

JULIANA PAULA DE OLIVEIRA

**A TRANSVERSALIDADE DO ENCONTRO:
da desinstitucionalização em Trieste à Sorocaba, (re)fazer?**

ASSIS

2017

JULIANA PAULA DE OLIVEIRA

**A TRANSVERSALIDADE DO ENCONTRO:
da desinstitucionalização em Trieste à Sorocaba, (re)fazer?**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista para a obtenção do título de mestra em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientador: Prof. Dr. Silvio Yasui

Bolsista: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

ASSIS

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – Unesp

O48t Oliveira, Juliana Paula de
A transversalidade do encontro: da desinstitucionalização
em Trieste à Sorocaba, (re)fazer? / Juliana Paula de Oliveira.
Assis, 2017.
150 f. : il.

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras
de Assis – Universidade Estadual Paulista.

Orientador: Dr. Silvio Yasui

1. Desinstitucionalização. 2. Reforma psiquiátrica. 3. Políticas públicas. 4. Saúde mental. I. Título.

CDD 616.89

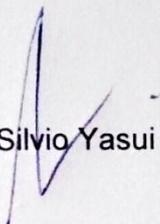
JULIANA PAULA DE OLIVEIRA

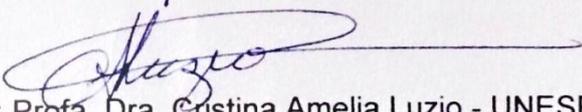
**A TRANSVERSALIDADE DO ENCONTRO: da
desinstitucionalização em Trieste à Sorocaba, (re)fazer?**

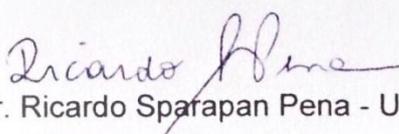
Dissertação apresentada à Faculdade de
Ciências e Letras – UNESP/Assis para a
obtenção do título de Mestrado Acadêmico em
PSICOLOGIA (Área de Conhecimento:
PSICOLOGIA E SOCIEDADE)

Data da Aprovação: 11/04/2017

COMISSÃO EXAMINADORA

Presidente: Prof. Dr.  Yasui - UNESP/ASSIS

Membros: Profa. Dra.  Cristina Amelia Luzio - UNESP/ASSIS


Prof. Dr. Ricardo Sparapan Pena - UFF/VOLTA REDONDA-RJ

*Aos forasteiros e nossa Arte do Encontro nessa caminhada.
Foi um privilégio poder trabalhar, acreditar, conviver e aprender com vocês.*

Aos sobreviventes moradores do manicômio.

AGRADECIMENTOS

Apesar da solidão que aparenta ser o processo de escrita em uma pesquisa, para que possamos chegar até ele é necessária uma base de sustentação que construímos ao longo da vida. Parte dela é feita de afeto. Por isso, agradeço:

Aos meus pais, Romeu e Maria. Parecia ser impossível que eles tivessem uma filha formada, mas conseguimos, e seguimos. Obrigada pelo apoio, por me ensinarem o seu melhor e por me deixarem voar.

À minha avó que mesmo sem entender muito bem o que é esse tal de mestrado, sempre me apoiou com sua simplicidade e sabedoria.

Ao Alexandre Muchiutti, por estar perto, estar junto desde muito antes de essa caminhada começar. Obrigada pelas cervejas geladas em dias difíceis.

Aos amigos companheiros do FLAMAS pela força, pela potência.

Aos entrevistados pelas trocas, aprendizagem e por contribuírem com seus afetos e afetações.

Ao Prof. Dr. Silvio Yasui pelos ensinamentos desde a graduação com as aulas, estágio e iniciação científica e no mestrado por me orientar e mostrar caminhos e possibilidades que jamais enxergaria sozinha.

À banca de qualificação e defesa: Prof.^a Dr.^a Cristina Amélia Luzio e Prof. Dr. Ricardo Sparapan Pena pelo acolhimento e apontamentos e à Prof.^a Dr.^a Andreia Sanches Garcia pela contribuição na qualificação.

À Juliana Antoneli por compartilhar gentilmente seu olhar sensível do que vivemos, por meio de suas fotografias.

À pós-graduação da UNESP Assis pela atenção e auxílio em minhas dezenas de dúvidas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento da pesquisa.

Enfim, aos meus amigos que deixei pelo caminho em tantos lugares que passei nessa vida “cigana” (Santos, Assis, Presidente Prudente, São Miguel Arcanjo, Sorocaba, Cerquillo, Alvares Machado), mas que levo comigo em lembranças e afeto, e “*♪♪ Vou mostrando como sou e vou sendo como posso. Jogando meu corpo no mundo, andando por todos os cantos e pela lei natural dos encontros, eu deixo e recebo um tanto ♪♪*”.

