeno tre livelli di intervento:

- Riorientare le risorse in un'ottica di sviluppo dei territori investendo sui legami di comunità e riconvertire risorse assistenziali finalizzandole maggiormente allo sviluppo personale e del contesto di inserimento. E' in tal senso che

andrebbero individuate forme di valorizzazione delle diverse realtà formali ed informali che propongono percorsi includenti e considerare la necessità di investimenti finalizzati all'inclusione. Fondamentale diviene inoltre, nella spesa pubblica, passare da una filosofia del risparmio a un'etica dell'investire bene le economie rinforzando il senso di responsabilità di tutti i soggetti coinvolti e riconvertendo la spesa, indirizzata alla salute, in investimento generativo di risorse e di processi trasformativi, in un'ottica di riqualificazione e dinamizzazione della spesa sanitaria e sociale.

- Stringere la rete di alleanza e collaborazioni individuando strategie di governance maggiormente condivise allo scopo di realizzare una effettiva integrazione di politiche attive del lavoro e di servizi di welfare a contrasto dell'esclusione, per non abbandonare i più deboli al loro destino. Questo attraverso progetti collocati in una logica di intervento a rete con il concorso delle istituzioni, degli enti preposti e delle imprese più socialmente responsabili, mediante l'integrazione di servizi e risorse economiche, professionali, di volontariato. Ma saranno gli stakeholders, i destinatari degli interventi, i soggetti principali da coinvolgere in un ruolo attivo nella costruzione dei progetti di salute riconoscendo e valorizzando la loro esperienza.
- Sperimentare forme di promozione delle competenze trasversali capaci di incidere nell'accesso a ulteriori percorsi di sviluppo umano e empowerment per migliorare le possibilità di recupero delle persone all'interno di processi di recovery.

Governi, regioni e enti locali, imprese mondo non profit e società civile sono tutti chiamati a realizzare, ciascuno con le proprie responsabilità, una società dove le persone svantaggiate possano essere sempre più protagoniste e libere e dove le differenze non diventino disegualianza producendo esclusione.

REFERENTIAL

BAUMAN, Z. *Modernità e globalizzazione* (intervista di Giuliano Battiston). Roma: Edizioni dell'Asino, 2009.

DELL'ACQUA, G. *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia*. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi. Editori Riuniti, 2003.

GALLIO, G. *Ai confini del lavoro, politiche della formazione, culture del lavoro, strategie della riabilitazione nella salute mentale*. Edizione Asterios, 2005.

NUSSBAUM, M. *Creating Capabilities*. The human development approach. Cambridge, London: The Belknap Press at Harvard University Press, 2011.

OSTROM, E. *Crossing the Great Divide*: Coproduction, Synergy and Development. In: *World Development*, v. 24, 1996.

RIGHETTI, A. *I budget di salute e il welfare di comunità*: Metodi e pratiche. Bari: Laterza, 2013.

SEN, A. *Development as freedom*. 2 ed. Oxford, New York: Oxford University Press, 2001.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

ALAKESON, V.; PERKINS, R. *Recovery, Personalisation and Personal Budgets*. Centre for Mental Health, September 2012. Disponível em: <www.centreformentalhealth.org.uk/recovery>. Acesso em: 5 jn. 2016.

BIFULCO, L. *Geometrie dell'integrazione*: la governance di Campania. Friuli, Venezia, Giulia, Lombardia: RPS, 2005.

BORG, M. et al. What makes a house a home: the Role of material resources in recovery from severe mental illness. *Am J Psychiatr Rehabil*, v. 8, p. 243-256, 2005.

BOYLE, D.; HARRIS, M. *The challenge of co-production*: how equal partnerships between professionals and the public are crucial to improving public services, Nef / NESTA. Disponível em: <www.nesta.org.uk>. Acesso em: Dec., 2009

CASTEL, R. *L'insicurezza sociale*. Torino: Einaudi, 2004.

CHENDI, R. Non è ancora welfare community!. *rivista DM*, v. 149-150, 2004.

DAVIDSON, L. et al. A life in the community: Italian mental health reform and recovery. *J Ment Health*, v. 19, p. 436-443, 2010.

DE LEONARDIS, O.; MAURI, D.; ROTELLI, F. *L'impresa sociale*. Milano: Anabasi, 1994.

DE LEONARDIS, O. Il ciclo di una politica: una riforma psichiatrica. In DONDOLO, C.; FICHERA, F. (a cura di). *Le vie dell'innovazione*: Forme e limiti della razionalità politica, Milano: Feltrinelli, 1988.

DE LEONARDIS, O.; EMMENEGGER, T. *Le istituzioni della contraddizione*. Milano: Feltrinelli, 2005.

GROUP, Residential Care in Italy. National survey of non-hospital facilities, *British Journal of Psychiatry*, v. 181, p. 220-225, 2002.

MARMOT, M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*, v. 365, n. 1099–1104 p. 10, 2006.

MONTELEONE, R. La contrattualizzazione nelle politiche socio-sanitarie: il caso dei voucher e dei budget di cura. In: BIFULCO, L. *Le politiche sociali: temi e prospettive emergenti*. Roma: Carocci, 2005.

RIDENTE, G; FURLAN, M. *Applicazione dei PTRI-Budget di salute nel Dipartimento di salute mentale di Trieste*, in Starace F, Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di salute. Roma: Carocci, 2011.

ROTELLI, F. *Per la normalità*: Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma. Trieste: Asterios, 1994.

_____. *L'istituzione inventata*. Atti del Convegno: La pratica terapeutica, tra modello clinico e riproduzione sociale. Trieste, 1988.

_____. *Modelli scientifici e complessità*, Intervento al seminario Modelli scientifici e complessità". Milano, 1990.

_____. *Per un'impresa sociale. Relazione introduttiva al Convegno "L'impresa sociale"*, Parma, 1991.

_____. *Rehabilitating rehabilitation*, 1993. Disponivel em: <<http://www.triestesalutementale.it/english/doc/Rehabilitation.pdf>>. Retrieved April 21, 2014.

_____. *Dossier Nodi del Welfare Sociosanitario in Friuli Venezia Giulia*. (documento base e di approfondimento in tema di voucher e budget di salute, Trieste. Disponivel em: <www.exclusion.net>. Acesso em: 7 jan. 2016.

STARACE, F. *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria*. Il modello del Budget di salute, Roma: Carocci, 2011.

WHO. *Psychosocial Rehabilitation: a Consensus Statement Declaration*, WHO/MNH/MND/96.2, 1996.

WHO. *International Classification of Functioning*, Geneva: 2001, Disability and Health (ICF). Disponivel em: <<http://www.who.int/classifications/icf/en/>>. Acesso em: 19 fev. 2017.

WHO. *Social Determinants of Mental Health*. WM 101. WHO, Geneva, 2014.

Habitar

Rossana Maria Seabra Sade

O processo de desinstitucionalização¹ da Reforma Psiquiátrica brasileira (Lei 10.216) apoiou-se na Psiquiatria Democrática italiana que, por sua vez, baseou-se nos princípios iluministas da Revolução Francesa: Liberdade, Igualdade e Fraternidade, que permitiram a aprovação da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, pela Assembleia Nacional Constituinte francesa, em 1789, tornando público os direitos fundamentais do homem. Essa declaração, com mais de dois séculos, forneceu as bases para a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, ainda em vigor.

Nesta perspectiva, é preciso repensar o que significa ser cidadão no contexto da reforma psiquiátrica e que lugar ocupa na sociedade a pessoa com sofrimento psíquico.

A palavra cidadania tem a sua origem no latim *civitas*, que significa cidade. Desta forma, cidadania derivou-se de cidade sendo usada na Roma Antiga (séculos VII a III a.C.) para designar a condição política e social de uma pessoa, dos seus direitos e deveres (DALLARI, 1998, p.14).

¹Desinstitucionalização é uma palavra de origem anglo-saxã e indica a superação das “instituições totais”.

Cidadania, para Dallari (1998), é um conjunto de direitos que dá à pessoa oportunidade de participar ativamente da vida e do governo de seu povo. Quem não tem cidadania está marginalizado ou excluído da vida social e das decisões, ficando numa posição de inferioridade dentro do grupo social, visto que não tem direito à moradia, à educação, ao trabalho, ao lazer e ao voto.

Respeitar o outro em sua diversidade, desconstruindo valores e reconstruindo novos olhares, tem por base os ideais da Revolução Francesa, princípios norteadores do processo de desinstitucionalização.

O processo de transformação da assistência em saúde mental em curso no nosso país iniciou-se no final da década de 1970 e foi influenciado por diversas experiências que ocorreram na Europa e nos EUA, no período posterior à Segunda Guerra Mundial: transformações no interior das instituições, como as propostas pela psicoterapia institucional de François Tosquelles e Jean Oury e pela comunidade terapêutica de Maxwell Jones; mudanças no conceito de doença para saúde mental, propostas pela psiquiatria de setor, na França e pela psiquiatria comunitária norte-americana; e, finalmente, as propostas mais radicais de mudança paradigmática, propostas pela antipsiquiatria de Ronald Laing e David Cooper e pela psiquiatria democrática de Franco Basaglia, na Itália. Todas elas serviram como referência em determinados momentos do processo de construção da reforma psiquiátrica brasileira. Algumas foram apoiadas, como nos modelos a seguir, e outras, criticadas.

Abordagem teórica da desinstitucionalização e a Psiquiatria Democrática italiana (BASAGLIA, 1985; ROTELLI et al.1990; DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991; MEZZINA et al. 1992; AMARANTE,1994; 1995;1996; BARROS,1994). O movimento tem como contribuições teóricas o marxismo de Gramsci, Foucault, a fenomenologia existencial e teorias do desvio social. Franco Basaglia foi o principal idealizador do processo de desinstitucionalização, tendo como marco sua obra “A Instituição Negada” (1968).

O paradigma da desinstitucionalização deslocou a estrutura organizacional do sistema de saúde mental, descentralizando-a e ultrapassando a visão sanitarista, renovando todo um sistema de saber e de cuidados em saúde mental.

Desinstitucionalização, para Rotelli (1990), não reside na cura, mas na emancipação, na criação de novos modelos e oportunidades, desmistificando a loucura. Desconstruindo um saber que sustentou as bases da Psiquiatria desde o Iluminismo, a noção de loucura como alienação, como erro, como periculosidade, pode ser substituída pela noção de diferença, de produção de vida e de subjetividade. A construção de novos modelos favorece possibilidades de inserção social e apropriação do direito de cidadania.

Tal paradigma, em saúde mental, enfatiza a 'reinvenção da saúde', a existência-sofrimento dos pacientes, no sentido da produção de vida, de sentido de sociabilidade, a utilização de formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa. (ROTELLI, 1990, p.30).

O conceito de doença mental é descaracterizado, resgatando o olhar na existência e no sofrimento das pessoas; as estruturas institucionais de controle e normatização deverão exercer outro saber, não mais centrado no modelo doença-cura.

Assim, toda transformação dos modelos psiquiátricos não deve se limitar simplesmente à abolição das estruturas manicomiais, mas à construção de novas formas de possibilidades, nas quais o ator com sofrimento psíquico, empodere-se como construtor de sua vida. Nesse sentido, o habitar e o trabalho são fundamentais.

O habitar, para o ator social, tem uma configuração, na medida em que ele assume o seu lugar em sua casa, resgata seu papel na sociedade e ganha o status de cidadão, o que implica a conquista do direito de administrar o seu tempo e espaço, o controle de sua própria vida, podendo ser o protagonista de sua história.

Para alcançar esta autonomia social, ele deve ultrapassar as tênues barreiras do estigma social que permeia o desvio e a normalidade. De acordo com Rotelli (2014), não se vence nunca a batalha contra a exclusão; parte-se de níveis mais brutais, mais violentos, como acontece no manicômio, por exemplo; entra-se gradualmente no tecido urbano e nas políticas sociais.

Ainda segundo Rotelli (2014), para fazer uma política séria e percorrer passo a passo esse caminho, devemos colocar-nos na relação entre

exclusão e inclusão, fazendo com que os serviços públicos e os serviços de saúde mental sejam um serviço forte, pois os direitos são fracos e para defender os direitos fracos dos *loucos* é preciso ter serviços fortes.

Além disso, é necessário propor constantemente uma normalidade enriquecida, pois a lentidão das políticas sociais causa uma normalidade empobrecida. Sem um sistema eficiente de serviços e de apoio terapêutico, corre-se o risco de confirmar a anormalidade dessas pessoas.

Conforme Mezzina et.al. (1992), a saúde mental se insere neste novo modelo no campo da conquista e reinvenção da cidadania, que passa pelos direitos civis, políticos e sociais e amplia-se no reconhecimento dos direitos particulares dos usuários e familiares. Esta cidadania deve ser inventada, não podendo estar associada à concepção convencional, que trata do indivíduo racional, livre e autônomo, devendo ser revisados os dispositivos jurídicos e legais.

A pessoa com uma longa história de internação psiquiátrica perde sua identidade, seu direito de liberdade e de habitar em casa própria. De acordo com Saraceno (1999), a história da Psiquiatria é uma história de moradas fechadas, isoladas e mais ou menos vigiadas. Refletindo sobre “modos de viver”, a questão que se apresenta é: como direcionar este paradigma para recuperar a história perdida desses moradores, que foi expropriada pela cultura manicomial?

Não basta levá-los para uma casa! O desafio está no cotidiano dos lares e das residências terapêuticas. E ainda: como assegurar a não reprodução do manicômio difuso? Para Dell’Acqua (2014), este termo significa uma condição em que as pessoas, embora não institucionalizadas, têm dificuldade de viver sua dimensão de cidadania, permanecendo em uma dimensão de perda, na periferia do viver, reproduzindo a mesma dinâmica manicomial. A problemática está em interrogar-se continuamente, entre as disciplinas, os saberes, para buscar compreender o todo. Como se incluir em um espaço excludente, confinado à margem da sociedade?

Precisamos fechar os manicômios. Enquanto tivermos a instituição manicomial aberta, teremos para onde encaminhar os *sem lugares*, pois a família não consegue conviver com esta pessoa, a escola não dá conta de seu comportamento, a sociedade lhe confere o rótulo de desviante. Na

psiquiatria há um lugar para ele: o *manicômio*. Portanto, só desmontando a estrutura manicomial e implantando serviços substitutivos atuantes é que se assegura o direito de cidadania.

A implantação dos serviços residenciais terapêuticos (SRTs) e dos programas de reinserção social dos atores sociais com sofrimento psíquico são alguns dos suportes que representam a desinstitucionalização dessas pessoas, marcadas pela opressão manicomial.

Tanto do ponto de vista social como do econômico, o custo/benefício de tais programas é mais vantajoso. Knapp (1995), do Instituto de Psiquiatria de Londres, aponta os custos de serviços psiquiátricos e comunitários, verificando que os custos financeiros com internações são maiores. Outro aspecto favorável é que os programas substitutivos permitem o resgate e a apropriação dos vínculos com a sociedade, muitas vezes empobrecidos pelo processo de abandono e de institucionalização.

O estado de São Paulo tem um importante papel na organização da política de saúde mental do Brasil e nas implementações dos programas substitutivos. Na década de 1980, surgiram experiências que são referência nacional, como por exemplo, o Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira (CAPS), da cidade de São Paulo, e a organização da rede de cuidado em saúde mental da cidade de Santos, a partir da intervenção, pela prefeitura, no hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) – ou residência terapêutica (RT) ou simplesmente “habitar” – integram esta rede de serviços e são alternativas de moradia para milhares de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade.

São casas localizadas no espaço urbano, organizadas para atender e responder às necessidades de moradia para atores sociais com sofrimento psíquico, institucionalizadas ou não. O número de moradores pode variar de um indivíduo até um pequeno grupo de oito pessoas. Cada casa conta com um profissional que atua como suporte. Além dele, a casa tem o apoio de uma equipe interdisciplinar de referência que pode ser do CAPS mais próximo ou dos profissionais do serviço de atenção primária em saúde.

A equipe considera a singularidade de cada um dos moradores, e não apenas projetos e ações baseadas no coletivo. O acompanhamento a um morador prossegue, mesmo que ele mude de endereço ou eventualmente seja hospitalizado. O processo de reabilitação psicossocial busca de modo especial a inserção do indivíduo na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. Ou seja, a inserção em um SRT é o início de longo processo de reabilitação, que busca a progressiva inclusão social do morador. A Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011, estabeleceu modalidades para a habilitação.

Os SRTs Tipo I - devem proporcionar espaços de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social dos moradores, que não necessitem de cuidados intensivos, do ponto de vista da saúde em geral. Os SRTs Tipo II, da mesma forma, são moradias que devem proporcionar espaços de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social dos moradores que necessitam de cuidados intensivos específicos do ponto de vista da saúde em geral, e que demandam ações mais diretivas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente.

Divididos os moradores em modalidades Tipo I ou II, são 289 SRTs habilitados pelo Ministério da Saúde até dezembro de 2014², no território nacional, totalizando 2.031 moradores. Vários destes participam, também, do Programa de Volta para Casa que concede uma bolsa por dois anos, no valor de cerca de meio salário mínimo.

Muitos atores sociais, antes de irem para uma RT, viveram em unidades fechadas e quase não exerceram sua autonomia. Foram levados à dependência, tais como: alimentação na boca, banho dado pelo auxiliar de enfermagem, uso de fralda, (o banheiro da instituição é trancado e a chave fica com os auxiliares, que justificam: “Os *pacientes* vão fazer bagunça, beber água do vaso, enfim não sabem utilizar o mesmo”; portanto, havendo um controle das necessidades fisiológicas dessas pessoas e sendo mais cômodo colocar fraldas).

² Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Ano 10, n. 12, out. 2015.

Nessas unidades fechadas, a socialização é pouca e, na maior parte do tempo, os atores sociais ficam deitados ou sentados sem atividade. Muitos acabam apresentando comportamentos alterados tais como: agressividade, irritação, agitação, devido à ociosidade de suas vidas. Quando isto ocorre, são isolados. Seu tempo e espaço não existem, é o tempo da instituição que regula suas vidas; com horários para acordar, tomar banho, alimentação, remédios, este é o resumo de muitas vidas, cujo argumento é que todas essas formas de intervenções são terapêuticas.

Os internados, depois de serem “tapeados”, frustrados e oprimidos, são agora distraídos com recitais, bailes, atividades variadas, trabalhos – tudo utilizado como terapia. E isso para prepará-los, para as duas soluções alternativas previstas pela instituição: a reabilitação forçada ou a aceitação do local que deverá ser, de ora em diante, sua casa. Nas duas possibilidades isso é feito através da perda da personalidade e da emergência de uma profunda dependência dos outros. A infração à norma do “viver civil”, a incapacidade de “jogar o jogo” e a angústia de viver num mundo que limita e oprime paga-se com esta passagem pela instituição total³. (BASAGLIA, 1985, p. 178).

De acordo com Goffman (1974), alguns dos mecanismos das instituições totais são: a separação do internado do mundo externo, a perda do seu nome, a obrigação de realizar uma rotina diária (que ele considera estranha) e de aceitar um papel (com o qual não se identifica), além da violação da fronteira entre o ser e o ambiente, mecanismos esses que ocasionam a perda da privacidade e identidade.

Nesse contexto, a residência terapêutica (RT) torna-se um espaço fragilizado para independência, relações sociais e liberdade, pois os moradores foram por anos cerceados de sua independência, sendo tratados como *ineficientes e doentes*. A tentativa de recuperação da sociabilidade dos moradores esbarra no forte vínculo com a instituição que os abrigou. Segundo Venturini (2010), em muitas vezes se efetiva e se teoriza a impossibilidade da alta do paciente do circuito psiquiátrico, produzindo uma simbiose “crônica” entre paciente e o serviço.

³ Caracterizam-se por serem estabelecimentos fechados, funcionam em regime de internação, no qual um grupo numeroso de internados vive em tempo integral e, em contrapartida uma equipe dirigente exerce o gerenciamento administrativo da vida na instituição. Goffman, E. (1974). **Manicômios, prisões e conventos**.

Ainda hoje, no sistema psiquiátrico brasileiro, nos indagamos: Que coisa é a psiquiatria? De acordo com Ribeiro (2005), no Brasil, o sistema psiquiátrico, enquanto ciência e instituição, está voltado para o conceito de doença e as instituições fundam suas ações terapêuticas sobre a manifestação dos sintomas.

A partir das razões e desrazões que permeiam o sistema psiquiátrico, é importante repensar as bases que fundamentaram a nossa reforma. A psiquiatria democrática italiana demonstrou ser possível a desconstrução do manicômio como possibilidade única de entender e tratar a loucura. O objetivo não é negar a doença mental e, conseqüentemente, deixar de tratá-la. É a negação do manicômio, como representante de uma estrutura repressivo-custodial. Só nos espaços de liberdade e nos exercícios de cidadania, é que se pode promover saúde.

De acordo com Rotelli (1990), a desinstitucionalização psiquiátrica é a ruptura do paradigma que sustentava a relação de causa e efeito na análise da constituição da loucura. A negação da instituição, mais que a desmontagem do manicômio, foi e é, a desestruturação desta causalidade linear e a reconstrução de possibilidade-probabilidade.

Faz-se necessário ressaltar que estas possibilidades são construídas sobre um novo paradigma: cuidar, desmistificando a insanidade. Não basta promulgar leis; precisa-se de mudanças concretas e efetivas, para que se concretize a desinstitucionalização e se consiga integrar outros serviços em regime aberto, substitutivos ao manicômio, que proporcionem reabilitação psicossocial e qualidade de vida. A reforma psiquiátrica é um processo contínuo, passando por fases marcantes, da instituição negada à instituição inventada.

Conforme Basaglia (1985), a instituição negada não é apenas a negação do hospital psiquiátrico, e sim, a psiquiatria enquanto ideologia. Para ele, o ator social é visto como um objeto complexo, e essa complexidade é que vai possibilitar a mudança de olhar sobre o fenômeno *doença*. É a renúncia do poder terapêutico dos técnicos, da instituição e do saber psiquiátrico; a negação é a superação e invenção de novas formas de intervenção.

Portanto, a instituição negada é a desconstrução do saber que vai culminar na extinção do manicômio. O caminho da “instituição ne-

gada” para a “instituição inventada” possibilitou o processo de desinstitucionalização do sistema psiquiátrico italiano, não ocorrendo mais a busca da cura da doença e, sim, a “invenção de saúde” e de “reprodução social do ator social”.

Os serviços territoriais na Itália assumiram a desinstitucionalização como um sistema sanitário universalista e igualitário. De acordo com Venturini (2010), cuidar das pessoas no território, e não no ambiente institucional.

Para Amarante (2003), o território não é somente o bairro ou o lugar da cidade onde moramos, não é o setor (no entendimento francês) nem a comunidade (na concepção americana), é muito mais, é o espaço social onde tecemos nossas referências de vida e estabelecemos nossa rede de relações sociais.

O serviço de residência terapêutica faz parte desta rede, é um espaço de trocas, descobertas de novas subjetividades, reencontro da memória e história pessoal de cada morador. Neste contexto, as relações de poder são transparentes e os sentimentos são verbalizados. O desafio é criar novas construções de intervenções. Os atores sociais, neste novo cenário, começam a resgatar sua identidade: vão retirar documentos, participam das reuniões de equipe na elaboração e discussão dos projetos terapêuticos, bem como na gestão da casa; enfim, começam a retomar suas vidas.

Rotelli et al. (1990) enfatiza a *reinvenção da saúde, a existência-sofrimento dos pacientes*, na aceção da produção de vida, de sentido de sociabilidade, de utilização dos espaços coletivos. Para que isso ocorra, os moradores da RT devem ser inseridos no território.

De acordo com Amarante (2003), o trabalho no território promove a saúde mental, sendo reprodução de vida, de subjetividade. Nele se estabelecem as relações entre as pessoas, revelando um espaço dinâmico e direto com a comunidade.

A intersetorialidade é uma forma indireta de solidificar a transformação na assistência: o serviço não deve assumir só o tratamento, deve construir ações que rompam com a segregação e restitua o direito desses indivíduos a participarem dos espaços públicos, trabalhando com as instituições localizadas no território: lazer, educação, arte, esporte, etc.

Várias experiências internacionais contribuíram para avaliação de como vivem os atores sociais em diversos modelos de residências terapêuticas. Leff e Knapp(2000) realizaram, na Inglaterra, pesquisa sobre a temática de atitudes da comunidade em relação ao ator social com sofrimento psíquico. Os resultados obtidos mostraram bom nível de receptividade da vizinhança em relação aos moradores. A pesquisa apontou um dos estereótipos em que o ator social com sofrimento psíquico aparece como uma pessoa de comunicação muito difícil e imprevisível.

Os pesquisadores vinculam esse estereótipo à mídia, que aponta para comportamentos extremos dessas pessoas, sendo que 80% dos entrevistados tiveram atitudes positivas em relação a conviver com esses atores sociais em seu bairro; o restante acredita que seria necessária uma preparação, com informações sobre transtornos mentais e como lidar com essas pessoas.

Essa pesquisa não ponderou o direito de habitar, porém foi realizada em um país que possui experiências avançadas nos serviços residenciais terapêuticos de dispositivos residenciais em saúde mental. De acordo com De Luca e Frattura (1996), nos Estados Unidos a privatização das políticas sociais deu uma grande ênfase na construção de serviços residenciais por intermédio do setor privado, nas chamadas casas de enfermagem, porém, há sérios questionamentos a respeito da qualidade do atendimento oferecido e da pouca integração com a rede de serviços. Este tipo de serviço é voltado para desospitalização e não para desinstitucionalização.

No atendimento europeu, os serviços são mais amplos e variados. Em Estocolmo, na Suécia, a modalidade de serviços residenciais integrados inclui várias unidades residenciais como apartamentos individuais ou duplos, integrados a um serviço de suporte aberto 24 horas, abrigando também moradores mais dependentes. Este tipo de serviço deve estar atento para não isolar e segregar os moradores, devendo estimular a reinserção social, pois corre-se o risco do manicômio difuso.

No Reino Unido, de acordo com Ramon (1996), as casas coletivas *Group Homes* são experiências bastante positivas. Essas estruturas exigem investimento em planejamento, infraestrutura e preparo dos residentes, qualidade na supervisão e acesso à rede de serviços de suporte e atenção

psicossocial. Algumas pesquisas apontam que os melhores resultados para este tipo de moradia têm sido o baixo índice de readmissões, melhora no autocuidado e na qualidade de vida dos atores sociais. Em relação ao custo financeiro, é inferior ao sistema hospitalar.

Bélgica e França adotam esquemas de recolocação em famílias: são famílias adotivas para adultos recém-saídos do hospital psiquiátrico, alguns com deficiência intelectual. A pesquisadora Jodelet (2001), aborda em sua pesquisa alguns aspectos desta proposta: as famílias ganham uma ajuda financeira, sendo um estímulo para famílias pobres e pessoas desempregadas. Essa não é uma boa opção de intervenção, pois o estigma continua, o ator social torna-se, em muitos casos, o meio de sobrevivência deste núcleo social, não ocorrendo sua integração na sociedade, no trabalho e em um núcleo familiar real. Um ponto desfavorável dessa pesquisa foi o fato de não se avaliar a opinião dos protagonistas sobre a vivência na família adotiva.

Outro dispositivo residencial são os residenciais adaptados dentro do ambiente hospitalar, *hostels* ou *hospital wards in the community*. Surgiram nos anos de 1970, na Itália e, na década seguinte, espalharam-se por vários pontos da Europa. São adaptações das unidades hospitalares em pequenos apartamentos, suítes ou casas. Normalmente os moradores têm suporte constante de técnicos.

Em Trieste e Arezzo (Itália), foram criadas casas para os hóspedes, estruturas com suporte de operadores 24 horas: são núcleos com seis a oito pessoas e cada um possui seu quarto. As portas das casas estão sempre abertas para o morador ir e vir. Em Trieste, no complexo de San Giovanni, as quatro residências que haviam estão sendo desativadas. Os atores sociais que moravam nesses lares, viveram internados no ex-hospital psiquiátrico por longos anos. Esses moradores reconquistaram o direito de se constituírem enquanto pessoas, exercendo sua liberdade e autonomia e passaram a viver no território.

Hoje, em Trieste, as habitações são pequenas, para uma ou até três pessoas, alguns moradores preferem não morar sozinhos, devido à solidão.

Em países como o Brasil, que ainda estão em um processo entre a estrutura manicomial e os centros de atenção psicossocial, é importante

o conhecimento desses mecanismos para a avaliação dos serviços residenciais, pois são processos de passagem das instituições fechadas para espaços abertos, implicando verdadeiros rituais.

Penso na emoção coletiva provada durante a cerimônia de “o sal e as árvores” em Imola, quando na hora do fechamento do manicômio, lembrando as palavras de Basaglia, nos comportamos como os antigos romanos que destruíam a cidade inimiga. Convidamos todos os que viveram naquele lugar – pacientes, enfermeiros, familiares e também os cidadãos – e jogamos sal nos quartos, nos pavilhões, e usamos bois para ararmos o terreno em volta do hospital, para que nunca mais nascesse um outro manicômio, e depois plantamos uma árvore em cada uma das 23 casas que surgiram para acolher quem não tinha mais uma casa própria. E naquele dia estávamos todos juntos, sólidos, em plena saúde (VENTURINI, 2010, p.9).

O grande desafio da desinstitucionalização é compreender que o serviço residencial terapêutico (SRT) não se trata de dar casa a quem não possui, mas de possibilitar ao ator social protagonizar sua dimensão de vida, reconstruindo laços e afetos. Entretanto, o processo de transformação e invenção no circuito psiquiátrico não se restringe apenas aos Centros de atenção psicossocial (CAPS), mas amplia-se num complexo conjunto de serviços e estratégias.

Concluo este artigo com a premissa de que a moradia é direito fundamental de cidadania em qualquer parte do mundo. Em Trieste, várias medidas políticas se fizeram presentes ao longo dos anos, como: disponibilização de apartamentos, adquirido pelo sistema de casa própria, há uma lei que autoriza o órgão que administra a habitação a reservar uma cota dos imóveis populares para pessoas com transtorno mental e destinar aos serviços públicos, certo número de apartamentos, para hospedar indivíduos com problemas psiquiátricos, dependência química ou outros tipos.

Trieste, hoje, continua buscando respostas para algumas questões: como continuar com uma cultura que se renova constantemente a partir dos novos protagonistas – tanto usuários como técnicos – revendo e reconstruindo saberes, reciclando conhecimento? Como não perder a historicidade do movimento basagliano e nem prender-se à bandeira basagliana? A dinâmica da história é artilosa e depende dos homens e mulheres

concretos para ser vivida e desdobrada. É neste tecido social que os atores da saúde mental podem se reconhecer, para poder reinventar novos ritmos e estilos e reconstruir a história.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- _____. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 1995.
- _____. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- _____. A (Clínica) e a reforma psiquiátrica. In: *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003. Coleção Archivos.
- BARROS, D. D. *Jardins de Abel: desconstrução do Manicômio de Trieste*. São Paulo: EDUSP, 1994.
- BASAGLIA, F. et al. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados*. SAS/DAPES, Ano 10, n. 12, out. de 2015.
- COLAPIETRO, R. Entrevista. In: SADE, R. M. S. *Portas Abertas: do manicômio ao território: entrevistas triestinas*. Marília: Oficina Universitária, 2014. p. 111-127.
- DALLARI, D.A. *Direitos Humanos e Cidadania*. São Paulo: Moderna, 1998.
- DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. In: DELGADO, J. *A Loucura na Sala de jantar*. Santos: Resenha, 1991.
- DELL'ACQUA G. Entrevista. In: SADE, R. M. S. *Portas Abertas: do manicômio ao território: entrevistas triestinas*. Marília: Oficina Universitária, 2014. p. 55-73.
- DE LUCA, L.F.; FRATTURA, L. Ruolo e funzioni delle strutture residenziali nelle politiche e Nei Programi di Salute Mental e: materiali per un inventario. In: LETTERA, P. *Bibliografici in Psichiatria*, XXI; Milano: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, 1996.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. Rio de Janeiro: Perspectiva, 1974.
- JODELET, D. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.
- KNAPP, M. *The economic evaluation of mental health care*. Hants: Ashgate, 1995.
- LEFF, J.; KNAPP, M. Psychiatric bulletin. *American Journal of Psychiatry Online*, n.24, p.155-158, 2000.

LOBOSQUE, A. M. *Princípios para uma Clínica Antimanicomial e Outros Escritos*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MEZZINA, R. et al. Networking Consumer's Participation in a Community Mental Health Service: mutual support groups, 'citizenship' and coping strategies. *Intern Journal of Psychiatry*, v. 38, n. 1, p. 68-73, 1992.

NICÁCIO, F. *Utopia da realidade*: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. Tese de doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 2003.

_____. *Mental health in Europe: end, beginnings and rediscoveries*. London: MIND/Macmillan, 1996.

ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização: uma outra via. In: ROTELLI, F. et al, *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROTELLI, F. Entrevista. In: SADE, R. M. S. *Portas Abertas: do manicômio ao território: entrevistas triestinas*. Marília: Oficina Universitária, 2014. p. 37-53.

SARACENO, B. *Libertando identidades*: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Corá, 1999.

VENTURINI, E. *II Encuentro Nacional de los residenciales terapéuticos y del programa de volta para casa*. Porto Alegre, 2010.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. FIOCRUZ, 2007.

BARROS, D. D. *Autobiografia di um Movimento: 1961-1979*. Dal manicômio ala Riforma Sanitaria. Fotocomposizione e stampa, 1979.

_____. *A psiquiatria alternativa*: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BASAGLIA, F. *Che Cos'è La Psichiatra?* Milano, Baldini&Castoldi, 1997.

_____. *Il Circuito del controllo*: dalmanicomioal decentramento psichiatrico. Torino: Einaudi, 1982.

_____. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Garamond, 2005.

DELL'ACQUA, G. *Non ho L'armacheuccide Illeone*. Stampa alternative, 2007.

_____. *Incertiluoglidiospitalità. abitarelasoglia. Abitare La soglia*. Architettura e Psichiatria. *Rev.do Dipartimento di Salute Mentale di Trieste*, 2009.

MEZZINA, R. *Crisipsichiatria e sistemisanitari*: uma ricerca italiana. Asterios, 2005.

RAMON, S. (Ed.). *Beyond Community Care*: normalization and integration care. London: Macmillan, 1991.

SADE, R. M. S. *Portas Abertas: do manicômio ao território: entrevistas triestinas*. Marília: Oficina Universitária, 2014.

SALDIVIA, S.; GRANDÓN, P.; SILVA, F.; MELI-PILLÁN, R. *Informe final: evaluación del programa de hogares protegidos para pacientes con esquizofrenia*. Santiago Del Chile: Ministério de Salud, 2004.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. M. (Org) *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1996.

VENTURINI, E. A desinstitucionalização: limites e possibilidades. *Revista Brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, v. 20, n.1. abr.2010.

_____. *Em memória de uma mulher Maya*. Conferência de abertura proferida no I Encontro de Pesquisadores em História de Saúde Mental. Florianópolis, 2011.

Cooperativa de Trabajo en Salud Mental

Valeria Dimitroff

RESUMEN

Somos una Cooperativa de Trabajo en Salud Mental que surge a fin de recuperar un servicio de Hospital de Día. Entendiendo por Hospital de Día a un dispositivo de tratamiento ambulatorio para personas con padecimiento mental, su acompañamiento y reinserción social, y el sostenimiento a sus grupos de pertenencia.

Dicho servicio en el cual trabajábamos cerró abruptamente sus puertas en marzo de 2013, dejando sin asistencia a las personas que recibían tratamiento allí, así como también dejó sin fuente de trabajo a los profesionales que trabajábamos en él.

Luego de un año, hemos podido constituir la Cooperativa de Trabajo “Ser arte y Parte” Matrícula Nacional Número 50064, cuya razón de ser es construir un nuevo Hospital de Día para personas con padecimiento mental.

Vale la pena resaltar que no encontramos antecedentes de que una cooperativa de trabajo se constituya para brindar un servicio de estas características, ajustada en ideología y trabajo técnico acorde a lo que

determina la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental y Adicciones. Lo antedicho da la pauta de la originalidad del proyecto y lo dificultoso que significa llevar adelante un emprendimiento pionero. Nos sostiene la plena convicción en los principios de cooperatividad y de Salud Mental velando por los derechos de las personas con padecimiento mental; y la vasta experiencia del personal idóneo que lo constituye.

NACIMIENTO DE LA COOPERATIVA

La cooperativa Ser Arte y Parte, es fruto del trabajo de un equipo de profesionales de diversas áreas, que se constituyó a partir del trabajo conjunto en un Hospital de Día perteneciente a una clínica privada de la ciudad de La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Durante el período de tiempo que funcionó y brindó servicios dicho hospital de día, conformamos un equipo y dinámica de trabajo con ideales y objetivos comunes, surgidos de la experiencia adquirida dentro del trabajo mismo y enriquecidos por experiencias que nuestros profesionales fueron recorriendo en instituciones locales (Hospital Alejandro Korn, Hospital Moyano, Centros de Atención en Salud Mental de la Provincia de Buenos Aires, Clínicas Privadas), y de rotación por dispositivos de salud mental en Trieste, Italia etc.

El trabajo en el dispositivo, era realizado en un marco de amplias libertades, pero con las limitaciones que toda entidad privada determina. Los sueldos no eran acordes con el trabajo, el modo de contrato laboral no era regular ni acorde a los ingresos que percibía la institución, así como tampoco existía la posibilidad de desarrollar actividades que excedieran lo institucionalmente pautado.

La limitación más perjudicial con la que nos encontramos fue que en agosto del año 2012, la Clínica privada a la que pertenecía el Hospital de día, fue vendida a inversores desconocidos, sucediéndose desde ese momento, una serie de irregularidades de distinta índole (económicas, legales, administrativas) que desencadenaron – en marzo de 2013 – el cierre obligado del hospital de día y posteriormente de la clínica en su conjunto. Esta situación, no solamente dejó al equipo cesado de actividades y de fuente de trabajo, sino también dejó sin asistencia a los

usuarios del hospital de día, necesitados de un tratamiento correspondiente, serio, ético y responsable, como el que hasta el momento recibían. El cese de actividades, dió como resultado en los usuarios del servicio, recaídas, recurrentes internaciones y otro tipo de dificultades, no solamente en su tratamiento, sino también para sus familias y grupos de pertenencia.

Durante los meses de marzo y agosto de 2013 la desazón y el duelo por la situación que atravesamos al tener que cerrar nuestro lugar de trabajo, nos llevó a continuar encontrándonos. Deseábamos continuar ejerciendo nuestras profesiones en esta temática, manteniendo un formato horizontal e interdisciplinario, y necesitábamos también de una fuente laboral.

Paralelamente a las situaciones adversas que atravesábamos, el intercambio mutuo y el crecimiento del equipo en sus accionar ante la adversidad, llevó a vislumbrar la necesidad de continuar con nuestro trabajo. Algunos integrantes del equipo decidieron alejarse, mientras que otros profesionales que habían sido parte del equipo en tiempos anteriores, se acercaron convocados por el deseo de continuar trabajando en el modo en el que lo hacíamos.

Luego de largas averiguaciones, surgió la idea de crear una empresa para poder brindar un dispositivo de hospital de día propio, como servicio de salud. Evaluamos detenidamente qué figura legal sería la que podría adecuarse a nuestra propuesta.

A partir de conocer diversas experiencias nacionales e internacionales que se han desarrollado en esta línea, entendimos que el único camino posible para poder desarrollar una empresa con principios de cooperación, horizontalidad y transparencia, era la conformación de una cooperativa de trabajo. Para brindar un servicio ético y no volver a padecer la incertidumbre que genera el hecho de que nuestra fuente de trabajo dependa de personas que no comparten los mismos valores que nosotros, y cuyos intereses no corren del lado del trabajo digno y responsable en Salud Mental. Para dejar de estar expuestos a los contratos laborales precarizados a los que muchas veces somos sometidos los profesionales de la salud, y poder así dar la estabilidad y contención que usuarios y trabajadores necesitamos.

La cooperativa como concepto, solamente representa el espíritu y filosofía que queremos transmitir, sino que resume nuestros principios éticos y profesionales, así como también a los principios ideológicos que sostienen el trabajo en salud mental que llevamos adelante, referenciados en la nueva legislación Nacional de Salud Mental, que adhirió a la tendencia mundial en la atención (O.M.S, O.P.S) ley n. 26657. En dicha reglamentación, se establece que se limitaran la creación de clínica neuropsiquiátricas y hospitales monovalentes, privilegiando los tratamientos ambulatorios en: casas de medio camino; hospitales de día; centros de día; etc.

Fue así que nació **la cooperativa de trabajo en salud mental Ser arte y Parte**, constituida por profesionales Psicólogos, Musicoterapeuta, Profesor de teatro, Comunicadora Social, Licenciada en Administración de Empresas, Psiquiatra, Artista Plástica y Profesora de educación física. Dicha cooperativa brindaría como servicio un dispositivo de Hospital de Día para personas con padecimiento mental. El sostenimiento económico para solventar este trabajo, provendrá de las obras sociales y prepagas de los usuarios del servicio, siendo que las mismas tienen la obligación de deben solventar económicamente el tratamiento para sus afiliados.

LOS PRIMEROS PASOS

El recorrido no fue, ni es, sencillo. En Argentina, las cuestiones administrativas y burocráticas resultan muy obstaculizantes. En primer lugar, los tiempos que se requieren para registrar legalmente una cooperativa, son muy largos. Tuvimos que ocuparnos personalmente de seguir el proceso de adquisición del número de personería jurídica, para que no sea demorado innecesariamente. Aun así, ese primer trámite demoró 8 meses.

Mientras esperábamos obtener la personería jurídica anteriormente mencionada, las redes empezaron a tenderse. Nos contactamos con una Federación de Cooperativas de Trabajo FECOOTRA, quienes además de ofrecernos gran cantidad de información, nos brindó la ayuda económica que necesitábamos a partir de un préstamo que nos facilitó “Fuerza Solidaria”, una entidad que a partir de fondos del estado de la Provincia de Buenos Aires, otorga préstamos a cooperativas para promover

su fundación y desarrollo. Con ayuda de FECOOTRA y nuestros especialistas en administración empresarial, realizamos una proyección de gastos y requerimientos económicos que necesitaríamos para poner en funcionamiento el hospital de día.

A partir de dicho préstamo solventamos los primeros gastos que conlleva comenzar a construir el proyecto, ya que antes poder comenzar a trabajar, y generar ingresos propios, es necesario – en primer lugar – conseguir un inmueble donde funcionará el dispositivo, acondicionarlo acorde a las normativas requeridas por el Ministerio de Salud para el funcionamiento de una institución de esta índole, solicitar las habilitaciones comerciales requeridas, abonar los costos de las mismas, y poder sostenerlo el tiempo que tardan estas en finalizarse.

El único modo al que podíamos acceder a un inmueble fue alquilando una casa, ya que no contábamos con un inmueble propio ni cedido para dicho fin, y lo acondicionamos en parte con nuestras propias manos. Pero nuevos obstáculos aparecieron: ejecutar las habilitaciones edilicias y comerciales requeridas resultan mucho más complejas y demoran más tiempo del que en un principio nos habían informado. Nuevamente la burocracia demora la ejecución de un proyecto, y el lucro cesante que esto genera, significa mayores gastos de los que habíamos contemplado en la proyección que minuciosamente habíamos realizado.

SITUACIÓN ACTUAL

En la actualidad, y a un año de haber comenzado con la constitución de la cooperativa, nos encontramos en una situación delicada: el dinero prestado no alcanza para solventar los gastos venideros, anexados a posteriori de la proyección realizada. Nos vemos entonces en la necesidad de buscar otros modos de producir ingresos económicos para poder sostener el proyecto, y salir de la coyuntura dramática en la que estamos.

Fue así que decidimos darle utilidad al inmueble que obtuvimos, para realizar diversas actividades, que si bien no responden específicamente al trabajo de hospital de día, son un medio para lograr el fin que nos imaginamos. Dichas actividades son diversas y refieren múltiples áreas:

- Realizamos mensualmente de ferias de ropa usada y venta de algunos platos de comida para vender de manera personalizada.
- Ofrecemos talleres y cursos abiertos a la comunidad, similares a los que se ofrecerán en el hospital de día, pero en este caso los usuarios de los mismos deben abonarlos de manera particular. Los talleristas son tanto nuestros profesionales, como por otras personas que necesitan un espacio para desarrollar sus actividades. Clases de idioma, talleres de teatro, escultura, fotografía, clases de idioma, estimulación cognitiva, pintura, son algunas de las ofertas de actividades que aparecen en la cartilla.
- Habilitamos espacios como consultorios para que profesionales de salud realicen su práctica privada.

Un capítulo aparte merece el eje que sostiene este proyecto: el grupo de personas que lo constituyen. En este tiempo recorrido, hemos atravesado momentos de gran entusiasmo, desazón, angustias, discusiones, diferencias, preocupaciones, alegrías, etc. Y con estas vivencias hemos entendido que lo único que sostiene y posibilita sostener un proyecto, más allá de las arbitrariedades, es la constitución de un equipo de trabajo sólido, comprometido, idóneo y respetuoso. Empezamos siendo compañeros de trabajo, cada cual con un rol definido, para que con el devenir de la historia, cada cual pueda desplegar, a partir de que el mismo equipo lo posibilita, el potencial que cada uno de nosotros tienen, tanto en su capacidad profesional, como en sus características personales y capacidad de acción.

No sabemos cómo continuará esta historia, solo sabemos que el tiempo recorrido nos ha hecho aprender lo inimaginable, pero sobre todo hemos aprendido que solo es posible construir, a partir de un colectivo, y que es un maravilloso placer compartir el andar del camino con personas que persiguen un mismo sueño.

Anexo:

A continuación detallamos qué Hospital de Día es el que queremos

construir, su fundamentación, objetivos, destinatarios, qué actividades se desarrollarán y los ejes éticos con los que nos regimos

FUNDAMENTACIÓN

Los hospitales de día, surgen inicialmente como unidades asistenciales dedicadas a la administración de cuidados prolongados y específicos, en los que se llevan a cabo tratamientos especializados que no podían ser asumidos por la atención primaria. El hospital ha de tener una estructura dinámica que sepa adaptarse a su entorno, facilitando una atención integral dentro del continuo de los cuidados que requiere cada paciente, y a la vez, evita desarraigar de su medio habitual a las personas que tiene que atender. Estos cambios están teniendo lugar en un marco similar en todo el mundo occidental, con énfasis en la optimización de los recursos que los Estados dedican a la atención sanitaria. Esta estructura nueva ha demostrado sus beneficios clínicos y su rentabilidad social, mejorando la calidad de vida del paciente y disminuyendo los costos económicos propios de la estancia hospitalaria tradicional.

En Italia, luego una crítica radical de las instituciones totales, consideradas antiterapéuticas se llegó a la decisión concreta de cerrar los hospitales psiquiátricos de toda la nación. Como resultado surge la Ley 180 en 1978, la cual incluye entre otras cosas, el cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos, prohibiéndose la construcción de nuevos, la apertura de salas destinadas a Salud Mental en los hospitales generales o en centros de Salud Mental, garantizando la libertad de las personas, en la medida de lo posible.

Actualmente en Trieste no existe ningún otro lugar de internación psiquiátrica. En lugar de las estructuras manicomiales han surgido una gran variedad de servicios y lugares de intervención.

Una de ellas son los centros de salud mental. Estos servicios tienen la responsabilidad de responder a la totalidad de las necesidades en materia de Salud Mental de la población a su cargo. Los Centros también son usados como lugar de encuentro, socialización y recreación. Funcionan talleres de pintura, cine, gimnasia, etc. los cuales están abiertos a la comunidad.

En 2010 en nuestro país, se aprobó la ley 26 657 de Salud Mental y Adicciones, adhiriendo a la tendencia anteriormente descripta y superándola aún en la apuesta del cierre de toda institución manicomial, pública o privada, así como también proponiendo como medidas de tratamiento los propuestos en el proyecto que presentamos.

OBJETIVOS DEL HOSPITAL DE DÍA

El objetivo esencial del hospital de día es ofrecer una asistencia sanitaria especializada y técnicamente cualificada, en régimen ambulatorio, sorteando la estancia hospitalaria en régimen de internado. Mediante las actividades que se realizan se apunta a que el concurrente pueda recuperar y/o construir lazos sociales propios, evitando ser segregado de la comunidad y retome así la circulación social interrumpida por la patología o el aislamiento.

OBJETIVOS GENERALES

- Mejoría de la calidad de vida de los concurrentes.
- Minimizar el aislamiento social y familiar asociado a la hospitalización.
- Acompañamiento en la externación y re-inserción comunitaria.
- Conformar una red fuerte pero flexible entre los profesionales, la familia y la comunidad para evitar la caída psicosocial de las personas.
- Proporcionar una atención integral.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Incluir activa y permanentemente en el tratamiento a las familias.
- Generar una posición activa del concurrente, que debe renovar cada día su contrato en el tratamiento.
- Favorecer la socialización de los concurrentes, a partir de actividades grupales.

- Brindar espacios flexibles de contención, que favorezcan la expresión y canalización de los conflictos.
- Fortalecer las capacidades individuales actuales y potenciales de los concurrentes.
- Evitar futuras internaciones.
- Recuperar las capacidades sociales y laborales.
- Brindar herramientas de formación y capacitación para la reinserción laboral.

DESTINATARIOS

En nuestra institución atendemos las demandas de personas con algún grado de padecimiento mental, derivadas de otras instituciones o profesionales y aquellas que se acercan de manera espontánea. Habitantes de la ciudad de La Plata, Berisso y Ensenada. Este criterio de admisión responde a uno de los fundamentos básicos determinados en la ley 26 657: realizar los tratamientos ambulatorios en la zona de residencia de las personas.

FUNCIONAMIENTO

El hospital de día está formado por un equipo interdisciplinario de profesionales que trabajan de manera conjunta, abordando las problemáticas de forma integral, con objetivos comunes inherentes a las problemáticas de cada concurrente.

El horario es de 8 a 17 de lunes a viernes, dividiéndose en dos turnos. En una cantidad aproximada de 15 a 20 concurrentes por turno.

A continuación se describen las actividades llevadas a cabo por los profesionales que conforman el dispositivo.

ENTREVISTAS DE ADMISIÓN

Es el primer contacto del consultante con la institución. Consiste en una entrevista dirigida por un equipo interdisciplinario, en la cual por

un lado se responde a la demanda de tratamiento y por otro se evalúa si las necesidades del consultante pueden ser atendidas por el dispositivo o si requiere una derivación.

Con la información recabada en dicha entrevista se diseña una estrategia terapéutica con objetivos específicos y un tiempo estimado de tratamiento.

TALLERES CON ORIENTACIÓN ARTÍSTICA

La modalidad de taller estimula el trabajo cooperativo, prepara para el trabajo en grupo y ejercita la actividad creadora y la iniciativa. Posibilita la producción de soluciones de conjunto, basándose en la actividad constructiva del concurrente. Es un modo de organizar la actividad que favorece la participación y propicia que se comparta en el grupo lo aprendido individualmente, estimulando las relaciones horizontales en el seno del mismo.

Es uno de los puntos centrales del programa considerar al taller como un espacio flexible, sensible a las dinámicas grupales e individuales, que se rija por los tiempos lógicos y no cronológicos, pero a la vez sostenido por un encuadre. Un espacio que potencie las capacidades y facilite el despliegue de las personas, acompañando y conteniéndolas durante el proceso terapéutico.

Todos los talleres que se desarrollan en esta institución poseen una orientación artística, entendiendo al arte como cualquier actividad o producto realizado por el ser humano con una finalidad expresiva, a través del cual se comunican ideas, emociones o, en general, una visión del mundo mediante diversos recursos, como los plásticos, lingüísticos, sonoros, corporales o mixtos, sin tener como fin único: la estética.

Se intenta crear un ambiente que refleje la ausencia total de actitudes que juzguen o sugieran algo bueno, malo, fuerte, débil, que aman u odian. Las diferentes modalidades de terapias expresivas han reemplazado las más tradicionales que se basaban en curar la enfermedad, el estrés, la ansiedad, trastornos psicóticos, neuróticos, etc. y se concentran en el potencial creativo y expresivo de la persona

para buscar estilos de vida significativos, promoviendo así el bienestar físico, mental y espiritual de una persona que puede expresar sus sentimientos, pensamientos e ideas de una forma creativa.

El enfoque es no-interpretativo, el concurrente hace sus propias interpretaciones del arte y encuentra sus significados propios. La persona expresa mediante mensajes visuales, tonos de voz, lenguaje corporal y contenido verbal. El concurrente comparte su expresión con imágenes, y el terapeuta ayuda al concurrente con su expresión mediante movimiento, verbalización y otros usos de los materiales.

Los talleres que forman parte del cronograma de actividades del hospital de día son: taller de teatro, de educación física, reciclado, higiene, plástica, terapia ocupacional, musicoterapia, danza terapia, cocina, comunicación y cine.

Teatro: a partir de la expresión dramática crear la confianza mutua, erradicar el miedo al ridículo y a la crítica. Fomentar la creatividad individual y grupal a partir del desenvolvimiento físico, vocal y afectivo, teniendo en cuenta las habilidades individuales. Tomar las artes teatrales con sentido autocrítico y grupal a partir de improvisaciones y técnicas de expresión.

Educación física, deporte y recreación: este espacio apunta a la búsqueda del reencuentro con el cuerpo, despertar las ganas de moverlo y descubrir sus posibilidades expresivas y potencialidades físicas a través de la gimnasia, el deporte y la danza. Vivir es moverse. Moverse a conciencia. Ser independientes y felices a través del movimiento.

Artes plásticas: es un espacio plástico para recorrer el mundo de las imágenes propias y ajenas, nuevas y anteriores. En la búsqueda del análisis e intercambio de percepciones, descubrir los que las imágenes tienen para decir. Experimentar y producir con diferentes materiales, formas y colores.

Comunicación: es un espacio que apunta a trabajar en el reconocimiento, análisis y ejercitación de actividades comunicativas del concurrente, en el contexto institucional del Hospital de día como así también, en el entorno familiar, laboral, recreativo, entre otros.

Entendemos a la comunicación como medio de sociabilidad, aprendizaje e interrelación humana. A partir de esta perspectiva consideramos importante que los pacientes reconozcan que, en todo acto de comunicación participan individuos contextualizados. El espacio apunta a trabajar sobre “identidad”, modos de actuar acorde a la historicidad y roles (individuales y grupales).

Son fundamentales los espacio de producción, reflexión, debate y análisis crítico. La lectura de distintos medios, nos permite un acercamiento con el entorno y distintas problemáticas sociales cotidianas, lo cual consideramos fundamental en toda interacción social fuera del dispositivo. Y desde las individualidades, el desarrollo de actividades lúdicas da lugar a trabajar de forma distendida sobre los miedos, vergüenzas e inhibición a la hora de comunicarse.hora de comunicarse.

Estimulación cognitiva: estimular las capacidades cognitivas (atención, concentración, orientación, lenguaje) a través de diferentes actividades lúdicas.

Reciclado: contribuir a la educación del cuidado del medio ambiente a través de la reutilización de materiales de deshecho como: madera, metal, plástico, entre otros. Fomentar el desarrollo creativo y artístico, resignificando lo que ya no se utiliza, en un objeto artístico.

Musicoterapia: La música se encuentra presente en diferentes momentos y ámbitos de nuestra vida. Mediante este espacio se buscara poner en contacto con experiencias musicales las cuales permitirán el despliegue de las distintas problemáticas, creando propuestas o validando las surgidas del grupo de la mano de la creatividad, la improvisación y el juego. Propiciando oportunidades para percibir, discriminar, experimentar, representar y organizar las diferentes propuestas musicales.

GRUPOS TERAPÉUTICOS

La terapia llevada a cabo en un grupo implica que varias personas se encuentren dispuestas a compartir la experiencia de relatar y pensar sus conflictos delante (y junto) con otros. Está dirigida por profesionales psicólogos o psiquiatras y se realiza semanalmente.

ENTREVISTAS PSICOLÓGICAS Y PSIQUIÁTRICAS

El tratamiento también cuenta con atención individual y periódica, psicológica y psiquiátrica, para abordar la singularidad de cada persona.

REUNIÓN DE FAMILIARES

Estos espacios están dedicados brindar una escucha y contención a las familias de los concurrentes. Se apunta que mediante el relato de cada integrante, se compartan experiencias y se adquieran nuevas herramientas para sobrellevar la angustia que genera el padecimiento de un familiar.

Establecer con las familias relaciones y comunicaciones internas son elementos que constituyen un factor de protección para la salud de los concurrentes. El contacto con las familias es un momento indispensable, de valor informativo y de reconstrucción de la historia de la persona, ayuda a un involucramiento positivo de ambas partes dentro de una red más eficaz y real.

INSERCIÓN COMUNITARIA

El área de inserción comunitaria es parte fundamental del proceso terapéutico ya que no se puede concebir el tratamiento de un individuo aislándolo de su contexto cultural, social, laboral, familiar. Desde este espacio se busca que los concurrentes no pierdan estos vínculos, tomándolos como eje central y motor del proceso terapéutico.

Contamos con un grupo de personas que orientaran y acompañaran a los concurrentes en actividades extra-institucionales: entrevistas laborales, cursos de capacitación y formación, microemprendimientos, actividades recreativas y educativas, etc. Así como también se hace especial hincapié en la recuperación y sostén de los hábitos de la vida diaria.

INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Siendo la principal causa de las recaídas y las crisis, los conflictos con el entorno social, familiar, laboral, etc. de los concurrentes, creemos

que el abordaje de los mismos es imprescindible para su recuperación. La intervención comunitaria consiste en la atención del conflicto dentro del ámbito donde se genera, con el objetivo de su rápida resolución y prevención de posibles descompensaciones.

Consideramos imperiosa la necesidad de crear casas de medio camino, cooperativas de trabajo para los concurrentes, crear posibilidades de inserción laboral, etc., para que finalmente se concreten los objetivos planteados y se sostengan a largo plazo.

CONCLUSIÓN

La desinstitucionalización no significa cerrar los hospitales psiquiátricos, abandonando así a quienes estaban internados; no significa desplazar a los internados a otras instituciones similares; no significa reproducir la misma lógica, que totaliza a los enfermos en la enfermedad. Significa empezar otra vez, teniendo en cuenta la complejidad de la persona humana, la necesidad de fortalecer sus lazos sociales e interiores, respetando su derecho a ser protagonista de su cura y libre para elegir el tratamiento que alivie su padecer.

El cambio debe darse progresivamente, creando nuevas instituciones, más pequeñas, más humanas, atentas a la vida cotidiana de los ciudadanos, abiertas y accesibles, donde la persona se sienta contenida, respetada y cuidada. Donde se trabaje sobre las potencialidades de los que asisten y que, mediante la interacción con otros, se creen actos de salud.

Se trata de una propuesta que considera la importancia de liberar y potenciar las energías residuales de la persona ocultas bajo los síntomas, basándose en la idea de que los conflictos e inquietudes pueden ser trabajados por la persona mediante la producción artística.

REFERENCIAS CONSULTADAS

A PSYQUIATRÌA alternativa. Contra o pessimismo da razao, o otimismo da pratica. Conferencias no Brasil. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BASAGLIA, F. *La condena de ser pobre y loco*: alternativas al manicomio. Buenos Aires: Topía Editorial, 2008.

- _____. *L'istituzione negata*. Milano: Baldini e Castoldi, 1998.
- BAULEO, A. *Ideología, grupo y familia*. Buenos Aires, 1970.
- BLEGER, J. *Psico higiene y psicología institucional*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1966.
- GALENDE, E. *De un Horizonte Incierto*. Espanha: Paidós, 1997.
- LEY NACIONAL de Salud Mental y adicciones. n. 26.657. *Decreto reglamentario* 603/2013. Presidencia de la Nación Argentina, 2010.
- MANUAL de recursos de la OMS sobre Salud Mental. Derechos Humanos y Legislación Organización Mundial de la Salud, 2006.
- PASQUALE, E. *Psiquiatria y salud mental*. Trieste: Asterios, 2000.
- PICHON-RIVIÈRE, E. *El proceso creador*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1987.
- _____. *El proceso grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1999.
- ULLOA, F. *Psicología de las instituciones: una aproximación psicoanalítica*, 1967.

Dimensão individual e social do processo de *recovery*

Izabel Marin

Nestes últimos 15 anos tenho me dedicado, junto a outros profissionais, familiares e usuários¹ dos serviços de saúde mental, a estudar, descrever e compreender o que facilita e o que dificulta o processo de *recovery* de um transtorno mental severo.

As principais fontes desse conhecimento são três: (a) como base, os estudos epidemiológicos clássicos que, entre 1970 e 1990, questionaram a própria ideia de que o transtorno mental severo fosse “incurável” (de Ciompi, 1980, e Harding, 1987, à *Recovery from schizophrenia* de Warner, só para mencionar alguns; (b) as pesquisas qualitativas dos anos 90 sobre o protagonismo das pessoas na superação do sofrimento mental (DAVIDSON; STRAUSS, 1992); (c) os relatos das próprias pessoas que vivenciaram um transtorno mental e conseguiram reconquistar uma vida social satisfatória – que apresentarei a seguir.

¹ Na Itália, o termo “usuário” tem sido criticado por alguns grupos de portadores de transtorno mental, que o consideram reduutivo e estigmatizante e preferem usar a definição “pessoa com experiência de sofrimento mental”. Será mantido neste breve texto, todavia, pelo seu imediato entendimento, da mesma forma que o termo *operatore* é utilizado, na Itália, para definir um profissional de saúde mental.

Começo falando da definição da noção de *recovery*. O termo inglês *recovery* possui uma ampla gama de significados: desde o conceito de “readquirir posse ou controle” ou obter uma compensação por meios legais até a definição de “recuperar-se” ou “restabelecer-se”, da mesma forma como se diz que uma pessoa “se recuperou” ou “se restabeleceu” de uma doença ou de uma experiência incapacitante. Nestes casos, costuma-se dizer que essa pessoa realizou um percurso de *recovery*. Hoje, aquilo que definimos como *recovery*, no campo da saúde mental, corresponde a uma ideia de (re)apropriação, em primeira pessoa, do percurso e do processo que levam as pessoas que sofrem de um transtorno mental severo a superar suas maiores dificuldades existenciais, sociais e psíquicas.

Essa é uma ideia que surgiu na década de 1990 e que se difundiu e consolidou na primeira década deste século, quando a noção de *recovery* obteve pleno reconhecimento no âmbito da saúde mental. A partir de então, esse conceito foi adquirindo cada vez mais importância na literatura científica que trata da reestruturação dos serviços de saúde mental; hoje, a *recovery* de um transtorno mental possui um valor programático que a distingue de concepções mais tradicionais, como a de “cura clínica”.

A *recovery* como visão (e prática) transformadora foi impulsionada pelos nascentes grupos e movimentos de luta pelos próprios direitos por parte dos usuários de serviços de saúde mental. O surgimento tanto de narrativas de experiências vivenciadas em primeira pessoa quanto de formas de organização dos usuários, com a constituição de grupos de auto e mútua ajuda e de empoderamento coletivo, incidiu fortemente no que hoje pode ser definido como prática orientada para a *recovery*.

Patricia Deegan (1988), líder do *Mental Health Consumer Movement* nos Estados Unidos, baseando-se na própria experiência compartilhada com outros que, como ela, sofriam de problemas graves relacionados às habilidades físicas ou mentais, alerta para a necessidade de compreender que as pessoas com um sofrimento psíquico não devem ser “consertadas”, como se conserta um carro, não são recipientes passivos de programas de reabilitação. Ao contrário, elas se experimentam como pessoas capazes de construir ativamente um novo sentido para si e estabelecer novos propósitos para suas vidas.

O percurso de redefinição de si mesmo é marcado por uma nova consciência a respeito da própria condição, mas isso não significa nem recuperar uma condição anterior ao problema mental, nem aceitar passivamente o problema e suas limitações.

Os relatos “de dentro” da experiência de sofrimento psíquico revelam como é possível subtrair-se ao destino do transtorno mental como uma doença incurável: como é possível, apesar do sofrimento mental, reconquistar uma identidade social significativa e retomar a própria vida.

Gostaria agora de citar algumas palavras de Silva Bon, líder da Associação “Luna e l'altra”, uma associação de voluntariado de Trieste, criada por e, sobretudo, para mulheres. Para Bon (2012), os percursos de *recovery* podem ser realizados por meio de duas *metodologias relacionadas ao fazer*: a primeira, diz respeito ao fazer para si mesmo, pois “só conseguindo interiorizar uma metodologia de fazer para nós mesmos e para quem amamos podemos construir regras de vida que se tornem sustentáveis, sólidas dentro de nós e, por fim, necessárias, mas principalmente úteis para que possamos crescer e caminhar rumo ao bem estar”. A segunda *metodologia relacionada ao fazer* se refere aos contextos de cuidados e de facilitação: “nos centros de saúde mental, as profissões, as competências, as energias dos vários profissionais precisam ser renovadas, sustentadas, formadas para construir um apropriado modelo de atenção à pessoa que busca os cuidados oferecidos pelo Centro e que se coloca como um protagonista que julga: a unicidade da sua experiência lhe permite selecionar situações, relações, contatos”. É o caminho que deve ser percorrido, acrescenta Bon, “para desenvolver uma consciência sobre os próprios direitos como pessoas, cidadãos que reivindicam o valor da experiência do sofrimento mental e não querem retroceder nas garantias de proteção e respeito que já conquistaram” (2012, p. 67).

Esses dois aspectos indicados por Bon, que são interligados, tornam-se imprescindíveis para a promoção da saúde mental, sobretudo para as pessoas que enfrentam situações de prolongado sofrimento psíquico: a dimensão subjetiva da *recovery*, que se dá pelos esforços que a própria pessoa faz para melhorar e que aumentam o sentido de autoeficácia e de *agency*; e a dimensão social, que sustenta ativamente este processo no qual

todos estão envolvidos – profissionais, usuários, familiares, políticos, cidadãos em geral.

Para ilustrar concretamente o papel dessa dupla dimensão, gostaria de mencionar duas experiências realizadas em Trieste consideradas significativas pelos usuários para o desenvolvimento de um sentimento de self ativo e de pertencimento à própria comunidade.

A primeira é uma experiência de pesquisa baseada em entrevistas aprofundadas realizada na primeira metade da década de 2000, cujo tema era *os fatores da recovery de um transtorno mental severo na perspectiva dos usuários*. A ideia principal desse estudo era permitir que emergisse a experiência/competência de cada pessoa no que se refere aos fatores que contribuíram para o próprio percurso de *recovery*. Num primeiro ciclo de entrevistas, a tarefa da entrevistadora era favorecer, mediante perguntas que incentivassem o relato de vivências e significados, conforme os construtos pessoais do protagonista da experiência. Em um segundo ciclo, algumas pessoas entrevistadas foram envolvidas em um grupo para planejar e elaborar novas entrevistas. Isso possibilitou focalizar e enriquecer mais ainda os conhecimentos sobre os fatores de *recovery*, na interação entre a experiência do usuário entrevistador e a experiência de novos usuários entrevistados. Posteriormente, o material coletado e elaborado serviu como base para discussões e percursos de formação em contextos mais amplos, dos quais participaram outros profissionais, usuários e familiares em contato com os serviços de saúde mental de Trieste. Dessa forma, a ideia de “copesquisa”² que nos tinha inspirado foi realizada por meio da circularidade das experiências e de competências específicas que permitiram tanto obter um conhecimento mais aprofundado como promover o que pode ser chamado de uma cultura da *recovery*³.

² A copesquisa (em italiano, *conricerca*) é uma metodologia de produção de conhecimento de campo “horizontal” (não de mera observação) e, ao mesmo tempo, de subjetividade, bem como uma metodologia de análise e organização de transformação social: “a pesquisa como um momento de conhecimento da realidade e, paralelamente, de atividade prático-críticas que visam a sua transformação” (MONTALDI, 1971, p. 11). Danilo Montaldi publicou estudos pioneirísticos relacionados às mudanças ocorridas nas classes subalternas, como *Milano, Coreia. Inchiesta sugli immigrati*, em coautoria com Franco Alasia e *Autobiografie della leggera* (1961).

³ Este trabalho resultou em algumas publicações na Itália e nos Estados Unidos. Junto com o grupo de pesquisa multicêntrico denominado *International Recovery Research Group*, foi publicado o volume coletivo *Processes of recovery in serious mental illness: findings from a multi-national study*, que inclui: della salute mentale).

O segundo exemplo se refere à tentativa de traduzir o conteúdo desta ação inicial de difusão cultural em alguns princípios operacionais que reestruturassem as práticas dos serviços, para orientá-las explicitamente para processos de *recovery*. Entre 2011 e 2012, foi constituído um grupo misto, composto por usuários, profissionais, familiares e voluntários: este grupo confrontou os diversos saberes práticos para fazer emergir um conhecimento compartilhado sobre princípios, finalidades e funções de um serviço de saúde mental. O resultado desse trabalho foi um documento intitulado “Para uma Carta dos serviços orientados para a *recovery*”, contendo 10 pontos-chave, que retomarei adiante e que se referem principalmente a: espaços e instrumentos que fornecem suporte às pessoas com experiência de sofrimento mental; estratégias de inclusão social e de empoderamento; organização dos usuários mediante associações e suporte entre pares; necessidade de enfrentar o preconceito e o estigma associados ao transtorno mental. Nesse caso, também, ampliou-se o campo de discussão, com a criação de diversos grupos focais, distribuídos nos quatro centros de saúde mental de Trieste, que discutiram e aprovaram o primeiro esboço do documento; desta segunda etapa, desenvolvida em 2013, participaram cerca de 100 pessoas, das quais 60 eram usuários. É importante salientar que, nessa segunda fase, os usuários que tinham participado da elaboração do esboço da Carta, na primeira fase, assumiram o papel de formadores dos outros usuários e participantes, ou seja, assumiram uma responsabilidade tanto na exposição do conteúdo quanto na coordenação dos grupos de discussão. Darei agora alguns exemplos desse processo de elaboração, citando opiniões expressas pelos usuários sobre alguns pontos qualificantes da Carta dos serviços, intitulada *Carta della Recovery* 2014. Breves comentários reassumirão as palavras-chave mais representativas que emergiram nessa discussão⁴.

1. O primeiro item da Carta diz respeito ao “Serviço centrado na pessoa”. Essa característica – que, aliás, faz parte da experiência de Trieste desde a época de Basaglia – foi definida mediante diversas indicações concretas, pormenorizadas, sobre como é percebido e vivenciado o contato com o serviço desde o momento do acolhimento. Alguns exemplos revelam como este tema do contato inicial é particularmente sentido pelos usuários.

⁴ As citações são dos usuários participantes do projeto, os nomes são fictícios.

Foi proposta a imagem de um “abraço metafórico”: algo muito diferente de um acolhimento formal, pois requer que o usuário encontre *antes de tudo uma pessoa e, depois, um profissional*.

O acolhimento é um momento importante, em que a necessidade de ser compreendido é grande. Não bastam os medicamentos... é preciso uma forte relação no momento do acolhimento; às vezes, uma pessoa que vive a mesma experiência também poderia ser um interlocutor apropriado para compartilhar todo o nosso sofrimento. A escuta é fundamental (Anna).

Dessa forma, *ser escutado e não somente “ouvido”*. A capacidade de escuta depende da capacidade humana de quem acolhe:

Quando você é acolhido, é bom perceber que as pessoas estão realmente interessadas no que lhe aconteceu e que não lhe impõem uma forma de tratamento. No início, o principal é ser bastante escutado. Antes de propor os medicamentos, é preciso deixar que a pessoa relate longamente a sua experiência, mesmo que às vezes seja difícil contar tudo imediatamente porque a sua cabeça esta confusa (Anna).

Um importante aspecto evidenciado é o fato de poder recorrer a um Centro sem medo de ser rotulado:

O diagnóstico não coincide com a pessoa. É necessário questionar o próprio conceito de diagnóstico, pois para lidar com ele é necessária uma cultura de acolhimento. O diagnóstico não é um fato objetivo; é subjetivo, porque o indivíduo é único e as respostas a serem dadas devem considerar as variáveis que têm a ver com a existência de cada pessoa. Os ingredientes são infinitos, assim como é infinita a nossa mente (Carlo).

2. Com base nessas premissas, foi identificado pelos usuários o percurso *che* constrói a confiança em si mesmo, junto com a confiança no papel dos profissionais como *acompanhadores*: desta forma, é possível recuperar um sentimento de pertencimento a uma comunidade, que constitui um dos objetivos fundamentais do serviço (aspecto tratado principalmente no item número 5 da Carta: “Rede social e pessoas significativas”). Aqui, a opinião dos usuários evidencia a relação dinâmica, processual, entre aumento da autonomia pessoal e abertura à sociabilidade.

O processo de mudança tem início quando começamos a nos aceitar. É um processo que nasce dentro de nós e o profissional se torna importante quando sabe *estimular a pessoa a encontrar o próprio caminho*. Quer dizer aprender a chegar à raiz do problema, perceber a necessidade de mudar, de começar a mediar com o mundo. Significa compreender as outras pessoas, os outros pontos de vista, saber mediar entre o que existe e o que queremos (Dario).

Desenvolver uma capacidade de análise da realidade está relacionado a uma reflexão sobre o conceito de empoderamento, que salienta a importância de um serviço que não se limite ao mero assistencialismo:

[o serviço] deveria assimilar o princípio do “empoderamento”, que literalmente significa “enriquecimento, fortalecimento, potencialização”. As pessoas que chegam ao serviço deveriam ser cuidadas num momento de crise, mas depois acompanhadas de volta ao mundo. Isso requer um enorme esforço de todos os atores sociais envolvidos: profissionais, usuários, cooperativas sociais. Quando falta um desses aspectos, o empoderamento da pessoa em sofrimento torna-se muito complicado e ligado a circunstâncias casuais (Dario).

Nesta ótica deve ser considerado o empenho organizativo do serviço e a promoção de formas associativas diversificadas:

Não dá para imaginar que uma pessoa possa emancipar-se frequentando somente um centro de saúde mental, assim como não dá para imaginar que uma pessoa, após uma crise, mantenha o mesmo ritmo de vida da chamada normalidade. Associações frequentadas por pessoas sensíveis aos temas da saúde mental também desempenham um papel de vital importância. Possibilidade de praticar esportes, tocar um instrumento, escrever, viajar, “colocar os pés no mundo” são indispensáveis (Dario).

A reconstrução de vínculos sociais, ou seja, sentir-se parte de contextos gradativamente ampliados de sociabilidade, é compreendida como um processo que pode expandir-se da dimensão interna de um serviço à de uma mais ampla inclusão social:

Os vínculos entre pessoas que frequentam o mesmo serviço podem tornar-se duradouros. São vínculos que dizem respeito tanto aos profissionais quanto aos usuários. E é no plano da sociabilidade e da afetividade que desenvolvemos as nossas capacidades relacionais e construímos referências para relacionamentos dentro e fora do serviço (Elena).

3. Um passo seguinte neste processo é desenvolvido no item 6 da Carta: “Suporte entre pares”. A importância desse aspecto, amplamente reconhecido pelos usuários como fator propulsor para a saúde e a tomada de consciência, também é evidenciada nos testemunhos sobre como surge a motivação para assumir a responsabilidade por outra pessoa.

O impulso interior é fundamental; é preciso encontrar o próprio eixo para enfrentar a tempestade. Ser ativo também quer dizer “começar a preocupar-se com o outro” (um parente ou outras pessoas que frequentam o Centro), oferecer as próprias experiências positivas ao serviço para contribuir para a própria melhora e de outros (Fábio).

Certamente, a capacidade de ajudar num momento de crise é vista como um aspecto qualificante dos “pares”.

[...] a crise é um momento diferente de todos os demais, é avassaladora; encontrar uma pessoa competente, que já viveu essa experiência, poderia ajudar muito... (Elena).

Nas discussões realizadas em Trieste também emergiu um aspecto recorrente nas experiências mais consolidadas de suporte entre pares, especialmente nos EUA e no Reino Unido: o valor de exemplo que é oferecido pelos pares para “conseguir superar as dificuldades”, fonte de uma esperança que dá apoio à continuidade da experiência.

As pessoas têm necessidade e direito de ter esperança. Eis que o suporte entre pares torna-se, assim, um instrumento essencial. Pessoas que conseguiram resolver os seus problemas e que conhecem o sofrimento do transtorno mental podem ajudar muito os que ainda o estão vivenciando (Dario).

Do ponto de vista organizativo, a Carta aborda as modalidades com as quais o suporte entre pares pode ser incentivado e apoiado pelo serviço, prevendo também que os novos saberes oriundos da experiência entre pares possam obter um reconhecimento económico (para que se tornem, no futuro, uma prática comum).

NOTAS CONCLUSIVAS

Para esta breve exposição, foram selecionados alguns aspectos significativos que podiam fornecer uma imagem mais evidente de um processo de amadurecimento que não foi, como disse anteriormente, nem breve nem linear. Sem dúvida, não era possível abordar nem a extensão sistemática dos aspectos tratados na elaboração da Carta, nem a riqueza das contribuições individuais dos participantes. Apesar disso, creio que podemos concluir destacando uma característica fundamental, um “fio condutor” que atravessa os diversos testemunhos e conteúdos reunidos.

Nesta experiência, foi possível observar e elaborar uma ideia de *recovery* como amadurecimento gradual: uma trajetória que parte (a) da condição de fragilidade de uma pessoa que precisa de ajuda; (b) leva ao reconhecimento de si como parte de uma comunidade; e (c) desenvolve-se na capacidade de ajudar os outros. Desta forma, não significa somente melhora de uma condição psíquica, mas também ampliação das possibilidades que envolvem profundamente a dimensão existencial e, diria, ética e civil. Um processo de amadurecimento que transformou não somente as pessoas que mais sofrem, mas também a consciência dos profissionais e de outros que dele também participaram.

Paolo, uma das pessoas mais ativas nas discussões, escreveu:

Os outros somos nós. Talvez seja o fato de ter mais consciência do que sou e do que poderia ser que me permite olhar ao redor e reconhecer o outro como um meu semelhante, uma pessoa a quem pedir e, ao mesmo tempo, doar experiência. Um encontro.

Isto é: “O outro não é uma cópia de mim, é a inteligência e a sensibilidade que reconheço e com as quais desejo compartilhar um momento”.

REFERÊNCIAS

- CIOMPI, L. The natural history of schizophrenia in the long term. *British Journal of Psychiatry*, v. 136, p. 413-420, 1980.
- HARDING, C. M.; ZUBIN, J.; STRAUSS, J. Chronicity in Schizophrenia: Fact, Partial Fact, or Artifact? *Hospital and Community Psychiatry*, v. 38, n. 5, p. 477-486, 1987.

MARIN, I.; BON. *Guarire si può. Persone e disturbo mentale*. Archivio critico della Salute Mentale, Edizioni Alfabeta Verlag, p. 27-31.

MONTALDI, D. *Militanti politici di base*. Torino: Einaudi, 1971. p. 11.

WARNER, R. *Recovery from schizophrenia*. Psychiatry and political economy. 2. ed. London, New York: Routledge, 1994.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

DAVIDSON, L.; STRAUSS, J. Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, v. 65, p. 131-145. 1992.

DAVIDSON, L. *Living outside mental illness: qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia*. New York, London: University Press, 2003.

COLEMAN, R. *Recovery an alien concept?*. Gloucester: Handsell Publishing, 1999.

DEEGAN, P. E. Recovery: the Lived Experience of Rehabilitation. In: COHEN, M. et al. (Ed.). *Assessing & Developing Readiness*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, 1993.

MARIN, I. *La riabilitazione psico-sociale nella prospettiva dell'utente: cinque percorsi di recovery in salute mentale*. Tesi di diploma universitario in servizio sociale, Università degli Studi di Trieste, 2000.

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

MARIN, I. et al. The Person's role in recovery. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, v. 8, n. 3, p. 223-242, 2005.

MEZZINA, R. et al. From participation to citizenship: how to regain a role, a status and a life in the process of recovery. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. v. 9, n. 1, p. 39-61, Jan/Apr. 2006. Special Issue: Process and Contexts of Recovery, Part. II.

STRAUSS, J. The Person: key to understanding mental illness: towards a new dynamic Psychiatry, III. *British Journal of Psychiatry*, v. 161, p. 19-26, 1992.

UNZICKER, R. On My Own: A Personal journey Through Madness and Re-Emergence. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, v. 13, p. 75-77, 1989.

Deistituzionalizzazione delle istituzioni, della cultura e delle tecniche psichiatriche, col loro budget

Evaristo Pasquale

L'Ospedale Psichiatrico è l'istituzione civile più forte: negli ultimi secoli ha segnato netto il confine fra normalità e follia. E' diventato il capofila delle Istituzioni Totali (carceri, riformatori, Case per Anziani, Centri per immigrati clandestini).

Le culture Psicanalitica, Fenomenologica, Esistenzialista, Antropologica, Femminista, Umanistica, dei Diritti Umani..hanno relativizzato e scardinato questo confine. E lo psichiatra italiano Franco Basaglia, sostenitore di queste nuove idee, ha contribuito molto a questo scopo, combattendo contro questo simbolo potente di alienità ed esclusione delle persone fragili dal consesso umano, che faceva perdere potere e senso alla loro vita.

Basaglia ha letto e combattuto i passaggi di progressiva Esclusione Sociale delle persone svantaggiate: scuole speciali, riformatori, ghetti, carceri fino all'Ospedale Psichiatrico (Op); quindi nel lavoro all' interno dell'Op segue un filo teorico-pratico per eliminare l' esclusione/reclusione dei diversi.

Chiamato nel 1971 a dirigere l'OP di Trieste dal Presidente della Provincia (allora gestore politico-amministrativo dell'Op), convinto dalle sue idee innovative, dopo riflessioni quotidiane con la sua equipe, inizia a

smontare a gradi il Moloc Manicomiale, lottando contro culture e poteri professionali, politici, amministrativi, della stampa e della giustizia ..

Coinvolge professionali e ricoverati in assemblee quotidiane nei reparti per renderli coscienti della comune condizione di “prigionia” ed insieme umanizzano progressivamente le relazioni e le regole interne a Op e modificano le regole di ingresso e di uscita , intaccando regolamenti secolari.

Vengono ridotti i letti ed i padiglioni manicomiali con la contemporanea organizzazione di un’assistenza extraospedaliera attraverso visite domiciliari ai dimessi da Op e apertura di ambulatori diurni (poi CSM, Centri di Salute Mentale) nei quartieri per assistere-sostenere i dimessi (in famiglia o in appartamenti comunitari) ed i nuovi pazienti.

Poi viene creata una Reperibilità in Pronto Soccorso e successivamente un piccolo Servizio di Emergenza (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) nell’Ospedale Civile per filtrare le ricadute ed i nuovi ingressi in Op, iniziando a indirizzarli nei CSM.

Si comprano auto per le Visite Infermieristiche e Mediche Domiciliari quotidiane nel territorio, a cui anche i vecchi ricoverati in Op vengono progressivamente restituiti, coinvolgendo anche i Medici di Famiglia (Pubblici) nella assistenza complessiva ai loro pazienti, pur psichiatrici.

Si lavora per strutturare relazioni di fiducia non solo coi pazienti, ma con tutto il loro contesto familiare e comunitario, sensibilizzando i vicini ad una maggiore comprensione dei “matti” e spesso anche affrontando problemi di qualità di vita nella comunità.

Si elimina ogni forma di contenzione sia nel residuo dell’OP, sia in ogni luogo di assistenza psichiatrico, combattendo l’idea della pericolosità del folle con maggior informazione, presenza e coinvolgimento umano.

Si valorizzano i diritti civili delle persone, le loro scelte soggettive, talvolta da dialettizzare,..in qualunque luogo di assistenza o di vita.

Si completa la costruzione dei CSM nei quartieri (oggi 1per 50-100 mila abitanti), accessibili a tutti i cittadini perché il contesto di vita è un sostegno forte per le fasce deboli (IPS WHO, 1973).

Si spostano tutte le competenze di cura, le risorse di budget e di personale dall'OP alla rete dei CSM 24h, organizzati in Dipartimento di Salute Mentale.

Amministrativamente in tutta l'Italia gli Op vengono chiusi definitivamente da una norma nazionale dopo quasi 20 aa dalla Legge 180/78, che sancisce il lavoro di apertura degli Op. Questa trasformazione enorme ed impegnativa dell'istituzione più violenta e costringente degli ultimi secoli ha richiesto lotte sociali e politiche..oltre che una cultura convinta di civiltà ed umanizzazione.

Esemplare fu il percorso di F. Basaglia a Trieste per l'attenzione alle persone ed ai loro diritti di cura reale, ma anche alla sostenibilità economica-politica del processo, chiudendo reparti mentre si aprivano strutture nel territorio e gli operatori dai reparti vi transitavano, ovviamente cooptati e coinvolti nel percorso.

La "Rivoluzione psichiatrica" collegata ai nuovi saperi e diritti che si stavano diffondendo progressivamente in Europa, America...ha cominciato a radicarsi parzialmente ed in modalità diverse anche in USA, Inghilterra, Spagna... e in Brasile; e si spera che le legislazioni e poi la trasformazione delle culture e dei Servizi diventi realtà anche in Argentina, in Cile ed in tutta l'America e poi altrove e che "la barbara carcerazione dei folli" scompaia.

Purtroppo con percorsi totalmente opposti l'istituzione manicomiale è stata anche l'esempio a cui i regimi politici più disumani dei vari continenti si sono rifatti per controllare i loro popoli nell'ultimo secolo in Europa, SudAmerica, Asia... (lager, gulag...), il che evidenzia che questi metodi "terapeutici" sono quelli che permettono il controllo più disumano possibile degli esseri umani.