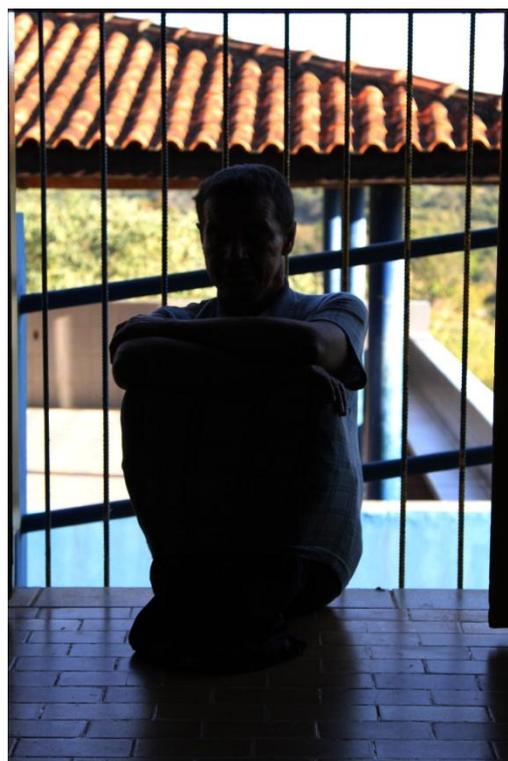


Figura 1 - Epígrafe em forma de imagem.
Fonte: Juliana Antoneli (arquivo pessoal).

*Quem tem consciência para ter coragem
Quem tem a força de saber que existe
E no centro da própria engrenagem
Inventa a contra mola que resiste
Quem não vacila mesmo derrotado
Quem já perdido nunca desespera
E envolto em tempestade decepada
Entre os dentes segura a primavera
João Apolinário Teixeira Pinto*

OLIVEIRA, J. P. A TRANSVERSALIDADE DO ENCONTRO: da desinstitucionalização em Trieste à Sorocaba, (re)fazerem? 2017. 150 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Psicologia). – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2017.

RESUMO

Desinstitucionalização é um processo social complexo que mobiliza os sujeitos sociais como atores que transformam a relação de poder entre pacientes e instituição substituindo as internações em Hospitais Psiquiátricos, fazendo assim uma reconversão dos recursos (materiais e humanos) (Rotelli, 2001). Das experiências de reforma na psiquiatria já realizadas, foi na Itália que esse processo foi exitoso no que se refere à questão antimanicomial, especialmente na cidade de Trieste com o trabalho iniciado por Franco Basaglia. No Brasil, vivemos um processo de transformação na saúde mental nomeado reforma psiquiátrica que visa à inserção social e melhor qualidade de vida para as pessoas em sofrimento psíquico. A cidade de Sorocaba, localizada no interior de São Paulo, vivencia mais um momento importante para a reforma psiquiátrica. Após denúncias acerca da situação dos hospitais psiquiátricos da região, houve a assinatura de um Termo de Ajuste e Conduta (TAC) envolvendo Ministério Público Federal, Ministério Público do Estado de São Paulo, Secretaria de Saúde de São Paulo, Governo do Estado, Ministério da Saúde, Prefeitura Municipal de Sorocaba, Prefeitura Municipal de Salto de Pirapora e Prefeitura Municipal de Piedade. O TAC traz metas e prazos para um processo de desinstitucionalização de um dos maiores polos de hospitais psiquiátricos no país. A partir desse contexto esta dissertação tem como objetivo analisar e estabelecer um diálogo entre a história da consolidação da reforma psiquiátrica na Itália, em especial na cidade de Trieste, cotejando e traçando linhas transversais com o atual momento vivido na reforma psiquiátrica brasileira na região de Sorocaba, principalmente no município de Sorocaba com o processo chamado de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos e ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Palavras-chave: Desinstitucionalização. Políticas públicas. Reforma psiquiátrica. Saúde mental.

OLIVEIRA, J. P. **TRANSVERSALITY OF ENCOUNTER: about deinstitutionalization from Trieste to Sorocaba, to (re)make?** 2017. 150 f. Dissertation (Master's Degree in Psychology). – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2017.

ABSTRACT

Deinstitutionalization is a complex social process that mobilizes social subjects as agents who change relations of power between patients and institution replacing hospitalization in psychiatric hospitals and then promoting reconversion of (material and human) resources (Rotelli, 2001). Among experiences of psychiatric reform performed up to date, this process was successful in Italy for an anti-asylum view, especially in Trieste city with the movement initiated by Franco Basaglia. In Brazil, there is a process of change in mental health recently called psychiatric reform which aims to social insertion and good quality of life for individuals with psychic suffering. The city of Sorocaba, located in the extended metropolitan region of São Paulo, has been experienced one more relevant moment for psychiatric reform. Following complaints about the situation of psychiatric hospitals in the region, a conduct adjustment term (TAC) was signed by Brazilian Public Prosecutor's Office (MPF), São Paulo Public Prosecutor's Office, São Paulo Department of Health, Sorocaba Municipal Prefecture, Salto de Pirapora Municipal Prefecture and Piedade Municipal Prefecture. TAC introduces aims and limits for a process of deinstitutionalization of one of the largest centers of psychiatric hospitals in the country. In this context this dissertation has as its purpose to analyze and establish dialogues between the history of the organization of psychiatric reform in Italy – especially in the city of Trieste – and the current period experienced in the psychiatric reform in Brazil, especially in Sorocaba city, with the process called deinstitutionalization of psychiatric hospitals and expansion of the Psychosocial Care Network (RAPS).

Keywords: Deinstitutionalization. Public policies. Psychiatric reform. Mental health.