Ora passiamo al funzionamento delle Nuove Istituzioni di Salute Mentale, nate dal lavoro di Trieste, che si raggruppano nel Dipartimento di Salute Mentale (DSM), per verificare la loro efficacia nell'affrontare la sofferenza ed i disturbi delle persone, delle famiglie e delle comunità umane..partendo però dal rispetto e non dalla coazione e negazione dei loro diritti civili, aiutandoli anzi a recuperarli dove sono stati lesi, a riappropriarsi delle proprie abilità, interessi, desideri... con un percorso di

recupero, tendenzialmente accompagnato verso i comuni bisogni umani e di relazione, fuori dall'isolamento e dalla sofferenza.

Ci si coinvolge con i familiari delle persone, anch'essi in sofferenza per la condizione del congiunto, si accoglie il loro disagio e si cerca di accompagnare tutto il nucleo verso il possibile superamento dei problemi od almeno verso una condizione accettabile, costruendo terapeuticità con gesti sensati in quello specifico percorso.

Le nuove istituzioni "basagliane" comunitarie che soppiantano l'ospedale psichiatrico sono:

- il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura nell'ospedale generale (uno ogni 200-300.000 abitanti) con pochi letti e brevi degenze per le emergenze; inoltre svolge consulenze psichiatriche in Pronto Soccorso e in reparti internistici.
- Il Centro di Salute Mentale 24h in ogni quartiere (uno ogni 50-100000 abitanti), con massimo otto letti per le persone in crisi del suo territorio; è il perno della nuova assistenza in salute mentale, svolge continuità di cura diurna interna e domiciliare per tutte le richieste del suo territorio e notturna per gli ospiti in crisi e per le consulenze. Svolge un'azione di regia per tutti i progetti di cura e di riabilitazione psichica per le persone della sua area dislocate ovunque (domicilio, case di riposo, reparti ospedalieri civili...); partecipa con gli altri attori sociosanitari pubblici alle iniziative locali per la prevenzione del malessere psicosociale dell'area (Mmg, Distretti sanitari per le cure mediche extraospedaliere, Servizi Sociali per sostegni economici ed abitativi...).
- Il Servizio di Abilitazione e Residenze, che coordina gruppi di convivenza inizialmente in appartamenti nell'ex Op e poi nella città, con un sostegno modulato alle carenze degli ospiti (abitazione, risocializzazione e attività ricreative, recupero di abilità ...) e team di inserimento lavorativo in Cooperative o aziende private.
- Dipartimento di Salute Mentale, che è il coordinamento di tutti i Servizi suddetti, del personale, dei progetti e del budget di S. M. in quell'area (200-500.000ab).

Indicatori di questa organizzazione coesa di Servizi di Salute Mentale pubblici, verso un'unicità di risposta pubblica (non comune altrove, anche in Brasile, per la sovrapposizione di circuiti di cura statali, regionali, comunali, universitari.. complementari e non sostitutivi dell'internamento..), sarebbero potenzialmente trasferibili in ogni realtà:

1) una rete sanitaria unica e coerente sul territorio di Servizi Pubblici di Salute Mentale Comunitari (DSM) accessibili 24 ore, con ospitalità notturna ed organizzazione proattiva, totalmente sostitutiva dell'Op. Invece spesso si incontrano nel circuito psichiatrico: ospedali psichiatrici pubblici, reparti psichiatrici di Ospedali Civili o Cliniche Psichiatriche Universitarie, poliambulatori vari ecc contemporaneamente appartenenti a varie Istituzioni Pubbliche e Private diverse (Ospedali Civili, Cliniche Universitarie, Ospedali psych Privati, Servizi Comunitari di Municipalità, Strutture Benemerite...) senza alcun collegamento o coordinamento fra di loro, con risposte contraddittorie e quindi dannose, creando più mercato di cronicità che di salute. Le crisi psichiatriche non necessiterebbero prevalentemente di ricovero, ma di essere lette nel loro contesto ed affrontate non solo nei sintomi, ma nel senso più profondo ed evolutivo. Ed è fondamentale la continuità delle cure nei casi gravi, costruendo relazioni, percorsi abilitativi nell'integrazione con la comunità, facilitando l'accesso ai comuni diritti.. Anche i Servizi Comunitari richiedono continua autoriflessione per evitare meccanismi cronici.

2) tutta la riconversione del budget dell'Op, mentre si lavora per chiuderlo, nei Servizi del DSM, trasferibile in tempo quasi reale. Purtroppo finché rimane attivo anche solo parte dell'Op non si può trasferire il budget sulle nuove strutture, che quindi rischieranno di essere asfittiche e non poter svilupparsi, mentre l'Op resterà centrale.

3) la continuità dell'attenzione e dell'empatia per le persone con disturbi significativi ("mi interessa la persona e la sua storia di vita più che la malattia")(F. Basaglia), superando l'identità totalizzante della follia, con la costruzione intorno di reti reali di fiducia ed appoggio,

in un modello complesso di intervento biopsicosociale. Le patologie psichiche dipendono molto dal contesto e dalle sue potenzialità di affrontarle correttamente. La qualità dello “ sguardo dell’altro”, l’affettività.. più che i protocolli cambiano le persone.

4) per l’integrità psichica e fisica delle persone sofferenti e per la loro qualità di vita serve un progetto coi Servizi medici di cure fisiche con un’attenzione maggiore per pazienti psichici , spesso poco attenti ai loro disturbi fisici. Per cui è importante il coinvolgimento di MmG, Distretti Sanitari... ed anche sostegno sociale coi Servizi Sociali comunali, Case Popolari pubbliche, Associazioni di quartiere, Microaree...). Si è lavorato successivamente per collegare questo circuito sociale di poli diversi che, quando è fluido, produce risposte coerenti e integrate per un salto di qualità nella vita e nella salute delle persone.

5) una strategia riabilitativa continua nei suoi percorsi esistenziali reali (e non artificiali), particolarmente lavorativi, sia nel mercato del lavoro che in Cooperative Sociali, ma dentro relazioni sociali che rompano la cronicità. Un luogo “psichiatrico” tende sempre a connotarsi come gestore e riproduttore di miserie, mentre altrove è più facile agire le contraddizioni con minore istituzionalità. Per cui le strutture psichiatriche del territorio devono essere attente e ben integrate fra loro e capaci di accompagnare la persona verso l’autonomia ed il lavoro, o il risultato di emancipazione per la persona rischia di essere scarso.

6) favorire l’incontro fra normalità e diversità (che in parte può rimanere nelle persone in aspetti poco accettati o originali), riconoscendo diritto all’inclusione ad entrambe. Rompere l’incomprensibilità, la paura della diversità, i passaggi esistenziali bloccati o destinati solo al consumo..., facendo ripartire la costruzione di realtà per la riproduzione sociale, le pratiche di comunità, le contaminazioni, le narrazioni, le potenzialità di connessioni ed umanizzazioni dentro una dimensione temporale ed un habitat... Ma l’armonica complessità di questi poli è molto difficile da raggiungere.

7) lavorare per la deistituzionalizzazione, e mantenersi fedeli agli obiettivi originari, quindi combattere l'istituzionalizzazione, cioè l'involuzione che ogni struttura e gruppo umano, anche se nuovi, rischiano di subire/favorire nel tempo per ansia di controllo o per inerzia, compromessi, cronicizzazione.. e poi inglobare assoggettando ai suoi meccanismi le persone più fragili. "Mi interessa la persona più che la malattia"(F.Basaglia)

Ora per continuare ad essere pedagogico rispetto al mio obbiettivo di facilitare i percorsi professionali a chi lavora in strutture completamente diverse da quelle di Trieste, può essere utile evidenziare le discriminanti positive ubiquitarie delle categorie del nostro operare, fra operatività Manicomiale e Comunitaria per riconoscere e facilitare la scelta pratica di lavorare ogni giorno verso Servizi di Salute totalmente sostitutivi all'O.P.

1. Eziopatogenesi: dalla Medicina Positivistica che vede malattie ad eziopatogenesi cerebrale ed evoluzione infausta, pericolosità da contenere fisicamente o chimicamente.. indirizzarsi invece verso la lettura di un disturbo multifattoriale con vulnerabilità variabile proporzionale agli stress esistenziali, e per affrontarlo accentuare le risorse personali ed ambientali. Riuscire a "leggere l'alterità più che l'alienità, la differenza più che l'incomprensibilità, coinvolgendo il contesto nell'interpretazione della crisi psicotica per evitare il sequestro specialistico e mummificante. Bisogna ristabilire la cultura della diversità, che non è infermità, della malattia che non è incomprensibilità e dei momenti incomprensibili che non sono cronici ed irreversibili..verso possibilità alternative di interpretazione della follia"(A.Gaston). "La schizofrenia non esiste al principio della evoluzione, ma solo alla fine" in una lettura di carriera predefinita(H. Ey).

2. Terapia e Riabilitazione: lungo internamento(talora indefinito) in OP con terapie fisiche di isolamento, contezione, shock, ergoterapia, abuso di psicofarmaci..versus cura biopsicosociale, con

breve trattamento (ospedaliero?) farmacologico e poi riabilitazione psicosociale e “accompagnamento” nel suo percorso esistenziale.

3. Luoghi di cura: Op o Cliniche Private o Ambulatori per indefiniti trattamenti farmacologici versus DSM coi loro diversificati luoghi volontari di cura nella comunità.

4. Attori della cura diversificati: in Op ruoli prevalentemente per psichiatri e infermieri custodi e stigmatizzanti; nella Comunità oltre a Medici ed Infermieri con ruolo minore di controllo, anche familiari, amici, psicol, ass soc, , volontari, accompagnatori, helpers..ed il clima di una comunità libera.

5. Prognosi: il potere fondante del sistema manicomiale va oltre la resistenza culturale della iniziale “tara ereditaria” e dello stigma, organizzando la gestione istituzionale della “inguaribilità” su meccanismi di negazione e annichilimento delle persone e non di cura versus almeno parziale recupero proporzionale al contesto sociofamiliare esterno.

6. Diritti: in Op nessun diritto (internato perché pericoloso, “interdetto” dai diritti civili) versus diritti di cittadinanza come tutti nella Comunità, se non soggetto a TSO (obbligo di cura per 1 settimana, ev ripetibile) o interdetto dal Tribunale per incapacità a gestire i beni o in AdS (Amministrazione di sostegno) per supporto alla propria gestione (leggi italiane).

7. Modello Culturale: le istituzioni presenti in un Paese riproducono intorno a sé il proprio modello culturale; finché permane anche solo un reparto di Op, che è l’istituzione più forte nel settore, irraderà il suo diritto e le sue regole a difendere la comunità da una patologia potenzialmente criminale e non curabile, controllabile solo lì nella commistione di interventi repressivi, sedativi, moralistici, con prognosi infausta e senza prospettive alternative.. Queste regole sono comuni all’etica medica degli infermieri-secondini e degli altri lavoratori dell’istituzione. Gli eventuali Servizi Psichiatrici Territoriali non potrebbero ignorare un Op operante nel loro territorio, che fagocita i loro pazienti con una dinamica conflittuale con la loro, che rilancia lo stigma, impedendo il cambiamento degli

atteggiamenti sociali. Così non lo sostituiscono, ma solo ne diventano complementari e quasi succubi.

Ora invece operatori sociosanitari, familiari e cittadini... giustificano il diritto istituzionale alla sopravvivenza delle persone umane con disturbi psichici dentro la comunità, e quindi il diritto a riappropriarsi della follia come condizione umana.

“Il buono della psichiatria è sempre venuto da altrove. Dal suo interno essa non ha elaborato che pratiche perverse, saperi dissociati dall’oggetto, in una tragica caricatura di rapporti umani” (ROTELLI, 1994).

8. Politiche di cambiamento: difficoltà di budget e rischio involutivo nel mantenere la contemporaneità dei due sistemi, di quello manicomiale e di quello comunitario. Se lo smontaggio degli schemi deve essere inizialmente a piccoli passi per coinvolgere e rispettare i ritmi delle persone, oltre che la burocrazia.. poi se lo switch non accelera(periodo di trasformazione di strutture e fondi assistenziali), diventa troppo lento, incerto, non convinto e rischia la retromarcia. Basaglia col suo gruppo credette nell’utopia, coinvolse il contesto, accelerò e raggiunse l’obiettivo più civile del suo tempo.

Però nessuno è perfetto ed in Italia abbiamo ancora aperto il problema OPG :nelle Corporazioni Mediche prevalentemente psichiatriche e medicolegali si è aperto negli ultimi tempi un dibattito arretrato sulla nuova legge sugli OPG (5 Ospedali Psichiatrici Giudiziari con totale circa 1400 internati), strutture sotto l’amministrazione del Ministero della Giustizia e non della Sanità.

Si sta battagliando in Parlamento, che ha già legiferato (L.9/2012 e DL52/2014) per chiuderli, e settori medici a difesa corporativa su basi pseudo diagnostiche, restii su chi (Psichiatri dei Dsm o dei Sert-Tossicodipendenza, Medici Legali) e dove vigilare i “folli” che compiono reati.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- DEL GIUDICE, G. P.; REALI, E. M. How can mental hospital be in psychiatry in transition. In: RAMON, S.; GIANICHEDDA, M. G. *How can mental hospital be in psychiatry in transition*. London: Pluto, 1988.
- EVARISTO, P. *Manual del Operador en Salud Mental Comunitaria*. La Havana: Cooperacion Italia-Cuba, 2000.
- _____. *Psiquiatria y Salud Mental*. Trieste: Asterios, 2000.
- _____. La Reforma Psiquiatrica hoy dia en Trieste y Italia, Madrid: AEN, n. 110/2011. In: LEON, N. et al. *Abrazos: experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental*. Montevideo, 2013
- FOUCAULT, M. *Il potere psichiatrico*. Itália: Feltrinelli, 2004.
- GASTON, A. *Genealogia dell'alienazione*. Itália: Feltrinelli, 1987.
- MEZZINA, R.; TORESINI, L. *La deistituzionalizzazione nelle migliori pratiche europee*. Bolzano: Verlag, 2010.
- PICCIONE, R. *Manuale di Psichiatria*. Roma: Bulzoni, 1996.
- ROTELLI, F. *Per la normalità*. Roma: d.E, 1994.
- WARNER, R. *Schizofrenia e guarigione*. Roma: Feltrinelli, 1994.

Famiglie, Disturbo e Salute Mentale

Evaristo Pasquale

La famiglia è una micro comunità, il luogo quotidiano privilegiato delle vicende fisiche umane (nascita, convivenza, morte..), delle iniziali relazioni culturali e sociali, dei progressivi conflitti, delle tensioni evolutive verso l'emancipazione nel mondo esterno e talora anche del senso dell'esistenza.

Ma da tempo ovunque questo nucleo di aggregazione vive una crisi profonda, per l'accelerazione dei cambiamenti sociali, dei meccanismi economici e del lavoro (non più agricolo ed intrafamiliare), della redistribuzione dei poteri dal "pater familias" verso le rivendicazioni ed emancipazioni femminili della partner sulla parità dei diritti (L.1975 in Italia) e le autonomie dei figli dentro e fuori del nucleo contemporanee all'iperprotezionismo dei genitori.

Nel Diritto Italiano si è passati dalla potestà alla responsabilità genitoriale, alla moltiplicazione dei tipi di relazione.

Non è solo la famiglia occidentale euroamericana in rapida evoluzione, ma anche quelle asiatiche ed africane, pur con variazioni.

I legami paiono meno coesi, l'insicurezza e i conflitti aumentati, i significati esistenziali e gli obiettivi prima comuni, ora diventano sfumati e spesso divergenti.

Dalla Rivoluzione francese, da Freud, dal femminismo, dall'aumentata durata della vita umana, dagli sfrenati meccanismi economici capitalistici e dalla crisi economica attuale... le mutazioni sociali galoppiano ed oggi non sappiamo prevedere le loro future direzioni.

Quindi l'insicurezza ed il disagio psicologico sono parte della nostra vita e dei nostri progetti, faticiamo ad affrontarli, come individui come famiglia e come società, che si trovano spesso disarmati, diventando il vulnerabile e ironico oggetto di scrittori, registi.

Se colleghiamo questi accenni storico-sociologici alle patologie psichiche, i punti di riferimento diventano più labili ma ancor più necessari.

Se anche le stesse forme codificate degli incontri e delle convivenze umani si sono modificate e quasi disintegrate, come ci possiamo orientare noi, ma ancor più le fasce di popolazione più deboli e disorientate? E quali risposte siamo in grado di costruire per le persone sofferenti nel loro insicuro contesto, spesso senza indicatori del cambiamento?

Se oggi le famiglie hanno riferimenti culturali ed obiettivi più incerti e fragili, anche i loro membri sono più deboli e spesso confusi.

Fino a pochi decenni fa quasi tutta la psichiatria mondiale riteneva positivo l'allontanamento sociale dei "folli" dalla vita familiare, offrendo ai più gravi una sistemazione indefinita più che una cura nei manicomi; oggi questa modalità è molto in crisi, anche se ancora ben presente.

L'Italia non ha più internati negli Ospedali Psichiatrici (Op) da circa 20 anni, (il Brasile ha ridotto di 2/3 i suoi internati rispetto a 20 anni fa) e molti altri paesi, seguendo le indicazioni dell'OMS sono in evoluzione: ma come convincere i colleghi di altre nazioni ad affrontare ed accelerare lo stesso difficile percorso? Cioè combattere la "prigionia manicomiale" con le sue torture ed offrire sostegno con dignità alle persone sofferenti di disturbi psichici?

Certo gli esseri umani, anche i terapeuti e i pazienti, tendono all'inerzia ed alla riproduzione comportamentale; ma quando queste

abitudini diventano troppo distanti dalle nuove conoscenze di possibilità di cura e dai diritti umani, forse è necessario aggiornarsi e schierarsi.

Oggi in Italia tenere rinchiuso in Op per anni un congiunto non sarebbe più né legalmente, né eticamente e forse neanche economicamente sopportabile; subentrerebbe il senso di colpa (non per tutti) per il familiare innocente segregato con la sua malattia/ quasi recluso.

Da varie lettere/scritti di parenti di “matti” in manicomio, già in passato emergeva questo sentimento, quando non c’era ancora il rifiuto di tale struttura.

La maggioranza delle famiglie che convivono con i loro “pazienti” familiari sono a metà del guado oggi, fra controllo dei comportamenti del loro congiunto e sfide evolutive per sé ed i propri familiari.

Il “Progetto di Cura” deve essere organizzato fra Servizio Pubblico, Famiglia, Contesto Sociale e Paziente, esprimendo i reciproci dubbi, proposte..e poi collaborando nell’esecuzione: ricostruendo la storia di vita coi suoi intralci, le tappe progressive e concrete di un percorso, assumendosi insieme la responsabilità quasi alla pari, “recuperando le energie nascoste dietro il sintomo” (D. Bennet), al calore della solidarietà sociale e verso il recupero della relazione di fiducia col mondo.

Quindi le famiglie che hanno al loro interno un membro con disturbo mentale serio, non possono essere aiutate dai Servizi di S. M. solo con una diagnosi, un trattamento farmacologico ed un eventuale aiuto economico.

La loro sofferenza interiore si esprime a molti livelli, più oscuri e pesanti che di fronte ad una malattia fisica: incertezza per un disturbo poco chiaro e multiforme, eventuale senso di colpa rispetto a carenze (una volta genetiche, ora più educative ed affettive), responsabilità ed accudimento non ben definibili e variabili, paura per comportamenti aggressivi o imprevisti, insicurezza esistenziale ed economica per il futuro.

Le famiglie con le loro eventuali carenze, resistenze, manipolazioni.. devono incontrare un Servizio Pubblico attento, disponibile, dialettico su livelli diversificati (informazioni, progetto di cura, disponibilità a sostenere

la famiglia impreparata anche emotivamente con sfumature diverse nei singoli membri..).

Gli strumenti per la salute mentale non sono mai completamente sufficienti o adeguati, per l'estensione del campo dalle multiformi evenienze, evoluzioni e soggetti.

Anche per le famiglie le scommesse sono sempre un rischio, ma senza non c'è evoluzione, per cui devono puntare su possibilità nuove e non ancora direttamente sperimentate; alcune però cominciano a provarci, spesso con risultati buoni, soprattutto se non sono sole, ma accanto hanno un'associazione o degli operatori esperti di indirizzo e sostegno.

Un "utente psichiatrico" con un disturbo severo e la sua famiglia devono poter contare su un Servizio Pubblico specifico, che li accompagni nel loro travagliato percorso non solo a livello medico, ma anche psicologico, sociale e che crei tramite di relazione col mondo circostante.

Il mondo dell'"utente" è prima di tutto la famiglia, anche se ambivalente, che ha gli dato la vita e inculcato la sua lettura del mondo, e che è in prima linea per le necessità di sopravvivenza, di cura, di relazioni sociali, affettive ed eventualmente lavorative.

Ma queste necessità spesso richiedono qualcosa in più dell'assistenza individuale medico-psicologica-assistenziale, cioè interventi di sistema e di progetto.

Bisogna accompagnare i percorsi reciproci di autonomia, i conseguenti conflitti, le distanze e vicinanze, i progetti della famiglia e quelli individuali dei vari membri, i sensi di colpa, i vissuti di rabbia..e pure le interferenze o disagi del vicinato e della comunità.

E' difficile mantenere vivi legami positivi e non troppo conflittuali nella rete di appartenenza, viste le difficoltà e discontinuità di chi ha un serio disturbo psichico!

Quindi i Servizi di S. M. devono organizzarsi anche per fluidificare o condividere il carico familiare di cura ed evitare troppi disagi e scontri nella famiglia ed involuzioni dentro i percorsi di sviluppo.

Accanto a ciò sono possibili specifici trattamenti delle relazioni patologiche attraverso interventi sull'intero sistema familiare, con modalità gruppalì, psicanalitiche, relazionali, sistemiche.

Lo sguardo sul sistema famiglia può essere psicanalitico, concentrandosi sulla relazione madre-bimbo coi suoi inconsci rapporti emotivi fin dal concepimento, che potrebbero determinare meccanismi psichici patologici.

Lo sguardo sistemico all'opposto vede un insieme familiare ad ogni età di persone collegate fra loro, con difficoltà comunicative e conflitti di potere fra soggetti per l'emancipazione di fasce diverse.

Ciampi (1994) ritiene patogene le aspettative eccessive degli adulti sui giovani, che possono soccombere sotto questo peso.

Ogni sguardo può offrire qualcosa in più al puzzle del disturbo psichico, utilizzandolo però senza determinismi e totalizzazioni.

Tornando verso il trattamento familiare del nostro "utente o cliente", quando il disturbo è già consolidato, è importante favorire l'organizzazione di gruppi di familiari per un confronto senza vergogna della comune patologia e della specifica condizione dei congiunti, tutti simili ma tutti diversi, con difficoltà e potenzialità da sviluppare senza stigmatizzare. Questi familiari partecipanti ai gruppi inizialmente vengono stimolati dai professionali ad interagire fra loro sulle problematiche e preoccupazioni comuni e a condividere da angolature diverse la ricerca di nuove soluzioni e di progetti di sostegno; talora invece l'aiuto professionale viene richiesto per conflitti col membro in cura, o comunque per la complessità eccessiva dei problemi e delle emozioni in campo.

Lo sguardo differenziato e distanziato di altri familiari e/o di operatori può evidenziare o innescare soluzioni, potenzialmente già presenti nel contesto ma non visibili dall'interno. Inoltre non sentirsi unici con un problema e soli ad affrontarlo, rende la vita meno pesante, con meno vissuti di abbandono in trincea, ma parte di una squadra con obbiettivi simili.

Questa posizione psicologica ridà coraggio, nuove visuali ed altre possibilità di fronte agli stessi ostacoli oggettivi.

Da decenni ormai dalla Gran Bretagna si è diffusa nel mondo questa strategia parzialmente autogestita dell'unione di sguardi e di sforzi fra famiglie con problemi simili, inizialmente con un'ottica psicopedagogica e poi con varie altre sfumature (cognitive, comportamentiste, sistemiche).

Il gruppo è utile a superare la solitudine, il proprio vissuto auto o etero-colpevolizzante, a socializzare situazioni simili ma con livelli diversi di evoluzione, a confrontarsi anche con successi ed insuccessi di altre famiglie, a distanziarsi un po' dal problema perché comune e non solo personale, a condividere e scambiare con altri strategie nuove.

All'inizio del percorso molto spesso è utile la direzione grupppale di un operatore esperto, poi progressivamente chiunque dei familiari può trovare dentro di sé l'energia e la lucidità per coinvolgersi ed essere investito a turno di quel ruolo. Occorre un po' di empatia e valorizzazione degli altri, narrazione e storificazione degli eventi, lucidità per sottolineare i percorsi ed i legami positivi, favorire le potenzialità inesprese, raffinare le competenze genitoriali, la comunicazione ed il sostegno, modulare le aspettative, condividere o spostare sul gruppo il carico eccessivo del singolo nucleo.

Il gruppo di familiari in sé può diventare una risorsa specifica perché l'unione di soggetti con alcuni obiettivi comuni può interagire culturalmente, emotivamente e politicamente (contenimento dell'emotività, confronto sulle ripercussioni delle varie sfaccettature del disturbo psichico, relazione di potere come gruppo con i Servizi sanitari o Sociali coinvolti sul problema, proposte per affrontare il problema locale di disagio psicosociale anche con amministratori e politici).

Sostanzialmente la famiglia e le famiglie, pur ricorrendo ai Servizi, devono attrezzarsi per sostenere il "carico familiare" del disturbo nei casi più complessi del percorso di vita del congiunto e per non lasciarsi schiacciare dalla fatalità e dalla colpa della malattia.

Un possibile schema operativo di confronto fra familiari di un severo paziente psichiatrico potrebbe essere:

- 1) incontri informativi e formativi mensili gestiti da un "operatore esperto", aperti ed organizzati per i familiari per conoscere e riflettere

su temi caldi (cos'è la malattia psichica e le sue categorie, possibili strategie preventive, come affrontarne le crisi e prevenirne le ricadute, i tempi delle prognosi, il senso ed il valore del sostegno del contesto, le comunicazioni intrafamiliari, il ruolo possibile verso l'autonomia del paziente, come usare i Servizi Pubblici, le possibilità lavorative, i diritti di cittadinanza).

2) incontri di “aggregazione e salute” fra un gruppo di genitori, per confrontarsi, condividere i loro carichi assistenziali e le loro vulnerabilità, allargare anche la loro rete sociale, impoverita dall'isolamento e dallo stigma della “malattia”, riflettere e progettare percorsi di salute per sé, oltre che per i loro figli.

3) incontri operativi di familiari organizzati in Associazione per confrontarsi anche politicamente con Istituzioni Pubbliche ed ottenere risposte su bisogni e diritti civili dei loro familiari malati (sostegni economici, lavoro, facilitazioni assistenziali, normative).

Invece altre modalità temporanee di affrontamento con progetti concreti fuori casa per i figli possono essere il sostegno all'autonomia individuale, micro convivenze fra persone simili ed affido etero familiare.

Sostegno all'autonomia individuale: serve quando in una famiglia i conflitti fra genitori e figlio con problemi psichici diventano cronici e senza prospettive; il CSM, partecipando al progetto ravvicinato su questa situazione, può suggerire alla famiglia che insieme favoriscano una dislocazione temporanea esterna del giovane, che vive troppo male questa conflittualità e che non gli permette di organizzarsi autonomamente in una coabitazione con i genitori.

Micro Convivenze: quando la conflittualità familiare innescata dalla crisi psichica di un membro diventa troppo acuta e prolungata anche per le difficoltà dei congiunti, il CSM può favorire delle convivenze, autogestite ma sostenute istituzionalmente, fra giovani con condizioni compatibili e con un programma abitativo organizzato che permetta l'allontanamento dalle dinamiche familiari ed offra uno spazio di autonomia socializzata verso la maturazione con altri coetanei, costruendo delle relazioni alla pari con un discreto margine di libertà.

Le persone dell'appartamento autogestito secondo il livello di abilità, durante la giornata potrebbero svolgere attività lavorative magari in una Cooperativa e poi dopo il lavoro organizzarsi a casa pasti, pulizie, visite di amici, piccole feste ecc. Operatori del CSM come referenti dell'alloggio potrebbero mantenere contatti e verifiche del programma di ognuno di questi giovani che d'altronde possono coinvolgersi anche in altre situazioni sociali.

Affido etero familiare: quando anche nelle crisi psicotiche con gravi risvolti relazionali fra il giovane e gli altri membri della famiglia la convivenza diventa impossibile e l'evoluzione si blocca, esiste da tempo in vari luoghi del mondo, l'opzione di cooptare normali famiglie disponibili, in cambio di un gettone di ospitalità, ad accogliere, per un periodo di distanziamento, il giovane con disturbo psichico dentro le relazioni di un normale altro contesto familiare per favorire il raffreddamento delle tensioni con la famiglia originaria, con incontri formativi e supervisione del Servizio di Cura. Queste modalità, già sperimentate secoli fa soprattutto in Europa, sono da decenni tornate alla ribalta per dare risposte più differenziate possibili quando il conflitto generazionale diventa troppo acuto e la dislocazione in un altro contesto diventa quasi automaticamente terapeutica. Ovviamente la struttura pubblica partecipa economicamente, dove la famiglia non può, crea occasioni di verifica anche per evitare la riproduzione di dinamiche già pregresse, ed insieme ai vari soggetti coinvolti definisce il programma ed il termine di questo distanziamento parzialmente artificiale.

Forse nel contesto brasiliano ci sono specifiche risorse culturali o istituzionali (Equipe sanitaria della famiglia), che aiutano ad affrontare la complessa convivenza fra persone con disturbo psichico e la loro comunità, oltre gli interventi suddetti. Quando vicini, professionisti o no, motivati e riconosciuti dalla comunità, hanno il potere di intervenire in profondità non solo sui singoli, ma su problemi di cultura e salute più collettivi, e quindi anche di salute mentale, possono innescare strategie di benessere per tutto l'ambiente.

Se la famiglia non è più all'altezza dei suoi compiti ("La famiglia è morta" diceva D. Cooper), bisognerà inventare qualche altro legame sociale perché pochi esseri umani sceglierebbero a lungo il destino solitario

di Robinson Crusoe. La salute mentale dell'individuo nella solitudine cronica, anche nelle metropoli, vacilla.

Gli umani hanno bisogno di relazioni ed affetti, pur rifiutando spesso il loro gruppo di appartenenza, ma per cercarne rapidamente un altro.

RIFERIMENTI

BASAGLIA, F. *Conferenze brasiliane*. Ed. Cortina, 2000.

CIOMPI, L. *Logica affettiva: una ricerca sulla schizofrenia*. Roma: Feltrinelli, 1994.

DELLACQUA, G. *Fuori come va?*. Roma: Riuniti, 2003.

EVARISTO, P. Gestao da psiquiatria na comunidade. *UNOPAR Cient*, Londrina, v. 2, n. 1, 2000.

_____. Psicosi, fra rifiuto e bisogno del mondo. In: *Quaderni di Psicoterapia*, IREP, Roma, 2006.

FALLOON, I. *Trattamento integrato per la salute mentale*. Roma: Ecomind Publications, 2000.

GOMES, N. V. F.; EVARISTO, P. Situacao de crise e atendimento psicossocial a familia. *Clinica Psicossocial*. Recife: UFPE, 1998.

PERRIS, C. *La terapia cognitiva con i pazienti schizofrenici*. Roma: Bollati B., 1996.

SARACENO, B. La fine dell'intrattenimento. *Manuale di Riabilitazione Psichiatrica*. Roma: Etas, 2000.

Saúde mental e uso de drogas: possibilidades para o cuidado integral

Clarissa Mendonça Corradi-Webster

Mariane Capellato Mel

Eduardo Augusto Leã

Fernanda Sousa Vieir

Um dos desafios atuais da assistência em saúde mental que vem sendo descrito por usuários, familiares, profissionais e pesquisadores refere-se ao uso de drogas por pessoas em intenso sofrimento psíquico, que recebem diagnósticos psiquiátricos e tornam-se usuárias de serviços de saúde mental. O consumo de drogas entre pessoas com estes quadros parece estar aumentando nos últimos anos e profissionais relatam dificuldades para lidar com esta situação.

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro vem se construindo baseado em diretrizes como a integralidade do cuidado, torna-se importante que as pessoas atendidas em serviços de saúde mental recebam atenção integral, o que inclui o estabelecimento do vínculo e a conversa aprofundada e curiosa, a fim de conhecer como a pessoa vem compreendendo o que acontece com ela e qual o lugar que o uso de drogas ocupa em sua vida.

Neste capítulo trataremos sobre esta questão, fazendo uma breve revisão sobre a assistência oferecida a usuários de saúde mental no Brasil, discutindo a organização da rede assistencial em saúde mental e a voltada

aos cuidados específicos a usuários de drogas e apresentando alguns significados que pessoas com quadros clínicos psiquiátricos atribuem ao uso de drogas. Esperamos que esta narrativa possa dialogar com as experiências dos leitores e ampliar as reflexões e possibilidades de práticas na área.

ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

O movimento de Reforma Sanitária que serviu de alicerce para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorreu em concomitância com o movimento antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica e caminham em paralelo até o momento. Esses movimentos, iniciados na década de 80 no Brasil transformaram o campo da Saúde mental tendo como marcos as Conferências Nacionais de Saúde Mental (AMARANTE; TORRE, 2001; PRADO; LEMOS, 2012). Assim como as propostas do SUS os movimentos na Saúde Mental também tinham como pressupostos a luta pelos direitos humanos, equidade e participação de profissionais, familiares e usuários dos serviços para a construção de novos modelos de atenção (MORAIS; FERFFERMAN; FERNANDES; FIGUEIREDO; PAULA; VENANCIO, 2009).

Tratando mais especificamente sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira, essa propunha a construção de um novo modelo de cuidado à saúde mental, voltado para o âmbito social, através de mudanças como a implantação de redes fora dos hospitais psiquiátricos, a integração da saúde mental em outros programas de saúde, superando os paradigmas da clínica psiquiátrica, como único modelo (BRASIL, 2001; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013). Anterior à Lei da Reforma Psiquiátrica 10.216 (2001) o Ministério da Saúde havia determinado 11 portarias que instituíam medidas que abarcavam desde o controle dos hospitais em funcionamento até a criação e regulamentação dos serviços alternativos, posteriormente remodelados como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (HIRDES, 2009; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

Assim, alternativas foram desenvolvidas, como a participação dos usuários do serviço de saúde e de seus familiares, abertura de novos serviços comunitários e territorializados, que buscavam atender as particularidades de cada território, baseadas em novas apreensões do sujeito e da saúde

mental, ampliando assim o cuidado para a vida cotidiana dos sujeitos e considerando suas relações sociais (AMARANTE; TORRE, 2001; GUIMARÃES; MEDEIROS; SAEKI; ALMEIDA, 2001). Amarante (1995) descreve sobre o processo de diferentes países que tentaram criar modelos mais humanizados e críticos de oferecer tratamento na saúde mental; alguns foram tiveram grande importância para o processo brasileiro de Reforma Psiquiátrica, como a psiquiatria democrática italiana de Franco Basaglia (HIRDES, 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

No Brasil, o primeiro Projeto de Lei foi o 3.657, foi apresentado em 1989 e proposto pelo então deputado federal Paulo Delgado. Entretanto, apenas em 2001 estas mudanças foram aprovadas através da Lei 10.216 (2001). Nesse período de espera, leis estaduais foram criadas controlando a internação psiquiátrica involuntária e ampliando a rede de serviços extras hospitalares (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2001). Após 2001 o processo continuou buscando o fortalecimento do modelo de atenção psicossocial e a desinstitucionalização de pacientes dos manicômios e hospitais psiquiátricos (LUZIO; YASUI, 2010). Isso ocorreu por meio da criação do Programa “De Volta para Casa” e da Lei 10.708 de 2003 que determina o auxílio-reabilitação psicossocial para egressos de internações psiquiátricas entre outras ações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Todo o processo de Reforma ocorreu e ainda ocorre de forma dinâmica e contínua, sempre enfrentando novos desafios sociais, legislativos e profissionais.

A exclusão social e a ausência de cuidados para determinadas populações consideradas marginais fazem parte da história e atinge continuamente as pessoas que estão em sofrimento devido a algum transtorno mental (FOUCAULT, 1993). No Brasil, historicamente, na luta pelos direitos aos usuários de saúde mental, a questão do uso de drogas foi negligenciada, embora a Portaria nº 336 de 2002 tenha definido as diretrizes de funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) I, II, III, nas modalidades geral, infantil e especializado em problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2002). O Ministério da Saúde (2004) em documento sobre a política de saúde para usuários de álcool e outras drogas, reconhece a importância e necessidade de ultrapassar o atraso histórico de abandono dos que necessitam de tratamento de problemas relacionados a essa problemática por meio de reformulação dos modelos assistências

para essa população. A contínua negligência nesse campo possibilitou que propostas de intervenção focadas unicamente no proibicionismo, na abstinência e de caráter total ditassem o cenário de tratamento para usuários de drogas (FERNANDES; FUZINATTO, 2012; CORRADI-WEBSTER, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

De acordo com a política do Ministério da Saúde, os transtornos devido ao consumo de álcool e outras drogas deveriam ser tratados nos três níveis de atenção, sendo o Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPS-Ad) o gerenciador desta rede e a principal referência de cuidados, articulando a atenção básica e atenção terciária (internações hospitalares de curta duração) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Mais recentemente, visando fortalecer as premissas dos SUS algumas estratégias jurídicas foram utilizadas, como a determinação da Portaria 4.279, de 2010, da qual institui diretrizes para a organização dos SUS por meio das Redes de atenção à saúde (RAS), como forma de melhorar o funcionamento político-institucional do SUS e oferecer uma alternativa para as dificuldades em torno da fragmentação da atenção e gestão dentro Saúde. Seguindo o que foi estabelecido por essa portaria (BRASIL, 2010), em 2011, foi publicada a Portaria 3.088 de 2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), voltada para pessoas com necessidades de cuidado devido a sofrimentos mentais ou derivadas do uso de drogas (lícitas ou ilícitas) no âmbito do SUS. A RAPS caracteriza-se por um conjunto de serviços de saúde e saúde mental que articulados em níveis de complexidade crescente e disponibiliza ações em conjunto buscando garantir a integralidade da assistência à saúde. Fazem parte da RAPS: 1) Atenção Básica em Saúde; 2) Atenção Psicossocial Estratégica; 3) Atenção de Urgência e Emergência; 4) Atenção Residencial de Caráter Transitório; 5) Atenção Hospitalar; 6) Estratégias de Desinstitucionalização; 7) Estratégias de Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

Além da reorganização da rede, através dessas políticas públicas há também uma busca pela desconstrução do senso comum de que os usuários de drogas são representados como antissociais, imorais e criminosos, e por isso necessitavam de exclusão/separação do convívio social, por meio de internações longas ou prisões e acabam por negligenciar

a complexidade desse campo (PEREIRA; JESUS; BARBUDA; SENA; YARID, 2013).

Modelos que se aproximam das propostas da Reforma Psiquiátrica e do atendimento em rede têm buscado incentivar modalidades de tratamento que abarquem os aspectos sociais e econômicos sobre o uso de drogas. O modelo de Redução de Danos como direcionador do cuidado reconhece a singularidade de cada usuário propõe uma construção conjunta com os pacientes de estratégias de enfrentamento, aumentando a liberdade e preservando a vida e os laços sociais, considerando as dimensões biológicas, psicológicas e sociais, do indivíduo e da coletividade (QUEIROZ, 2001).

Em oposição a esses esforços, observamos a tentativa de fortalecimento de modelos focados na internação e afastamento social, que embora regulamentados e vistoriados pelo governo, podem acabar por reafirmar discursos morais e a demanda por internação. Assim, a mesma rede que pode respeitar a singularidade de cada um e oferecendo espaços de cuidado e garantia dos direitos humanos pode ser fonte de aprisionamento, padronizações, despotencialização das pessoas em sofrimento com a argumentação de propiciar recuperação (CLEMENTE; LAVRADOR; ROMANHOLI, 2014). Para Basaglia (1995), tanto a violência quanto a exclusão são efeitos de uma divisão hierárquica daqueles que têm o poder e de quem não o tem, em que os direitos igualitários, humanos e de bem estar não são considerados. Para o autor o processo de tratamento deveria propiciar compreensão sobre a experiência de exclusão social. Condição muito diferente de adequar e excluir as pessoas que vivenciam o sofrimento mental.

Assim observa-se, através dos artifícios legislativos, a constante tentativa de garantir o funcionamento proposto pelo SUS e pela Lei 10.216 da Reforma Psiquiátrica. Fato que aponta para as constantes dificuldades enfrentadas na implantação desses modelos de cuidado (BRASIL, 2001). Outra questão que podemos pensar é sobre o desenvolvimento histórico dado em duas frentes na saúde mental: os serviços para pacientes com diagnóstico de transtornos psiquiátricos e outra frente de serviços voltados para o uso de álcool e outras drogas.

Embora haja um esforço através da Portaria 3.088 de 201 para o funcionamento em rede dos diferentes dispositivos de saúde, os serviços ainda atuam, em muitos locais, de forma segmentada (BRASIL, 2011). Outra questão que apresenta inúmeros desafios aos serviços de saúde mental se dá a cerca do atendimento para pacientes que apresentam tanto diagnóstico psiquiátrico como consumo de álcool e outras drogas, sendo o uso problemático ou não.

ATENÇÃO A PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO QUE FAZEM CONSUMO DE DROGAS

Devido à percepção de que há grande consumo de drogas entre pessoas com transtornos mentais, apontada costumeiramente pela literatura na área, aparece muitas vezes nesta literatura a importância de se pensar treinamentos específicos para que profissionais de saúde mental saibam lidar com questões relacionadas a essas demandas. Além disso, os efeitos decorrentes da associação entre o uso de drogas e o sofrimento mental têm sugerido a necessidade dos profissionais também terem uma visão mais ampla e empática da questão e uma postura profissional que os ajude a trabalhar com estas pessoas. Williamson et al. (2012) apontam que um dos fatores causadores do efeito “porta giratória” nos serviços de saúde na Escócia era devido à presença de uso de substâncias e da inexperiência da equipe em lidar de maneira adequada com a questão, além do número incipiente de serviços especializados no tratamento do uso de drogas.

Dentre as atribuições dos profissionais inseridos nos serviços de saúde mental para com a questão levantada surgem algumas questões fundamentais a serem investigadas. Haja vista a importância já ressaltada a respeito dos efeitos advindos da interface entre o uso de drogas e do sofrimento psíquico e mais especificamente do transtorno mental, surgem questões sobre os esforços concentrados na identificação do uso de drogas em pacientes de serviços de saúde mental. Ademais, como seria possível pensar estratégias e identificar demandas acerca do uso de drogas pelos pacientes da saúde mental, sem saber quais as características e motivos desse uso?