LISTRA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** - Epígrafe em forma de imagem.
Fonte: Juliana Antoneli (arquivo pessoal).7
- Figura 2** - Carnaval no manicômio.
Fonte: Foto de arquivo da autora. 13
- Figura 3** - Cerca em torno hospital mental de Gorizia, desmantelada em 1962.....31
- Figura 4**- Hospital San Giovanni (setembro de 1977). No chão está escrito “não habitado”.
Fonte: Con Franco Basaglia. Disponível em:
<<https://confrancobasaglia.wordpress.com/category/la-liberta-e-terapeutica/page/2/>>.
.....39
- Figura 5** - Nas grades do manicômio.
Fonte: Juliana Antoneli (arquivo pessoal).82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHS	Conjunto Hospitalar de Sorocaba
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CLU	Cooperativa <i>Lavoratori Uniti</i>
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONDEP	Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Humana
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DRS	Departamento Regional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FLAMAS	Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
LPM	Loucos pelo Mundo
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Organização Social
PA	Pronto Atendimento
PCI	Partido Comunista Italiano
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAR	<i>Servizio di Abilitazione e Residenze</i>
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajustamento e Conduta
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPH	Unidades Pré-Hospitalares

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS: A VIDA É ARTE DO ENCONTRO	13
Objetivo.....	16
Metodologia	17
Entrevistas.....	18
Aspectos éticos.....	20
Sobre os capítulos	20
CAPÍTULO I – REFORMAS PSIQUIÁTRICAS PELO MUNDO	23
Comunidade Terapêutica.....	24
Psicoterapia Institucional	25
Psiquiatria de Setor.....	26
Psiquiatria Preventiva	27
Antipsiquiatria	28
CAPÍTULO II – REFORMA ITALIANA: A INSTITUIÇÃO NEGADA, A INSTITUIÇÃO INVENTADA E AS INSTITUIÇÕES SINGULARES DA VIDA COTIDIANA	30
Gorizia: A instituição negada	31
Movimento da Psiquiatria Democrática.....	38
Trieste: A instituição inventada	39
A lei 180.....	45
Trieste sem manicômio: Instituições singulares da vida cotidiana	47
Conceito de desinstitucionalização	57
Recovery.....	61
Marcadores de análise: Trieste e Sorocaba.....	65
CAPÍTULO III – DESINSTITUCIONALIZAÇÃO À BRASILEIRA	66
O termo desinstitucionalização nas Conferências Nacionais de Saúde Mental.....	68
Política de Saúde mental	71
O polo manicomial de Sorocaba.....	74
O começo do fim.....	77
CAPÍTULO IV– VIVENDO A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	82
A gestão terceirizada em saúde.....	85

Que trabalho deveria ser sido feito?	88
Fragmentos do trabalho, dificuldades e efeitos: o que foi feito (ou foi possível fazer).....	90
Assistência Hospitalar.....	91
Assembleias semanais	92
Projeto Terapêutico Singular (PTS)	93
Trabalho com famílias.....	95
Resgate de história de vida dos moradores.....	98
Serviço de Residência Terapêutica (SRT).....	99
Reuniões de miniequipe	103
Reuniões de equipe geral	104
Articulação com outros municípios	106
Outros efeitos por meio de Histórias	107
Delfino: não se reconhece no espelho.....	107
Gerânio e nossas conversas “evolúidas no prontuário”	109
Angélica: De segunda a sexta no hospício, sábado e domingo em casa	111
Melissa: Chamava o dono do hospital de pai	113
Lírio e o folheto do supermercado	114
Crise e Ruptura	116
Vamos à luta!.....	119
A RAPS de Sorocaba	121
O que aconteceu após a Ruptura	125
Desinstitucionalização para os entrevistados	128
Mas é possível fechar manicômio?	131
CONSIDERAÇÕES FINAIS: DIÁLOGOS ENTRE TRIESTE E SOROCABA	136
1. Implicação e articulação do poder político e administrativo:.....	138
2. Restituição dos direitos garantidos e empoderamento:.....	139
3. Resposta às necessidades concretas dos sujeitos para efetivo retorno ao território:.....	139
4. Os dez pontos que caracterizam a recovery na “Carta dos serviços de saúde mental” apresentada no Congresso Impazzire si può:	140
REFERÊNCIAS	144
ANEXO – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)....	149

CONSIDERAÇÕES INICIAIS: A VIDA É ARTE DO ENCONTRO



Figura 2 - Carnaval no manicômio.
Fonte: Foto de arquivo da autora.

*Cuidado, companheiro!
A vida é pra valer
E não se engane não, tem uma só
Duas mesmo que é bom
Ninguém vai me dizer que tem
Sem provar muito bem provado
Com certidão passada em cartório do céu
E assinado embaixo: Deus
E com firma reconhecida!
A vida não é brincadeira, amigo
**A vida é arte do encontro
Embora haja tanto desencontro pela vida***

Vinicius de Moraes

O tema saúde mental sempre esteve presente em minha formação. Na graduação em psicologia, fiz estágios e iniciação científica nesse tema. A tanto falada e às vezes temida loucura sempre me instigou. Já formada, como profissional fui trabalhar com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em alguns serviços da rede, e com a prática pude perceber que a saúde mental e a atenção psicossocial são amplas e estão presentes em todas as formas de atuação do psicólogo. Ali entendi que a política pública era um tema de muito interesse. Então entendemos que fomos picados pelo “bichinho da militância” quando percebemos que Conselhos

Municipais, estruturas dos serviços e movimentos sociais são temas cada vez mais presentes em nosso cotidiano.

Em 2014 vou para Sorocaba “fechar hospício”, como falávamos. Essa era a graça e a luta de vários forasteiros que saíram de suas cidades e seus outros empregos, largando tudo para trás e indo viver um pedaço da história da reforma psiquiátrica. Lá encontrei vários malucos que como eu, os olhos brilhavam quando vislumbrávamos como seria o último dia do manicômio aberto. Uma festa, um ato simbólico, entre outras ideias eram planejadas. Essa vivência intensa veio de encontro com a vontade de voltar à vida acadêmica e as primeiras ideias do que se tornaria esta pesquisa foram se delineando conforme a experiência foi sendo vivida. Percepções, dúvidas, sensações e afetações foram se misturando. Início o mestrado pouco mais de um mês antes de sair do processo de fechamento dos hospitais psiquiátricos. Naquele momento eu nem imaginava, pois foi uma saída não esperada e abrupta. As ressignificações e análise da experiência por meio das palavras parecem ser uma interessante maneira de continuar a contribuir com o processo.

Nos encontros e desencontros da vida, hoje tenho o desafio de tentar contribuir por meio desta pesquisa com a reflexão de uma parte dessa linha (com *looping!*) histórica da saúde mental. Dentre as várias inquietações que esse tema me traz e com a experiência de ter vivido um período do processo em Sorocaba, tenho me colocado a pensar a desinstitucionalização¹ enquanto conceito e parte fundamental no percurso da reforma psiquiátrica. Para o Ministério da Saúde, desinstitucionalização:

[...] é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005b, p. 06).

Esse contexto amplo, profundo, cultural e psicossocial, fala de uma reforma ampla e social de ideias, pensamentos e ideologia. Um fenômeno de mudança de

¹ O conceito de desinstitucionalização utilizado nesta dissertação será o usado pelos autores italianos que será melhor elucidado no capítulo II.

paradigma na saúde mental e na ciência produzida a partir dela. A luta histórica de movimentos sociais, trabalhadores da saúde, usuários e familiares contra uma situação limite de marginalização e desumanização do louco (que vivia literalmente como bicho) tem início num contexto político importante, após um turvo período de intervenção militar, o que oxigenou e trouxe euforia e militância engasgada depois daquele período.

Esses fatos marcaram e deram margem a um contexto pertinente e possível para a reforma sanitária e psiquiátrica. Foi possível então um movimento concreto de mudança que trouxe a consolidação das atuais políticas públicas de saúde. Segundo Yasui (2006, p. 68), “Uma revolução científica acontece quando surgem ‘anomalias’, ou seja, fenômenos ou fatos que não são explicados pelo paradigma vigente e que obriga a comunidade científica a produzir um novo paradigma, inexistente até então”.

E hoje, como está a reforma? A sensação é que a obra é grande e que às vezes é preciso “reformular o que já foi reformado”, pois a política é viva e feita por pessoas e para pessoas, por isso deve ser analisada, revista e renovada.

O que essa reforma entendeu e entende por desinstitucionalização? A rede de atenção psicossocial (RAPS) está instituída em vários territórios e processos chamados de desinstitucionalização, com fechamento de hospitais psiquiátricos ainda ocorrem no país após 16 anos da Lei 10.216 e mais de 30 anos do início da Reforma Psiquiátrica. Por outro lado, questões como a terceirização dos serviços de saúde, os vários hospitais psiquiátricos em funcionamento pleno, o “grande novo negócio” das comunidades terapêuticas crescendo rapidamente e clínicas particulares mostram que o espaço asilar ainda é presente e persistente, como que reafirmando a presença da “velha ordem”.

Historicamente, os processos de reformas psiquiátricas se iniciam com as experiências da Europa e América do Norte. Dentre essas experiências europeias, a Itália, mais precisamente a cidade de Trieste, usou o conceito de desinstitucionalização como seu processo de reforma em si e essa experiência tem influência direta na reforma brasileira. Tais experiências mundiais são fragmentos da história que se encontram num atravessamento que se torna anacrônico em alguns pontos, com repetições e que se reinventam e renovam, trazendo a “transversalidade do encontro”, onde experiências já vividas se ressignificam em

outros contextos e em outros tempos, como no processo vivido em Sorocaba, região que foi considerada como polo manicomial contemporâneo até poucos anos, antes da intervenção. É pensando na relevância científica desse momento que as reflexões desta dissertação pretendem contribuir.

Partindo do ponto principal que esta pesquisa propõe contribuir, algumas indagações sucedem, como: quais fatores ou elementos fizeram a desinstitucionalização avançar em Trieste? É possível encontrar esses elementos no atual processo de Sorocaba? O processo de Sorocaba será de fato uma desinstitucionalização dentro do que propõe o conceito italiano? Quais reflexões esta pesquisa pode deixar que possam contribuir como parte de uma análise mais ampla sobre a reforma psiquiátrica, após 16 anos da lei 10.216?