Historicamente, os serviços de saúde mental foram pensados de modo não articulado aos serviços especializados no uso de drogas (MAGURA; ROSENBLUM; FONG, 2012). Uma das dificuldades da abordagem terapêutica nesses casos se dá pela divisão muito marcada entre estes serviços, dificultando as avaliações diagnósticas e atrapalhando a assistência integral (SILVA et al; 2009). Ainda que por um lado as divisões dentro da rede de atenção à saúde sejam necessárias para a organização da demanda dentro dos serviços, por outro lado, tal divisão proporciona que certo tipo de paciente, que não se encaixa claramente na demanda de cuidados para o uso de drogas ou na demanda dita psiquiátrica, fique muitas vezes sem encontrar espaço no fluxograma da rede de atenção à saúde. Nesse sentido, aparece a necessidade de prevenção, identificação e encaminhamento do uso de drogas de forma integrada aos procedimentos do serviço de tratamento psiquiátrico, além da atenção primária e dos serviços de emergência. É especialmente importante que os profissionais possam conversar sobre o consumo de drogas com seus pacientes para possibilitar um tratamento mais adequado e de maneira mais coordenada com a situação (SCHULDEN; LOPEZ; COMPTON, 2012).

Segundo Nehlin, Grönbladh et al. (2012), unidades psiquiátricas ambulatoriais em geral demandam muito trabalho da equipe e, com isto, a avaliação e prevenção do uso problemático de drogas acaba por não ter grande prioridade. Assim, as estratégias nesse campo também necessitam ser breves e eficazes para se adaptar a esses contextos. Corradi-Webster, Laprega e Furtado (2009) apontam que a importância da identificação e da conversa a respeito do uso de drogas recai principalmente sobre os efeitos causados pelo uso de drogas em pessoas com transtornos psiquiátricos. O uso do álcool pode, por exemplo, prejudicar a adesão ao tratamento, interagir com a medicação e piorar o prognóstico da doença. Nehlin, Fredriksson e Jansson (2012) apontam para a importância da conversa a respeito do uso de drogas, mesmo que inicialmente apenas sobre o uso de álcool. Estes autores também discorrem sobre pacientes que, a princípio, preferem não conversar sobre o assunto, mas na disponibilidade de maior tempo para conversarem sobre o tema, ficariam mais a vontade para fazê-lo e até poderiam se beneficiar caso houvesse um instrumento mais completo de avaliação sobre o consumo, tempo hábil para a construção de um vínculo

com o profissional que os atendem questão de maneira que possam falar do consumo de drogas. Assunto esse muitas vezes tratado como tabu nos serviços de atendimento psiquiátrico.

Corradi-Webster, Laprega e Furtado (2009) apontam para o fato de ser comum a subnotificação do consumo problemático de álcool em serviços de saúde mental, referindo que até 50% dos casos não são identificados. Segundo os autores, um dos fatores dessa subnotificação do uso problemático de álcool seria que alguns profissionais teriam dificuldades em fazer perguntas relacionadas a este consumo. Mordal et al. (2011) aponta que identificar o uso de drogas em pacientes psiquiátricos em seu estado agudo pode ser difícil também devido a efeitos do uso de drogas que se confundem com os sintomas de patologias psiquiátricas.

Comumente, a detecção do uso de drogas é feita por meio de entrevista clínica, relato dos pacientes ou exame toxicológico. Avaliar as histórias clínica e familiar pode ser maneiras efetivas de conseguir dados a respeito do tema, entretanto, um diagnóstico diferencial se torna complicado sem um tempo suficientemente longo de avaliação e abstinência. Existe também uma diferença entre os serviços de saúde mental e os serviços que lidam com pessoas que fazem uso de drogas no que diz respeito ao modo como vêm seus clientes. Enquanto os serviços voltados a problemas relacionados ao consumo de drogas muitas vezes têm uma postura de que o cliente deva procurar ajuda por si só, em instituições de saúde mental. Uma visão geralmente impera: a de que o paciente necessita de ajuda e muitas vezes não tem condição de buscá-la por si próprio (HAMILTON, 2010).

Em estudo realizado com profissionais de um CAPS-III a respeito dos sentidos atribuídos por eles ao uso de drogas de pessoas em sofrimento psíquico, foi possível perceber falta de protocolos específicos para a identificação do uso de drogas em pacientes do serviço (LEÃO, 2015). Ainda assim, os profissionais destacaram a importância de se procurar identificar o uso de drogas em pessoas em tratamento psiquiátrico. Isso poderia sugerir que, ainda que o uso de drogas fique localizado no espaço da saúde mental; na prática, muitas vezes esse uso é visto pela equipe como um elemento à parte dentro da demanda da saúde mental. Um indício disso é a política de encaminhamento quase imediato dos

pacientes que têm relação com qualquer uso de drogas dentro do serviço pesquisado. Ainda que haja um clima de aparente desestrutura a respeito deste assunto por não haver protocolos claros no serviço pesquisado, os profissionais entrevistados trazem reflexões acerca de como o vínculo do profissional com o paciente é utilizado como principal estratégia (aparentemente relatada como bem sucedida) na identificação do uso de drogas por pacientes em tratamento de saúde mental.

Em nosso estudo com profissionais de um serviço de saúde mental, a fronteira entre a saúde mental e o uso de drogas aparece como uma muralha intransponível em alguns aspectos, e como uma linha bastante tênue em outros (LEÃO, 2015). Por um lado, parece imperar uma insistente tentativa de delimitar qual paciente fica em qual serviço (no de saúde mental ou no especializado em problemas com o uso de drogas). Por outro lado, há dúvidas quando se identifica que há interfaces recorrentes entre as duas áreas. Os dados mostram uma preocupação muito grande dos trabalhadores em relação ao que poderia acontecer (ou o que acontece) no uso concomitante de drogas e da medicação psiquiátrica. Além disso, parece ocupar muitas vezes os questionamentos dos profissionais se haveria causalidade entre o transtorno mental e o uso de drogas, sem aparentemente poderem reunir dado a respeito do que provocaria o quê, ou se existiria tal causalidade.

Com relação às interfaces entre o uso de drogas e o sofrimento psíquico emergem tanto na literatura quanto nos dados trazidos por nossos estudos diferentes alternativas de como poderia ser o tratamento que envolva o cuidado do indivíduo compreendendo seu quadro clínico psiquiátrico e o consumo que faz de drogas. Tal tratamento para Schlosser e Hoffer (2012) parece ter mais eficácia quando considera as diferentes dificuldades e recursos do paciente, bem com a interação farmacológica entre as drogas e os medicamentos. Além disso, faz-se importante a conscientização da equipe de que muitas vezes o paciente usuário de drogas continuará a fazer uso durante o tratamento psiquiátrico, não baseando as práticas de cuidado na meta da completa abstinência por parte do usuário. Mesmo profissionais que consideram a redução de danos como uma proposta pertinente a sua prática de cuidado, estes parecem ter dificuldades de visualizá-la no contexto do serviço.

Quanto a isto, na Espanha tem se desenvolvido material educativo voltado a pessoas com diagnóstico de esquizofrenia e que fazem uso de maconha. Neste livreto, são explicados os principais sintomas da esquizofrenia e o modo como a maconha pode interagir com estes. São apontadas também orientações voltadas à redução de danos, como por exemplo, evitar usar maconha antes de ir a lugares que não são familiares e, caso a pessoa se sinta paranóica em determinado ambiente, que busque ir para um lugar familiar em que se sinta protegido (LINNELL; HOLLAND, 2007). São tentativas de se aproximar das necessidades do indivíduo, de suas práticas e hábitos de consumo e, ao mesmo tempo, ajudá-lo a pensar no modo como vem usando drogas, em como se sente com este consumo e em como poderia fazer para não piorar suas vivências psíquicas caso queira continuar usando a droga.

No Brasil, autores sugerem que não há a necessidade de criação de serviços especializados no cuidado dos transtornos mentais e na ocorrência concomitante do uso de drogas e sugerem como melhor alternativa o investimento na formação dos profissionais da rede de saúde mental para identificarem e atuarem nesta questão (MENEZES; RATTO, 2004). Entretanto, a rede de atenção à saúde, conforme prevista pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ainda funciona de modo falho e ineficiente, prejudicando ações nesta área. Questões relacionadas ao tratamento de usuários de drogas foram inseridas no SUS e em discussões sobre a rede de atenção psicossocial apenas recentemente.

O CONSUMO DE DROGAS POR PESSOAS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Apesar de a literatura biomédica prescrever em muitos momentos que pessoas com grave sofrimento psíquico não devem consumir álcool e outras drogas (MENEZES et al., 1996; MOROJELE; SABAN; SEEDAT, 2012; RIBBE et al., 2011), muitas destas pessoas fazem este consumo e têm dificuldades em deixar de usar, ou em concilia-lo com as demais experiências da vida. Assim, torna-se importante conhecer como estas pessoas vivenciam este consumo e se considera que, essa experiência, embora possa trazer problemas importantes de saúde e de saúde mental, pode ser que existam também outros aspectos a serem considerados na questão do consumo de drogas.

As pesquisas que buscam conhecer a perspectiva das pessoas que vivenciam sofrimento psíquico e uso de drogas parecem ter como local de pesquisa serviços comunitários de saúde mental, cujos diagnósticos estudados têm sido transtornos mentais graves, especificamente transtornos psicóticos e transtornos do humor, sendo a esquizofrenia o diagnóstico mais estudado (CHARLES; WEAVER, 2010; COSTAIN, 2008; GREGG; BARROWCLOUGH; HADDOCK, 2007; LOBBANA et al., 2010; PETTERSEN; RUUD, 2013; SCHOFIELD et al., 2006; THORNTON et al., 2012). Nesses estudos, o consumo de drogas pareceu ser diversificado quanto ao tipo de substância, sendo a maconha, a substância mais estudada.

São diversas as possibilidades de construção de sentidos da experiência de usar drogas por pessoas com sofrimento psíquico que apresentam quadros clínicos psiquiátricos. Com a proximidade com o campo é possível perceber que os sentidos relatados sobre o consumo de drogas parecem mudar ao longo das situações, tempo e dose de consumo, bem como das diferentes combinações de drogas e estados emocionais experimentados. Cada droga utilizada, por ter efeitos diferentes entre si, parece ter sentido específico diante da experiência vivida, produzindo formas pessoais de expressão e manejo de sentimentos e comportamentos (VIEIRA, 2016). Lobbana et al. (2010) descrevem que as motivações para o consumo são dependentes da escolha ativa do indivíduo, mas também há motivações externas como aquelas influenciadas por outras pessoas e pela referência cultural.

Assim, os sentidos sobre o consumo de drogas parecem ser construídos de acordo com as relações estabelecidas entre a pessoa e a droga usada ao longo da vida, mas também interferem nessa construção o entorno onde ela se situa, ainda que sejam experimentados de maneira indiscriminada e com tonalidades diferentes a cada momento da vida. Um exemplo é o caso do consumo de substâncias em situações sociais cotidianas, como por exemplo, o álcool como festas e reuniões, ou mesmo o consumo do cigarro como uma atitude valorizada socialmente pelos veículos midiáticos como o cinema e televisão.

Em nosso estudo, realizado com pessoas em sofrimento psíquico identificadas como fazendo consumo problemático de drogas e que faziam

tratamento em serviços de saúde mental ou de serviços de tratamento do consumo de drogas, os participantes que eram de gerações entre os anos 1970 e 1980, relataram que quando iniciaram o consumo de cigarro, esse comportamento era valorizado socialmente (VIEIRA, 2016). Por outra perspectiva, o consumo de cigarro tem sido relatado no cotidiano das pessoas com sofrimento mental como uma prática grandemente difundida em ambientes de trabalho e psiquiátricos (THORNTON et al., 2012).

Nesse sentido, o consumo também pode fazer parte da construção da identidade e fazer parte do processo de socialização. E essas experiências, quando compartilhadas em grupo e valorizadas por ele, podem envolver a vontade pertencer a ele e estar associados ao início do consumo e vontade de experimentação de algumas drogas (LAUDET; MAGURA, 2004). Além disso, algumas drogas parecem favorecer o entrosamento em grupos de pares, podendo ser percebido como promovendo melhora na habilidade de conversar e se comunicar com as pessoas, sendo um aspecto que parece ligar as pessoas diagnosticadas com transtornos mentais ao sentimento de normalidade e busca por compartilhamento de sensações agradáveis com outras pessoas (ASHER; GASK, 2010; COSTAIN, 2008; THORNTON et al., 2012). Estão implícitas nessas experiências questões de valorização de aspectos da personalidade que ficam exacerbados quando estão sob o efeito de drogas, conforme relatado por pessoas diagnosticadas com transtornos psicóticos, como a habilidade de oscilar entre a realidade da vida cotidiana e experiências de sair da realidade, o que de outra maneira seria impossível, sendo utilizada como estratégia de descontração e de intoxicação, mas também á melhora da atenção, clareza e rapidez do pensamento (ASHER; GASK, 2010; CHILDS et al., 2011; THORNTON et al., 2012).

Embora algumas substâncias legais pareçam ter seu consumo legitimado, o consumo de maconha e de outras substâncias ilícitas parece não ser legitimado pela cultura hegemônica, sendo considerado desviante (BECKER, 1953). Em nosso estudo, foi relatado com certa reserva e distância por pessoas que consumiam álcool ou cigarro ou mesmo não sendo declarado por pessoas que consome drogas consideradas menos legitimadas, embora na descrição das experiências fosse possível perceber o consumo de outras substâncias além das declaradas (VIEIRA, 2016). E nesses

casos, o consumo de maconha estava associado à melhora na habilidade criativa, embora essa percepção nem sempre seja compartilhada por outros que convivem com pessoas em sofrimento psíquico (COSTAIN, 2018).

Nesse contexto sociocultural que pode legitimar o uso de certas substâncias, mas não outras, o consumo de certas drogas parece ser vivenciado individualmente com diversos sentidos, sendo descrito como estratégia de lidar com sentimentos negativos vividos no cotidiano, sendo relacionado a uma forma de escape de “tudo que é difícil” (PETTERSEN; RUUD, 2013). Talvez seja possível fazer relação entre essas experiências e o relato de algumas pessoas que atribuem uso de drogas à dificuldade de fazer amigos e se engajar em relacionamentos pessoais ou mesmo estratégia de enfrentar sentimentos de perdas, desesperança, frustração e pensamentos perturbadores; mas também de ansiedade, irritação e estresse (ASHER; GASK, 2010; CHILDS et al., 2011; LAUDET; MAGURA, 2004; THORNTON et al., 2012). Experiências nesse sentido associadas com o consumo de cigarro, descrito como promotor de alívio do estresse teriam características de uso ritual e hábito, dando às pessoas com diagnósticos psiquiátricos, que podem vivenciar o processo de institucionalização, a sensação de controle da própria vida (THORNTON et al., 2012). E esses momentos têm sido relatados como de difícil abstinência, nesses casos, em nosso estudo, tem sido descrito pelos participantes como um vício (VIEIRA, 2016).

O consumo de drogas tem sido descrito pela literatura como assumindo função medicamentosa para o controle de sensações negativas e mesmo sintomas do transtorno mental como sentimentos de ansiedade, mania e depressão entre as pessoas com intenso sofrimento psíquico (ASHER; GASK, 2010; BIZZARRI et al., 2009; LAUDET; MAGURA, 2004; MUESER; DRAKE; WALLACH, 1998; PETTERSEN; RUUD, 2013; THORNTON et al., 2012). Associada a essa função, algumas pessoas relatam o consumo de determinadas drogas como promoção do esquecimento de situações traumáticas como abusos sexuais e violências sofridas ao longo da vida, pelo menos durante o efeito do álcool, cocaína ou crack, como se esse consumo pudesse diminuir o sentimento de dor e sofrimento (ASHER; GASK, 2010; COSTAIN, 2008; HUANG et al., 2012; SCHÄFER et al., 2010; SOU; DANTAS, 2009). Em nosso estudo,

ao consumo dessas drogas, foram relacionados a experiências de pessoas que se encontram em situação de extrema vulnerabilidade social e sofrimento psíquico, associado à ausência de recursos como dinheiro, comida ou excesso de trabalho em que os efeitos podem levar à inibição da fome, frio e cansaço, possibilitando a essas pessoas lidar com essa situação de precariedade (VIEIRA, 2016). Essas experiências foram descritas por Bordieu (1999), Borgois (2003) e Das (1997) como estratégias de lidar com sofrimentos sociais.

No campo das experiências descritas como sintomatologia psiquiátrica, o consumo de drogas pareceu influenciar o modo como a pessoa percebe essa questão (ASHER; GASK, 2010). Nesses casos, o uso da maconha, em especial, esteve associado ao controle das experiências de alucinações auditivas, e sob seu efeito, as vozes se calavam ou diminuía o volume (VIEIRA, 2016). No estudo de Costain (2008) algumas pessoas relatam sentir maior clareza das vozes, permitindo que a pessoa tivesse maior acesso e compreensão em relação questões de espiritualidade ligadas a essas experiências; enquanto a medicação psiquiátrica dificultava esse acesso (ASHER; GASK, 2010). O consumo dessa droga também foi percebido como facilitador do sono e da sensação de fome, potencializando nesse caso, os efeitos da medicação antipsicótica, mas também contrabalanceando seus efeitos colaterais. A maconha, por exemplo, foi descrita como um medicamento “natural” e nesse sentido, droga foi percebida como participando do controle da sensação de perseguição (COSTAIN, 2008).

Associado a essa questão, o consumo de múltiplas drogas foi descrito como uma tentativa de contrabalancear os efeitos indesejados das diferentes substâncias usadas. Embora também acontecesse quando o consumo da droga já não fazia o mesmo efeito ou havia vontade de ter outros efeitos além daquele já alcançado. Assim a combinação de diferentes substâncias seria procurada por vezes, com o objetivo de combinar diferentes efeitos desejados. Nessa lógica, a escolha do tipo de droga utilizado pareceu ser de acordo com os efeitos desejados e efeitos indesejados desse consumo (VIEIRA, 2016).

Algumas pessoas perceberam que o consumo de drogas pode promover crises psicóticas em que as alucinações e delírios são vividos

com intenso sofrimento e isso parece ser percebido pelas pessoas que buscam tratamento para o consumo de drogas compreendido como problemático. Laudet e Magura (2004) buscaram conhecer razões para parada e recaída do consumo de substâncias entre pessoas com comorbidade e para essas pessoas, as razões de parada do consumo das drogas pareceram estar associadas a desejos de melhora na qualidade de vida, consequências negativas do consumo de drogas. O crack e a cocaína foram descritos como promotores de alucinações, o que era motivo para querer parar de consumir essas drogas e buscar aderência ao tratamento do consumo. A dificuldade encontrada nisso se relacionava ao conteúdo das vozes, sendo compreendidas por quem as experimentava como capazes de “levar” a pessoa a não conseguir parar de consumir, como se essas vozes “mandassem” continuar o consumo (VIEIRA, 2016). Um aspecto interessante comentado Costain (2008) é que seus participantes relataram a persecutoriedade talvez estivesse relacionada ao status de ilegalidade de algumas drogas e que se fosse legalizada, essas sensações talvez não fossem compreendidas da mesma maneira.

Dessa maneira, a percepção da associação entre o transtorno mental e o consumo de drogas, envolve um processo complexo de construção de sentidos, e as pessoas que vivenciam essa situação pareceram perceber piora nos sintomas quando usavam drogas; entretanto, em alguns relatos, as pessoas não estabelecem essa relação (CHILDS et al., 2011; LAUDET; MAGURA, 2004). Com isso, a abstinência ou o controle do consumo pode ser prejudicado, merecendo atenção quanto aos sentidos dados a essas experiências de consumo de drogas e sua relação com o sofrimento psíquico por parte dos profissionais de saúde de serviços de saúde mental e tratamento para o consumo de drogas, no sentido de favorecer a construção de sentidos dessa experiência, integrando esses aspectos e auxiliando na escolha do paciente de como fazer uso de drogas de maneira a não aumentar os prejuízos, já vivenciados pelo sofrimento psíquico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos avanços foram realizados na reorganização da rede de cuidados a pessoa em sofrimento mental no Brasil. Também se percebem

avanços no cuidado aos usuários de drogas, que por muito tempo foram atendidos apenas por grupos religiosos e de autoajuda. Atualmente, há uma rede de atenção prevista para cuidar de pessoas com estas problemáticas. Entretanto, ainda percebe-se um hiato relativo ao cuidado que deve ser oferecido a pessoas que apresentam intenso sofrimento psíquico e que também fazem uso de drogas.

Apesar de diversos estudos abordarem consequências negativas desta interação, muitos usuários relatam fazer o consumo de drogas pois percebem benefícios com este. Dentre estes benefícios, podemos destacar a redução da tensão e ansiedade, a melhora na qualidade do sono e do apetite, um maior controle das vozes e a melhora do humor. Muitos relatam também que, com a experiência de consumo, conseguem identificar momentos em que o uso de drogas irá melhorar sua condição psíquica e momentos em que irá piorar esta. Assim, faz-se importante que profissionais envolvidos no cuidado a estas pessoas consigam estabelecer um bom vínculo com estas, adotem uma postura de curiosidade e atenção e busquem conhecer o significado que o uso de drogas tem para cada um dos usuários. A partir desta postura de respeito pela experiência do outro, será possível pensar conjuntamente em modos de lidar com estas experiências e hábitos, buscando maior bem estar da pessoa que procura ajuda em serviços de saúde mental.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.
- AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. *Caderno Saúde Pública*, v.11, n.3, p.491-494, 1995.
- AMARANTE P.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, v.25, n. 58, p. 26-34, 2001.
- ASHER, C. J.; GASK, L. Reasons for illicit drug use in people with schizophrenia: Qualitative study. *BMC psychiatry*, v.10, n. 1, p. 94, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2999587&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>. Acesso em: 3 jan. 2013.

BECKER, H. S. . Becoming a Marihuana User. *The American Journal of Sociology*, v.59, n. 3, p. 235–242, 1953.

BIZZARRI, J. V. et al. Substance use in severe mental illness: self-medication and vulnerability factors. *Psychiatry research*, v.165, n. 1-2, p. 88–95, 30 jan. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2007.10.009>>. Acesso em: 25 mar. 2013.

BOURDIEU, P. *The weight of the world: Social suffering in contemporary society*. [s.l.] Stanford University Press, 1999.

BOURGOIS, P. *Crack and the Political Economy of Social Suffering* Addiction Research & Theory. 2003.

BRASIL. *Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, 2001.

_____. *Portaria/GM nº 336 - de 19 de fevereiro de 2002*. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II, 2002.

_____. *Lei nº 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003*. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. 2003.

_____. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*.2005. Disponível em: www.saude.gov.br/saudemental.

_____. *Portaria MS nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011*. Institui a Rede de atenção Psicossocial-RAPS, no âmbito do SUS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

CHARLES, V.; WEAVER, T. A qualitative study of illicit and non-prescribed drug use amongst people with psychotic disorders. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, v.19, n. 1, p. 99–106, 2010.

CHILDS, H. E. et al. The journey through cannabis use: a qualitative study of the experiences of young adults with psychosis. *The Journal of nervous and mental disease*, v.199, n. 9, p. 703–8, set. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21878786>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

CLEMENTE, A.; LAVRADOR, M. C. C.; ROMANHOLI, A. C. Desafios da rede de atenção psicossocial: problematização de uma experiência acerca da implantação de novos dispositivos de álcool e outras na rede de saúde mental da cidade de Vitória. *Polis e Pique*, v.3, n.1, p.80-99, 2013.

CORRADI-WEBSTER, C. M. Consumo de drogas: considerações sobre a clínica no contexto do SUS. *Saúde & Transformação Social*, v.4, n.2, p.10-20, 2013.

CORRADI-WEBSTER, C. M.; LAPREGA, M. R.; FURTADO, E. F. Residentes em psiquiatria têm documentado problemas relacionados ao álcool em pacientes ambulatoriais? *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v.31, n.3, p.187-191, 2009.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, B.; YASUI, S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. *Saúde em Debate*, v.25, n. 58, p.12-25, 2001.

COSTAIN, W. F. The effects of cannabis abuse on the symptoms of schizophrenia: Patient perspectives. *International Journal of Mental Health Nursing*, v.17, n. 4, p. 227–235, 2008.

FERNANDES, V. R.; FUZINATTO, A. M. *Drogas: proibição, criminalização da pobreza e mídia*. 1º Congresso Internacional de Direitos e Contemporaneidade: Mídias e Direitos da Sociedade em Rede. UFSM - Universidade Federal de Santa Maria, 2012.

FOUCAULT, T. M. *História da Loucura*. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

GOTTLIEB, J. D.; MUESER, K. T.; GLYNN, S. M. Family Therapy for Schizophrenia: Co-Occurring Psychotic and Substance Use Disorders. *Journal of Clinical Psychology*, v.68, n. 5, p. 490–501, 2012.

GREGG, L.; BARROWCLOUGH, C.; HADDOCK, G. Reasons for increased substance use in psychosis. *Clinical psychology review*, v.27, n. 4, p. 494–510, maio 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17240501>>. Acesso em: 29 out. 2012.

GUIMARÃES, J.; MEDEIROS, S M. de ; SAEKI T. E ALMEIDA M. C. P. de. Desinstitucionalização em Saúde Mental: considerações sobre o paradigma emergente. *Saúde em Debate*, v.25, n.58, p.5-11, maio/ago.200.

HAMILTON, I. Ensuring integrated treatment for people with mental health and substance use problems. *Nursing times*, v. 106, n. 11, p. 12-15, 2010.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14, n.1, p.297-305, 2009.

HUANG, M.-C. et al. Impact of multiple types of childhood trauma exposure on risk of psychiatric comorbidity among alcoholic inpatients. *Alcoholism, clinical and experimental research*, v.36, n. 6, p. 1099–1107, jun. 2012.

LAUDET, A.; MAGURA, S. Perceived reasons for substance misuse among persons with a psychiatric disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, v.74, n. 3, p. 365–375, 2004. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/psycinfo/2004-16798-014>>. Acesso em: 9 nov. 2014.

LEÃO, E. A. Sentidos e Práticas produzidos com profissionais a respeito do consumo de drogas no contexto da saúde mental. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto; Universidade de São Paulo, 2015.

LINNELL, M.; HOLLAND, M. *Mental illness and Maconha – the story of David – the man with transparent head*. Lifeline Publications, 2007.

LOBBANA, F. et al. Understanding factors influencing substance use in people with recent onset psychosis: A qualitative study. *Social science & medicine*, v.70, n. 8, p. 1141–1147, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20137846>>. Acesso em: 29 out. 2013.

- LUZIO, C. M.; YASUI, S. Além das Portarias: Desafios da política de saúde mental *Psicologia em Estudo*, v.15, n. 1, p. 17-26, jan./mar. 2010.
- MAGURA, S.; ROSENBLUM, A.; FONG, C. Factors associated with medication adherence among psychiatric outpatients at substance abuse risk. *The Open Addiction Journal*, v.4, p. 58-64, 2012.
- MENEZES, P. R.; RATTO, L. R. Prevalence of Substance Misuse among Individuals with Severe Mental Illness in São Paulo. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v.39, p. 212-217. 2004.
- MENEZES, P. R. et al. Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in south London. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, v.168, n. 5, p. 612-619, maio 1996.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. 2. ed. Ministério da Saúde , 2004.
- MORAIS, M. L. S.; FERFFERMANN, M.; FERNANDES, M.; FIGUEIREDO, R.; PAULA, S.H.B.; VENANCIO, S.I. Um estudo avaliativo das ações de saúde mental no estado de São Paulo. *Saúde em debate*, v. 33, n. 81, p. 112-128, 2009.
- MORDAL, J. et al. Psychoactive substance use among patients admitted to an acute psychiatric ward: Laboratory findings and associations with clinical characteristics. *Nordic Journal of Psychiatry*, v.65, p. 208-215, 2011.
- MOROJELE, N. K.; SABAN, A.; SEEDAT, S. Clinical presentations and diagnostic issues in dual diagnosis disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, v. 25, n. 3, p. 181-186, 2012.
- MUESER, K. T.; DRAKE, R. E.; WALLACH, M. A. Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addictive behaviors*, v. 23, n. 6, p. 717 – 734, 1998. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9801712>>.
- NEHLIN, C.; FREDRIKSSON, A.; JANSSON, L. Brief alcohol screening in a clinical psychiatric population: Special attention needed. *Drug and Alcohol Review*, v. 31, p. 538 - 543, 2012.
- NEHLIN, C., GRÖNBLADH, L., et al. Brief alcohol intervention in a psychiatric outpatient setting: a randomized controlled study. *Addiction Science & Clinical Practice*, v.7, n.1, p. 23-27, 2012.
- PEREIRA, L. C.; JESUS, I. S; BARBUDA, A. DE S.; SENA, E. L. DA S; YARID, S. D. Legalização de drogas sob a ótica da bioética da proteção. *Rev. Bioét.* [online], vol. 21, n. 2, p. 365-374, 2013. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000200021>> Acesso em: 24 Fev. 2014.
- PETTERSEN, H.; RUUD, T. Walking the fine line: Self-reported reasons for substance use in persons with severe mental illness. *International Journal of Qualitative studies onHealth and Well-Being*, v.1, p. 1-11, 2013.

PRADO, K. F.; LEMOS, F. C. S. Uma breve cartografia da luta antimanicomial no Brasil. *Contemporânea*, v. 2, n. 1, p. 45-63. 2012.

QUEIROZ, I. S. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. *Psicologia. Ciência e Profissão*, v. 21, n. 4, 2001.

RIBBE, K. et al. Prediction of the risk of comorbid alcoholism in schizophrenia by interaction of common genetic variants in the corticotropin-releasing factor system. *Archives of general psychiatry*, v. 68, n. 12, p. 1247–1256, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21810631>>. Acesso em: 29 ago. 2013.

SCHÄFER, I. et al. Childhood trauma and dissociation in patients with alcohol dependence, drug dependence, or both-A multi-center study. *Drug and alcohol dependence*, v. 109, n. 1-3, p. 84 – 89, 1 jun. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20092967>>. Acesso em: 9 fev. 2014.

SCHOFIELD, D. et al. Reasons for cannabis use in psychosis. *Journal compilation The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, v. 40, n. 6, p. 570-574, 2006.

SCHULDEN, J. D.; LOPEZ, M. F.; COMPTON, W. M. Clinical Implications of Drug Abuse Epidemiology. *The psychiatric clinics of North America*, v.35 n.2, p. 411-423, 2012.

SILVA, C. R. et al. Comorbidade psiquiátrica em dependentes de cocaína/crack e alcoolistas: um estudo exploratório. *Aletheia*, v. 30, p. 101-112, 2009.

SOU, H. DE; DANTAS, Z. *Transtorno de estresse pós-traumático associado ao abuso e dependência de álcool e drogas: estudo de uma amostra da população da região metropolitana de São Paulo*. [2009].

THORNTON, L. K. et al. Reasons for substance use among people with psychotic disorders: Method triangulation approach. *Psychology of Addictive Behaviors*, v. 26, n. 2, p. 279-288, 2012.

DAS, V. Language and Body: Transactions in the construction of pain. In: KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M. (Ed.). *Social Suffering*. Berkeley, Los Angeles, CA: University of California Press, 1997. V. 125, p. 67–91.

VIEIRA, F. D. S. *Consumo de drogas por pessoas sofrimento psíquico: sentidos, significados e percursos*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto; Universidade de São Paulo, 2016.

WILLIAMSON, A. E.; et al. The disappearance of the “revolving door” patient in Scottish general practice: successful policies. *BMC Family Practice*, v.13, p. 95-99, 2012.

A Psicologia e a invenção de práticas psicossociais

Thaís Thomé Seni da Silva e Oliveira

Franco Rotelli, psiquiatra italiano e sucessor de Franco Basaglia, nos conta da “instituição inventada” (ROTELLI, 2015), que se dá continuidade à “instituição negada” de Basaglia. O autor nos convida a inventar novos modos de estar no mundo e de produzir saúde. De inventar-criar maneiras de enfrentar os riscos permanentes de institucionalização e “re-institucionalização” de pensamentos e práticas. É nesse sentido que falamos da “invenção” de práticas psicossociais na Psicologia.

O Modelo de Atenção Psicossocial é o modelo de assistência em saúde mental vigente atualmente no Brasil. Resulta do movimento da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica, sendo inspirado principalmente na Psiquiatria Democrática Italiana (AMARANTE, 2011). Foi incorporado como política pública de assistência em saúde mental no Brasil, especialmente após a publicação da lei 10.216 em 2001 e consolidado em uma rede de serviços de saúde mental pela portaria publicada dez anos depois (Ministério da Saúde, 2011).

O presente modelo não constitui somente uma rede de serviços que se propõe a substituir o manicômio, mas representa outro paradigma

de cuidado: o paradigma psicossocial, que busca superar o paradigma biomédico e asilar (COSTA-ROSA, 2000), e que tem sua correspondência no cenário internacional como *psychosocial approaches* (MEZZINA, 2005).

A mudança de paradigma na saúde mental tem seu percurso histórico (PESSOTI, 1994; FOUCAULT, 1978; MEZZINA, 2005; OLIVEIRA-PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011) e configura em uma ruptura com o modelo médico-biológico de tratar a doença e com as instituições totais para a organização de serviços inseridos nas comunidades e que consideram o paciente como sujeito e não como objeto. Isso implica na mudança de concepção sobre o que seja tratar/cuidar, que vai da busca de controlar sintomas e comportamentos, da fragmentação do paciente e da distância entre este e o profissional, à busca de compreensão do sofrimento da pessoa em sua totalidade, com suas necessidades concretas, incluindo aquelas psicológicas e subjetivas.

Assim, a saúde mental passa a integrar o campo da saúde coletiva, sendo o processo saúde-doença resultante de processos biopsicossociais complexos, que demandam uma abordagem interdisciplinar e intersetorial, com ações inseridas em uma diversidade de serviços e dispositivos territorializados de atenção e de cuidado, sendo um deles o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

No Paradigma Psicossocial ou Biopsicossocial a comunidade é aceita como o novo cenário para o cuidado em saúde mental, aceitação essa que ainda é incompleta em termos sócio-culturais e políticos. Nesse contexto, um grande desafio é construir práticas que, de fato, sejam substitutivas às instituições totais. Assim, este paradigma é desafiado especialmente pelas práticas realizadas cotidianamente nos serviços de saúde mental, na medida em que para a construção de serviços comunitários efetivamente inovadores é necessário evitar os riscos de se produzir uma “neo-institucionalização” (FIORATI; SAEKI, 2013; OLIVEIRA; CALDANA, 2016).

Concordamos com Yasui e Costa-Rosa (2008) que entendem que os profissionais das equipes de saúde mental cotidianamente têm a tarefa de expandir e consolidar a mudança paradigmática. Os principais instrumentos dos profissionais são a sua formação e o desenvolvimento profissional permanente, que devem permitir a redefinição e reorganização de seu

processo de trabalho, a articulação das alianças entre os diferentes setores da sociedade; viabilizando a criação e expansão concreta de uma rede de atenção e cuidado de base territorial e pautada nos princípios de integralidade e participação popular.

CONSTRUINDO AS PRÁTICAS: PSICOLOGIA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Visando compreender as práticas em psicologia no contexto da saúde mental, é importante entender o processo histórico da atuação deste profissional no Brasil. Desde a regulamentação da profissão no país, a atuação do psicólogo passou por um processo de transformação bastante importante, resultante de uma diversidade de fatores como: a história da psicologia como ciência no mundo e no Brasil, o contexto histórico e social da atuação profissional e dos cursos de formação, a configuração socioeconômica e política do país, os paradigmas de conhecimento, de educação e de saúde, entre outros.

Os primeiros cursos de Psicologia do Brasil tiveram início no ano de 1957, inaugurando a trajetória da Psicologia como profissão no país (PEREIRA; PEREIRA NETO, 2003). A regulamentação da profissão de psicólogo ocorre em 27 de agosto de 1962, com a publicação da Lei 4.119. Em 1971 foram criados o Conselho Federal e os Regionais de Psicologia, e em 1975 é publicado o primeiro Código de Ética dos psicólogos, finalizando o processo de profissionalização da área no país.

Ainda conforme Pereira e Pereira Neto (2003), a respeito da atuação do psicólogo no país, entre os anos de 1970 e 1980 houve um aumento da demanda por serviços de psicologia nas grandes cidades, atendendo principalmente as classes média e alta, com atuação em três grandes áreas: educação, trabalho e clínica, sendo nesta última sempre concentração maior de número de profissionais.

É importante destacar que nesse período o Brasil vivia o momento histórico da repressão e da ditadura militar, o que contribuiu para o direcionamento do desenvolvimento da psicologia e de outras áreas profissionais de determinada maneira.

A escolha dos psicólogos era em sua maioria pela área clínica no contexto privado com atendimentos individuais em psicoterapia, evidenciando a predominância do modelo médico/profissional liberal, ou do chamado modelo clínico tradicional, que perdura ainda nos dias de hoje (CFP, 2005; DIMENSTEIN, 2000; DIMENSTEIN; MACEDO, 2012; FIGUEIREDO; RODRIGUES, 2004, YAMAMOTO, 2012; OLIVEIRA; CALDANA, 2016). Tal escolha pela área clínica coloca em evidência este outro fator de extrema relevância: a característica dos cursos de formação em psicologia no Brasil, com predomínio do ensino da área clínica em seus moldes tradicionais, como área privilegiada para a atuação do psicólogo.

O PROCESSO DE AMPLIAÇÃO DAS PRÁTICAS

Os anos de 1990 marcam uma transformação e aumento dos espaços de atuação dos psicólogos no cenário nacional, mantendo-se a preferência pela área clínica, seguida pelas áreas da saúde e organizacional. Yamamoto (2012) confirma a predominância dessas áreas de atuação nos tempos atuais, em seu estudo 53% dos profissionais trabalhavam em clínica, 27,9% na área da saúde, 25,1% na área do trabalho e organizações e 9,8% na área educacional. Entretanto, as modalidades de inserção do profissional no país sofreram uma transformação, pois apenas 20% dos profissionais autônomos atuavam exclusivamente nessa condição. Dos psicólogos participantes da pesquisa, 40% trabalhavam no setor público, 35% no setor privado e 25% no terceiro setor.

O estudo mencionado aponta uma ampliação para além do modelo tradicional de atuação como profissional autônomo em clínica privada. Na área da saúde pública, a entrada do psicólogo se intensificou no final da década de 1980, sendo que nas últimas décadas o psicólogo se tornou o profissional com maior número de contratações para compor equipes multiprofissionais (YAMAMOTO, 2012, OLIVEIRA; CALDANA 2016).

E aqui temos um outro dado importante: a ampliação dos contextos de atuação do psicólogo não correspondeu à transformação das práticas psicológicas. Estudos indicam a permanência de estratégias tradicionais de intervenção, como a avaliação psicológica, o psicodiagnósti-

co e a psicoterapia individual. Assim, nos deparamos efetivamente com a permanência do modelo clínico tradicional (YASUI, 2010, YAMAMOTO, 2012; DIMENSTEIN; MACEDO, 2012) acompanhado por inúmeras críticas em função da inadequação e não-resolutividade, trazendo um forte conteúdo ideológico individualista e desconsiderando problemas sociais. Nessa direção, a atuação do psicólogo na saúde pública, exige a criação de novas estratégias de atuação, para além do citado modelo clínico tradicional (DIMENSTEIN, 2000; 2006; FERREIRA NETO, 2008; FIGUEIREDO; RODRIGUES, 2004; SPINK, 2003; YASUI, 2010).

No campo da saúde pública o ponto de partida não pode ser outro que as demandas da população usuária dos serviços públicos de saúde, e a formação em psicologia precisa dar conta disso. A produção do cuidado em saúde implica em escolhas teóricas e metodológicas, como também na criação de estratégias de intervenção que possibilitem de um fazer comprometido com os processos intersubjetivos e com a produção de sujeitos sociais ativos em nível individual e coletivo para a produção de saúde. (DIMENSTEIN, 2006).

A criação de estratégias de atuação deve ter como base a pessoa em sua totalidade, inserida em um contexto de relações, permeado por aspectos sociais, econômicos e culturais, e deve produzir autonomia e protagonismo social.

O desafio da formação profissional se encontra em ultrapassar a ampliação de disciplinas e conteúdos relacionados ao Sistema único de saúde (SUS) e ao paradigma psicossocial, devendo proporcionar ao psicólogo em formação uma visão ampla e a capacidade de operar análises conjunturais a respeito das necessidades sociais e de saúde da população. Deve também promover o desenvolvimento da escuta e a intervenção sobre processos psicológicos e psicossociais mobilizados pelas condições de vida das pessoas, como também a capacidade de articulação com as redes de diversos setores para operar a integralidade das práticas (OLIVEIRA; CALDANA, 2016).

Ressalta-se que o movimento de construção de práticas assistenciais coerentes com os pressupostos do paradigma psicossocial (AMA-

RANTE, 2011; YASUI; COSTA-ROSA, 2008) está presente na área da psicologia e nas diversas áreas de saúde, constituindo uma proposta interdisciplinar. Em termos da formação, existem atualmente diversas ações e projetos de ensino, pesquisa e extensão das universidades em parceria com órgãos governamentais e outros programas.

O movimento de mudanças descrito deve se intensificar na formação e alcançar também as estratégias de educação permanente para os profissionais, para que as práticas cotidianas de fato se transformem.

TRANSFORMAÇÕES PARADIGMÁTICAS: CIÊNCIA, SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA

Para compreender em maior profundidade a mudança paradigmática que é base para o cuidado em saúde, para as equipes e suas práticas, faz-se necessário compreendê-la num contexto maior, que envolve a mudança na forma de conceber a “realidade”, a construção do conhecimento e a subjetividade humana.

Temos na atualidade diversos elementos epistemológicos e metodológicos propostos como tendência alternativa para a ciência contemporânea. Tais elementos são agrupados com diferentes graus de articulação, sob o rótulo de “novo paradigma” (ALMEIDA FILHO, 2005). Os proponentes desses novos paradigmas sugerem o desenvolvimento de uma nova ciência, que demanda categorias epistemológicas próprias, novos modelos teóricos e novas formas de análise.

Os novos paradigmas buscam superar o paradigma cartesiano, substrato epistemológico da ciência moderna, no qual conhecer implicava necessariamente uma etapa inicial de fragmentação do objeto do conhecimento e sua redução aos seus componentes elementares.

No campo do método científico, tal orientação se traduz nas ideias de objetividade, neutralidade e identificação/isolamento de variáveis do objeto de estudo. No campo da saúde, o pensamento cartesiano se traduz na cisão corpo/mente e na fragmentação do corpo, o corpo mecanizado que deve ser reparado em partes que geram o mau funcionamento. Esta é a lógica do paradigma biomédico, em que a doença deve ser identificada (diagnosticada) por seus sintomas, combatida e removida do corpo para que a saúde seja restaurada.

No campo da saúde mental, temos a identificação de sintomas e o diagnóstico de doenças mentais, porém, como o sintoma loucura não tem “cura”, não podendo ser removido definitivamente, isolou-se o louco para restaurar a normalidade social. Nos tratamentos para a loucura, foram desenvolvidas ao longo do tempo estratégias e terapêuticas para remover os sintomas: dos banhos frios, choques elétricos e isolamento aos medicamentos.