Objetivo

Como objetivo geral, esta dissertação pretende analisar e estabelecer um diálogo entre o processo da reforma psiquiátrica italiana, em especial o processo de desinstitucionalização ocorrido na cidade de Trieste e o atual processo denominado desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos e ampliação da RAPS na região de Sorocaba, com ênfase no município de Sorocaba.

Evidentemente para que tal análise seja feita, é importante explicitar que ambos os processos são resultados de recortes variados que vão desde o contexto histórico, geográfico até o período cronológico que tais experiências ocorreram/ocorrem e portanto, não se pretende fazer comparações puras e simples que reduzam esses aspectos citados e sim entender quais particularidades da experiência triestina foram trazidas e adaptadas à experiência Sorocabana, assim como aquelas que não puderam ser realizadas, analisando os porquês.

Essa análise pretende investigar como as características da reforma italiana foram implantadas, quais fatores ou elementos fizeram esse processo avançar, como estão atualmente e se tais características estão de alguma maneira no processo que ocorre em Sorocaba.

Perceber essas experiências dentro de um contexto mais amplo possibilitará a percepção da ligação que cada fato terá com o todo dentro de uma linha histórica

de acontecimentos. Essa linha histórica não é apenas cronológica e sim cheia de novos conceitos gerados no caminho. Novas ideias baseadas nas experiências já vividas, inspirações, culturas, questões sociais e tantas outras características pertinentes.

Metodologia

Esta pesquisa caracteriza-se como uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, produzindo narrativas e tendo como fonte de dados documentos, referências teóricas, diário de campo e entrevistas semiestruturadas. Para Minayo (1999, p. 57), por meio da entrevista:

[...] o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta de fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada.

Ainda segundo Minayo (1999), o procedimento metodológico *história de vida* é um aprofundamento da modalidade entrevista, sendo uma estratégia de compreensão da realidade, onde experiências vivenciadas são retratadas permitindo ao informante retomar vivências de forma retrospectiva. “É um olhar cuidadoso sobre a própria vivência ou sobre determinado fato. Esse relato fornece um material extremamente rico para análises do vivido. Nele podemos encontrar o reflexo da dimensão coletiva a partir da visão individual” (MINAYO, 1999, p. 59).

Com relação à elaboração do discurso da pesquisa, o método das narrativas contempla o proposto. Segundo Brockmeier (2003, p. 525) “o crescente interesse pelo estudo da narrativa sugere a emergência de um outro caminho para o movimento dos novos paradigmas e de um aprimoramento do método científico pós-positivista”. Sobre o que é a pesquisa com o método das narrativas:

Em seu sentido mais corrente e geral, a narrativa é o nome para um conjunto de estruturas lingüísticas e psicológicas transmitidas cultural e historicamente, delimitadas pelo nível do domínio de cada indivíduo e pela combinação de técnicas sócio comunicativas e habilidades linguísticas, como denominado por Bruner (1991) e, de forma não menos importante, por características pessoais como curiosidade, paixão e, por vezes, obsessão. Ao comunicar algo sobre um evento da vida, uma situação complicada, uma intenção, um sonho, uma doença, um estado de angústia, a comunicação geralmente assume a forma da narrativa, ou seja, apresenta-se uma estória contada de acordo com certas convenções (BROCKMEIER, 2003, p. 526).

Ainda será utilizado como fonte de análise o período em que estive no campo de pesquisa como trabalhadora. É importante ressaltar que minha experiência no campo se inicia enquanto trabalhadora e durante esse período, inicio a pesquisa, que no começo pretendia ser desenvolvida com a minha presença no campo enquanto trabalhadora, fato que não ocorreu devido ao desligamento do processo. Com as vivências no campo que ocorreram no período de 2014 e as entrevistas que ocorreram em 2016, pretende-se traçar uma linha cronológica que contemple meu olhar enquanto observadora participante juntamente com as impressões das pessoas entrevistadas. A técnica de observação participante, segundo Minayo (1999, p. 59):

[...] se realiza a partir do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. O observador, enquanto parte do contexto de observação, estabelece uma relação face a face com os observados. Nesse processo, ele, ao mesmo tempo, pode modificar e ser modificado pelo contexto.

Entrevistas

Foram realizadas cinco entrevistas e os entrevistados foram escolhidos a partir dos seguintes critérios não excludentes: profissionais que trabalham ou trabalharam no processo de desinstitucionalização da região de Sorocaba, membros do movimento social ligado à temática antimanicomial que em algum momento estiveram envolvidos no processo desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos, visando entender alguns aspectos por meio do olhar das pessoas entrevistadas desse processo a partir de suas vivências e afetações.

As entrevistas foram realizadas no final do mês de maio de 2016 e seu roteiro foi elaborado a partir das características levantadas por Franco Rotelli que sintetizam alguns pontos principais da experiência italiana. As características levantadas são (ROTELLI, 2001):

- Desinstitucionalizar o paradigma (problema x solução, doença x cura);
- A desinstitucionalização mobiliza todos os atores envolvidos no sistema de ação institucional (técnicos, pacientes, administradores, políticos);

- O objetivo prioritário da desinstitucionalização é transformar as relações de poder entre instituição² e os sujeitos e, em primeiro lugar, os pacientes;
- A desinstitucionalização é um trabalho homeopático que usa as energias internas da instituição para desmontá-la (transformações institucionais a partir *de dentro*);
- A desinstitucionalização libera da necessidade da internação construindo serviços inteiramente substitutivos;
- Os serviços tem a responsabilidade de responder à totalidade das necessidades da saúde mental de uma população determinada;
- Mudam as formas de administrar os recursos públicos para a saúde mental;
- A profissionalidade dos operadores é enriquecida e torna-se mais complexa.

Os entrevistados tiveram ligação direta ou indireta com o processo de desinstitucionalização de Sorocaba, o que trouxe para as entrevistas fragmentos de experiências e emoções permeadas por tais experiências. Durante a entrevista e análise do conteúdo das mesmas noto que há uma sensação e dificuldade características, onde o conteúdo apresentado me convocada em vários momentos a diversas lembranças e sensações, já que tive participação no campo de pesquisa enquanto profissional.

Tais observações são importantes, pois fizeram parte direta do resultado final da pesquisa, onde podemos entender que a neutralidade do pesquisador como preconizava a ciência moderna se torna um paradigma que se pretende superar, construindo uma ciência a partir de um paradigma emergente, onde segundo Boaventura de Sousa Santos:

No paradigma emergente, o carácter autobiográfico do conhecimento-emancipação é plenamente assumido: um conhecimento compreensivo e íntimo que não nos separe e antes nos una pessoalmente ao que estudamos (SANTOS, 2011, p.84).

² É pertinente destacar que a palavra instituição é utilizada em seu sentido lato nesta dissertação, diferente do sentido dado à palavra dentro do conceito da Análise Institucional.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências de Letras – UNESP Campus de Assis de acordo com a Resolução 196/96 de 2012 que aprova as Diretrizes e Normas Regulamentadoras das Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os entrevistados não são identificados nominalmente como forma de garantir sua confidencialidade. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) está inserido como anexo desta dissertação.

Foi utilizado um gravador de áudio a fim de que todas as informações fornecidas durante a entrevista pudessem ser analisadas. Durante e após a pesquisa os resultados somente serão divulgados em apresentações ou publicações com fins científicos ou educativos, respeitando o critério de confidencialidade e assegurado o sigilo sobre a participação dos entrevistados sem a divulgação de seus dados pessoais. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados por um período de cinco anos.

Sobre os capítulos

Esta dissertação foi escrita com fragmentos de uma construção que foi constante e intensa, e mesmo indiretamente tem a participação de todas as pessoas com quem convivi nesse período. Uma construção em que tive que lidar com questões além do que a própria prática em pesquisa se propõe. Analisar vivências e contextos em que estamos inseridos é pura afetação. Tal afetação trouxe angústias intermináveis na elaboração desta dissertação e dúvidas inquietantes, já que não se pretende definir um roteiro com começo, meio e fim e sim trazer à tona aspectos importantes de um recorte, além de aprendizagem e amadurecimento que irão refletir diretamente em meu caminho profissional e que foram elementares para que esta pesquisa pudesse ser realizada.

Assim, dividimos essa construção a partir destas *Considerações Iniciais*, em quatro Capítulos e nas *Considerações Finais*. Segue um breve resumo dos principais temas dos capítulos:

O capítulo I, de título *Reformas Psiquiátricas pelo Mundo*, fazemos uma breve viagem pelos principais movimentos de reformas psiquiátricas ocorridas no pós-Segunda Guerra, que foi um contexto preponderante para que tais reformas ocorressem. As experiências da Comunidade Terapêutica, Psicoterapia Institucional, Psiquiatria de Setor, Psiquiatria Preventiva e Antipsiquiatria são experiências precursoras ao Movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, movimento este central para a reforma na Itália. Este é um capítulo teórico e introdutório para que possamos nos contextualizar das primeiras experiências que questionaram e tentaram maneiras diferentes de lidar com a institucionalização e Instituição Total³.

No capítulo II com o título *Reforma Italiana: a instituição negada, a instituição inventada e as instituições singulares da vida cotidiana*, narramos dentro de uma perspectiva cronológica a história da reforma psiquiátrica construída na Itália com ênfase nas experiências de Gorizia e Trieste. A experiência iniciada por Franco Basaglia e sua equipe é trazida em seus anos iniciais em Gorizia, posteriormente no processo de desinstitucionalização de Trieste que teve início nos anos 70 e alguns aspectos mais atuais do processo já focados no território pós-manicômio e na *recovery* como reabilitação. O capítulo é finalizado com o conceito de desinstitucionalização que pautou todo processo triestino e um levantamento dos marcadores a fim de auxiliar a análise posterior com a experiência em Sorocaba.

Com o título *Desinstitucionalização à Brasileira*, o capítulo III traz resumidamente um contexto geral de aspectos importantes da reforma psiquiátrica no país, dando ênfase à construção do conceito de desinstitucionalização ao longo da reforma psiquiátrica. Passa por algumas das primeiras experiências de fechamento de hospitais psiquiátricos no país dentro de uma perspectiva de construção de uma rede substitutiva e é finalizado com o processo de Sorocaba e região, com uma descrição do contexto que levou à execução do mesmo com as primeiras denúncias e construção do Termo de Ajustamento e Conduta (TAC).