Segundo Almeida Filho (2005), desde o final do século XX vem crescendo, no campo científico, a consciência de uma ciência configurada como prática de construção de modelos, de formulação e solução de problemas em um mundo em constante transformação, valorizando cada vez mais a descentralização e a relatividade. Em muitos campos científicos, anuncia-se atualmente que o paradigma da simplicidade e reducionismo cartesianos teria exaurido sua capacidade de apreender as complexas realidades concretas da natureza, história e cultura humanas, alcançando seus limites como estratégia de produção de conhecimento.

Assim, diversos pensadores e cientistas de diferentes áreas de pesquisa, como Wiener, Von Bertalanffy, Prigogine, Thom, Boulding, Maturana, Simon, Atlan, Lorenz e Morin vem lançando propostas de superação do reducionismo, resultando no chamado “Paradigma da Complexidade” ou Paradigma C (MORIN, 2005).

O paradigma da complexidade parte da premissa de que, ao contrário da abordagem reducionista do positivismo, que tem como objetivo uma simplificação da realidade, a pesquisa científica deve respeitar a complexidade inerente aos processos concretos da natureza, da sociedade e da história, sendo ele mesmo um produto da cultura e da história humanas. Tal paradigma é, dessa maneira, o marco transformador da ciência contemporânea.

Almeida Filho (2005) define os seguintes elementos teóricos da complexidade:

- **Sistemas dinâmicos:** compreendem estruturas sistêmicas abertas, em constante transformação, totalidades formadas por partes inter-relacionadas, elementos, conexões e parâmetros mutantes. “Complexidade implica a noção de transformação” (p.35);

- **Não-linearidade:** propriedade de interconexões sistêmicas que vão além das relações dose-resposta, ou causa-efeito. Traz o sentido de não finalístico, recursivo ou interativo, e também da relação entre séries de eventos, que entendemos trazer a ideia de multicausalidade;
- **Caos:** na descrição dos sistemas de relações não lineares, indica a abertura para a consideração de paradoxos ou contradições. Na prática é definido como a sensibilidade às condições iniciais mais a imprevisibilidade do sistema como um todo;
- **Emergência:** é a ocorrência imprevista, de algo que não existia previamente no sistema. Tolera-se o paradoxo “o novo a partir do existente”;
- **Borrosidade:** propriedade de imprecisão de limites entre elementos dos sistemas. São as fronteiras borradas entre elementos do sistema e podemos transpor para as fronteiras borradas das disciplinas, que dariam o sentido da transdisciplinaridade. O autor aponta ainda que, no que se refere à ciência, a crítica à noção de limite resulta no questionamento da categoria epistemológica da objetividade, retomando o clássico problema do observador/pesquisador como efeito de um borramento, neste caso referido à delimitação fluida, ambígua, contraditória e confusa entre sujeito e objeto;
- **Fractalidade:** segundo o autor, a noção de “fractais” seria de grande utilidade para o desenvolvimento de modos alternativos de produção do conhecimento científico. Trata-se de uma nova geometria, baseada na redução das formas e propriedades dos objetos ao “infinito interior”, como, por exemplo, na possibilidade de dividir uma linha em duas partes iguais, que poderão por sua vez ser divididas, e assim sucessivamente, mantendo-se sempre a forma original de uma linha dividida pela metade. Desta maneira, pode-se representar de um modo altamente sintético a constatação da permanência de certas propriedades através dos diferentes níveis do sistema. A fractalidade pode ser encontrada, com as devidas especificidades, na famosa questão local *versus* global, que tem alimentado uma discussão de extrema atualidade nas ciências sociais contemporâneas, especialmente no que concerne às abordagens qualitativas de pesquisa.

As abordagens da complexidade em geral, seriam capazes de produzir as novas possibilidades de compreensão e superação do distanciamento entre o mundo natural e o mundo histórico, descrevendo sistemas dinâmicos complexos, autorregulados, mutantes, imprevisíveis, produtores de níveis emergentes de organização. De modo geral, valorizam a fragmentação fractal, a relatividade, o dinamismo, a indeterminação e a contingência como características da formulação alternativa, para a construção de uma nova família de entes científicos: os objetos complexos. O objeto complexo é sintético, não linear, múltiplo, plural e emergente. Como um objeto-modelo sistêmico, faz parte de um sistema de totalidades parciais e pode ser compreendido ele mesmo como um sistema. Em sua forma de objeto heurístico (BUNGE, 1972 apud ALMEIDA FILHO, 2005), não pode ser explicado por modelos lineares de determinação. Assim, o objeto complexo não possibilita a predição e metodologicamente pode ser apreendido em múltiplos estados de existência, dado que opera em distintos níveis da realidade. O objeto complexo é multifacetado, alvo de diversos olhares, fonte de múltiplos discursos, extravasando os recortes disciplinares da ciência.

A subjetividade humana, a loucura/doença e o tratamento/cuidado são objetos complexos, que exigem das ciências humanas e das ciências da saúde – o que inclui a psicologia – múltiplas abordagens, estratégias e ferramentas tanto para a produção de conhecimento quanto para produção do cuidado em saúde.

O giro do conceito biomédico de saúde para o biopsicossocial, ou para as abordagens psicossociais, implica uma série de reconfigurações e a complexificação de sentidos de saúde-doença-cura, do tratar-cuidar, bem como de noções de saúde coletiva, comunidade, controle social, avaliação, corpo, culturas, saberes populares/especializados, participação, cooperação, entre outros. Esse é o giro da complexidade, do olhar para nossa ação sobre o mundo, sobre o outro e sobre nós mesmos na tensão das múltiplas histórias, contextos, afetividades e sentidos que se (re)configuram permanentemente.

Com as lentes de aumento sobre os aspectos subjetivos do humano, esses objetos complexos, os sentidos apresentam-se como formações dinâmicas, fluidas, imprevisas, sempre em movimento, o que nos encoraja

a questionar, sempre, as formas habituais, tradicionais e institucionalizadas de atuação. Essas lentes ressaltam o momento assistencial como subjetivador, que inscreve os processos corporais e psíquicos como fenômenos sociais, que têm história e articulação com outros processos da vida, resgatam os simbolismos, afetividades, potencialidades e capacidade de criação na atenção à saúde. São lentes que ampliam possibilidades para as políticas e práticas, pois evitam apriorismos, requisitando mais espaços para as diversas expressões do humano. Espaços que possibilitem a produção de sentidos para além do diagnóstico, da doença e do rótulo (OLIVEIRA-PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011).

No campo da saúde mental, diversos autores (AMARANTE, 2011; YASUI; COSTA-ROSA, 2008; MEZZINA, 2005) apontam que a mudança de paradigma envolve transformações que vão do conceito de saúde mental até as formas de tratamento e as tecnologias de cuidado. Amarante (2011) considera que essa transição paradigmática na saúde mental acompanha a transformação da própria ciência, na medida em que supera o modelo asilar biomédico, passando a se inserir na ideia de complexidade, de simultaneidade, de transversalidade de saberes, de “construcionismo” e de “reflexividade”.

Nesse ponto, entendemos que todas as considerações realizadas até aqui confluem para o mesmo ponto: o trabalho em grupo, a equipe, as práticas do psicólogo na clínica ampliada, a formação e o desenvolvimento profissional se inserem no paradigma da complexidade, e trazem a marca da produção de subjetividade e o compromisso com a produção de tecnologias de cuidado que coloquem o sujeito como centro e em movimento. No movimento de protagonizar, fazer escolhas, se responsabilizar e agir no mundo.

Nesse sentido, o usuário é sujeito e o profissional é sujeito. São sujeitos humanos se encontrando e construindo novos olhares, sentidos e fazeres para a vida que acontece em tramas complexas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação à atuação do psicólogo no Modelo de Atenção Psicossocial, mais especificamente nos serviços CAPS, encontramos diversos

trabalhos científicos (CAMBUY; AMATUZZI, 2012; DIMENSTEIN, 2000; 2004; 2006; FERREIRA NETO, 2008; FIGUEIREDO; RODRIGUES, 2004; OLIVEIRA; CALDANA, 2016), que trazem importantes discussões acerca da necessidade de mudança na formação e o desenvolvimento para uma atuação menos tradicional e mais ampliada, na direção das considerações realizadas até aqui.

Nesse sentido, concordamos com os apontamentos da pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2013) em âmbito nacional, sobre as práticas de psicólogos nos CAPS, a saber:

- A necessidade de desinstitucionalização da prática psicológica e sua ampliação e intervenção na cultura, lembrando que tal desinstitucionalização só poderá ocorrer por meio de mudanças nos cursos de formação e estratégias de educação permanente em saúde mental;
- A essencialidade do trabalho em rede em função da complexidade do cuidado no modelo de atenção psicossocial, considerando que tal complexidade do cuidado se dá em função da consideração da complexidade do humano.

No que se refere às práticas da Psicologia nos CAPS pesquisados, a partir dos relatos dos participantes é possível inferir que, além dos pontos ressaltados acima, os profissionais têm realizado de modo crescente ações e estratégias de clínica ampliada, mas que muitas vezes não se reconhecem em tais práticas, evidenciando que a identidade profissional do psicólogo ainda se atrela de modo significativo ao modelo clínico tradicional. A falta de identificação do psicólogo com o fazer psicossocial e a clínica ampliada, e a apropriação destas práticas como práticas psicológicas legítimas, resulta, em nossa opinião, tanto dos modelos de formação em psicologia – que vêm sofrendo um processo de transformação de forma heterogênea no país, quanto da falta de reflexão e diálogo entre os profissionais dos serviços de saúde mental na construção de suas práticas cotidianas, em função dos processos de trabalho e gestão já mencionados.

Em nosso entendimento, a proposta da clínica ampliada coloca um fim na oposição entre práticas clínicas e práticas psicossociais em

psicologia no contexto dos serviços de saúde mental. Tal proposta norteia e convida à composição/criação de práticas e estratégias de intervenção dentro de seus princípios

Não se deve perder de vista, dessa maneira, a discussão sobre a clínica, norteadas pelas idéias de Campos e Amaral (2007), com as quais concordamos, de que a ampliação mais importante da clínica tradicional para a clínica ampliada é a consideração de que as ações em saúde devem ser como foco a pessoa em sua integralidade, com suas necessidades e condições concretas de existência.

Além disso, outro norteador para a prática psicossocial de psicólogos e dos outros profissionais de saúde é a ampliação da finalidade do trabalho clínico para além da cura ou remoção de sintomas: a clínica poderá contribuir para a ampliação do grau de autonomia dos usuários, ou seja, para a ampliação da capacidade do usuário de lidar com sua própria rede, em seu próprio território e com seus próprios recursos. Nesse sentido pensamos a clínica ampliada também na psicologia como potencializadora de protagonismo social, autonomia e invenção, trabalhando em rede para promover o encontro do usuário com suas redes.

Para finalizar, ressalta-se que para a construção- invenção de práticas inovadoras e efetivas nos serviços de saúde mental (ROTELLI, 2015), na psicologia e em todas as áreas da saúde, é evidente a necessidade de se desenvolver estratégias também inovadoras – “inventivas” em todas as instituições envolvidas nos processos de ensino (formação), de pesquisa (universidade) e de extensão (atuação/desenvolvimento profissional), envolvendo uma verdadeira articulação entre estas três áreas e considerando a complexidade da construção do conhecimento, da subjetividade humana e do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 14, n. 3, p. 30-50, 2005.
- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.
- CAMBUY, K.; AMATUZZI, M. M. Experiências comunitárias: repensando a clínica psicológica no SUS. *Psicologia e Sociedade*, v. 24, n. 3, p. 574-683, 2012.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Pesquisa de Opinião WHO: quem é o psicólogo brasileiro*. Ano 2001, Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/publicacoes/publicacoesDocumentos/Pesquisa_WHO.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2011.

_____. *Referências técnicas para atuação de Psicólogas (os) no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)*. Brasília, 2013. Disponível em: <http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2013/07/MIOLO_TECNICAS_DE_ATUACAO2.pdf>. Acesso em: 6 set. 2013.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.) *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 141-168.

DIMENSTEIN, M. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*, v. 5, n. 1, p. 95-121, 2000.

_____. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. *Psicologia, ciência e profissão*, v. 24, n. 4, p. 112-117, 2004.

_____. A prática dos psicólogos no Sistema Único de Saúde(SUS). In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Cartilha do I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS*, p. 08-16. Brasília, 2006.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicologia, Ciência e Profissão*, v. 32, n. spe., p. 232-245, 2012.

FERREIRA NETO, J. L. Intervenção psicossocial em saúde e formação do psicólogo. *Psicologia e Sociedade*, v. 20, n. 1, p. 62-69. 2008.

FIGUEIREDO, V. V.; RODRIGUES, M. M. P. Atuação do psicólogo nos CAPS do Estado do Espírito Santo. *Psicologia em Estudo*, v. 9, n. 2, p. 173-181, 2004

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

MEZZINA, R. Paradigm Shift in Psychiatry: processes and Outcomes. In: RAMON, S.; WILLIAMS, J. E. *Mental Health at the Crossroads: the promise of the psychosocial Approach*. London: Ashgate, 2005. p. 81-93.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria GM/MS n. 3.088/2011*. Preconiza o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Brasília, 2011.

MORIN, E. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

OLIVEIRA, T. T. S. S.; CALDANA, R. H. L. Psicologia e práticas psicossociais: Narrativas e concepções de psicólogos de Centros de Atenção Psicossocial. *Estudos interdisciplinares em Psicologia*, v. 7, n. 2, p. 02-21, 2016.

- OLIVEIRA-PEREIRA, T. T. S.; BARROS, M. N. S.; AUGUSTO, M. C. N. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. *Mental (Barbacena)*, v. 9, n. 17, p. 523-536, 2011.
- PEREIRA, F. M.; PEREIRA NETO, A. O psicólogo no Brasil: notas sobre seu processo de profissionalização. *Psicologia em estudo*. v. 8, n. 2, p. 19-27, 2003.
- PESSOTTI, I. *A loucura e as épocas*. São Paulo: Editora 34, 1994.
- ROTELLI, F. *L'istituzione inventata. Almanacco Trieste 1971-2010*. Merano: Alpha Beta Verlag, 2015.
- SPINK, M. J. *Psicologia social e saúde: prática, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- YAMAMOTO, O. H. 50 anos de profissão: responsabilidade social ou projeto ético-político? *Psicologia, ciência e profissão*, v. 32, n. espe., p. 6-17, 2012.
- YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, 2008.
- YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2000. p. 99-112.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Topics in Mental Health*. Genebra, [s.d.]. Disponível em: <http://www.who.int/topics/mental_health/en/>. Acesso em: 3 jun. 2012.
- _____. *Mental Health Policy and Service Guidance Package: human resources and training in mental health*. Genebra, 2005.
- _____. *Collaborating centres: designation form*. Genebra, 2010. Disponível em: <http://www.deistituzionalizzazione-trieste.it/oms/Oms/OMS_designation_form.pdf>. Acesso em 4 jul. 2013.

El Café Basaglia¹

Ana Ines Heller

Claudia López Mosteiro

Marilina Salvi Antonelli

A RAFFAELE DOVENA

El propósito de quienes formamos parte del Café Basaglia consistió en construir y poner en práctica un dispositivo nuevo, por fuera de las instituciones psiquiátricas, bajo el modelo conceptual de la Empresa Social y de la Salud Mental Comunitaria, diseñado especialmente para la capacitación para la reinserción socio-laboral de personas usuarias de los servicios de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires; personas que por su vulnerabilidad social tienen dificultades en su inserción laboral.

LA PREHISTORIA

La historia del Café Basaglia tiene su prehistoria, como la mayoría de las cosas. No nos detendremos en ella, pues en verdad muchos de los que formamos parte de esta parte de la historia, no participamos de

¹ Este texto está basado en el trabajo que recibió el Premio otorgado al Café Basaglia en el concurso organizado en 2013 por el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, para su publicación en el Libro: "Prácticas Inclusivas en Salud Mental y Adicciones con Enfoque de Derechos Humanos. En el marco de la Ley Nacional de Salud Mental y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos".

aquella otra. Sí podemos mencionar que hubo varios intentos de iniciar un proyecto similar y que por diversos motivos se fueron diluyendo.

LOS MISTERIOS DE LOS INICIOS

¿Cómo y cuándo empezó todo? ¿Habrá sido cuando estuvimos en Trieste? Muchos de nosotros nos conocimos allí, en ocasión de una pasantía en 2010-2011. Coincidimos en un espacio y un tiempo que significó una fuente de inspiración y motivación para regresar con otra perspectiva.

O tal vez cuando Federico Bejarano nos convocó en marzo de 2011, estando Raffaele Dovenna en Buenos Aires, para empezar a pensar en armar este proyecto.

Queremos a veces fechar los inicios, como en las historias de amor. Sin amor no se pueden sostener estos proyectos. Amor entre las personas que los impulsan, amor a las ideas que los unen, deseos de aprender algo juntos. Y como en todo amor, está el esfuerzo por tolerar las diferencias, las tensiones, los obstáculos. En los inicios de muchas formas asociativas que se van institucionalizando, sucede que estos obstáculos suelen motivar, impulsar el movimiento.

¿CON QUÉ CONTÁBAMOS? UN CONTEXTO HISTÓRICO FAVORABLE

En el marco de la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657² y de la Ley de Salud Mental n. 448³ ya vigente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la comunidad es convocada a promover y ser

² Ley Nacional de Salud Mental n. 26.657. Artículo 9: El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución y promoción de los lazos sociales. Artículo 11: La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

³ Ley de Salud Mental n. 448, CABA. Artículo 14: [Efectores] A los efectos de la conformación de la Red, se deben respetar las acciones y servicios, establecidos en los artículos precedentes, determinándose una reforma de los efectores actuales, e incorporando los recursos necesarios para la implementación de las nuevas modalidades.

partícipe de un cambio de paradigma que subvierta el asistencialismo por una atención definida desde un modelo comunitario con la perspectiva de derechos de las personas con padecimiento mental.

En este sentido, el proyecto de inserción para la capacitación laboral que propone el Café Basaglia se presenta dentro de este marco legislativo como un punto de partida y un medio creativo para promover el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con padecimiento mental, partiendo de sus capacidades para aprender y desarrollar diferentes tareas.

¿CON QUÉ RECURSOS? FUENTES DE FINANCIACIÓN

Al inicio contamos con fondos de la Cooperación Internacional a través del *Associazione Recreativa e Culturale Italiana* (ARCI) de la Ciudad de Trieste, Italia; la Asociación Ecco (en Camino con Otro por la Integración Sociolaboral) como contraparte nacional en el proyecto ISOLE (Integración Socioeconómica y Lucha contra la Exclusión Social en áreas prioritarias de la Argentina), a partir de una gestión asociada entre el Estado y el Tercer Sector cofinanciado con la Cooperación Italiana a través de la *Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popolo* (ONG CISP); se gestionaron becas del Programa Promover la Igualdad de Oportunidades de Empleo -línea de actividades asociativas de Interés Comunitario- del Ministerio de Trabajo de la Nación.

¿CON QUIÉNES?

El equipo de trabajo responsable de la ejecución del proyecto contempló al inicio la función de técnico gastronómico y operador en salud mental, con roles fijos y funciones específicas.

El resto de las funciones con el correr del tiempo se fueron delineando en áreas: difusión y promoción, gestión de recursos, comercialización, articulación con efectores públicos de salud para la incorporación de nuevos usuarios y su seguimiento con los equipos tratantes, docencia, articulación con universidades y espacios de educación no formal, articulación con otros emprendimientos sociales.

Para ello se establecen (entre otros) los siguientes efectores: Centros de capacitación sociolaboral promocionales; Talleres.

Estas áreas fueron llevadas a cabo por los distintos miembros del equipo en función de las necesidades del proyecto, las aptitudes y el deseo de cada integrante. El obstáculo fue que muchas veces costó organizarnos, y se producía una dispersión de energías, que nos provocaban cierto malestar interno.

PERSONAS A QUIÉNES ESTABA DIRIGIDA LA EXPERIENCIA

Los destinatarios de esta práctica han sido personas mayores de dieciocho años usuarias del sistema público de salud mental, y que por su condición se encontraran en situación de vulnerabilidad socio-laboral y desventajas relacionales.

Al inicio del proyecto formaron parte de la capacitación en tareas a puertas cerradas diez usuarios. Con el transcurso de dicha etapa formativa se fue conformando el grupo más estable de trabajo, que llegó a contar con seis usuarios que desempeñaban tareas específicas (mozo, bachero, cocinero, adicionista, etc).

Luego de la conformación del equipo original, realizamos entrevistas periódicas para la incorporación de nuevos usuarios en vistas a un progresivo crecimiento del proyecto. En nuestro segundo año hicimos algunos ajustes; fuimos aprendiendo que esta incorporación debía ser paulatina, acordando un mes de prueba, a fin de poder evaluar conjuntamente la integración al proyecto. También diseñamos otro modo de participar, que es la figura de tallerista (conurrencia de dos días por semana) para aquellos que por diversas razones no podían asumir la responsabilidad de una asistencia diaria.

ARTICULACIÓN CON LA RED DE EMPRENDIMIENTOS SOCIALES DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES (GCABA) Y CON UNIVERSIDADES

Remeras con el logo del Café Basaglia se encargaron al emprendimiento social *Viva Estampa*; panes, pizzas y dulces, a los emprendimientos *Delicias*, y *Hierbas y Especies*; ensaladas al emprendimiento de la Red FUV (Familiares, usuarios y voluntarios por los derechos de las personas con padecimiento mental); los individuales, porta azúcar

y servilleteros que se presentan en las mesas, a *Artesanías Urbanas*; *La Huella* hizo la pizarra y realizó la reparación de sillas y mesas. El emprendimiento *Ciclopapel* ofrecía sus productos los días que se realizaban los eventos culturales.

Se han acercado universidades (Universidad de Buenos Aires, Universidad Maimónides) para ofrecer pasantías de alumnos; recibimos alumnos de diversas cátedras para realizar trabajos de formación dentro de la cursada (Carrera de Comunicación Social; Facultad de Psicología (Cátedra de Psicología Institucional, Psicología Preventiva).

Estas pasantías de alumnos y de profesionales que inician su formación fue también una estrategia de sensibilización hacia la transformación que estábamos proponiendo.

ESTRATEGIA DE DESMANICOMIALIZACIÓN

Café Basaglia nace como una iniciativa autónoma en un espacio dentro de la comunidad, no dentro de un hospital y se propone como un lugar de invención de salud y cultura; lugar de socialización, de expresión físico-artístico-cultural, de actividad y trabajo conjunto. Con el deseo de ser un dispositivo que produzca nuevas tramas de relaciones.

ECONOMÍA SOCIAL Y SOLIDARIA

La finalidad de la empresa social, no es el lucro; pero como afirma Franco Rotelli, es necesario asumir la noción positiva del mercado como lugar de intercambio que permite nuevas subjetividades. De este modo invertimos sobre los recursos humanos, alejándonos de un concepto de beneficiarios pasivos y de la finalidad lucrativa de una empresa.

La empresa social implica crear condiciones que faciliten a la persona obrar con impulsos propios, lo cual supone asumir la “dignidad del riesgo”. Esta expresión está vinculada por un lado al derecho de todas las personas de transitar el mundo con todas sus posibilidades y peligros, y por otro, al riesgo que se asume en el desafío de construir conjuntamente un proyecto que implica otro modo de pensar la salud y el trabajo.

Como antecedente y orientador de nuestra práctica en el ámbito internacional, tomamos el aporte de la trayectoria italiana ligada a la empresa social; mientras que en el ámbito nacional ha sido una referencia la Empresa Social de Salud Mental de El Bolsón, emprendimiento gastronómico iniciado en el año 2001 y que continúa funcionando articulado desde sus inicios con el sistema público de la Provincia de Río Negro.

Entendemos que la articulación con el sector público es un factor fundamental para potenciar este tipo de empresas, sin dejar de lado el empeño en lograr la calidad en los servicios y productos ofrecidos, que garanticen estar a la altura de las competencias del mercado.

CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLA LA EXPERIENCIA

En marzo de 2011, avalados por una coyuntura favorable para promover este tipo de emprendimientos a partir de la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental n. 26.657, un grupo de personas decidimos dar inicio al “Café Basaglia” – retomando y concretando un proyecto que venía siendo soñado desde hacía tiempo.

Lo instituido hasta el momento suponía que el mejor lugar donde puede estar la persona con problemáticas mentales es en una institución especializada, depositando de este modo el saber en los técnicos, en los profesionales.

La reforma epistemológica que propone el contexto actual implica pensar en la integración de recursos no convencionales en los equipos de salud mental, en la socialización del conocimiento y el empoderamiento de diferentes actores, a fin de que la comunidad misma supere su tendencia excluyente (como manifestación del estigma, el miedo y la vergüenza), y que pueda constituirse en un agente de inclusión.

Los dispositivos laborales creados y gestionados desde la comunidad, promueven no sólo la inclusión laboral sino también la circulación de las personas con padecimientos mentales, favoreciendo su inclusión social y derribando mitos vinculados a la peligrosidad, incapacidad, cronicidad e irreversibilidad de las problemáticas mentales.

La empresa social produce valores y bienes materiales, y su ámbito de intervención es prevalentemente el territorio.

NUESTROS OBJETIVOS

Construir y poner en práctica un dispositivo, por fuera de las instituciones psiquiátricas, bajo el modelo conceptual de la Empresa Social y de la Salud Mental Comunitaria, diseñado especialmente para personas que por su vulnerabilidad social tienen dificultades en su inserción laboral.

Constituir un colectivo que a través de mecanismos de autogestión y en articulación con otros efectores de salud comunitaria del sistema público, gestionen acciones de inclusión fundamentadas en las leyes de salud mental vigentes.

Promover y facilitar la capacitación para la inserción laboral de personas con vulnerabilidad socio-laboral y desventajas relacionales.

Crear un espacio de trabajo y de integración social que posibilite la capacitación en tareas gastronómicas, de atención al público y de administración dentro del café.

Ofrecer un servicio de calidad, con criterios de competitividad en el mercado y de rentabilidad para todos los emprendedores que lo integran, sustentado en el modelo conceptual de Empresa Social.

Articular con otras empresas sociales que produzcan insumos relacionados al café –ofreciéndolos como productos que pueden ser comercializados en el espacio del Café- a fin de promover el fortalecimiento de las redes de la economía social y solidaria.

Lograr una progresiva visibilidad y sustentabilidad del proyecto

Producir eventos culturales, que puedan ser la ocasión de encuentro e intercambio entre espacios afines.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA: ¿CÓMO LO HICIMOS? ¿DONDE?

La puesta en marcha del Café Basaglia se realizó por medio de la articulación con el centro cultural “La Casona Cultural de Humahuaca”

que desde hacía más de diez años se encontraba trabajando con la comunidad en el barrio del Abasto, formando parte de una red más amplia de emprendimientos culturales con alta visibilidad en el barrio.

La Casona ofreció al Café Basaglia la posibilidad de utilizar su infraestructura para dar inicio al proyecto; de esta manera el Café comenzó a funcionar de lunes a viernes de 9 a 15 hs, franja horaria en que la Casona se encontraba cerrada. Y esto es una de las premisas de la empresa social: poder aprovechar recursos que están ociosos, no utilizados por otros.

¿Y POR QUÉ UN CAFÉ?

Porque el café representa un espacio cotidiano de encuentro, de trabajo y de intercambio con otros, que ya forma parte de la idiosincrasia cultural de nuestra ciudad.

¿CÓMO ENCONTRAMOS A LAS PERSONAS QUE IBAN A DESEMPEÑARSE EN EL CAFÉ?

Las entrevistas para la inclusión en el dispositivo fueron enfocadas hacia el deseo de formar parte de un proyecto de trabajo en grupo, apuntando a sus desempeños anteriores, a sus capacidades y a sus anhelos personales; intentamos despegarnos de la historia de la enfermedad o de la constitución de un diagnóstico. Podríamos decir que se asemejaban más a una entrevista de trabajo que a una entrevista psicológica, aunque reunieran un poco de ambas.

¿QUÉ DECÍAN?

- “Yo ya trabajé dentro del Moyano (Hospital neuropsiquiátrico de mujeres de la Ciudad de Buenos Aires), ahora quiero trabajar afuera”.
- “Quiero conocer gente nueva”.
- “Yo ya tengo la pensión, tal vez los otros muchachos lo necesiten más que yo”.
- “Quiero aprender, capacitarme”.

Palabras que hablan del afuera, de relaciones nuevas, de dinero con el que contar para ser más independientes, de la necesidad de aprender como reconocimiento de que faltan herramientas para la autonomía.

CAPACITACIÓN

Se propuso un programa de capacitación en tareas de todos los roles necesarios para el funcionamiento de un café (mozo, cocinero, adicionista, bachero, etc.). Dicho programa fue coordinado por un técnico gastronómico y un operador en salud mental junto a diez muchachos. Este programa se realizó a puertas cerradas de septiembre a noviembre de 2011, momento en que el Café abrió sus puertas al público.

Los muchachos se fueron perfilando en lo que eran sus fortalezas y debilidades. A algunos les resultaba más accesible desarrollar tareas prácticas, manejándose en el espacio de la barra y de las mesas, presentando más dificultades en la dimensión relacional con el otro, cliente o compañero de trabajo; otros mostraron más debilidades en el trabajo operativo, pero se manejaron con mayor facilidad en las relaciones personales, en el trato con los clientes. De todos modos, todos han expresado sus opiniones y propuesto ideas y alternativas de trabajo para el café.

ORGANIZACIÓN/FUNCIONAMIENTO

Así se fueron distribuyendo durante los cinco días de la semana, y a su vez la organización posibilitó que cada uno tuviera un día libre, considerando sus necesidades particulares.

Cada jornada contemplaba actividades que se centraron en el servicio que se ofrecía: funcionamiento práctico del café (abastecimiento de productos, limpieza, organización del espacio y el tiempo) y la atención a los clientes. Las tareas realizadas se dividían en aquellas más orientadas al trato con los clientes (saludar, recibir, indicar la mesa, proponer promociones, aconsejar productos, tomar pedidos), y las operativas (armar y desarmar las mesas, llevar platos, reponerlos, servir las mesas, preparar los productos de cafetería y los platos de almuerzo del día).

Implementamos un dispositivo grupal de asamblea semanal, para los muchachos y parte del grupo de promotores (responsables de la ejecución del proyecto), en el cual se trataban los temas relativos al funcionamiento del café y del grupo de trabajo: se compartían experiencias y se discutían los eventuales problemas organizativos y relacionales, las propuestas y soluciones con una óptica horizontal y compartida del proyecto.

El objetivo era facilitar la circulación de la palabra, la expresión de los problemas cotidianos que el grupo enfrentaba y los modos de resolverlos, favoreciendo la adquisición de herramientas prácticas, sociales e interpersonales para promover una mayor autonomía tanto personal como grupal. Fuimos observando que este espacio promovía para todos nosotros la progresiva adquisición de responsabilidad, pertenencia e implicación dentro del proyecto.

A su vez, se realizaban semanalmente reuniones de promotores, en las que nos ocupábamos de favorecer el mejor funcionamiento del café, buscando financiamiento, tratando de solucionar los problemas prácticos y legales que iba surgiendo, difundiendo el proyecto en diversas redes, y siguiendo el recorrido de cada uno de los muchachos – en comunicación con sus equipos tratantes, en caso de ser necesario.

Asimismo, realizamos un seminario interno de capacitación en Empresa Social dirigido a usuarios y promotores, a fin de profundizar nuestra formación en dicha temática. Organizamos espacios de encuentro mensuales, en los que se han dado obras de teatro, títeres, funciones de cine, exposiciones de artistas, cuenta cuentos, ferias de exposición y venta de productos de diversos emprendedores, con una buena aunque variable repercusión de público (la franja horaria del mediodía era una importante limitación para la convocatoria).

ASPECTOS QUE FACILITARON LA EJECUCIÓN DE LA EXPERIENCIA

- Articulación con la Casona Cultural de Humahuaca.
- Disponibilidad de financiamiento que posibilitó el inicio del desarrollo de la actividad.
- Becas Promover.

- Haber contado con dos cargos rentados (técnica gastronómica y operadora en salud mental) para las tareas de capacitación.
- El trabajo voluntario del grupo de promotores/emprendedores.
- Diseño de una primera etapa de capacitación de los usuarios, previa a la apertura del Café, que posibilitó el afianzamiento del grupo, del espacio de trabajo y la incorporación paulatina de pautas y objetivos; continuidad en el acompañamiento.
- Capacidad de articulación con otros emprendimientos y asociaciones, tanto del ámbito privado como del público y del tercer sector.
- Ejercicio de la tolerancia a la incertidumbre, a la convivencia con las tensiones que iban surgiendo, a las responsabilidades con múltiples y diversos requerimientos de gestión.

ASPECTOS QUE OBSTACULIZARON LA EJECUCIÓN DE LA EXPERIENCIA

- El trabajo voluntario, si bien fue un facilitador al inicio del proyecto, por momentos configuró también un obstáculo para el sostenimiento de la práctica a largo plazo.
- El grupo de promotores estaba conformado en su mayoría por profesionales de la salud mental, careciendo de formación y experiencia en empresas sociales y gestión de negocios.
- Franja horaria en la que se disponía del lugar, de lunes a viernes de 9 a 15 hs.
- Dificultad de incorporar el rol de administrador/contador.
- Tensión entre la autogestión y la heterogestión.
- La multiplicidad de acciones y funciones que se distribuían entre pocos emprendedores, lo cual muchas veces implicó una carga difícil de gestionar.
- Asociación Civil: iniciamos el trámite a poco de iniciar el proyecto y cuando salió el trámite, ya estábamos considerando la continuidad o no del proyecto..

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

- Formación del grupo de promotores, en un seminario interno sobre Empresas Sociales, dado que este dispositivo requiere que los que lo conformamos nos capacitemos en esta temática específica.
- Integración de los usuarios en el proyecto y conformación de un grupo de trabajo, lo que posibilitó el aprendizaje de las tareas específicas dentro del Café, potenciando las capacidades previas de cada uno.
- Conformación del equipo de trabajo de promotores autónomo y autogestivo, comprometidos con la ejecución de un dispositivo de inserción laboral en la comunidad.
- Progresivo desarrollo de autonomía e implicación en la toma de decisiones del grupo de promotores y usuarios.
- Muy buena experiencia de construcción de la convivencia con La Casona y las personas que allí trabajan (los “casoneros”).
- Articulación con diferentes emprendimientos sociales públicos, privados y del tercer sector.
- Algunas de las situaciones más críticas que tuvieron lugar (la muerte de uno de los usuarios, las crisis de varios, un episodio de crisis por hipoglucemia, por citar algunas) contaron con la presencia de los casoneros que significaron un apoyo para todos los que allí estaban, en sus propias palabras. A su vez para los casoneros significó la posibilidad de enfrentar situaciones para las que no sabían que estaban instrumentados.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Iniciar esta experiencia ha implicado saber que existían otras tantas, locales e internacionales, en las que nos podíamos referenciar. Pero esto no eliminaba ni el vértigo ni su contrapartida de entusiasmo propio de esta manera de emprender, con un elevado grado de autonomía y autogestión.

El Café Basaglia, ha producido y sigue produciendo un conjunto de relaciones sociales, de recursos y sinergias antes inexistentes o solo potenciales;

no sin atravesar numerosos desafíos organizativos, barreras sociales, culturales y disciplinarias que tuvimos que reconocer para intentar superar.

De hecho, una de las dificultades con las que nos encontramos, era cómo darle forma -formalizar, organizar-, a algo que a veces se nos escapaba.

Se nos han presentado dos grandes desafíos, la visibilización del Café Basaglia como Empresa Social y su sustentabilidad.

Se han acercado diversos grupos de trabajo, voluntarios, equipos de acompañantes terapéuticos, organizaciones de la economía social, universidades, cátedras, grupos que festejan un cumpleaños o despiden el año en este espacio; sintiéndose de alguna manera parte de este proyecto a la vez que clientes, soporte económico de un consumo responsable e inteligente, produciendo inclusión social y salud.

Se generaba así una trama de diversos actores sociales, multiplicándose el protagonismo de los socios, promotores y vecinos.

Nuestro gran desafío ha sido animarnos a sostener estas tensiones, lo que abre y lo que cierra, lo que vitaliza o lo que detiene, llenando nuestras mesas de personas que junto al almuerzo o al café “tomen” también noción del valor social de esta otra economía, a la vez que de su propia condición ciudadana.

Al inicio del recorrido, nos hemos encontrado muchas veces sorprendidos por la potencia de lo que este modelo propicia, lo cual contribuía a atenuar el temor a la “irracionalidad” de toda experiencia innovadora. La solidaridad local e internacional nos iba alentando, dando avisos del apoyo generado para la sustentabilidad del Café en el tiempo; lo cual disminuía el riesgo de quedar como una experiencia fragmentada e inconclusa.

LA DECISIÓN DE CERRAR: NO TODO LO QUE TERMINA, TERMINA MAL

Estamos convencidos que lo que sucedía muchas veces al estar juntos era algo del orden de las pasiones alegres, como algo que vitaliza, que abre, que proyecta, que entusiasma, que contagia; lo encontramos en las ganas que se generaban cada vez que otros proyectos se acoplaban, se

interesaban en hacer algo juntos, por un tiempo, compartir algo de este recorrido incierto.

Y también como todo proyecto en permanente construcción, aparecía a veces el peligro de las pasiones tristes como algo que cierra, que detiene, que amenaza, que resta fuerzas.

Al cumplir los dos años, debíamos renovar las Becas Promover, no teníamos más fondos, se acercaba el verano con el seguro declive en las ventas. Varios de los promotores por diversos motivos se habían distanciado del proyecto. Percibíamos algo así como dos cafés funcionando, el del grupo de promotores, que iba diluyéndose, y el que trabajaba dentro del café, que seguía con la misma energía. Y las tensiones que antes nos parecían livianas, se fueron haciendo más difíciles de cargar. Decidimos cerrar.

Era nuestra última asamblea. Habíamos decidido que el CB, al menos en la forma en que lo conocíamos, llegaba a su fin. Decíamos fin de ciclo, para no decir fin, o cierre. Y aún no se había anunciado que dos de las que formaban parte de este proyecto, habían decidido continuarlo, bajo otra forma.

Estábamos los que estábamos. Ni uno más, ni uno menos. No todos. Los que pudimos estar. Los que quedamos. Éramos ocho.

Como siempre, comenzamos proponiendo los temas del día. Alguien propone un: *¿Cómo sigue?* que luego se despliega en: *cómo sigo, cómo seguimos, como sigue el Café*. Otro dice: *estuve pensando en cómo podríamos hacer para seguir los viernes, ya que tenemos los clientes de siempre, en otro lado, tal vez*. Y otro: *yo pensé que un trabajo normal no puedo hacer, quisiera seguir acá*.

Seguir, seguir; insiste el seguir.

Despreocupados, sin atisbo de dramatismo o tristeza, por el contrario, con alegría, empezamos a contarnos lo que fue el CB para nosotros. Para todos y cada uno. Cada uno dijo algo de este recorrido.

J: “aprendí cosas que no sabía”.

A: “puedo tener más confianza en mí; pude ver cómo se armó y aceitó el grupo, desde que empecé, hace un año; y por eso duele que se pierda”.

C: “esto significó abrirse, expandirse”.

P: “me gustó hacer de mozo, fue más fácil de lo que pensaba al principio. No quiero usar el certificado de discapacidad. Quise comprar dólares, y no pude porque salta eso. Me siento una persona normal, no un discapacitado. Siento que trabajo en un café, no en un lugar donde hay un grupo que está ayudando”.

Alguien le acota que pese a esa sensación, cuando presenta el Café a las personas que se acercan, transmite todo eso.

En cuanto a los proyectos, dicen:

C: “no pensé nada”.

J: “en marzo egreso de Gorriti (la residencia protegida en la que vive), tengo que buscar un trabajo y hacer algo para no estar encerrado. Tal vez estudiar computación”.

P: “quiero estudiar música y terminar el secundario. Ya invertí plata, me compré equipos de música, y estuve tocando la guitarra en bares, pasando la gorra, y gané plata”.

A: “quiero hacer un emprendimiento gastronómico, es mi sueño, y si lo logro los llamo a todos ellos, sin dudarlo”.

Y siguió:

Con otro nombre, Franca Matina. En esa última asamblea que relatamos, dos de las operadoras cuentan acerca de su nuevo proyecto, un Bar Cultural, que se llamará Franca Matina y abrirá sus puertas un par de días por semana y con actividades concretas. Quieren hacerlo sin prisa, pero sin pausa, dicen.

Invitan a los muchachos a participar, proponemos que no es necesario que contesten ese día; hay uno que sí acepta sin dudarlo; los demás, lo van a pensar.

Me vuelve a sorprender cómo cuando hablamos del proyecto, o de lo realizado, por momentos se centran en sus logros o en sus dificultades

de siempre (C. sus dificultades para llegar temprano, J. su satisfacción por el lugar habitual que ocupa, el de bachero, P. que no le gusta hablar de sus virtudes); y en otros, cómo se descentran para percibirse desde otra perspectiva, seguramente ganada en el estar juntos, en su relación con el compañero y con el conjunto.

En los meses siguientes hemos seguido teniendo contacto con Franca Matina. Durante este tiempo ninguno ha cobrado ningún subsidio, y si bien se está gestionando esa posibilidad, abriendo dos días por semana al público, lo que entra se reparte entre todos. Se sigue percibiendo el mismo clima acogedor como el que se respiraba en Café Basaglia. Pero en sus dichos, todos los integrantes muestran ahora un nivel de participación distinta, más implicada, responsable, relajada; se los ve más instalados en el lugar, haciéndolo cada día más propio.

En esa asamblea aparece la idea – parafraseando y contradiciendo la canción de Calamaro – de que no todo lo que termina, termina mal; alguien acota, siguiendo con la letra, que si no termina, se contamina mal.

Luego me surge la imagen de lo que se suele decir al jugar a la ruleta: hay que retirarse a tiempo, cuando aún se está ganando. Eso estamos haciendo, acuerdan varios.

También se me aparece la imagen de que si alguien nos mirara de afuera, se preguntaría: ¿por qué están cerrando, si está todo tan bien? ¿No están equivocados? Están locos! dice uno que dirían.

UNA HISTORIA MÁS

Sucedió en el Primer Encuentro Nacional de Empresas Sociales, realizado en octubre de 2011 en Puerto Madryn, Argentina. En ese momento estábamos armando el Café Basaglia, al mes siguiente abríamos las puertas. Era nuestra primera presentación en público, pero más que nada la oportunidad de participar de un encuentro de alrededor de cien emprendedores de a lo largo de todo país.

Uno de los muchachos que se incluirían en el Café participaba en ese momento de otro emprendimiento en el Hospital Borda, y fue uno de los que tomaron el micrófono y contó su experiencia. Era la

primera vez que hablaba en público y por micrófono, dijo luego entre contento y asombrado. También había contado que era la primera vez que veía el mar, y que viajaba tan lejos – fueron veinte horas de viaje en micro. Esa noche se sintió mal, tuvo una crisis, y fue acompañado todo el tiempo por los operadores que viajaban con él; a la mañana siguiente ya estaba bien.