No capítulo IV, intitulado *Vivendo a Desinstitucionalização*, após percorremos aspectos teóricos e históricos de processos de reformas psiquiátricas em outros países, a experiência italiana de desinstitucionalização e os primeiros passos no Brasil, elucidamos os principais pontos da experiência vivida em Sorocaba,

³ Instituição Total, no sentido do que propõe Erving Goffman (2013), conceito que será mais bem elucidado no capítulo II.

juntamente com as entrevistas realizadas. Fazemos a análise das narrativas e da experiência de campo, finalizando com dados atuais do andamento do processo em Sorocaba.

Nas Considerações finais *Diálogos entre Trieste e Sorocaba* buscamos trazer após a vivência da pesquisa, aspectos relevantes sobre o processo ocorrido em Sorocaba, se há, e quais são os aspectos que podemos chamar de “triestino” e o que há ainda no caminhar do processo para que o conceito de desinstitucionalização possa ocorrer na cidade. Ao longo do capítulo, os principais marcadores levantados no capítulo I serão analisados. Aspectos conclusivos e algumas reflexões acerca da realização dessa dissertação são compartilhados como considerações.

CAPÍTULO I – REFORMAS PSIQUIÁTRICAS PELO MUNDO

Neste capítulo inicial, pretendemos apresentar de modo sucinto os principais movimentos de reformas psiquiátricas. Entender tais processos nos ajudará a contextualizar o cenário e as principais influências e críticas vindas dele para o surgimento da reforma psiquiátrica italiana. As reformas de um modo geral, a partir da década de 40 no pós-guerra, estiveram presentes em vários países. Foram reformas políticas e sociais que trouxeram o tom de reconstrução de modelos que pareciam não ser mais tão adequados. Segundo Amarante (2009, p. 27) esse período “torna-se cenário para o projeto de reforma psiquiátrica contemporânea, atualizando críticas e reformas da instituição asilar”.

Segundo Barros (1994, p. 45), no pós-guerra: “A remodelação da assistência que se efetivou na América do Norte e nos países da Europa ocidental possuía algumas bases comuns, sendo, no entanto, diferenciadas quanto às propostas práticas que produziram”. Com a guerra, os hospitais psiquiátricos começaram a ser comparados a campos de concentração, provocando comoção social e os principais movimentos reformistas no pós-guerra ocorreram na Inglaterra, França e Estados Unidos. Sobre a relação que a guerra trouxe ao cuidado em saúde mental:

A guerra parece ser a primeira ocasião histórica de uma nova linguagem e de um redimensionamento da psiquiatria institucional, favorecendo um clima de solidariedade militante em um espaço desestruturado onde a convergência de esforços ganha inteligibilidade no interior de um projeto de renovação global da sociedade (BARROS, 1994, p. 49).

Para Amarante (2009, p. 27), com relação aos principais movimentos de reformas:

[...] a psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas, representando as reformas restritas ao âmbito asilar; a psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva, representando um nível de superação das reformas referidas ao espaço asilar; e por fim, a antipsiquiatria e as experiências surgidas a partir de Franco Basaglia, como instauradoras de rupturas com os movimentos anteriores, colocando em questão o próprio dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições e dispositivos terapêuticos e a ele relacionado.

Comunidade Terapêutica

O movimento da Comunidade Terapêutica “surgiu no pós-guerra quando os remanescentes, os seus heróis de guerra, voltavam chocados com os horrores desta experiência. Estes não podiam, certamente, ir para os manicômios, heróis de guerra que eram” (AMARANTE, 2015, p. 52). Em 1942 foram realizadas as primeiras experiências de caráter comunitário na Inglaterra, rompendo com práticas fundadas na psiquiatria alemã. Main e Maxwell Jones deram os primeiros passos desse movimento. As Comunidades Terapêuticas tinham a proposta de romper com a hierarquia institucional, instituindo assim relações mais horizontais entre equipe e doente, tornando o tratamento tarefa de todos, incluindo a família e a comunidade (BASAGLIA, 1985; LUZIO, 2013).

Segundo Barros (1994, p. 42) “Os anglo-saxões já possuíam uma longa tradição de renovações institucionais e, talvez por isso, conseguiram libertar-se da visão sobre a doença mental como entidade irrecuperável”. A abordagem tornou-se reconhecida, sendo em 1953 sugerido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que os hospitais psiquiátricos adotassem uma organização nos moldes da Comunidade Terapêutica.

O ministro da saúde inglês iniciou um procedimento de redução de leitos, e em 1960 havia 152 mil leitos psiquiátricos que foram reduzidos em 40 por cento até 1975, sendo assim um processo lento e difícil de desospitalização. Além disso, houve um retrocesso do movimento no meio da década de 60, restringindo-se a experiências isoladas e retomando em alguns aspectos alguns manicômios com características repressivas (BARROS, 1994).

O modelo da Comunidade Terapêutica foi a referência inicial para o trabalho de Franco Basaglia na Itália, como veremos com mais aprofundamento no capítulo II. Após alguns anos de prática, ele traz uma análise crítica desse processo. Segundo Basaglia (1985, p. 117) a Comunidade Terapêutica:

[...] opõe-se necessariamente à realidade social em que vivemos, já que, apoiada como está sobre pressupostos que tendem a destruir o princípio da autoridade na tentativa de programar uma condição comunitariamente terapêutica, está em nítida contradição com os princípios formadores de uma sociedade que já se identificou às regras que a canalizam para um tipo de vida anônimo, impessoal e conformista, sem qualquer possibilidade de intervenção individual (*fevereiro de 1966*).