Recordé varias veces ese episodio en los años siguientes, cuando íbamos a presentar nuestro Café en distintos lugares; el mismo muchacho pudo tomar el micrófono y hablar en el Congreso Argentino de Salud Mental, muy suelto y seguro de sí mismo; y hablar no sólo de él sino también de los compañeros. Y esa noche no tuvo ninguna crisis.

OTROS DATOS DE NUESTRA HISTORIA

PUBLICACIONES Y APARICIONES EN MEDIOS:

CAFÉ BASAGLIA. En: *Prácticas Inclusivas en Salud Mental y Adicciones con enfoque de Derechos Humanos*. Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos. Publicado por el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI). Buenos Aires, 2014. Disponible en: <<http://inadi.gob.ar/promocion-y-desarrollo/publicaciones/practicas-inclusivas-en-salud-mental-y-adicciones-con-enfoque-en-derechos-humanos/>>.

CAFÉ BASAGLIA. Nuevas formas emprendedoras en Salud Mental. Federico Bejarano y Claudia López Mosteiro. *Revista Campo Grupal*. n. 145, Buenos Aires, Junio, 2012.

REVISTA EL ABASTO, Buenos Aires, Abr. 2012.

DIARIO CRÓNICA. Ciudad de Bs. As. 21 jul. 2012.

REVISTA CULTRA. *Reportaje*. Año 1, n. 9. Ago. 2012.

TV CANAL DE LAS MADRES-CN23. *Entrevista La Clementina*. Argentina.

Diversos programas radiales.

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DE TRIESTE, Italia. Disponible en: <<http://www.deistituzionalizzazione-trieste.it/informazioni/index.php#top775>>.

PREMIO:

PREMIO OTORGADO AL CAFÉ BASAGLIA EN EL CONCURSO ORGANIZADO EN 2013 POR EL INSTITUTO NACIONAL CONTRA LA DISCRIMINACIÓN, LA XENOFOBIA Y EL RACISMO (INADI) Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, publicación en el Libro: *Prácticas Inclusivas en Salud Mental y Adicciones con Enfoque de Derechos Humanos*. En el marco de la Ley Nacional de Salud Mental y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos.

PRESENTACIONES EN HOSPITALES

HOSPITAL ALVAREZ, Buenos Aires. *Ateneo en el Hospital de Día*, turno mañana del. Abr. 2012.

Ateneo de la Residencia de Salud Mental. Jun. 2012.

HOSPITAL PAROISSIEN, *La Matanza*, Provincia de Buenos Aires. Residencia de Salud Mental, ago. 2012.

PRESENTACIONES EN UNIVERSIDADES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, Universidad de Buenos Aires. Cátedra de Psicología Preventiva. En el contexto del proyecto de investigación “Epidemiología territorial y participativa y derecho a la salud. Exigibilidad y justiciabilidad en la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”. Participación de instituciones barriales. Jun. 2012.

CHARLA-DEBATE: *Crisis y Alternativas en Salud Mental*. Abr. 2012.

PRESENTACIONES EN JORNADAS:

CONGRESO “PORTAS ABERTAS: DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO AO TERRITÓRIO”. *Políticas e Ações de boas práticas em Saúde Mental*, La Universidade Estadual Paulista (UNESP) (Org.). Campus de Marília. Marília, SP, Brasil, sep. 2014. Campinas, Brasil.

VIII CONGRESO ARGENTINO DE SALUD MENTAL, AASM (Asociación Argentina de Salud Mental) (Org.), 2013.

2. ENCUENTRO NACIONAL DE EMPRESAS SOCIALES DE SALUD MENTAL. Gaiman, Chubut, Argentina. Sep. 2012.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS. *Jornadas de Salud Mental Comunitaria*.

Panel central: “El abordaje de los trastornos mentales severos y la atención primaria de la salud”. Ago. 2012.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE QUILMES. *Jornada de Economía social*. Mayo, 2012.

VII CONGRESO ARGENTINO DE SALUD MENTAL. AASM (Org.). *Mesa redonda* El estigma en las prácticas en salud: de la reproducción a la transformación. Mayo, 2012.

II JORNADAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD MENTAL. UNIVERSIDAD DEL SALVADOR, Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Mayo, 2012.

1. ENCUENTRO NACIONAL DE EMPRESAS SOCIALES DE SALUD MENTAL. Puerto Madryn. Chubut, Argentina. Sep. 2011.

Uso de substâncias psicoativas entre universitários

Meire Luci da Silva

INTRODUÇÃO

O uso e abuso de substâncias psicoativas vêm crescendo de forma significativa, sendo considerado um fenômeno complexo e dinâmico que atinge a população de todos os países, incluindo o Brasil.

Atualmente, o uso abusivo e descontrolado de substâncias psicoativas caracteriza-se como uma doença crônica e social, constituindo-se como grave problema não só de ordem médica, mas também de saúde pública, justiça, social e política. Este uso descontrolado e abusivo acarreta ao indivíduo, usuário de substâncias psicoativas, prejuízos físicos, psíquicos, emocionais, comportamentais, sociais, jurídicos e financeiros, afetando não somente o usuário, mas também sua família e a sociedade, como um todo.

A dependência química é considerada um fenômeno de transição epidemiológica, no qual a maioria das mortes costumava ser por doenças infectocontagiosas e passou a ser por doenças ligadas ao estilo de vida. Segundo relatório de uso de drogas publicado de *World Drug Report* (2013) os acidentes de trânsito representam a segunda causa mais comum de morte de

peessoas entre 5 a 29 anos de idade. No Brasil, um estudo com 3.398 motoristas teve resultado positivo para o uso de alguma substância ilícita 4,6% do total da amostra, sendo a principal substância ilícita, a cocaína, seguida da maconha, anfetamina e benzodiazepínicos. (WDR, 2013).

ADOLESCÊNCIA E USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

O início do uso de substâncias psicoativas geralmente se dá em fases de vulnerabilidade, sendo crescente o número de jovens que fazem o uso descontrolado destas substâncias.

O VI Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras, desenvolvido de Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) em 2010, em pesquisa com estudantes entre 10 a 19 anos de idade, apontou que 25,5% dos estudantes já fez uso de substâncias psicoativas ilícitas na vida. Dentre estes, 10,6% dos estudantes referiram uso no ultimo ano e 5,5% no último mês. Quanto ao uso de substâncias psicoativas lícitas, como álcool e tabaco, 42,4% referiram uso de bebida alcóolica no ano e 9,6% referiram uso de tabaco. Dentre as substâncias ilícitas mais consumidas, no ano, estão por ordem de consumo, os inalantes, seguidos de maconha, ansiolíticos, cocaína e anfetaminas.

O uso de substâncias psicoativas pelos estudantes tem aumentado significativamente e diminuindo a expectativa de vida destes. Portanto investigar sobre fatores de risco ao uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas e ações preventivas no combate e redução do uso de substâncias psicoativas por jovens universitários é de grande relevância, uma vez que estes exercerão papel fundamental na sociedade. Para tanto, deve-se estar atento ao início precoce do uso, o qual está diretamente associado a prejuízos negativos para a saúde deste individuo no futuro.

A adolescência é uma fase de alteração biológica e instabilidade psicossocial em que os jovens estão mais vulneráveis, é um período em que mudanças estão ocorrendo em seu corpo, em sua mente e em relacionamentos pessoais. Atrelado a estas mudanças vem a vontade de

tornar-se independente da família, juntamente com situações de pressão, medo, insegurança e também a responsabilidade da escolha de um futuro profissional. Neste período, estes jovens ficam propensos à experimentação e exploração de uma série de comportamentos de risco, como a ingestão de álcool, tabaco e outras substâncias. É durante esta fase que ocorre o aumento da disponibilidade e acessibilidade de substâncias psicoativas, principalmente quando os jovens estão passando pelo ensino médio ou superior, em que muitas vezes são incentivados à experimentação de álcool e outras substâncias.

Acredita-se que as atividades e políticas de prevenção junto a esta população são primordiais, podendo ser mais eficazes, uma vez que estes adolescentes podem ainda se encontrar no início do uso, com poucos prejuízos instalados e não caracterizados com a síndrome de dependência.

USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR JOVENS UNIVERSITÁRIOS

Nos dias de hoje é comum o uso de substâncias psicoativas por estudantes universitários, pois ao ingressarem na universidade descobrem um mundo novo, no qual muitas vezes encontram dificuldades, pelo peso da responsabilidade de escolher e aprender uma carreira profissional, pela mudança de cidade e a distância da família, por questões financeiras, em que alguns casos a pessoa tem que arcar com os gastos dos seus estudos e trabalhar, ou pelo fato de estar ingressando em um grupo no qual a droga é um meio para socialização. Esta fase é então marcada por uma instabilidade emocional, permeada por sentimentos de insegurança, estresse e saudade da família, destacando-se a necessidade de inserção social e aceitação pelos novos colegas.

O ingresso em uma universidade inaugura um período de maior autonomia, e, conseqüentemente um período de novas experiências. O meio acadêmico caracteriza-se como um ambiente que propicia a sensação de liberdade e independência, exacerbando comportamentos de curiosidade, alegria e euforia. Esta sensação e sentimentos associados à participação em festas, com disponibilidade de substâncias psicoativas e influência de outros colegas que fazem uso, possibilita o acesso a estas substâncias e a possível experimentação, bem como a adoção de comportamentos de risco.

Silva et al. (2014) através de um levantamento epidemiológico do uso de drogas entre estudantes universitários devidamente matriculados no primeiro e no quarto ano de seis cursos da área de humanas e três cursos da área da saúde apontou que 68% (183) dos alunos que participaram da pesquisa, já fizeram uso de alguma substância psicoativa na vida, destes, 70% cursavam os primeiros anos e 87% cursavam o quartos anos. Ainda nesta pesquisa, os autores referem que 79% ainda fazem uso de algum tipo de substância. Referente ao início do uso, 82% dos participantes usaram pela primeira vez antes de entrarem na faculdade e 18% fizeram uso após o ingresso na universidade, sendo a média do início do uso de 13,9 anos de idade. As substâncias psicoativas mais citadas foram por ordem de frequência: álcool, tabaco e maconha.

Atualmente, poucos são os usuários de drogas que usam apenas uma única substância, acarretando múltiplos prejuízos. Dentre as substâncias psicoativas ilícitas, a maconha foi a substância mais frequentemente consumida, seguida pelos inalantes, anfetamínicos, ansiolíticos, inalantes e alucinógenos. (SILVA et al. 2014).

O álcool foi citado como a substância psicoativa lícita mais usada, possivelmente, justificado por esta substância fazer parte da cultura do país e estando associado aos eventos de confraternizações. Seu uso também pode ser estimulado pela falta de fiscalização e inobservância das restrições legais para sua venda, bem como o baixo custo e propaganda sem controle. Outro fator que corrobora para o uso abusivo é a convivência de universitários(as) menores de 18 anos com outros mais velhos, que adquirem e compartilham a substância entre si.

Durante esta fase há dificuldades por parte do jovem universitário para reconhecer o uso como sendo abusivo, uma vez que os prejuízos não são concretos e, quase sempre sutis, sendo um deles o declínio do desempenho acadêmico.

FATORES DE RISCOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR JOVENS UNIVERSITÁRIOS

O consumo abusivo de substâncias psicoativas está associado a vários fatores que podem representar riscos a própria pessoa e a sociedade,

por isso é importante atentar-se para a detecção de fatores de risco para o início e manutenção do uso dessas substâncias. Dentre os fatores de riscos identificados no ambiente universitário por Silva et al. (2013) estão a maior acessibilidade e oferta de substâncias psicoativas, conflitos familiares, problemas financeiros e emocionais, dificuldade de se relacionar, influência e companhia de amigos que incentivam o início e a continuidade do uso.

Silva et al. (2013) em referência aos locais que os universitários citaram como propiciador ao uso, refere que as festas universitárias foi o item mais citado e ainda apontam que este ambiente é estimulante e favorece o uso de substâncias. Já em relação aos sentimentos que motivam o uso, a maioria dos universitários citou a alegria, curiosidade, euforia, estresse e cansaço.

De forma geral, os efeitos desejados por um jovem ao fazer uso de uma substância estão associados à diversão ou prazer, quebra da rotina e sensação de liberdade. A inabilidade ou dificuldade dos jovens em lidar com situações de conflitos e frustrações podem ser acarretadas por excessivas cobranças e responsabilidades do próprio ambiente acadêmico, propiciando, muitas vezes, a busca por alternativas de enfrentamento. Em momentos de dificuldades, o uso de uma substância psicoativa pode ser utilizada como válvula de escape, dando-lhes a falsa sensação de alívio das tensões e conflitos, gerando assim, um círculo vicioso e, toda vez que este jovem estiver frente a situações de conflito, o mesmo poderá recorrer novamente à substância e, assim colaborando para seu uso abusivo.

FATORES PROTETIVOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR JOVENS UNIVERSITÁRIOS

Ao se falar e pensar no uso de substâncias psicoativas faz-se necessário uma reflexão não somente dos fatores de risco, mas também dos fatores protetivos ao uso desta(s) substância(s). Entende-se por fatores protetivos, aqueles que proporcionam ao indivíduo o sentimento de segurança e proteção frente a situações consideradas, por este, como risco.

Como fatores protetivos a esta faixa etária destaca-se a estabilidade do ambiente familiar e social, espaços de apoio e promotor da autoes-

tima, presença de habilidades sociais, aperfeiçoamento da espiritualidade, vínculo com instituições sociais (grupos de jovens, religião) e amigos com hábitos saudáveis.

A boa estrutura familiar pode estimular comportamentos saudáveis e ser fonte de apoio quando pautadas na boa comunicação, afeto e estímulos frente a situações de conflitos e dúvidas. A participação e apoio da família podem contribuir significativamente para o desenvolvimento e realização de metas, proporcionando ao indivíduo, o desenvolvimento e fortalecimento de estratégias de enfrentamento em situações adversas (SILVA et al. 2014).

A espiritualidade auxilia na promoção da fé, fornecendo a este jovem, o apoio para lidar com adversidades e diminuição da ansiedade, além de oferecer estímulos aos hábitos saudáveis, melhora da autoestima, possibilitando mudanças nos aspectos éticos, culturais e comportamentais em relação à saúde, e consequentemente promoção da qualidade de vida.

Amigos com hábitos saudáveis podem ser considerados como fator protetivo, pois através das trocas de experiências e reflexões oferecerem alívio dos sentimentos de solidão, tensão, evitando o isolamento social deste.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da problemática referente ao uso crescente de substâncias psicoativas por jovens universitários, são necessários discussões e reflexões acerca de estratégias de enfrentamento ao uso abusivo. Para tanto, deve-se pensar em ações voltadas a diminuição dos fatores de risco e o aumento e fortalecimento dos fatores de proteção.

Tais ações devem ser focadas na criação e implantação de novos programas e políticas sociais nas universidades que contemplem estratégias de prevenção e tratamento como: detecção precoce do potencial para uso abusivo, serviços de aconselhamento e auxílio frente às emoções, desenvolvimento de grupos de orientação e apoio, criação de espaços que proporcionem o desenvolvimento e aprimoramento de habilidades sociais e oportunidade de tratamento a quem faz uso abusivo.

Para tanto, é necessário ir além e, pensar não somente na prevenção do uso abusivo de substâncias psicoativas, mas na promoção de saúde e qualidade de vida aos universitários.

REFERÊNCIAS

SECRETARIA NACIONAL de Políticas sobre Drogas e Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. *VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras*. São Paulo: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

SILVA, M. L. et al. Risk factors that may signify a propensity to the use of drugs in students at a public university. *Journal Human Growth Development*, v. 23, n. 3, p. 346-351, 2013.

SILVA, M. L. et al. Use of psychoactives substances in students at a public university. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, v. 39, n. 3, 2014.

UNODC, *World Drug Report*. Sales: United Nations publication, n. 13, v. XI, 2013.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

ORTEGA-PÉREZ, C. A; COSTA JUNIOR, M. L; VASTERS, G. P. Perfil epidemiológico de la drogadicción en estudiantes universitarios. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 19, p. 665-672, 2011.

SCADUTO, A. A; BARBIERI, V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. *Ciência em Saúde Coletiva*, v. 14, n. 2, p. 605-614, 2009.

SILVA, M. L; GUIMARÃES, C. F; SALLES, D. B. Risk and protective factors to prevent relapses of psychoactive substances users. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 15, n. 6, p. 1007-1015, 2014.

A Participação de Usuários de Saúde Mental na Produção do Conhecimento no Campo da Atenção Psicossocial no Brasil: uma Revisão Exploratória da Literatura

Regina Céli Fonseca Ribeiro
Maria Aline Gomes Barboza
Izabel Christina Friche Passos

INTRODUÇÃO

Este trabalho é parte integrante de dois projetos de pesquisa vinculados ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais e desenvolvidos no Laboratório de Grupos, Instituições e Redes Sociais (L@gir). Um deles de investigação das redes pessoais de usuários da Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental e o outro de pesquisa da construção da autonomia e o real empoderamento de usuários que participam de experiências autonomistas.

O paradigma psicossocial requer uma ruptura radical com a lógica manicomial e propõe transformações nas práticas político-assistenciais no campo da saúde mental brasileira (COSTA-ROSA, 2000, 2013; COSTA-ROSA *et al.*, 2001; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003). Essas transformações vêm acontecendo desde meados dos anos de 1980, a partir da construção de uma política de saúde mental que introduziu uma nova concepção de processo saúde-doença e também das práticas profissionais que passaram a ser reconhecidas em sua dimensão ético-política. Tais práticas afetam ações e valores culturais e éticos (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

A efetivação da proposta de uma atenção psicossocial como “estratégia”, que se realiza em redes territoriais e toma por modelo a Estratégia de Saúde da Família (YASUI; COSTA-ROSA, 2008), tem enfrentado

resistências e tensões de um campo em que o modelo tradicional – hospitalocêntrico e medicalizante – coexiste com as novas ações e rupturas epistemológicas propostas pelos movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária.

Passados quase quinze anos da promulgação da Lei nº 10.216/2001, observamos a expansão de uma rede descentralizada, diversificada e complexa, composta por serviços territoriais cujo trabalho, de acordo com Emerson Merhy,

se dirige para desinterditar a produção do desejo e, ao mesmo tempo, gerar redes inclusivas, na produção de novos sentidos para o viver no âmbito social, é de alta complexidade, múltiplo, interdisciplinar, intersetorial e interprofissional; que, em última instância, só vinga se estiver colado a uma “revolução cultural” do imaginário social, dos vários sujeitos e atores sociais, ou seja, se constituir-se, também, como gerador de novas possibilidades anti-hegemônicas de compreender a multiplicidade e o sofrimento humano, dentro de um campo social de inclusividade e cidadanização (MERHY, 2004, p. 3-4).

Essas mudanças geraram muitos desafios, especialmente para os trabalhadores e gestores da saúde, de quem se espera, nesse novo paradigma, a superação das práticas estritamente especialistas e a abertura para o trabalho interdisciplinar, intersetorial e comunitário.

A emergência de novas práticas e políticas exige, por outro lado, a produção de conhecimento consoante com o que se pretende construir. Observa-se que a pesquisa em saúde mental no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira tem aumentado e impactado a configuração do campo acadêmico. As novas perguntas de pesquisa que se anunciam rejeitam toda forma de exclusão das pessoas em sofrimento psíquico, mas ainda precisam avançar em temas importantes como a coparticipação de usuários na feitura das pesquisas, de modo a fortalecer o combate ao estigma e ampliar a participação político-social das pessoas em sofrimento, dentre outros (ONOCKO-CAMPOS, 2011).

O contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, iniciada com o movimento de trabalhadores da área, buscou envolver usuários e familiares na definição das políticas para o setor, principalmente a partir da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreu em 1992. Consta no

relatório final que 20% dos delegados eram representantes dos usuários dos serviços e seus familiares. Calcula-se ainda que houve a participação de 20 mil pessoas em todo o processo de construção da conferência, por intermédio das 24 conferências estaduais e de 150 municipais e regionais (BRASIL, 1994).

O fortalecimento da defesa da participação, do protagonismo e da autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental também se observa na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, a primeira com pretensão de ser intersetorial, que ocorreu em Brasília, no ano de 2010. Segundo relatório final, foram realizadas 359 conferências municipais e 205 regionais, com a participação de 1.200 municípios. Nas três etapas, estimou-se a participação de 46.000 pessoas (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2010).

O tema da participação do usuário aproxima-se das formulações presentes na coalização de movimentos, coletivos e pesquisadores, reunidos sob denominações diversas, mantendo especificidades relevantes, e que defendem uma mudança de paradigma na atenção psiquiátrica, de modo a afirmar a autonomia do usuário como um norte ético, o território e o cotidiano como lugares e tempos privilegiados para o cuidado, e a construção de formas autônomas de superação das limitações impostas pelo sofrimento mental (PRESOTTO *et al.*, 2013, p. 2838).

Além da participação em dispositivos de controle social, usuários e familiares passaram a participar também de pesquisas científicas no campo da saúde mental, em especial em estudos de avaliação de serviços, na qualidade de sujeitos de pesquisa. Uma das deliberações sobre Formação, Educação Permanente e Pesquisa em Saúde Mental, da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, destaca-se por incluir a população na proposta de constituição de “comunidades ampliadas de pesquisa no âmbito da rede de saúde mental”, junto a trabalhadores e gestores (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2010, p. 55). Apesar dessa menção, não se observa, ao longo de todo o documento, proposições que incentivem a atuação protagonista dos usuários também no campo da pesquisa.

Observa-se que com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a participação do usuário torna-se obrigatória e necessária nos conselhos, conferências e comissões que fiscalizam e deliberam políticas

para a área (BRASIL, 1990a; 1990b), mas sua presença ainda é incipiente enquanto coparticipante na produção do conhecimento (PRESOTTO *et al.*, 2013; VASCONCELOS, 2013).

Este estudo propõe apresentar uma revisão crítica exploratória da literatura recente sobre pesquisas que envolvem a participação de usuários de serviços de saúde mental vinculados à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A pergunta que se coloca aqui é: como tem se dado a participação do usuário na produção do conhecimento sistemático no campo da saúde mental? Nosso objetivo é identificar pesquisas em saúde mental que se reportam ao paradigma da Atenção Psicossocial e que envolvam a participação de usuários. Como desdobramento, pretendemos produzir, posteriormente, um estudo aprofundado sobre as formas de interação dos usuários nas pesquisas que se mostrarem mais participativas.

METODOLOGIA ADOTADA

Para este trabalho, utilizamos, como fonte principal, consultas às bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Além dessas duas bases, fizemos uma busca adicional no periódico **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, por ser, desde 2009, ano de sua criação, o veículo mais representativo em termos de circulação de artigos relacionados ao campo da Reforma Psiquiátrica, com a qual está explicitamente identificado.

Inicialmente, a busca foi feita a partir dos descritores controlados: “saúde mental” e “pesquisa participativa baseada na comunidade”, ambos referenciados pelo DeCS – Descritores em Ciências da Saúde. Diante do baixo número de trabalhos encontrados (oito trabalhos diretamente relacionados ao tema, e apenas dois mencionando a participação de usuários), optamos por realizar a busca com a seguinte associação de palavras-chave: “saúde mental” e “pesquisa com usuários”. Cabe ressaltar que incluímos na seleção dos artigos também aqueles em que os familiares eram sujeitos, mesmo porque, em pesquisas com crianças e adolescentes, os respondentes eram os familiares e/ou os responsáveis.

Não foi demarcado o período de tempo inicial para a busca, por-

que os descritores utilizados e o critério de inclusão, que priorizou artigos inseridos no campo da Atenção Psicossocial foram bastante para se fazer uma delimitação temporal suficientemente abrangente para o escopo deste trabalho, sendo os textos mais antigos encontrados datados de 1996 (SILVA FILHO, 1996; VIEIRA FILHO, 1996). O processo inicial de busca aconteceu em agosto de 2014. Em maio de 2015, a mesma busca foi novamente realizada, para incluir os trabalhos do ano de 2014. Portanto, o período abrangido vai de 1996 a 2014. O universo selecionado incluiu artigos científicos, resumos expandidos e monografias, dissertações e teses não publicadas na forma de artigo, mas constantes dos bancos de dados.

Para analisarmos o grau de participação do usuário nas pesquisas selecionadas, foi construída uma categorização inspirada nos três enfoques historicamente definidos para a prática de entrevista de pesquisa (MACHADO, 2002) e na fundamentação teórico-metodológica de autores que tratam de pesquisa-ação e pesquisa-intervenção, reconhecidamente participativas em seus fundamentos (THIOLLENT, 1987, 2000; BRANDÃO, 1987; MACHADO, 2002, 2004).

Machado (2002) delimita três tipos de enfoques possíveis em uma situação de entrevista, tomando como referência central o grau de interação pesquisador/pesquisado. No primeiro enfoque, a entrevista tem por finalidade a busca por respostas objetivas e que podem ser quantificáveis. As perguntas e a forma de registro das respostas pelos pesquisadores devem ser padronizadas, e acredita-se que o rigoroso treinamento destes garante o controle do processo da entrevista e da padronização dos dados coletados, geralmente por meio de questionários e escalas. Nesse enfoque, o entrevistado é um informante secundário, ou seja, selecionado por algum critério aleatório ou estatístico. O grau de interação com o pesquisador é mínimo, mesmo que o método de coleta de dados seja a entrevista semiestruturada (MACHADO, 2002). O segundo enfoque de entrevista apresentado por Machado (*Ibidem*) enfatiza a apreensão do significado dado pelo entrevistado sobre temas relacionados ao problema pesquisado, este definido pelo pesquisador. Aqui a padronização da pergunta não é o mais importante, “mas a padronização do seu significado para o entrevistado, que é tomado como um sujeito a-histórico, que controla o que diz e a quem se permite uma expressão livre” (*Ibidem*, p.

34-35). O terceiro e último enfoque de entrevista apresentado por Machado (*Ibidem*) valoriza a interação pesquisador/pesquisado e permite obter o discurso de sujeitos sócio-históricos. O entrevistado é considerado sujeito único e central no processo. Os dados são coletados de forma não diretiva, e a qualidade da entrevista está diretamente relacionada à qualidade da interação estabelecida. Essa maneira de pensar a situação de entrevista está presente na concepção da pesquisa-intervenção psicossocial (MACHADO, 2004).

Para efeito deste trabalho, foram incluídos no primeiro enfoque: os estudos epidemiológicos; os estudos que, apesar de apresentarem simultaneamente métodos quantitativos e qualitativos, deram ênfase aos dados produzidos por meio da metodologia quantitativa; e os estudos nos quais o usuário foi inserido apenas como sujeito respondente de pesquisa que forneceu informações para subsidiar a análise de questões relacionadas ao serviço e às políticas de saúde, por exemplo.

Os estudos enquadrados no segundo enfoque foram aqueles que utilizaram métodos de coleta mais interativos que os anteriores, como a observação sistemática, a observação participante, os grupos focais e as entrevistas semiestruturadas, mas que mantiveram a participação do usuário somente na fase de coleta dos dados. Pesquisas caracterizadas como pesquisa-participante, conforme definições de Brandão (1987) e Thiollent (1987, 2000), foram incluídas nesse enfoque.

Thiollent (2000, p. 7) considera que as metodologias pesquisa-participante e pesquisa-ação não são sinônimas, uma vez que a última “supõe uma forma de ação planejada de caráter social, educacional, técnico ou outro, que nem sempre se encontra em propostas de pesquisa-participante”. Além disso, apesar do autor não restringir a concepção e o uso da pesquisa-ação a “uma orientação de ação emancipatória e a grupos sociais que pertencem às classes populares ou dominadas”, a pesquisa-ação pode ser considerada como “forma de engajamento sociopolítico a serviço da causa das classes populares” (*Ibidem*, p. 14), sendo

concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo e participativo (*Ibidem*).

Embora Thiollent (2000) faça essa distinção, reconhece que as duas propostas – pesquisa-ação e pesquisa-participante – buscam ser alternativas ao padrão convencional de pesquisa. Essa distinção entre pesquisa-participante e pesquisa-ação define os limites entre o enfoque 2 e o enfoque 3 propostos neste trabalho.

Para Thiollent (2000), a pesquisa-participante é baseada em uma metodologia de observação participante na qual os pesquisadores estabelecem relações comunicativas com pessoas ou grupos da situação investigada com o intuito de serem melhor aceitos. Nesse caso, a participação é sobretudo participação dos pesquisadores e consiste em aparente identificação com os valores e os comportamentos que são necessários para sua aceitação pelo grupo considerado (THIOLLENT, 2000, p. 15).

No enfoque 2, registramos estudos que apresentaram objetivos próximos ao que propõe a pesquisa-intervenção ou a pesquisa-ação, porém não foi possível identificar a coparticipação do usuário na construção do problema e objetivos da pesquisa, assim como nas reflexões e registros finais do processo de produção de conhecimento. Por essa razão, qualificamos esses trabalhos como participativos, mas não coparticipativos, por não terem indicado no texto a interação e o compartilhamento de ações e de decisões, presentes nas propostas metodológicas da pesquisa-intervenção e da pesquisa-ação. A intenção de uma participação mais ampla e compartilhada entre todos os atores e em todas as fases do processo de pesquisa está presente parcialmente no terceiro enfoque.

A opção metodológica da pesquisa-intervenção psicossocial considera a ampliação do escopo da clínica e é fundamentada pelas contribuições teóricas da psicologia social e de correntes institucionalistas, como a Análise Institucional, a Psicossociologia, a Socioanálise, a Esquizoanálise etc. (BAREMBLITT, 2002). Segundo Baremlitt (*Ibidem*), o objetivo máximo dos movimentos institucionalistas é a autogestão, o que coloca o engajamento ético-político dos participantes como elemento central.

De acordo com Machado (2004), só é possível a realização da pesquisa-intervenção psicossocial a partir do estabelecimento de relações de colaboração entre pesquisadores e pesquisados caracterizadas pela

atuação conjunta nas análises, interpretações e reflexões ao longo de todo o processo de pesquisa. Os sujeitos pesquisados “não apenas demandam a intervenção, mas também analisam, elaboram suas representações do conjunto social, da pesquisa-intervenção, da interação estabelecida” (*Ibidem*, p. 15). Dessa forma, todos são agentes da pesquisa e da intervenção, na medida em que buscam solucionar os problemas do contexto social estudado e aqueles presentes no processo de mudança desse contexto. A pesquisa-intervenção aprofunda os questionamentos de pressupostos gerais da pesquisa científica, como “verdade”, “objetividade”, “universalização de saberes”, já desenvolvidos pela pesquisa-participante (BRANDÃO, 1987; ROCHA, 2006).

Encontramos aqui aproximações com a proposta da pesquisa-ação (THIOLLENT, 1987, 2000) que, além de problematizar a relação pesquisador/pesquisado e teoria/prática, apresenta, como já exposto, a preocupação em unir investigação e ação. Em resumo, as características da pesquisa-ação que inspiraram a definição do enfoque 3 estabelecem que: a) a prioridade dos problemas a serem investigados é decidida na interação entre todas as pessoas implicadas na situação investigada; b) a interpretação da realidade observada e as ações de transformação são objetos de deliberação conjunta; c) há um acompanhamento das decisões, das ações e de toda a atividade intencional dos (e pelos) atores da situação; d) a pesquisa não se limita à ação, apesar de estar centrada na questão do agir: “pretende-se aumentar o conhecimento dos pesquisadores e o conhecimento ou o ‘nível de consciência’ das pessoas e grupos considerados” (THIOLLENT, 2000, p. 16).

As duas propostas teórico-metodológicas apresentadas anteriormente fundamentaram a definição do terceiro enfoque, nomeado neste artigo como “coparticipativo”. Nele, foram incluídos os trabalhos que apresentaram processos de pesquisa que mais se aproximaram da pesquisa-intervenção e da pesquisa-ação e/ou que apresentaram a participação de usuários também nas etapas iniciais e na construção teórica final da pesquisa. As características da ampla interação em espaços democráticos entre os diferentes atores da pesquisa, a ênfase no engajamento ético-político dos sujeitos, em especial de usuários e familiares, e o compromisso com a mudança são as principais características desse enfoque 3.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na BVS foram encontrados 387 trabalhos, no Portal Capes, 334 e nos **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, 81. Após a leitura dos títulos e dos resumos, com a retirada dos estudos repetidos e daqueles que fugiam do tema proposto, chegou-se a 396 títulos que envolviam estudos no contexto da Atenção Psicossocial.

Uma segunda leitura dos títulos, dos resumos e, quando necessário, da metodologia, foi realizada para identificar os sujeitos envolvidos em cada pesquisa, a fim de selecionar apenas os estudos nos quais identificamos algum tipo de participação dos usuários. Nessa leitura, foram também excluídas as revisões de literatura, o que resultou em 188 trabalhos selecionados.

Em seguida, para complementar e validar a busca anterior, retornou-se às bases de dados e ao periódico mencionado para cruzar as palavras-chave “saúde mental” e “pesquisa participante”; “saúde mental” e “pesquisa-ação”; “saúde mental” e “pesquisa intervenção”; “saúde mental” e “pesquisa participativa”. Esse procedimento acrescentou mais 15 estudos aos achados, totalizando, então, 203 trabalhos. Durante o processo de análise, foram excluídos quatro artigos, porque estavam fora do contexto da Atenção Psicossocial. Chegamos, ao final, a um total de 199 estudos.

A maioria dos estudos encontrados utilizaram metodologias qualitativas que nem sempre foram explicadas de forma clara pelos autores. Os mais participativos detalharam o percurso metodológico escolhido. A presença de estudos quantitativos não foi significativa, representando somente 4% dos estudos (oito artigos).

O Gráfico 1 demonstra a evolução das pesquisas que envolvem a participação de usuários no campo da saúde mental. Constata-se o crescimento da produção desse tipo de pesquisa, com destaque para o período compreendido entre os anos de 2007 e 2009, quando se observa uma evolução crescente da produção. Já no período compreendido entre os anos de 2009 e 2014, observamos oscilações na curva com tendência à queda do número de publicações relacionadas a pesquisas que envolveram os usuários da saúde mental. Por outro lado, neste último período também se concentram a maior parte dos estudos em que o protagonismo dos usuários

ficou mais evidenciado, como será abordado mais adiante. Considerados os limites deste estudo, colocamos em questão se esta tendência aparente de diminuição de publicações de pesquisas com participação de usuários é reflexo das fragilidades e desafios que a Reforma Psiquiátrica Brasileira enfrenta na contemporaneidade, em especial na sustentação de saberes e práticas contra-hegemônicos, os quais a universidade encontra resistências em incorporar e que buscam rupturas com a racionalidade médico-científica e psiquiátrica (YASUI, 2010).

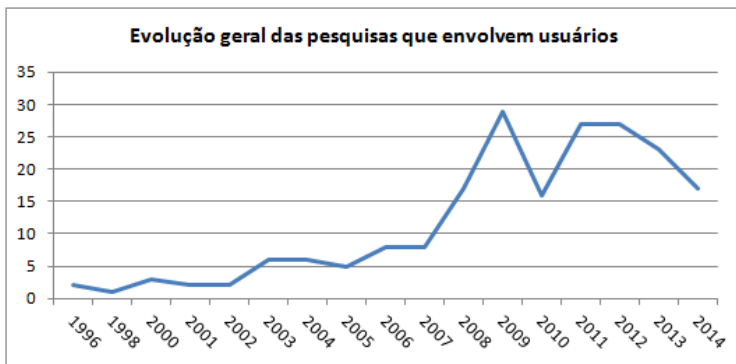


Gráfico 1 - Evolução geral das pesquisas que envolvem usuários

Fonte: Dados da pesquisa

Chama a atenção o baixo número de pesquisas que envolveram usuários de serviços de saúde mental especializados no atendimento de crianças e adolescentes; apenas 3% do total (seis trabalhos), sendo que nestes a participação se deu por meio de entrevistas realizadas com os pais ou responsáveis. Os usuários adultos, vinculados aos serviços substitutivos, são os que se destacam em 97% dos artigos analisados (193). Também se destaca o baixo número de pesquisas que apresentaram a participação de usuários de álcool e outras drogas, totalizando 8% (16 estudos).

Os trabalhos analisados em nossa pesquisa priorizaram a coleta dos dados por meio da situação de entrevista. Ao analisarmos o grau de participação dos usuários nos estudos encontrados, conforme demonstrado no Gráfico 2, detecta-se um crescimento importante nas produções do enfoque 2, com um pico na produção desse grupo em 2011, que permanece em 2012 e cai nos dois anos que se seguem, mas mantendo um patamar bem mais elevado que o dos outros dois enfoques. Por ou-

tro lado, pode-se verificar uma tendência de crescimento do número de pesquisas em que a participação do usuário adquire características pertinentes ao terceiro enfoque, o que não se sustenta ao longo do período estudado, apresentando pequenos picos que parecem estar associados a relatórios finais de pesquisas vinculadas a editais de fomento e a números temáticos de periódicos da área.

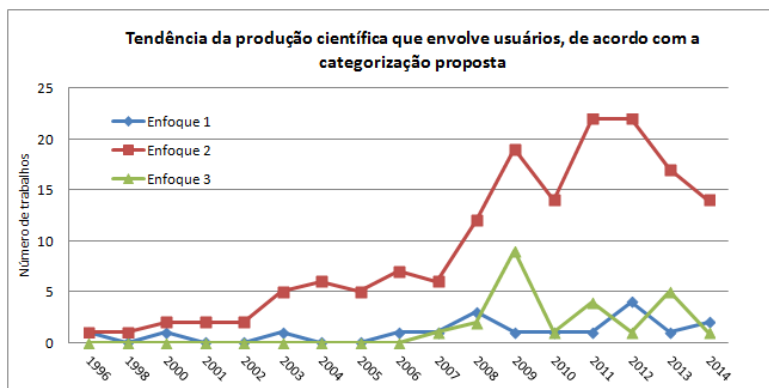


Gráfico 2 - Tendência da produção científica que envolve usuários, de acordo com a categorização proposta

Fonte: Dados da pesquisa

As produções incluídas no enfoque 1 apresentaram uma pequena tendência de crescimento, como pode ser observado no Gráfico 2. Os principais tipos de estudo classificados nesse enfoque foram os estudos transversais (MELO *et al.*, 2007; OLIVEIRA *et al.*, 2008; KANTORSKI *et al.*, 2012; PEREIRA *et al.*, 2013; FARIAS *et al.*, 2014; WURDIG SAYAGO *et al.*, 2014) e as pesquisas de avaliação de serviços (SILVA FILHO *et al.*, 1996; HECKERT, TEIXEIRA e TRINDADE, 2006; MELO *et al.*, 2007; BANDEIRA *et al.*, 2009; TOMAZI *et al.*, 2010).

De um total de quatro trabalhos classificados como enfoque 1, no pico de produção desse enfoque no ano de 2012, destacam-se dois artigos decorrentes do Projeto de Pesquisa de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL), vinculada a edital conjunto do Ministério da Saúde, Ministério da Ciência e Tecnologia e CNPq e realizados pelo Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM), numa parceria entre professores e profissionais vinculados às Universidades Federais

do Rio Grande do Sul e de Pelotas e à UNIOESTE, da cidade de Cascavel/RS. Este grupo de pesquisa, como veremos mais à frente, é também o responsável por 52,2% das publicações classificadas como sendo do enfoque 3 (12 artigos), atuando, portanto, em dupla inserção em pesquisas quantitativas e coparticipativas.

Podemos identificar ainda, no Gráfico 2, que o ano de 2009 registrou um primeiro pico de produção referente ao enfoque 2, associado à publicação do volume 1 dos **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, que registrou os Anais do I Congresso Brasileiro de Saúde Mental, ocorrido em 2008. Das 19 publicações desse enfoque, registradas nesse ano, seis estão nesse volume do periódico (BRANDALISE; ROSA, 2009; ONOCKO-CAMPOS, 2009; FURTADO *et al.*, 2009; KANTORSKI *et al.*, 2009; NETO *et al.*, 2009; VASCONCELOS, 2009).

O enfoque 3 também apresentou um pico em 2009, com 9 trabalhos publicados, sendo que 5 deles pertencem ao grupo de pesquisa que trabalha com a metodologia de Avaliação de Quarta Geração (WETZEL *et al.*, 2009; KANTORSKI *et al.* 2009a; SCHNEIDER *et al.*, 2009; OLSCHOWSKY *et al.*, 2009; KANTORSKI *et al.*, 2009c). Estes estudos estão relacionados à pesquisa CAPSUL, que foi apoiada pelo MCT-CNPq e Ministério da Saúde por meio do edital MCT-CNPq 07/2005, o que demonstra o impacto na produção de pesquisas induzidas.

Outro pico de produção no enfoque 2 pode ser observado em 2011 e teve a contribuição do número temático sobre pesquisas em saúde mental da **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, responsável por 4 dos 22 artigos do ano (MURAMOTO; MANGIA, 2011; WAGNER *et al.*, 2011; PANDE; AMARANTE, 2011; CAVALCANTE; SILVA, 2011).

O pico da produção do enfoque 3 no ano de 2013 também está associado a outro número temático da **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, responsável pela publicação de quatro dos cinco artigos deste enfoque no ano (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2013; PALOMBINI *et al.*, 2013; SADE *et al.* 2013; PASSOS *et al.*, 2013). Todas estas publicações foram produzidas pelo grupo que traduziu, adaptou, testou e validou o dispositivo Guia de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) para a realidade brasileira.

Durante a análise, 22 trabalhos que, inicialmente, estavam categorizados no enfoque 3, foram reclassificados para o enfoque 2. Alguns deles foram considerados pelos respectivos autores como pesquisa intervenção, pesquisa-ação e/ou pesquisa-participante (CAMPOS; KANTORSKI, 2008; WACHS *et al.*, 2010; VIEIRA FILHO; ROSA, 2011; COSTA; PAULON, 2012; MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2012; LUCCHESI *et al.*, 2013; FREITAS, 2013), ou caracterizados por eles como relatos de caso (FILIZOLA; RIBEIRO; PAVARINI, 2003; BRANDALISE; ROSA, 2009; PIERETTI; GOMES, 2013). Nos primeiros, observamos que as experiências de pesquisa são nomeadas por seus autores como participativas, pois utilizam de técnicas que possibilitam a interação mais próxima e constante entre pesquisadores, usuários e também com outros atores envolvidos na produção de dados, como técnicos e familiares. No entanto, a dimensão participativa apresentada nesses trabalhos, apesar da proximidade e tentativa de redução da assimetria nas relações de poder entre pesquisador e usuário, ainda não qualifica a prática de pesquisa como coparticipativa. Observa-se que os usuários aparecem em cena na pesquisa apenas na etapa de coleta de dados, o que sugere que sua participação se restringe ao fornecimento de informações objetivas ou relacionadas às suas percepções sobre determinado tema ou problema de pesquisa. Com isso, pode-se concluir que a dimensão participativa enfatizada nesses trabalhos se refere ao lugar do pesquisador na realidade estudada, à capacidade de imersão e de construção de vínculos com os sujeitos e com o cenário de pesquisa. O que está em jogo são a maior (ou menor) pró-atividade do pesquisador, o reconhecimento da subjetividade desse ator e a crítica à neutralidade na prática de pesquisa.

Na análise dos relatos de caso, assim como nas experiências de pesquisa-intervenção, observa-se o esforço dos autores em apresentar uma sistematização teórica desenvolvida a partir das intervenções. O que fica em destaque nesses textos é a dimensão terapêutica das intervenções. A interação na relação entre pesquisador e usuário existe, tende a ser intensa no processo de intervenção, porém não apresenta nenhuma inovação para também ser reconhecida como parte de uma relação de coparticipação em pesquisa. O que ocorre é que a interação entre pesquisador e sujeito de

pesquisa, em sua intensidade e frequência, já aconteceria mesmo sem a intenção de produção de conhecimento científico, ou seja, de qualificar essa experiência como uma prática de pesquisa.

Nos estudos que foram reclassificados do enfoque 3 para o enfoque 2, não observamos a produção compartilhada do conhecimento científico entre pesquisadores e usuários. Apesar de algumas experiências de intervenção estudadas serem coparticipativas (MIRANDA, 2007; CAMPOS; KANTORSKI, 2008; GUADAGNIN, LEWIS E CARVALHO, 2011; SIQUEIRA-SILVA, MORAES; NUNES, 2011; TRAVIA; KOHLS, 2013), o que prevaleceu foi o olhar do pesquisador sobre a experiência estudada.

Nota-se que a produção de saberes em saúde mental extrapola o conhecimento sistematizado vinculado a periódicos e a outros meios formais utilizados para a definição do conjunto dos trabalhos analisados neste estudo. Um dos limites desta pesquisa foi a não inclusão desse tipo de material cujo acesso exigiria um trabalho de garimpagem em registros das equipes ou mesmo em produções próprias, construídas de forma solitária, ou coletivamente, por técnicos, usuários, familiares, gestores, comunidades. No entanto, reconhecemos a importância dessa produção local e de seus efeitos na construção de uma cultura de produção compartilhada de saberes em saúde mental, campo que se destaca pelas ricas e inovadoras práticas instituintes que repercutiram mudanças no âmbito jurídico-político e técnico-assistencial mais amplo. A inclusão de trabalhos não publicados também se mostrou um aspecto limitante em pesquisa semelhante que realizou a cartografia da publicação brasileira em saúde mental (PASSOS, 2003).

Evidencia-se uma concentração de estudos coparticipativos em grupos de pesquisa situados no eixo Sul-Sudeste do Brasil. A maior parte deles diz respeito aos resultados da pesquisa CAPSUL, com ênfase na avaliação de serviços, em especial com a utilização de metodologia denominada “Avaliação de Quarta Geração”. Em seguida aparecem os artigos que apresentam a adaptação e validação do dispositivo Guia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) para a realidade brasileira.

Ao todo encontramos 12 trabalhos sobre a pesquisa CAPSUL classificados no enfoque 3 (WETZEL *et al.*, 2009, 2010, 2011; WILLRICH, *et al.*, 2013; KANTORSKI *et al.*, 2009a, 2009b, 2011; SCH-

NEIDER *et al.*, 2009; OLSCHOWSKY *et al.*, 2009; CAMATTA *et al.*, 2011; WETZEL, KANTORSKI; SOUZA, 2008; HECK *et al.*, 2008). Os trabalhos apresentaram, de forma detalhada, experiências de avaliação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) utilizando a Metodologia de Avaliação de Quarta Geração proposta por Guba e Lincoln (1988, 1989). Segundo os autores dos trabalhos analisados, a metodologia de avaliação utilizada na pesquisa

extrapola a consulta a informantes e a coleta e análise das informações obtidas, propondo que o avaliador “ganhe o direito de entrada” no campo empírico por meio de uma etnografia prévia e, a partir de então, estabeleça compromissos éticos e pactuações que garantam a participação dos sujeitos nos diferentes momentos da avaliação. (KANTORSKY *et al.*, 2009c, p. 353)

No enfoque 3, também se destacam os estudos referenciados na experiência canadense, produzidos pelo grupo que traduziu, adaptou, testou e validou o dispositivo Guia de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) para a realidade brasileira (JORGE *et al.*, 2012; ONOCKO-CAMPOS *et al.* 2013; PALOMBINI *et al.*, 2013; PASSOS *et al.*, 2013; SADE *et al.*, 2013, EMERICH, FERRARI; ONOCKO-CAMPOS, 2014). Pesquisadores brasileiros desenvolveram, a partir do ano de 2009, o projeto multicêntrico chamado “Pesquisa avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos”, que envolveu a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), a Universidade Federal Fluminense (UFF), a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e a Universidade de Montreal, no Canadá, em parceria com o movimento de usuários e serviços públicos de saúde mental (PALOMBINI *et al.*, 2013; SADE *et al.*, 2013).

A GAM é uma abordagem de intervenção desenvolvida a partir da experiência de usuários da saúde mental, em parceria com organizações comunitárias de saúde mental e de grupos de defesa de direitos da Província de Quebec, no Canadá. É um processo que acontece na forma de entrevistas coletivas, onde os usuários, em conjunto com familiares e trabalhadores de saúde mental, podem refletir sobre sua qualidade de vida e bem-estar a partir do papel que a medicação e outros dispositivos de trata-

mento exercem sobre seu cotidiano, lazer, trabalho e sobre suas trajetórias de vida (DEL BARRIO *et al.*, 2013; ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2014).

Além dos estudos relacionados à pesquisa CAPSUL e à Pesquisa GAM, outros seis artigos foram incluídos no Enfoque 3, por envolverem os usuários em várias das fases do processo da pesquisa (SILVEIRA, BRAGA; PETIT, 2007; ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2009; ONOCKO-CAMPOS, 2009; MECCA e CASTRO, 2009; NUNES; TORRENTÉ, 2009; SURJUS; ONOCKO-CAMPOS, 2011).

CONCLUSÃO

A pergunta da qual partiu nosso estudo foi: Como tem se dado a participação do usuário na produção do conhecimento no campo da saúde mental? Não só em termos de produzir a informação para o pesquisador, mas de se apropriar dela e de participar do processo como um todo, inclusive da construção da pesquisa e de seus resultados.

O estudo realizado nos permite concluir que no Brasil ainda é pequeno o investimento em estudos participativos nos quais o usuário esteja implicado em todas as suas fases, desde a concepção até a análise e divulgação dos resultados. O paradigma da Atenção Psicossocial, marcado pela horizontalização nas relações de poder, impõe um desafio que precisa ser enfrentado: como envolver os diferentes atores, usuários, trabalhadores, gestores e pesquisadores na produção do conhecimento.

Nosso estudo, entretanto, apresenta limites próprios que podem ser superados em outros possíveis levantamentos. Observamos que os descritores e palavras-chave utilizados em nossa busca por si sós limitam o alcance do rastreamento de artigos, sendo possível que outros estudos importantes tenham ficado de fora do universo selecionado.

O alcance das análises feitas para dar conta da pergunta também é limitado, uma vez que nos detivemos aos textos publicados e não a outras fontes como relatórios de pesquisas ou depoimentos pessoais dos envolvidos, que poderiam se constituir em outro tipo de abordagem que permitisse uma discussão qualitativa mais aprofundada sobre as pesquisas selecionadas. Uma ideia das autoras é realizar um trabalho subsequente visando a uma

próxima publicação. A partir de um estudo mais detalhado, e até mesmo de um contato direto com os autores de algumas pesquisas sobre as quais ainda pairaram dúvidas no momento de sua classificação em um dos três enfoques, bem como daquelas que apresentaram fortes indícios de um grau maior de participação dos usuários em todo o processo, o que nos levou a enquadrá-las no terceiro enfoque, pensamos em aprofundar as análises ora apresentadas.

Outra limitação é que as análises se restringiram aos trabalhos publicados na forma de artigos científicos, resumos expandidos, monografias, dissertações e teses (nestes três últimos casos, quando não havia publicação relacionada na forma de artigo). Sabemos quão importante é para o campo da saúde mental, especialmente em sua interface com as ciências humanas e sociais, com a filosofia, a literatura e as artes em geral, a divulgação em formato de livro, tipo de publicação não contemplada neste estudo. Embora haja uma tendência hegemônica de sobrevalorização de artigos científicos no meio acadêmico, o livro e mesmo publicações consideradas menores e não indexadas são importantíssimas para o campo que pretende democratizar, horizontalizar e transversalizar a produção de conhecimento. A produção sistemática de conhecimentos é certamente uma das atividades fundamentais para a potencialização da reflexividade em nossa sociedade. Esperamos, com este trabalho, ter dado uma contribuição no sentido de problematizar essa produção e de provocar novas reflexões sobre o tema.

REFERÊNCIAS

- ARRAES, A. K. M *et al.* Empoderamento e controle social: uma análise da participação de usuários na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial em Natal (RN). *Rev. Psicol. Polít.*, São Paulo, v. 12, n. 23, jan. 2012.
- BANDEIRA, M.; Avaliação de serviços de saúde mental: adaptação transcultural de uma medida da percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento. *J. Bras. Psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v.58, n.2, p. 107-114, 2009.
- BAREMBLITT, G. F. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.
- BOURDIEU, P. *Contrafogos*. Táticas para enfrentar a invasão neoliberal. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- BRANDALISE, F.; ROSA, G. L. Velhas estradas: caminho novo. Acompanhamento terapêutico no contexto da Reforma Psiquiátrica. *Cad. Bras. Saúde Mental*, v.1, n.1, jan-abr. 2009.

BRANDÃO, C. R. *Repensando a pesquisa participante*. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

BRASIL. *Lei nº 8. 080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). 1990a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: abr. 2016.

BRASIL. *Lei nº 8. 142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental. *Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 1994.

CAMATTA M. W.; SCHNEIDER J. F. A visão sobre o trabalho de profissionais de saúde mental. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, v.13, n.3, p. 477-484, 2009.

CAMATTA, M. W. et al. Avaliação de um centro de atenção psicossocial: o olhar da família. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.11, p. 4405-4414, nov. 2011.

CAMATTA, M. W.; WETZEL, C.; SCHNEIDER, J. F. Expectativas de usuários sobre ações de saúde mental: um estudo fenomenológico. *Online Braz. J. Nurs.*, v.11, n. 3, dez. 21, 2012.

CAMPOS, N. L., KANTORSKY, L. P. Música: abrindo novas fronteiras na prática assistencial de enfermagem em saúde mental. *R. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 88-94, jan-mar. 2008.

CAVALCANTE, A. C.; SILVA, R. M. Experiências psíquicas de mulheres frequentadoras da rede pública de saúde em Teresina (PI, Brasil). *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.4, abr. 2011.

COSTA, D. F. C.; PAULON, S. M. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v.36, n.95, p. 572-582, dez. 2012.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

COSTA-ROSA, A. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica*. São Paulo: UNESP, 2013.

COSTA-ROSA, A., LUZIO, C. A., e YASUÍ, S. As conferências nacionais de Saúde Mental e as premissas do modo psicossocial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.25, n. 58, p. 12-25, 2001.

- COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.
- DEL BARRIO, L. R. et al. Gaining Autonomy & Medication Management (GAM): New Perspectives on Well-Being, Quality of Life and Psychiatric Medication. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n.10, p. 2879-2887, out. 2013.
- EMERICH, B. F.; ONOCKO-CAMPOS, R. O.; PASSOS, E. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Interface*, Botucatu, v.18, n.51, p. 685-696, dez. 2014.
- FARIAS, C. A. et al. Sobrecarga em cuidadores de usuários de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil no sul do Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.19, n.12, dez. 2014.
- FILIZOLA, C. L. A.; RIBEIRO, M. C.; PAVARINI, S. C. I. A história da família de Rubi e seu filho leão: trabalhando com famílias de usuários com transtorno mental grave através do modelo Calgary de avaliação e de intervenção na família. *Texto Contexto Enferm.*, v.12, n. 2, p. 182-190, 2003.
- FREITAS, A. C. H. *A fotografia como recurso terapêutico em um CAPS: a possibilidade de novos olhares*. 2012. 34 p. Monografia (Residência Integrada em Saúde, Saúde Mental) – Grupo Hospitalar Conceição, Residência Integrada em Saúde, Porto Alegre, 2013.
- FURTADO, J. P. et al. Inserção social e habitação: pesquisa avaliativa de moradias de portadores de transtorno mental grave. *Cad. Bras. Saúde Mental*, v.1, n.1, jan-abr. 2009.
- GUADAGNIN, A. P.; LEWIS, M. S. R.; CARVALHO, S. G. *As muitas intenções de um programa de rádio como um dispositivo em saúde mental*. 2011. 18p. Monografia (Especialização em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde) – Grupo Hospitalar Conceição, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
- GUBA, E.; LINCOLN, Y. *Effective evaluation*. San Francisco: Jossey Bass, 1988.
- GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. *Fourth Generation Evaluation*. London: Sage, 1989.
- HECK, R. M. et al. Gestão e saúde mental: percepções a partir de um centro de atenção psicossocial. *Texto Contexto - Enferm.*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 647-655, dez. 2008.
- HECKERT, U.; TEIXEIRA, L. S.; TRINDADE, A. S. Avaliação da satisfação dos usuários do Centro Regional de Referência em Saúde Mental (CRRESAM) da Região Central de Juiz de Fora, MG. *HU Revista*, v. 32, n. 1, p. 15-19, 2006.
- JORGE, M. S. B. et al. Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. *Physis*, v.22, n. 4, p. 1543-1561, 2012.

- KANTORSKI, L. P. et al. Avaliação da estrutura e processo na visão dos familiares de usuários de saúde mental. *Cienc. Cuid. Saúde*, v.11, n.1, p. 173-180, 2012.
- KANTORSKI, L. P. et al. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.4, abr. 2011.
- KANTORSKI, L. P. et al. Contribuições do Estudo de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil. *Cad. Bras. Saúde Mental*, v.1, n.1, jan-abr. 2009a.
- KANTORSKI, L. P. et al. Oficinas de reciclagem no CAPS. Nossa casa: a visão dos familiares. *Reme - Rev. Min. Enferm.*, v.13, n. 1, p. 34-42, jan.-mar. 2009b.
- KANTORSKI, L. P. et al. Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. *Interface: comunicação, saúde, educação*, v.13, n. 31, 2009c.
- KANTORSKY, L. P. et al. O cuidado em saúde mental: um olhar a partir de documentos e da observação participante. *R. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 366-371, jul-set. 2006.
- LUCCHESI, R. et al. a busca por ajuda de usuários de álcool e outras drogas em um centro de atenção psicossocial. *Indagatio Didáctica*, Portugal, 5, out. 2013.
- MACHADO, M. N. M. *Entrevista de Pesquisa: a interação pesquisador/entrevistado*. Belo Horizonte: C/Arte, 2002. 152 p.
- MACHADO, M. N. M. *Práticas Psicossociais: pesquisando e intervindo*. Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2004.
- MECCA, R. C.; CASTRO, E. D. Epifania do acontecer poético: aspectos da experiência estética na relação sujeito-obra em terapia ocupacional. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.20, n.3, p. 180-187, set./dez. 2009.
- MEHRY, E. *Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial*. Alegria e Alívio como dispositivos analisadores, 2004. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos08.pdf>>. Acesso em: abr. 2016.
- MELO, A. P. S. et al. Avaliação de serviços de saúde mental: assistência e prevenção às doenças sexualmente transmissíveis no contexto do Projeto PESSOAS. *Rev. méd. Minas Gerais*, v.7, n.1/2, supl. 4, p. S240-S248, dez. 2007.
- MIRANDA, L.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Funções clínicas do trabalho de referência junto a pacientes psicóticos: uma leitura winicottiana. *Estud. Psicol.*, Campinas, v.29, n.4, p. 519-529, dez. 2012.
- MIRANDA, L. L. Consumo e produção de subjetividade nas TVs comunitárias. *Rev. Dep. Psicol. UFF*, Niterói, v.19, n.1, p. 199-213, 2007.
- MURAMOTO, M. T.; MANGIA, E. F. A sustentabilidade da vida cotidiana: um estudo das redes sociais de usuários de serviço de saúde mental no município de Santo André (SP, Brasil). *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.4, abr. 2011.

- NETO, D. L. et al. Atenção à saúde mental no Amazonas, Brasil: um olhar sobre os centros de atenção psicossocial. *Cad. Bras. Saúde Mental*, v.1, n.2, jan-abr. 2009.
- NUNES, M.; TORRENTE, M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.43, supl. 1, p. 101-108, ago. 2009.
- OLIVEIRA, G. C. *Expectativas de familiares sobre uma unidade de internação psiquiátrica*. 2014. 103 p. Tese, Doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.
- OLIVEIRA, H. N. et al. Avaliação da confiabilidade de entrevista aplicada a indivíduos com transtornos mentais: Projeto PESSOAS. *Rev. Med. Minas Gerais*, v.18, n.4, supl. 4, p. S40-S45, 2008.
- OLSCHOWSKY, A. et al. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v.43, n.4, p. 781-787, dez. 2009.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T. Pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Cad. Bras. Saúde Mental*, v.1, n.1, jan-abr. 2009. (CD-ROM)
- ONOCKO-CAMPOS, R. T. Pesquisa em Saúde Mental no Brasil: through the looking-glass. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 2032, abr. 2011.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n.10, out. 2013.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, supl. 1, p. 16-22, ago. 2009.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 43-50, fev. 2012.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. *Gestão autônoma da medicação*. Guia de apoio a moderadores, 2014.
- PALOMBINI, A. D. L. et al. Relações entre pesquisa e clínica em estudos em cogestão com usuários de saúde mental. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n.10, out. 2013.
- PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. D C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.4, abr. 2011.
- PASSOS, E. et al. O Comitê Cidadão como estratégia cogestiva em uma pesquisa participativa no campo da saúde mental. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n.10, out. 2013.

- PASSOS, I. C. F. Cartografia da publicação brasileira em saúde mental: 1980-1996. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v.19, n.3, p. 231-239, dez. 2003.
- PEREIRA, M. O. et al. Busca ativa para conhecer o motivo da evasão de usuários em serviço de saúde mental. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v.26, n.5, p. 409-412, 2013.
- PIERETTI, A. C. S.; GOMES, C. A. M. O cuidado à família em sofrimento com psicose na atenção primária é possível? Relato de experiência exitosa no Alto Sertão Paraibano. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v.5, n.12, p. 81-93, 2013.
- PRESOTTO, R. F. et al. Experiências brasileiras sobre participação de usuários e familiares na pesquisa em saúde mental. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n.10, out. 2013.
- ROCHA, M. Psicologia e as práticas institucionais: A pesquisa-intervenção em movimento. *Psico*, Porto Alegre, v.37, n.2, p. 169-174, maio/ago, 2006.
- ROCHA, M.; AGUIAR, F. Pesquisa intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia: Ciência e Profissão*. Brasília: CFP, 2003. p. 64-73.
- SADE, C. et al. O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n.10, out. 2013.
- SCHNEIDER, J. F. et al. Avaliação de um centro de atenção psicossocial brasileiro. *Ciencia y Enfermería: Revista Iberoamericana de Investigación*, v.15, n. 3, p. 91-100, 2009.
- SILVA FILHO, J. F. et al. Avaliação de qualidade de serviços de saúde mental no município de Niterói-RJ: a satisfação dos usuários como critério avaliador. *J. Bras. Psiquiatr.*, v. 7, n. 45, p. 393-402, jul. 1996.
- SILVEIRA, L. C. et al. A sociopoética como dispositivo para produção de conhecimento. *Interface*, Botucatu, v.12, n.27, p. 873-881, dez. 2008.
- SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B.; PETIT, S. H. A produção de subjetividade dos usuários de um hospital-dia: uma Experiência sociopoética. *Online Braz. j. Nurs.* (Online); v. 6, n. 1, abr. 2007
- SIQUEIRA-SILVA, R; MORAES, M.; NUNES, J. A. Grupos musicais em saúde mental: atores em ação no cenário da reforma psiquiátrica no Rio de Janeiro, Brasil. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, v. 94, p. 87-107, 2011.
- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, 27 de junho a 1º de julho de 2010*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010. 210 p.
- SURJUS, L. T. L. S.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.*, São Paulo, v.14, n.1, p. 122-133, mar. 2011.

- THIOLLENT, M. Notas para o debate sobre pesquisa-ação. In: BRANDÃO, C. R. *Repensando a pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense, 1987. p. 82-103.
- THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez. 2000.
- TOMASI, E. et al. Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 807-815, abr. 2010.
- TRAVIA, R. H.; KOHLS, M. B. Folha de lírio: o jornal virtual da saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 5, n. 11, p. 88-101, 2013.
- VASCONCELOS, E. M. Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. *Ciênc. Saúde coletiva*, v. 18, n. 10, p. 2825-2835, out. 2013.
- VASCONCELOS, E. M. Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propostas. *Cad. Bras. Saúde Mental*, v.1, n.1, jan.-abr. 2009.
- VIEIRA FILHO, N. G. Emergência psiquiátrica: o circuito institucional dos internados sem renda. *J. Bras. Psiquiatr*, v. 45, n. 8, p. 471-475, ago. 1996.
- VIEIRA FILHO, N. G.; ROSA, M. D. Clínica psicossocial: articulando saúde mental e a estratégia saúde da família. *Mental*, Barbacena, v.9, n.16, jun. 2011.
- VIEIRA FILHO, N. G.; ROSA, M. D. Inconsciente e cotidiano na prática da atenção psicossocial em saúde mental. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 26, n. 1, p. 49-55, mar. 2010.
- WACHS, F. et al. Processos de subjetivação e territórios de vida: o trabalho de transição do hospital psiquiátrico para serviços residenciais terapêuticos. *Physis*, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p. 895-912, 2010.
- WAGNER, L. C. et al. Cuidado en salud mental: percepción de personas con esquizofrenia y sus cuidadores. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 2077-2087, abr. 2011.
- WETZEL, C., KANTORSKI, L. P.; SOUZA, J. Centro de Atenção Psicossocial: trajetória, organização e funcionamento. *R. Enferm. UERJ*, v.16, n. 1, p. 39-45, 2008.
- WETZEL, C. et al. Avaliação de famílias de um Centro de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil: uma proposta metodológica. *Online Braz. J. Nurs*, v.9, n. 1, abr. 2010.
- WETZEL, C. et al. A inserção da família no cuidado de um centro de atenção psicossocial. *Ciênc. Cuid. Saúde*, n. 8 (supl.), p. 40-46, 2009.
- WETZEL, C. et al. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciênc. Saúde coletiva*, v.16, n.4, abr. 2011.
- WILLRICH, J. Q. et al. Ambiência de um centro de atenção psicossocial: fator estruturante do processo terapêutico. *Rev. Enferm. UFSM*, v.3, n. 2, p. 248-258, 2013.

WURDIG SAYAGO, C. B. et al. Perfil clínico e cognitivo de usuários de crack internados. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v.27, n.1, p. 21-28, mar. 2014.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v.32, n.78-80, p. 27-37, jan./dez. 2008.

Os brasileiros na prática de saúde mental de Trieste: histórias de laços e de construções¹

Maria Stella Brandão Goulart

Ernesto Venturini

Henrique Galhano Balieiro

Adelaide Lucimar Fonseca Chaves

INTRODUÇÃO

No campo da saúde mental, a referência a Franco Basaglia é simplesmente fundamental. É já amplamente sabido que este notório psiquiatra e ativista dos Direitos Humanos conquistou protagonismo na história da política de saúde mental brasileira desde o final dos anos 70 (século XX). Ele foi, inicialmente, convidado a vir ao Brasil para falar de sua prática de desinstitucionalização em 1978, no I Simpósio Internacional de Psicanálise, Grupos e Instituições, ocorrido no Rio de Janeiro².

A partir de então, nasceu uma densa conexão na luta contra os manicômios e instituições totais, articulando brasileiros e italianos.

¹ Este artigo atualiza e aprofunda a discussão publicada, em italiano, no periódico “Fogli d’informazine”, intitulado “La presenzastorica dei brasilianinella pratica dellasalutementaledi Trieste: ‘venite a vedere’ o fare insieme?” (2015).

² Esta foi uma iniciativa interdisciplinar do Instituto Brasileiro de Psicanálise, Grupos e Instituições (IBRAP-SI), ocorrida entre 19 a 22 de outubro de 1978. Nela, se reuniram, com a coordenação de Chaim Katz, Luis Fernando de Mello Campos e Gregório Barenblitt, grandes nomes nacionais (Sergio Arouca, Peter Fry entre outros) e internacionais - da antipsiquiatria, contracultura, psicanálise e do movimento institucionalista - como Robert Castel, Thomas Szasz, Emilio Rodriguè, Shere Hite, Felix Guattari entre outros. As subsequentes vindas de Franco Basaglia ao Brasil seriam uma decorrência destes contatos e outros que se estabeleceram na ocasião.

Basaglia retornou ao Brasil em 1979, realizando uma série de iniciativas, com grande envolvimento pessoal e político. Proferiu palestras, realizou diversas visitas e discussões nestes dois breves anos, impactando a vida e a cultura profissional de psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, usuários dos serviços de saúde e tantos outros, além da mídia e da opinião pública.

Estes encontros, especialmente os ocorridos em Belo Horizonte, São Paulo e Rio de Janeiro, tiveram um efeito profundo sobre os processos de Reforma na assistência psiquiátrica do século XX – que ocorreram nos anos e décadas sucessivos. As suas intervenções e ainda repercutem no Brasil e determinaram a cooperação de vários setores da saúde coletiva, da saúde mental e da sociedade civil no que concerne ao tema do que ficou conhecido como: Reforma psiquiátrica.

Através das conferências e ações realizadas por Basaglia no Brasil, a concepção acerca das instituições psiquiátricas mudou, aprofundando-se a crítica sobre sua epistemologia e prática, apontando para a necessidade de construção de respostas concretas e emancipadoras. Segundo Nicácio, Amarante e Barros (2000, p. 241):

Os encontros realizados convidaram vários “caminhantes” a aceitarem o desafio de pesquisar novos itinerários e outros percursos, estimulando jovens que trabalhavam no Serviço de Saúde Mental a irem conhecer diretamente a experiência de Trieste, aceitando o convite de Basaglia que os estimulava dizendo, “venham ver”!

Estimulados pela presença carismática e pelos convites de Basaglia, muitos brasileiros e brasileiras de diferentes idades, regiões e profissões decidiram ir à Itália, particularmente a Trieste, para conhecer o trabalho de desconstrução manicomial ali realizado e os efeitos da nova legislação, a lei 180, que revolucionara a prática e o pensamento de tantos italianos. Foi a partir de então, que se realizou um fluxo incessante, que continua ativo até a atualidade, de “caminhantes”, com realização de verdadeiras peregrinações: visitas e intercâmbios.

Muitos expoentes da Reforma Psiquiátrica brasileira desenvolveram atividades relevantes em Trieste. Destacamos, a título ilustrativo, alguns nomes, em função de sua relevância, como os de Paulo

Amarante, Denise Barros, Nilson Gomes, Jair de Jesus Mari, Fernanda Nicácio, Roberto Tykanori, que realizaram períodos de média e longa permanência, de vários meses. Paulo Delgado e Pedro Delgado, Sandra Fagundes, Ana Pitta, Willians Valentini realizaram visitas e participaram de eventos, mas a lista poderia ser muito extensa se considerássemos este último item.

Este artigo se propõe a documentar algumas características deste complexo processo de cooperação e se orienta pelas informações resultantes da pesquisa “A história da política de saúde mental: Minas Gerais e vínculos com a Itália” – realizada entre 2012 e 2014, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais - FAPEMIG (GOULART et al, 2015).

O estudo, que mobilizou uma equipe composta por brasileiros e italianos, se concentrou em duas direções. A primeira focalizou o trabalho desenvolvido pelos brasileiros que, através de diversos tipos de inserções, viajaram à Itália para contribuir com a atuação dos processos da Reforma psiquiátrica no Brasil.

A segunda direção documentou, paralelamente, a contribuição dos italianos ao Brasil, a partir do que foi desencadeado, a princípio, por Franco Basaglia, e aqueles que atuaram como ativistas da luta antimanicomial e gestores públicos na área da saúde, construindo um relacionamento significativo com as instituições brasileiras.

Neste artigo, iremos nos focar particularmente no estudo de brasileiros e brasileiras que participaram diretamente dos processos de desinstitucionalização desenvolvido em Trieste. Genericamente, são nomeados como “voluntários”: metáfora bastante contraditória que delineia um tipo de vínculo marcado pela informalidade, mas que oculta a densidade institucional dos profissionais e das visitas e estágios que ocorreram e ainda se realizam nos mais diversos formatos de cooperação.

À PROCURA DOS “CAMINHANTES”

A pesquisa e este artigo abordam, portanto, o perfil dos brasileiros e brasileiras que se engajaram como “voluntários” nos serviços de saúde mental

de Trieste desde o final dos anos 70 até recentemente. Este vínculo remete a diversos tipos de inserção, como já dissemos: estágio de médio e longo prazo, participação em eventos, visitas breves e com objetivos diversos.

Para a realização deste estudo, operamos com fontes orais e documentais, numa perspectiva de história social e história oral, atenta a atores, instituições e acontecimentos relevantes, mas com um foco especial para os encontros e “simpatias” (amizades) tecidas nas relações informais e afetivas, tão caras ao ativismo, à formação dos movimentos sociais e dos processos de mudança.

Inicialmente, procuramos identificar e descrever as características dos voluntários que vivenciaram este modelo. A execução do levantamento de dados se mostrou desafiadora, devido ao número elevado de mudanças organizacionais que ocorreram na estrutura do Departamento de Saúde Mental nos últimos 35 anos. Contudo, contamos com a colaboração dos integrantes da Associação de Voluntariado Franco Basaglia (*Associazione di Volontariato Franco Basaglia*)³. Esta registrou uma significativa parcela de “voluntários”, oriundos de diversos países, que participaram e participam ainda da prática triestina.

A Associação de Voluntariado Franco Basaglia disponibilizou, em visita realizada pela equipe de pesquisadores em 2014, o registro de 247 brasileiros (dentre 484 registros de diferentes nacionalidades), que frequentaram o Departamento de Saúde Mental de Trieste ao longo de três décadas. Embora a fundação da Associação tenha ocorrido no ano de 1993, nos registros obtidos, constava registrada a presença de brasileiros desde 1984. Por isso, consideraremos aqui os dados referentes ao período de 1984 a 2014. A adesão à Associação, vale ressaltar, delineia um universo que não é exaustivo. Nem todas as presenças e participações se converteram em inscrições nesta Associação. No entanto, ela delineia um conjunto que pode ser tratado como uma amostragem quantitativa e qualitativa, que se articulava a um esforço organizativo sistemático. Não existem, por outro lado, outros registros formais da presença dos colaboradores estrangeiros, sem vínculo empregatício, em Trieste.

Identificamos também que os primeiros visitantes e voluntários brasileiros começaram a frequentar Trieste já a partir do final da década

³ Agradecemos a Carla Prosdócimo que colaborou no acesso à documentação em Trieste.

de 70, quando não havia nenhuma preocupação com seu registro formal. No entanto, nos registros da Associação de Voluntariado, como enfatizou Carla Prosdócimo, encontram-se registrados tanto usuários dos serviços de saúde mental de Trieste, como importantes nomes da Reforma Psiquiátrica italiana: Franco Rotelli, Peppe Dell'Acqua, Giovanna Del Giudice e Michele Zanetti (entre os sócios fundadores) e Franca Ongaro Basaglia (entre os sócios honorários).

Para obter maior número de informações e contornar a limitação dos dados do arquivo a respeito da participação brasileira, foram realizadas algumas entrevistas com ex-voluntários e com os três diretores do Departamento de Saúde Mental de Trieste desses últimos trinta anos.

Na listagem elaborada pela *Associazione di Volontariato Franco Basaglia* de Trieste sobre o cadastro dos voluntários, na forma de três arquivos, constavam as seguintes informações: nome; profissão; sexo; cidade de origem; estado de origem; data de nascimento; ano do voluntariado; 1ª. chegada / 1ª. partida; 2ª. chegada / 2ª. partida; 3ª. chegada / 3ª. partida.

Os dados desta listagem estavam, no entanto, incompletos, fora de ordem e com algumas informações incongruentes. Por isso, durante o trabalho de análise de dados, foi necessário reorganizar o material, retirar duplicidades e pesquisar os dados inconsistentes.

Considerando o total de 484 inscritos da Associação, surpreendeu a constatação de que mais da metade dos seus membros registrados fosse composta por brasileiros. Isso sugere a relevância da experiência de voluntariado em Trieste e configura uma presença muito específica, do ponto de vista de identidade, na prática do Departamento de Saúde Mental triestino.

Por se tratar de uma referência mundial na luta antimanicomial, a rede de saúde mental de Trieste recebeu, anualmente, ao longo dos anos citados, um grande número de interessados entre pesquisadores, estudantes e profissionais de várias áreas e nacionalidades. A vinculação propiciava conhecer e experimentar este modelo substitutivo aos hospitais psiquiátricos, implementado a partir do início década de 70 (AMARANTE, 1996; BARROS, 1994; GOULART, 2007).

No entanto, os brasileiros e as brasileiras, sempre de nível superior de escolaridade, configuraram com uma média de 8 por ano. Apesar

do número variar de ano a ano, se considerarmos a presença constante, configura-se um ator social e coletivo bastante regular, sinalizando continuidade nas ações e interesses, mesmo que sem o amparo de nenhum tipo de convênio institucional: auto custeados em sua grande maioria e, em poucos casos, com bolsas de pesquisa vinculadas a instituições de ensino brasileiras.

PERFIL DOS E DAS “VOLUNTÁRIOS”

Identificamos que os voluntários brasileiros em questão eram predominantemente do sexo feminino, sendo 74% dos associados voluntários em contraste com 21% do sexo masculino. Em 5% não foi possível identificar o gênero a partir do nome disponibilizado apesar das buscas nas plataformas lattes e outros sites de internet.

Na investigação sobre os estados brasileiros de origem destas pessoas, destacou-se uma grande ocorrência de paulistas: 52%. O segundo estado da federação mais presente no relato dos voluntários foi o de Minas Gerais. Os mineiros representam 9% dos voluntários em Trieste. O Rio de Janeiro aparece como o terceiro estado, com 6%. Chamou, no entanto, a atenção da equipe, a pluralidade de estados e regiões. Tais dados apontam que esse “voluntariado”, ocorrido em Trieste, contou com a participação de brasileiros originários de quase todas as regiões do Brasil, contemplando 15 estados brasileiros: Amazonas, Bahia, Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Santa Catarina.

Hipotetizamos que a maior ocorrência de voluntários da região sudeste seja consequência do legado de Franco Basaglia nesta região, realizando visitas e conferências nas cidades de Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo, apesar ter visitado outras cidades como: João Pessoa, na Paraíba, e Salvador, na Bahia.

No que se refere à formação destas pessoas, configurou-se um interessante cenário. Para 91% dos nomes que conseguimos verificar, foi possível identificar 12 tipos de formações em diferentes áreas. São elas: psicologia (44%), terapia ocupacional (19%), medicina psiquiátrica (9%), enfermagem (8%), serviço social (2%), medicina (2%), artes plásticas (2%), educa-

ção física (2%), biologia (1%), ciências sociais (1%), turismo (1%) e geologia (1%). Em 9% dos casos não foi possível identificar a profissão.

As formações que apareceram com maior evidência foram as da área da saúde: psicologia, terapia ocupacional, enfermagem, medicina psiquiátrica. O principal destaque é para a psicologia. No entanto, trata-se de um leque bastante amplo que indica a dimensão interdisciplinar da prática em saúde mental de Trieste, com seus diversos projetos culturais e artísticos de inclusão social.

Assim, o espaço de prática ofertado em Trieste operava como uma estratégia de formação complementar para os profissionais. O currículo ofertado no Brasil tinha, até os recentemente, especialmente para a psicologia, grande enfoque clínico individualizado, voltado para o consultório privado, com poucas referências à saúde mental e ou às políticas em saúde pública de um modo geral. Dessa maneira, podemos inferir que o modelo de Trieste serviu de referência para aqueles que buscavam respostas renovadoras para a realidade brasileira que superava o longo período de ditadura militar.

Devemos considerar também a importância do terapeuta ocupacional. Apesar de não ter sua relevância bem explicitada e documentada na Reforma psiquiátrica brasileira, os dados analisados de Trieste parecem indicar o contrário. Os terapeutas ocupacionais constituíram uma das representações mais numerosas (19%), após a dos psicólogos (44%).

Em relação à idade dos voluntários, foi possível inferir algumas informações. Através da data de nascimento e da data da primeira chegada a Trieste, foi possível projetar, de forma aproximada, a idade dos profissionais por determinada época. Identificamos a média de 28 anos de idade, sendo que a grande presença é a de jovens adultos com idade que variava entre 24 a 30 anos, representando um total de 126 registros identificáveis, ou seja, quase metade do total. Esta faixa etária seria coerente com a de recém-graduados, pós-graduandos e jovens profissionais. Mas, além disso, pudemos destacar outras informações: 41 pessoas eram muito jovens, com menos de 23 anos. Por outro lado, identificamos outras 25 pessoas com a idade entre 31 a 36 anos, e 20 pessoas entre 37 e entre 42 anos, e por fim 9 pessoas com idade entre 43 a 48 anos. Este último grupo se consolida

como mais maduro e experiente, totalizando 54 pessoas, que poderiam estar profissionalmente bem estabelecidas e ser esta uma informação indicativa de construção de vínculos particularmente consequentes: professores, pesquisadores e gestores públicos.

No que concerne ao tempo de permanência, a média de dias do conjunto de profissionais voluntários em Trieste foi de 138 dias: cerca de 4 meses e meio.

Se considerarmos os períodos acima de três meses (52%), se configura outro tipo de inserção que poderíamos qualificar como mais comprometida ou atenta do que a metáfora do voluntariado indica. Aumenta a possibilidade do exercício de profissionais capazes de efetivamente se apropriar do cotidiano e do conhecimento.

É necessário ressaltar que boa parte do pessoal vinculado ao voluntariado permanecia por cerca de um mês (21%): um período razoavelmente curto, que indica a realização de, praticamente, uma visita técnica aprofundada.

Outro dado examinado se refere à distribuição de voluntários por ano, indicando os períodos de maior presença. A grande participação de brasileiros e brasileiras ocorreu nos anos 1980 (26%) e 1990 (59%). Esta informação pode ser indicativa também da disseminação das ideias de Franco Basaglia e o aprofundamento da cooperação com os italianos. Trata-se de uma presença numerosa e permanente por duas décadas, com claro declínio após o final dos anos noventa (15%), quando se inicia a institucionalização da Reforma psiquiátrica brasileira, com a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, ocorrida na cidade de Santos (São Paulo), o surgimento das legislações estaduais (Rio Grande do Sul, Pernambuco, Ceará e Minas Gerais), dos dispositivos de atenção em saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos: os CAPS, os NAPS, os CERSAMS, os Centros de Convivência e outros.

Sobre o declínio da presença brasileira, este pode ser identificado a partir do ano 2000, após a construção e aprovação da Lei federal 10.216, sancionada em 2001, inspirada na lei italiana 180/1978 que compunha a legislação de Reforma sanitária. A nova rede de serviços de saúde mental substitutiva aos hospitais psiquiátricos gerou demanda por profissionais

e passou a ofertar a possibilidade da prática de desinstitucionalização, de fato, no Brasil.

Faz-se necessário indicar como relevante, também, as mudanças nas condições de ida e permanência para esses profissionais. Nas duas primeiras décadas, 80 e 90, havia possibilidade de alojamento nos pavilhões desativados do Hospital Psiquiátrico de Trieste (*San Giovanni*). Considera-se também as dificuldades enfrentadas pelos estrangeiros e a *Associazione di Volontariato Franco Basaglia*, devido à nova política de imigração estabelecida na Itália em 2002. A conhecida como Lei Bossi-Fini, que atualiza a Lei Turco-Napolitano de 1998, acarretava na burocratização da obtenção de vistos e de permanência no país numa situação de informalidade caracterizada pelo vínculo através do voluntariado.

Além disso, em torno dos anos 2000, se desenvolveu, no Brasil, uma rede de serviços de saúde mental alternativos aos hospitais psiquiátricos. Assim, é possível supor que um dos motivos da significativa queda dos números de voluntários brasileiros em Trieste, a partir deste período, decorra a uma possível diminuição do interesse, já que práticas semelhantes passaram a ser ofertadas nas instituições de saúde mental brasileiras.

Assim, a metáfora do voluntário, e mesmo a dos “caminhantes”, cede lugar ao profissional comprometido, aos militantes que se empenham na incorporação de *know-how* para a construção ativa da Reforma psiquiátrica brasileira. Mas não apenas: ocorreram também casos relevantes de profissionais que optaram por permanecer na Itália e participar ativamente da rede de saúde mental, como veremos em seguida.

É possível que, a presença de tantos psicólogos, terapeutas ocupacionais e tantos outros profissionais, tenha também contribuído para o estilo da prática triestina, ao longo dos anos, fortalecendo o caráter interdisciplinar dos operadores sociais e agregando a atitude ativista e o olhar clínico.

A “VENTURA” EM TRIESTE: ATRAVESSANDO O OCEANO

Para descrever a qualidade da experiência do voluntariado realizado, apresentaremos três casos, dentre as 36 entrevistas realizadas. Inicial-

mente, compartilharemos o depoimento de duas voluntárias, de São Paulo e Minas Gerais, respectivamente, cujo depoimento enriquece o perfil até então delineado. Trata-se de uma psicóloga e a outra assistente social, que permaneceram na Itália, aderidas ao projeto basagliano e trabalhando com a Reforma (ambas entrevistadas). Na sequência, tomaremos o caso de um psicólogo, que retornou ao Brasil, seguindo um percurso acadêmico que se organiza a partir dos desafios da desinstitucionalização italiana e brasileira.

Os dois primeiros casos ilustram a experiência dos anos 80 e 90, além de informar sobre a opção pela permanência na Itália. Optamos aqui por não apontar para os nomes notórios do ponto de vista institucional e já amplamente conhecidos. Procuramos deslocar a atenção para os casos de “pessoas comuns” tal como foi o perfil delineado através da Associação de Voluntariado: presenças sem visibilidade, que configuram testemunhos densos, que qualificam o fenômeno da presença brasileira e atestam a radicalidade da aderência pessoal ao projeto triestino. Já o último caso retoma o conteúdo de uma dissertação de mestrado que nos remete a um período sucessivo e mais recente de experiência no voluntariado, em que a vitalidade política dá lugar à reflexão sistemática. No entanto, trata-se de um profissional que retorna ao Brasil para constituir sua vida profissional. As entrevistas e o relato ilustram bem a densidade da experiência vivida em Trieste: desde a disposição ao desconforto da incerteza da vivência da condição de estrangeiros até a construção de um lugar, permanente ou provisório, no diálogo com a Reforma Psiquiátrica italiana ou mais além.

1) A PSICÓLOGA

O extenso depoimento da psicóloga configurou-se uma rica descrição. Mineira, natural da cidade de Sete Lagoas, esta psicóloga se graduou em Belo Horizonte (capital de Minas Gerais), após ter frequentado duas instituições de formação diversas, o Instituto Newton de Paiva Ferreira e a Fundação Mineira de Educação e Cultura (FUMEC).

Vale registrar que a formação desta psicóloga remete, segundo ela, a “referências em matéria de militância, neste campo, que eram influenciadas pelas críticas ao manicômio”. Refere-se a conteúdos críticos

às instituições psiquiátricas muito relevantes, nos anos 80: as reportagens veiculadas pela imprensa mineira intitulada "Nos Porões da Loucura", de Hiram Firmino (1982), o documentário "Em nome da razão", de Helvécio Ratton, e todo um conjunto de fontes que remetiam ao movimento dos psicanalistas argentinos do grupo Plataforma (como Armando Bauleo) e aos autores franceses da Análise Institucional (como René Lourau).

A psicóloga relatou que sua primeira experiência e indignação com os hospitais psiquiátricos se deu ainda quando atuava na Secretaria do Trabalho e Ação Social do estado de Minas Gerais, em Belo Horizonte, na assistência a adultos moradores de rua, que transitavam muito frequentemente pelos manicômios.

Antes de optar definitivamente pela Itália, a psicóloga mineira trabalhou também, durante alguns anos, na Secretaria do Menor, no município de São Paulo desenvolvendo um projeto específico com os, então, chamados "meninos de rua".

A sua aproximação com a Itália aconteceu depois de conhecer alguns profissionais brasileiros que haviam sido "voluntários" em Trieste, e traziam novidades sobre a experiência italiana. Sua opção pelo voluntariado, ocorre quando militava no Movimento Antimanicomial, tendo participado, em 1987, do Congresso Nacional de saúde mental em Bauru/SP. Em fevereiro de 1989, ela decide "atravessar o oceano".

Em Trieste, a jovem psicóloga mineira se deparou com uma situação inicial que chamou de "caótica" e, conjuntamente com outros brasileiros, organizou assembleias entre os voluntários, reivindicando maior organização e melhores condições de moradia e aprendizado.

No entanto, com o passar do tempo, esta psicóloga, desafiada pela prática triestina, conclui que "o voluntariado, desde o início da Reforma psiquiátrica, foi uma ação política e social, uma militância". Ela viu, como protagonistas, várias figuras não só de profissionais da área de saúde mental, mas, "cidadãos comuns que acreditavam naquela luta, naquele ideal". Trata-se de uma definição que dispensa comentários e remete a compreensão dos desafios ali empreendidos.

A voluntária, de Minas Gerais, relata que a situação era desorganizada, mas que a direção dos serviços de saúde mental optava por receber

a maioria das pessoas que faziam pedidos de voluntariado, pois queriam que fosse uma prática aberta e inclusiva. A política era a de receber todos que quisessem participar sem qualquer tipo de seleção.

Esta sua reflexão nos mostra com clareza os laços de solidariedade e de cooperação existentes na experiência triestina, projetando a figura do voluntário em uma lógica de militância e generosidade. Porém, nos evidencia um sofrimento específico e uma importante identificação com o “outro” que nos ameaça – uma identificação que une o louco e o estrangeiro (extracomunitário). Segundo ela:

Eu pude perceber a importância daquela abertura, pois com o tempo pude observar a importância das diferenças que cada um de nós, cidadãos de várias partes do mundo, traziam consigo. Importantes porque diversos. Diversos: como eram também os usuários dos serviços de saúde mental. E estávamos ali para aprender a lidar com a diversidade. Eu ainda era pouco consciente de que aquela diversidade, nossa, dos usuários, uns dos outros, nos levaria ao conhecimento de uma nova forma de agir que se baseava na “complexidade”. Complexo porque diferente, porque novo, porque único, porque subjetivo. Daí a necessidade de respostas complexas, fora dos padrões preestabelecidos. Logo percebi também que a aceitação da diversidade não era uma ideia dominante na sociedade triestina, pois era notória a discriminação da população para com os “pacientes” psiquiátricos. Em situações públicas, como nos ônibus, escolas, repartições públicas, era comum ouvir comentários e críticas aos serviços de saúde mental, preferindo os velhos hospitais psiquiátricos e atribuindo aos atuais serviços uma desassistência aos doentes mentais. Se tratava de uma luta pelos direitos das pessoas portadoras de sofrimento mental e o que os novos serviços propunham era uma assistência de fato: respeitando os direitos de cidadania dos usuários, direitos de participação, de ter voz, de poder ocupar espaços públicos, contrariando a antiga lógica de exclusão e sequestro da pessoa. Confesso que, às vezes, em espaços públicos de Trieste, me sentia no mesmo barco dos usuários e duplamente discriminada. De uma parte, por impor a presença de uma pessoa “diversa” (um usuário), e, de outra, por ser eu mesma “diversa” (uma estrangeira naquela época – os fenômenos de racismo e intolerância eram já presentes).

Apesar do sentimento de exclusão por parte da sociedade italiana, nossa entrevistada afirmou que, no Centro de saúde mental, havia grande receptividade para com os chamados voluntários. Eles tinham a possibili-

dade de se expressar como profissionais e desenvolver diversas atividades com grupos de jovens usuários ou grupo de mulheres. Ela nos recorda o seu trabalho:

Se fazia terapia, acompanhando no aprendizado social como pegar um ônibus (criando autonomia de movimento), ajudando a utilizar uma repartição pública para fazer uma inscrição, pagar uma conta, receber salários, mediando a relação com a família, ajudando a organizar uma jornada ou um divertimento, procurando construir um projeto de trabalho e etc. Ou seja, aqui a criatividade era a grande aliada da complexidade, pois, para cada pessoa, cada situação, precisava inventar uma nova resposta, uma nova sugestão, uma nova ideia.

Em um outro contexto, a jovem psicóloga, nos relata a sua participação em um outro tipo de experiência e participação, em um “grupo apartamento”, uma residência protegida, com duas jovens usuárias italianas, de pouco mais de 20 anos, com diagnóstico de esquizofrenia grave. O trabalho no grupo apartamento se mostrava bastante desafiador, pois se convivia “constantemente com o delírio, a obsessão e a repetição do cotidiano”. O cotidiano de trabalho era difícil:

Tudo era feito em companhia das duas usuárias, seja dentro de casa, nas atividades diárias (cozinhar, limpar, lavar, organizar armários etc.), tentado envolvê-las o máximo possível, como também nas atividades externas, tais como: fazer compras, visitar as próprias famílias, tentar inserção em atividades esportivas ou culturais etc.

Ela, particularmente, enfrentou situações de risco e grande tensão emocional. Sentiu falta de uma supervisão com perspectiva clínica, apesar do apoio que havia por parte do Centro de saúde mental. Relatou desconforto em relação ao que identificou como uso excessivo de psicofármacos.

A entrevistada nos aponta para um episódio muito importante para o desenvolvimento e o estreitamento das relações entre Brasil e Itália. Após visita ao Brasil, o psiquiatra Franco Rotelli, então diretor do departamento de saúde mental de Trieste, teria percebido uma carência de material bibliográfico referente ao pensamento de Franco Basaglia. Segundo ela, Ao retornar a Trieste, ele convidou os voluntários brasileiros para uma reunião onde “nos informou da sua visita e nos propôs um trabalho de seleção

e tradução de textos a serem publicados no Brasil, em colaboração com os serviços de Trieste”. Assim, delineou-se ainda um outro tipo de atividade, de natureza intelectual “Tivemos ainda o privilégio de entrevistar o diretor Franco Rotelli, sobre a Reforma psiquiátrica triestina, mas principalmente sobre as condições atuais (daquela época) dos serviços, o que daria ao nosso livro um caráter não somente histórico, mas também atual”.

Encerrando o caso paradigmático desta psicóloga recém-formada e militante da luta antimanicomial, fica a questão relativa às consequências da experiência de voluntariado. Após trabalhar durante algum período em Trieste, sem nenhum reconhecimento formal, esta profissional se desloca, a convite do diretor do Departamento de Saúde Mental de Ímola, para outra prática de desinstitucionalização em território italiano, com vínculo empregatício formalizado e renumerado como “operadora social”, no qual permaneceria por mais de dez anos. Mesmo assim, nos muitos anos de trabalho com saúde mental que se seguiram na Itália, ela não teve sua profissão e formação em psicologia formalmente reconhecidas. Trabalha atualmente como autônoma, sem vínculos com a Reforma psiquiátrica na Itália. Porém, colabora, como pesquisadora, com as reflexões sobre a saúde mental brasileira e italiana com o integrado grupo de Psicologia Democrática do CNPq, vinculado à Universidade Federal de Minas Gerais.

2) A ASSISTENTE SOCIAL

Dando consistência à presença profissional brasileira e feminina em Trieste, tomemos o caso de uma assistente social, que permaneceu na Itália e atualmente integra o Departamento de Saúde Mental de Trieste.

Ela chegou em Trieste, em fevereiro de 1988. Sua formação ocorreu na Escola de Serviço Social de Lins – São Paulo, onde já lidava com os temas da psiquiatria social e da saúde mental. Nessa época, já tinha conhecimento da dura realidade dos manicômios brasileiros. Era ocasião de denúncias e, assim como a psicóloga, teve contato com os escritos de Alfredo Moffatt, o livro *Psicoterapia do Oprimido* (1984), que, para ela, fora uma cartilha, assim como para tantos outros autores latinoamericanos nos anos 80.

Formou-se no Brasil, em 1983 e seguiu para a cidade de São Pau-

lo, onde em 1984, começou a trabalhar na Clínica Psiquiátrica do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade de São Paulo (USP). Em dezembro de 1986, ela e seu grupo de trabalho do hospital fizeram uma viagem à Argentina, para participar do Encontro da Rede de Alternativas à Psiquiatria (RÉSEAU) em Buenos Aires. Lá, ela conheceu Franco Rotelli e a experiência triestina compartilhada pelos italianos. Assim, despertou a vontade de conhecer essa experiência de perto. Ela já ouvira falar da experiência italiana. Paralelamente à organização deste evento, nascia o Movimento de Luta Antimanicomial, do qual essa assistente social participou ativamente. Colaborou com o evento, em 1987, em Bauru, que foi um marco histórico, o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Neste evento, foi lançada a palavra de ordem do movimento antimanicomial brasileiro: “por uma sociedade sem manicômios”. Em função disso e de pressões políticas no Hospital das Clínicas, a ativista paulista se demite e segue para a Itália, na perspectiva da abertura de horizontes.

Esta paulista aportou em 1988, acompanhada de outra colega brasileira, em Trieste, no ex-Manicômio *San Giovanni*. Porém, se lembra, assim como a psicóloga entrevistada, que não havia lugar para ficarem quando chegaram. A estrutura de alojamento era desorganizada e não havia um quarto para hospedagem dos voluntários. Porém, o trabalho da equipe do Centro de saúde mental para qual foi endereçada era “fantástico”, conforme relatou. E Trieste logo se revelou, diferentemente da psicóloga, como uma cidade receptiva, onde planejou ficar por um ano que se converteram em uma vida.

Entre 1989 e 1990, ela retornou brevemente a São Paulo, onde trabalhou por cerca de um ano. Porém, decidiu voltar para Itália logo depois. Como desdobramento deste retorno, em 1994, ela foi para a Grécia, para trabalhar no projeto de intervenção no manicômio de *Leros*, integrando a equipe técnica em um projeto de Trieste (com financiamento europeu), e permaneceu lá por um ano. Depois deste período, na Grécia, é que ela retornou para a Itália decidida a permanecer.

Começou, então, estimulada pelos italianos, a traduzir os documentos e papéis sobre a sua experiência no voluntariado. Como consequência, teve início um período produtivo mais consistente, de caráter acadêmico: uma nova inscrição na universidade italiana (teve que passar por

quatro exames e fazer a monografia de graduação – *tesi di laurea* – para o reconhecimento de seu diploma brasileiro em Serviço Social). Ela escreveu, no final do processo, um livro sobre sua monografia, que foi recentemente publicado pela editora Collana 180, “*Guarire si può: persona e disturbo mentale*” cuja tradução seria “Melhorar é possível” (MARIN; BON, 2012).

Em março de 2004, começou a trabalhar com cooperação social, sendo aprovada em um concurso público e até hoje está fortemente inserida nos serviços de saúde mental de Trieste, como assistente social, na equipe de reabilitação, *Servizio Abilitazione e Residenze* (SAR) –, uma unidade do Departamento de saúde mental com interface com todos os centros de saúde mental, cooperativas, associações e centros diurnos. Foi inserida em uma equipe que dá retaguarda na questão dos projetos terapêuticos, das residências, da reabilitação psiquiátrica, dos processos de inclusão.

Essa assistente social, que também optou pela Itália, entende que a história de desinstitucionalização italiana que foi fortemente marcada pela colaboração dos voluntários. As pessoas, a seu ver, iam com uma significativa “clareza das coisas”, movidas por interesses políticos, com motivação para fazer o trabalho libertador. Esse voluntário era alguém completamente disponível ao serviço. Era difícil, porém, segundo ela, propor alguma mudança de projeto terapêutico elaborado pelas equipes italianas. No entanto, sua experiência, particularmente com o trabalho em grupo apartamento, envolvia grandes responsabilidades.

O voluntariado brasileiro construiu, segundo esta entrevistada, “uma relação internacional forte, entre os dois países [Itália e Brasil]”. Foi uma relação que provocou mudanças no Brasil e grandes conquistas. Para Itália foi a possibilidade de reconhecimento internacional, a “capacidade de reproduzir no Brasil, o que não se conseguiu no restante da Europa”. A assistente social reconhece que, no Brasil, há, atualmente, um esforço enorme em fechar os manicômios, e ela não vê esse esforço no restante dos países europeus, que agora possuem manicômios reestruturados, mas que ainda se mantêm como instituições totais com novas roupagens. Essa experiência de voluntariado possibilitou, segundo ela, uma relação intercontinental que existe até hoje e que se modifica com o tempo.

A assistente social paulista, que construiu sua cidadania italiana, concluiu sua entrevista com uma reflexão bastante interessante, no que diz respeito a sua identidade: não se reconhece atualmente “nem como brasileira e nem como italiana”, e não sabe como explicar isso. Conquistou um reconhecimento profissional, mas, as pessoas com quem trabalha atualmente, sabem que ela é brasileira, mas não sabem da sua experiência pregressa no Brasil. Sua origem ficou “sacrificada”. Fica a impressão de que tudo começou apenas na Itália e não é bem assim. Atualmente, ela diz permanecer com a identidade profissional brasileira, trabalhando com grupos; com *empowerment*, enfrentando o poder psiquiátrico. Todavia para ela, a Itália se constitui um país dominante no campo da saúde mental em razão de sua receptiva cultura antimanicomial.

3) O PSICÓLOGO

Passemos a um relato, que nos projeta em 2002 e de alguém que, como a grande maioria dos voluntários, retornou ao Brasil, onde exerce a sua profissão atualmente, investindo concomitantemente na vida acadêmica. Sua experiência em Trieste tomou a forma de uma dissertação de mestrado (BUENO, 2011). Trata-se de um psicólogo mineiro, formado pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas). Ele relatou, em sua dissertação, uma experiência de voluntariado de 8 meses, que teve início em março de 2002. Posteriormente, ele retornou à Trieste, brevemente, em 2004, com objetivos acadêmicos de conclusão de sua pós-graduação (mestrado em psicologia).

A dissertação que resultou deste processo foi defendida em 2011, com o título: “O pensamento de Franco Basaglia e a estruturação da desinstitucionalização na *psichiatria democratica italiana* vistos por um brasileiro”. Nela, ele se detém sobre sua vivência como voluntário, ao longo de um extenso capítulo, remetendo-se a Trieste como um símbolo da Reforma basagliana. Neste trabalho, ele descreve e discute sua prática de “acompanhante terapêutico” de usuários, revelando suas dificuldades e a riqueza do trabalho, além de descrever os serviços da rede de saúde mental italiana.

O deslocamento deste profissional, posterior ao ano 2000, se funda em interesses muito diversos. Já não se trata especificamente de uma

motivação militante, e sim, de um interesse, pessoal, de formação profissional, particularmente vinculadas a inexistência do hospital psiquiátrico, aos modelos de residência para os usuários e à prática do que ele qualifica como “acompanhamento terapêutico”:

Me instigavam relatos de trabalhos feitos em “casas na cidade” que dispensavam a permanência das pessoas em hospitais, além de atividades das mais diversas, como cursos de formação profissionalizante e inserção dos usuários em cooperativas sociais, onde muitos trabalhavam após encaminhamento das equipes de saúde mental. (BUENO, 2011, p.85).

Ele cita Passos (2009), que critica a recepção dos estagiários:

[...] [a pessoa] sabe apenas a qual dos sete 23 CSM da cidade ficará vinculado. Muitos, nessa situação liberalizada, acabam se perdendo em outros atrativos da cidade e esquecendo o trabalho para o qual foram até lá. Outros acabam desistindo, pela incapacidade de se darem, a si e por si mesmos, um lugar interessante na rotina do trabalho, ou por, finalmente, se surpreenderem desempenhando um papel estereotipado e empobrecido de meros acompanhantes de pacientes em suas rotinas diárias (saídas para compras, organização pessoal e da casa etc.) (BUENO, 2011, p. 87, apud PASSOS, 2009, p. 160).

Ele reclama da falta de estatuto formal para o voluntário, mas conclui, com Barros (1994), que: “Os espaços não são apresentados ao recém-chegado, que deve procurar a ‘sua Trieste’. Tudo dependerá do que veio buscar e da disposição em criar um lugar próprio” (BUENO, 2011, p. 88, apud BARROS, 1994, p. 22).

A informalidade do primeiro impacto é superada pela riqueza do inesperado e pela complexidade da cena que se descortina. Inovar, inventar e criar, são palavras recorrentes, segundo ele, na prática italiana. Ele cita, em particular, o grupo musical Berimbau, como um exemplo de espaço inclusivo, onde ocorria a não diferenciação entre usuários e *staff*. O nome do grupo não deixa dúvidas acerca do legado da cultura brasileira na Reforma italiana.

Esse psicólogo, atualmente, vive no Brasil e segue com sua prática profissional privada e com sua formação acadêmica. A sua tese de mestrado testemunha um padrão de voluntariado que atravessa décadas e persevera

na proposta de uma inserção desafiadora e rica para aqueles que estiverem dispostos a construir.

HISTÓRIAS DE CONSTRUÇÃO DO TRATAMENTO EM LIBERDADE

São muitas as histórias que falam sobre a experiência do foi chamado de “voluntariado” em Trieste: às vezes em sintonia entre si, outras, em plena discordância. Permanece, todavia, a importância da participação dos brasileiros e brasileiras dando vida aos percursos e conexões entre sujeitos e instituições de diferentes países.

Trata-se de uma participação numerosa, constante e ativa. Esta, se configura através da prática clínica, da sustentação de cotidiano assistencial, da contribuição nas frentes de reinserção e reabilitação psicossocial, no compartilhamento de material informativo e nas atividades culturais e políticas da Reforma psiquiátrica italiana ocorridas em Trieste.

Com o levantamento destas informações, delineia-se a figura de um voluntariado que sustentou, ao longo de décadas, diversos projetos profissionais e políticos. Muitos deles compartilharam sua potência, capacidade crítica e inventividade na atenção à saúde mental triestina e em outras localidades italianas que este artigo não se propôs a abordar.

Os dados estatísticos correm o risco de delinear um retrato estereotipado, se não é integrado e interpretado através do testemunho de seus protagonistas. Acontece, neste caso, uma característica relevante: aquela de um sujeito que, através da prática, às vezes difícil e contraditória, se projeta na expectativa de construção de mudanças institucionais possíveis e concretas. É um quadro extremamente rico e complexo, que se abre criticamente, perguntando, de maneira geral, acerca dos valores da prática, do significado da formação, do aprendizado através do envolvimento pessoal e a força da militância na construção de políticas sociais.

A nossa pesquisa demonstra como os brasileiros e as brasileiras, em Trieste, representaram, sem dúvida, uma fonte de enriquecimento coletivo, porém é clara a exigência de se desenvolver melhor a oportunidade ofertada através desta cooperação. É o que nos demonstra a experiência da psicóloga e da assistente social que relatamos.

As suas histórias, com diferentes resultados, nos mostram o difícil e contraditório percurso por parte de alguns de nossos profissionais na Itália. De fato, no início não puderam se posicionar dentro dos serviços, de modo profissional, mesmo se na realidade praticassem com riqueza o que traziam como bagagem e aprendizado brasileiro.

A assistente social teve que refazer todo o seu percurso de formação profissional, pela dificuldade burocrática do reconhecimento formal de seu título de graduação obtido no Brasil e a psicóloga teve que trabalhar em uma condição que não condizia com a sua qualificação, apesar de ter realizado uma inserção consistente em uma ONG. O psicólogo, quando voltou ao Brasil, conseguiu colher frutos de sua experiência triestina, através de publicações acadêmicas, tematizando a prática antimanicomial e sua teoria.

Por intermédio desta pesquisa delinea-se uma perspectiva, a ser investigada, sobre a influência que os profissionais, os pesquisadores e os estudantes de graduação e pós-graduação, “voluntários e voluntárias” em Trieste, promoveram na luta antimanicomial no Brasil. Naturalmente, não podemos nos esquecer do “peso” exercido por outros sujeitos, processos históricos internos e escolhas políticas. Mas, devemos reconhecer que os resultados obtidos foram possíveis em função da motivação e formação de pessoas, que retornaram e se propuseram de levar adiante este novo modelo desinstitucionalizador. Assim, o voluntariado resultou também no desenvolvimento de trabalhos científicos relevantes, que estão baseados na experiência nos serviços de saúde mental de Trieste e refletem sobre ela (VASCONCELOS, 1992; BARROS, 1994; GOULART, 2007; PASSOS, 2009). Alguns desses produtos foram, e ainda são, norteadores da prática profissional no Brasil, como o exemplifica as inúmeras contribuições organizadas e escritas por Paulo Amarante (1996; Amarante; Basaglia, 2005) – o principal editor da obra de Franco Basaglia no Brasil. Não podemos também deixar de citar os estágios e visitas daqueles que, além de divulgar e refletir sobre o processo de desinstitucionalização se tornaram gestores da política de saúde mental brasileira, como Roberto Tykanori Kinoshita, que é um exemplo elucidativo dentre tantos outros.

Do outro lado, parece claro que o processo da consolidação da experiência triestina também foi influenciado pela contribuição destes pro-

fissionais que ensejavam uma criativa, corajosa e comprometida prática – clínica e política – relevantes. Vários permaneceram “além-mar”, engajados nos projetos de reinvenção institucional italianos ou vinculando-se a outras frentes antimanicomiais internacionais.

Substancialmente, é evidente o valor da reciprocidade, seja pelo processo de desinstitucionalização realizado no Brasil, seja para a consolidação da Reforma realizada na Itália. A prática do voluntariado, a maneira no qual o voluntário, ou melhor, a voluntária, se dispôs a colaborar, desafiando modelos e expectativas, geralmente com muito entusiasmo e o seu modo de aprender em situações participativas, foram características reconhecidas por todos os três diretores do Departamento de Saúde Mental de Trieste entrevistados. A conduta dos voluntários brasileiros foi fortemente elogiada pela qualidade do trabalho ofertado, pelas novas ideias que foram introduzidas, pela força de proposições culturais e pela importância da troca afetiva. Estes foram elementos essenciais para a realização deste relacionamento de confiança e para uma autêntica construção de cultura antimanicomial.

Concluimos refletindo sobre o convite inicial de Franco Basaglia, que estimulou a ida dos brasileiros a Trieste. Interrogamo-nos se este processo de troca e cooperação, assim como aparece em nossa pesquisa, pode reduzir-se apenas em um simples momento de aprendizagem que respondia ao chamado: “Venham para ver!”. Para além disso, sinaliza-se uma rica e ativa contribuição, não apenas subjetiva, mas profissional. Aquilo que ocorreu e ainda acontece na forma de cooperação significa, na grandeza da liberdade de escolha que sustenta o voluntariado: “fazer juntos!”.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- BARROS, D. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Ed. USP, 1994.
- BASAGLIA, F. *Conferenze brasiliane*. Milano: Raffaello Cortina, 2000.
- BASAGLIA, F; AMARANTE, P. (Org.). *Escritos selecionados em saúde mental e Reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BUENO, R. C. *O pensamento de Franco Basaglia e a estruturação da desinstitucionalização na psiquiatria democrática italiana vistos por um brasileiro*. PUC Minas, 2011. Dissertação (mestrado). Pontifícia Universidade Católica. Programa de pós-graduação em Psicologia. Belo Horizonte, 2011.

DI FLORA, G. F. *Direitos humanos x políticas migratórias: os centros de detenção paraimigrantes na Itália*. GT 22. Migrações internacionais: interações entre estados, poderes e agentes. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 36., 2012, *Anais...* Águas de Lindóia, SP, 2012. Disponível in: <http://portal.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=8091&Itemid=217>. Acesso em: 4 jul, 2016.

FIRMINO, H. *Nos porões da loucura*. Rio de Janeiro: CODECRI, 1982.

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

GOULART, M. S. B. *Relatório final: a história da política de saúde mental*. Minas Gerais e vínculos com Itália. Belo Horizonte: FAPEMIG, 2014.

GOULART, M. S. B. et al. La presenza storica dei brasiliani nella pratica della salute mentale di Trieste: “venite a vedere” o fare insieme? *Fogli d'Informazione*, v. 35-36, luglio-dicembre, p. 16-27, 2015.

MARIN, I.; BON, S. Guarire si può: persone e disturbo mentale. *Collana 180*. Merano/ Itália: Edizioni Alfabeta, 2012.

MOFFATT, A. *Psicoterapia do oprimido*. São Paulo: Cortez, 1984.

NICÁCIO, F. AMARANTE, P. E BARROS, D. D. Postfazione: I movimenti per la salute mentale in Brasile dagli anni Ottanta. In: BASAGLIA, F. *Conferenze brasiliane*. Milano: Raffaello Cortina, 2000.

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

VASCONCELOS, E. M. *Do Hospício à comunidade: mudança sim, negligência não*. Belo Horizonte: SEGRAC, 1992.

Sobre os autores

ADELAIDE LUCIMAR FONSECA CHAVES

Psicóloga de dupla nacionalidade: brasileira e italiana. Formou-se (1984) pela Fundação Mineira de Educação e Cultura (FUMEC) de Belo Horizonte/MG. Trabalhou no Centro de Triagem e Encaminhamento Social da Secretaria do Trabalho e Ação Social de Minas Gerais, com a assistência aos moradores de rua e posteriormente em São Paulo, como educadora de rua com menores, na Secretaria do Menor do Estado de São Paulo. Participou da constituição do movimento pela luta antimanicomial como ativista. A partir de 1989, parte para a Itália para participar das iniciativas de voluntariado do Departamento de Saúde Mental de Trieste (Itália). Em 1992, integrou-se nos Serviços de Saúde Mental da cidade de Imola (Itália), participando do processo de reforma psiquiátrica ali desenvolvida. Trabalhou em residências terapêuticas e um centro diurno, além de participar de todos os eventos de promoção de cultura antimanicomial, como operadora social, e colaborou na realização dos eventos formativos para Gestores de serviços de Saúde Mental da América Latina que eram organizados pelo Departamento de Saúde Mental de Imola: dois cursos patrocinados pela Organização Mundial da Saúde (promovidos pelos Serviços de Saúde Mental da Região da Emilia Romagna). Trabalhou ainda em projeto de recuperação e salvaguarda da antiga biblioteca do ex-manicômio de Imola. Participou da equipe de pesquisa sobre História da reforma psiquiátrica mineira –conexão Brasil – Itália, executada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e integra o Grupo de Psicologia Democrática do CNPq. (lufonseca@libero.it)

ANA INES HELLER

Medica especialista en Psiquiatria UBA. Trabaja como psiquiatra de guardia en el Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Alvarez y en el Programa ADOP-ADOPI (Dispositivo de Atención Psiquiatrica Psicologica Programada en situaciones de crisis) en la Ciudad de Buenos Aires. En ambos se desempeña como integrante de equipos interdisciplinarios de salud mental com psicólogos y trabajadores sociales. Participo del grupo organizador del Café Basaglia (empresa social en salud mental) del 2011 al 2013. Colaboradora docente en las Practicas Hospitalarias de la Facultad de Psicologia UBA. (aiheller@intramed.net)

CLARISSA MENDONÇA CORRADI-WEBSTER

Professora do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. É coordenadora do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicopatologia, Drogas e Sociedade (LePsis) no qual são produzidas pesquisas na área de saúde mental, uso de drogas e políticas públicas de saúde e também são realizadas intervenções, através de estágios para alunos de psicologia, em serviços públicos de saúde mental. (clarissac@usp.br)

CLAUDIA LÓPEZ MOSTEIRO

Psicóloga (Universidad de Buenos Aires), Psicóloga Social (Primera Escuela Privada de Psicología social Enrique Pichon Riviére) y Doctora en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús. Argentina). Ex Docente de la Universidad Nacional de Lanús y de la Universidad de Buenos Aires. Trabaja como Psicóloga en el CESAC 22 (Centro de Salud y Acción Comunitaria) dependiente del Hospital Durand, y en el AdoP-AdoPi (Programa de Atención Domiciliaria Psiquiátrica-Psicológica Programada en Situación de Crisis) ambos de la Ciudad de Buenos Aires. Participó del grupo organizador del Café Basaglia (Empresa social en salud mental) 2011–2013. Ha obtenido en co-autoría el Premio Dr. Arturo Ameghino 1999 a la Investigación Clínica. Otorgado por el Centro de Salud Mental N° 3 Dr. Arturo Ameghino, por el trabajo de investigación: “Entre

el imaginario social y sus instituciones, el lugar de la Salud Mental”. Ha realizado rotaciones en servicios de salud mental y cooperativas sociales en Andalucía, Bologna, Latiano, Trento (2012) y Trieste (2010). Obtuvo el Primer Premio al trabajo: “Sobre los encierros”, en el Quinto Concurso Internacional de Ensayo Breve 2014–2015, 25 años de la Revista Topia, en el área Problemáticas en Salud mental. Autora del libro Trabajo vivo en acto. Clínica de los encierros. Topia Editorial. 2015. Buenos Aires. Argentina. (mariclolopezm@gmail.com)

EDUARDO AUGUSTO LEÃO

Psicólogo clínico e Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicopatologia, Drogas e Sociedade (LePsis). Pesquisa a relação do uso de álcool e drogas com a saúde mental. (eduardoleaopsi@hotmail.com)

ERNESTO VENTURINI

Médico psiquiatra e Colaborador de Franco Basaglia no processo de desinstitucionalização, em Gorizia e Trieste (Itália). Contribuiu ativamente para o êxito da lei de reforma psiquiátrica na Itália. Desempenhou papéis de responsabilidade na Saúde Pública na Região Emilia Romagna. Colaborador de Universidades italianas e internacionais. Autor de alguns livros de psiquiatria entre outros. Cooperou com a OMS (WHO) em países da África. Acompanhou a reforma psiquiátrica brasileira desde 1992. (eventurini250@mail.com)

EVARISTO PASQUALE

Medico psichiatra. Ex.Direttore SC CSM 3 del DSM dell' ASS1 TS. – Itália. Titoli Di Studio: Laurea in Medicina e Chirurgia ed abilitazione all'esercizio della professione medica a Università di Torino nel 1978. Specializzazione in Psichiatria a Torino nel 1983. Risultato idoneo alla posizione apicale di Primario in Psichiatria nell'esame a Roma del 1990.

Iscritto all'Albo Psicoterapeuti di Trieste Capacità linguistiche scritte: francese e inglese; scritte e parlate: spagnolo e portoghese. (pasqualino.evaristo@gmail.com)

FERNANDA SOUSA VIEIRA

Psicóloga, mestre e doutora pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras e Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicopatologia, Drogas e Sociedade (LePsis). Vem pesquisando temáticas em saúde mental e sua relação com o consumo de drogas. Suporte: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Processo nº 449623/2014-9. (fernanda.vieira1985@gmail.com)

GIUSEPPINA RIDENTE

Psychiatrist and has worked for the Trieste Mental Health Department since 1981 – Director of the Rehabilitation, and Residences Operating Unit, working especially on: continuous qualifying of community based residential facilities; promotion of work skills and employment programs for people in contact with mental health centers; active support to social cooperatives to improve employment opportunity. Primary no center Domo – Trieste/Itália. (pina.ridente@asuits.sanita.fvg.it)

HENRIQUE GALHANO BALIEIRO

Psicólogo, membro do Instituto Gregorio Barenblitt – Instituto Felix Guattari e Conselheiro titular no CONEDH–MG Conselho Estadual de Direitos Humanos (2016–2019). Atua como pesquisador nas áreas de Saúde Mental e Migração. (henriquegb@gmail.com)

IZABEL CHRISTINA FRICHE PASSOS

Professora Titular do Departamento de Psicologia, do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas e

do Mestrado Profissional de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, da Faculdade de Medicina, da UFMG, líder do Laboratório de Grupos, Instituições e Redes Sociais (L@GIR). Autora dos livros: “*Reforma Psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*”, Ed. Fiocruz; “*Loucura e Sociedade: discursos, práticas e significações sociais*”, Ed. Argvmentym-Finotração. Organizadora do livro “*Poder, normalização e violência: incursões foucaultianas para a atualidade*”, Ed. Autêntica. (izabelfrichepassos@gmail.com)

IZABEL MARIN

Assistente social. Trabalha para o Departamento de Saúde Mental de Trieste desde 2004. Como voluntária, chegou à Trieste em fevereiro de 1988. Publicou em 2012, junto com Silva Bon, *Guarire si può. Persone e disturbo mentale*, um ensaio sobre percursos de *recovery* de pessoas com transtornos mentais graves. Atualmente coordena um projeto pelo Departamento de saúde mental *Recovery House*. (izabel.marin@asuits.sanita.fvg.it)

MARIA ALINE GOMES BARBOZA

Psicóloga, Mestre em Psicologia Social pela UFMG e doutoranda em Psicologia Social pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFMG. Analista de Políticas Públicas da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte/MG, membro do Laboratório de Grupos, Instituições e Redes Sociais (L@GIR). (linepur@gmail.com)

MARIA STELLA BRANDÃO GOULART

Psicóloga social, natural de Belo Horizonte, Brasil. Tem doutorado em Ciências Humanas – Sociologia e Política – pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), tendo realizado a pesquisa de tese durante estágio na *Università degli Studi di Bolognæ* no Instituto Gian Franco Minguzzi (Bologna, Itália). É mestre em Sociologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), onde também se graduou, e é especialista em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENS/FIOCRUZ) e Escola de Saúde de Minas Gerais (ESP MG). Leciona na UFMG, onde atual-

mente preside a Comissão Institucional de Saúde Mental. É fundadora e foi a primeira coordenadora do Programa de Extensão em Atenção à Saúde Mental (PASME). Lidera o Grupo de Pesquisa “Psicologia Democrática” do CNPq, congregando pesquisadores de diversas instituições e participa do GT de História da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP). As suas principais experiências de pesquisa e docência se concentram na área de políticas públicas e sociais, com ênfase em: Saúde Coletiva e Saúde Mental, Cultura, Educação, Orçamento Participativo, Infância e Adolescência. É autora do livro “As raízes italianas do movimento de luta antimanicomial”. Dentre diversas iniciativas de investigação e colaboração com as instituições de saúde mental italianas, a professora coordenou as pesquisas: “A história da política de saúde mental: Minas Gerais e vínculos com a Itália”, realizada entre 2012 e 2014, e o convênio internacional de pesquisa com a UNIBO, Universidade de Bologna, intitulado “Modelos de reabilitação psicossocial para usuários dos serviços de psiquiatria: um confronto de experiências de Minas Gerais e Emilia Romagna”. (goulartstella2011@gmail.com)

MARIANE CAPELLATO MELO

Psicóloga e mestre pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Membro do LePsis (Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicopatologia, Drogas e Sociedade), realizando pesquisas sobre o campo de álcool, drogas e construcionismo social. (marianecapellato@gmail.com)

MARILINA SALVI ANTONELLI

Psicóloga (Universidad de Buenos Aires), finalizó sus estudios de Posgrado en Salud Social y Comunitaria dependiente del Ministerio de Salud de la Nación. Coordina el Equipo de Salud Mental de la Dirección de Salud de Capitán Sarmiento, Provincia de Buenos Aires. Trabaja como psicóloga en el Hospital Municipal San Carlos de la Ciudad de Capitán Sarmiento, Provincia de Buenos Aires. Participó del grupo organizador del Café Basaglia (Empresa social en salud mental) 2011–2013. Ha realizado rotaciones en servicios de salud mental y cooperativas sociales en la ciudad de Trieste,

Itália (2010). (marilinasalvi_antonelli@hotmail.com)

MEIRE LUCI DA SILVA

Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade de São Paulo (USP) em 1995, mestrado e doutorado em Engenharia Biomédica pela Universidade de Mogi das Cruzes (2010) Atualmente Professora Assistente Doutora do Curso de Terapia Ocupacional – Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Estadual Paulista UNESP/Marília. Tutora da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Experiência na área de Terapia Ocupacional com ênfase em Saúde Mental e Dependência Química. (meire@marilia.unesp.br)

PAUL BAKER

Formado em sociologia e assistência social na Universidade de Manchester e Pós-graduação em Saúde Mental. Secretário na International Mental Health Collaborating Network (IMHCN), coordenador de mídias sociais da Intervoice e um dos fundadores da Intervoice no Reino Unido. Desenvolveu projetos na área da saúde mental em Trieste (Itália), Sérvia, Croácia, Inglaterra e País de Gales. Realizou workshops em mais 15 países. Paul publicou o livro “The Voice Inside” (A Voz Interior). Escreveu capítulos e artigos sobre: Recovery House, pessoas que ouvem vozes e medicalização da vida. (paul@imhcn.org)

REGINA CÉLI FONSECA RIBEIRO

Terapeuta Ocupacional, Doutora em Psicologia Social pela UFMG. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da UFMG, membro do Laboratório de Grupos, Instituições e Redes Sociais (L@GIR). (rribeiro@ufmg.br)

ROBERTO MEZZINA

Psychiatrist, graduate and specialized in Psychiatry at the University of Bari, contributed for the last 30 years to the experience begun by Franco

Basaglia in Trieste (Who inspired the Italian Mental Health Reform Law in 1978), with the de-institutionalization of the local psychiatric hospital and the subsequent development of alternative Community Services. He has been invited as teacher, keynote speaker and expert in hundreds of Scientific Institutes, Universities, Mental Health Services in Italy, Europe (Belgium, Spain, Great Britain, Ireland, France, Slovenia, Bulgaria, Netherlands, Norway, Sweden, Switzerland, Slovakia, Serbia, Greece, Finland, Romania, Albania) and overseas (USA, Canada, Australia, New Zealand, India, Sri Lanka, Palestine, Iran). (roberto.mezzina@asuits.sanita.fvg.it)

ROSSANA MARIA SEABRA SADE

Rossana é natural de Curitiba/Paraná, radicada em Marília – São Paulo. Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná (1982), especialista em Educação Especial pela Universidade Federal do Paraná (1991), mestre em Educação pela Universidade Federal de São Carlos (1995), doutora em Educação pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (2002). Em 2011, concluiu o pós-doutorado em Desinstitucionalização realizado em Trieste – Itália, bolsista FAPESP. É Professora Assistente Doutora da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Membro da Internacional Association Of Applied Psychology e da Rede International Mental Health Collaborating Network (IMHCN), representando o Brasil, como membro do Conselho. Parecerista de várias publicações científicas nacionais e autora de diversos artigos e capítulos de livros. (rossana@marilia.unesp.br)

THAÍS THOMÉ SENI DA SILVA E OLIVEIRA

Possui graduação, mestrado, e doutorado em Psicologia pela FFCLRP – Universidade de São Paulo. É especialista em Coordenação de Grupos Operativos pelo Instituto Pichón-Rivière de Ribeirão Preto e em Psicologia Clínica. É membro da International Mental Health Collaborating Network – IMHCN e da Franca e Franco Basaglia International School. Atuou como docente em cursos de Psicologia de IES do Paraná, Mato Grosso do Sul e São Paulo. Desenvolveu pesquisa de Pós-doutorado pela Universidade de São Paulo em parceria com a Università degli studi di

Trieste e com o Dipartimento di Salute Mentale di Trieste. Atualmente trabalha como pesquisadora colaboradora no Dipartimento di Salute Mentale di Trieste. (thasenne@gmail.com)

VALÉRIA DIMITROFF

Nacida en Argentina, Ciudad Autónoma de Buenos Aires el 4 de marzo de 1983. Cursó sus estudios universitarios en la Universidad Nacional de La Plata, las carreras de licenciatura y profesorado en psicología entre los años 2001 y 2008. Complementó su capacitación en salud mental y derechos humanos en Universidad Popular de Madres de Plaza de Mayo. Ayudante alumna y graduada de la cátedra libre Marie Langer de la UNLP, participó de diversos espacios de extensión universitaria en prácticas referidas a reinserción comunitaria de personas con padecimiento mental en hospital psiquiátrico Alejandro Korn y centro de salud Franco Basaglia, en la ciudad de la Plata, Buenos Aires, Argentina. Desde 2008 se desempeña en psicóloga comunitaria en la actual Subsecretaría de determinantes sociales de la salud y la enfermedad física, mental y de las adicciones, Ministerio de Salud – gobierno de la provincia de Buenos Aires. Pasante del sistema de salud mental de Trieste Italia año 2010. Presidente de Cooperativa de Salud Mental “Ser arte y parte” desde 2013 a la fecha. Psicóloga comunitaria en centro de salud mental comunitaria Dr. Franco Basaglia, La Plata Argentina – Psicóloga clínica en psicoterapia individual para adultos – Magister en curso sobre patologías y problemáticas del desvalimiento. (valedimitroff@gmail.com)

SOBRE O LIVRO

Catálogo

Telma Jaqueline Dias Silveira
CRB - 8/7867

Normalização e Revisão

Karenina Machado

Capa e diagramação

Gláucio Rogério de Moraes

Produção gráfica

Giancarlo Malheiro Silva
Gláucio Rogério de Moraes

Assessoria Técnica

Maria Rosangela de Oliveira
CRB - 8/4073
Renato Geraldi

Oficina Universitária

Laboratório Editorial
labeditorial@marilia.unesp.br

Formato

16X23cm

Tipologia

Adobe Garamond Pro

Papel

Polén soft 70g/m2 (miolo)
Cartão Supremo 250g/m2 (capa)

Acabamento

Grampeado e colado

Tiragem

300

Impressão e acabamento

Gráfica e Editora Shinohara
Marília, SP

2017

A sociedade em que vivemos produz continuamente falsas mudanças, constrói continuamente ideologias, mecanismos de mistificações para que as pessoas permaneçam em uma espécie de liberdade limitada e vigiada; portanto qualquer movimento que busque modificar essa liberdade vigiada é visto como algo preocupante, insidioso, algo que ameaça a ordem constituída. É fundamental refletir sobre o que é romper a lógica manicomial e como a reforma psiquiátrica no Brasil está enfrentando este paradigma. Este livro é uma coletânea dos artigos oriundos das conferências do I Congresso Internacional Franca e Franco Basaglia.