Segundo Luzio (2013, p. 487) “[...] esse modelo revelou-se ambíguo, perdendo sua função contestatória, na medida em que não ele questionava a doença mental e a instituição asilar como um produto de uma superestrutura social. Em decorrência, a comunidade terapêutica não superou a violência que a sociedade impunha ao paciente [...]”.

Para Rotelli, “a experiência inglesa da Comunidade Terapêutica foi uma experiência importante de modificação dentro do hospital, mas ela não conseguiu colocar na raiz o problema da exclusão, problema este que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico e, portanto, não poderia ir além do hospital psiquiátrico” (AMARANTE, 2008, p 150).

Psicoterapia Institucional

O movimento de reforma psiquiátrica francês da década de 50 buscava “desarticular a estrutura hospitalar, nos seus aspectos segregadores e cronificadores” (LUZIO, 2013, p. 486). A Psicoterapia Institucional foi liderada por François Tosquelles e via a análise da alienação do paciente por meio da constituição de um coletivo. A doença é entendida como um processo de alienação social e/ou psicótica e tem inspiração nas ideias de Marx, Freud e Lacan. Com o abandono dos hospitais psiquiátricos na Segunda Guerra, vários pacientes morrem e um desses hospitais, o *Saint-Alban* se tornou lugar de refúgio para os perseguidos pelo regime nazista, o que o transforma num espaço de denúncias e lutas contra a psiquiatria da época (LUZIO, 2013).

A análise da instituição coincidia com início da sua valorização como mediação social existente e necessária. Na reproposição da mediação médica entre doença mental e sociedade, a noção de grupo terapêutico representou o núcleo da relação estabelecida entre psiquiatria e psicanálise (BARROS, 1994, p. 49).

Outra importante instituição para a Psicoterapia Institucional é a Clínica *de La Borde*. Situada num antigo castelo do século XVIII no Vale do Loire francês há duzentos quilômetros de Paris, foi fundada em 1953 pelo psiquiatra e psicanalista francês Jean Oury. Ele foi estagiário em *Saint-Alban* em 1947 e após fundar *La Borde* foi diretor e líder do local até sua morte em 2014. Feliz Guattari trabalhou e morou por vários anos na clínica. *La Borde* é um espaço privado, com patrimônio físico e razão social da família de Oury, mas funciona de maneira autogerida com

patrocínio da Associação Cruz Marinha, clientes particulares e subvenção do Estado (PASSOS, 2000).

Para Amarante (2009) a Psicoterapia Institucional, contudo, tem bases restritas ao espaço institucional asilar, o que faz com que mantenha a segregação asilar, não questionando a função social do próprio asilo e dos técnicos e não questionando a transformação do saber psiquiátrico, que opera um conhecimento sobre o sofrimento humano. Segundo Barros (1994, p. 49) “A tensão era, em primeiro lugar, sobre a relação médico-paciente, assistente-assistido, em que uma série de nexos e implicações teóricas e sociais emergiam demonstrando a necessidade de uma definição do lugar do psiquiatra”.

Psiquiatria de Setor

O movimento da Psiquiatria de Setor francesa surgiu na década de 60 e contestava a psiquiatria asilar trazendo um diferencial importante com relação ao modelo inglês: a organização de serviços fora do manicômio e dentro do território. Segundo Amarante (2015, p. 52): “Ainda que mantendo o hospital psiquiátrico, se desenvolveu no território uma série de serviços que consideravam a importância do lugar, do bairro, dos lugares onde as pessoas viviam e onde a doença se desenvolve, e de serviços ligados a estes”. Para Barros (1994, p. 49-50):

O “setor” é considerado, ainda nos dias atuais, expressão da política sanitária francesa implementada pelo Estado assistencial, dentro de um sistema de seguro social no qual um conjunto de instituições deveria garantir aos cidadãos defesa e proteção mínimas contra um certo número de riscos comuns.

Iniciou-se um princípio de divisão hospitalar, onde cada divisão correspondia a uma área geográfica e social. Esse manejo tinha o objetivo de fazer uma relação entre o paciente e sua origem adequando o tratamento aos seus hábitos e cultura fazendo com que o tratamento pudesse ter continuidade na comunidade com a mesma equipe que o acompanhava no hospital. Na Psiquiatria de Setor, o principal momento do tratamento é na comunidade, sendo a internação apenas uma etapa (AMARANTE, 2009).

A reforma italiana inspirou-se em alguns aspectos da Psiquiatria de Setor francesa, porém tem algumas críticas ao modelo. Segundo Giovanna Buti, em

Amarante (2015, p. 55) fazendo uma análise comparativa do modelo Francês ao italiano:

Do modelo de Setor se considera o discurso da territorialidade e, portanto, a importância do território de pertencimento das pessoas e do trabalho neste, tendo-se bem claro que o hospital psiquiátrico deveria deixar de existir, o que na França não ocorreu. Tenhamos em mente que a França tem cerca de 50 mil pessoas em hospitais psiquiátricos, e que toda série de serviços territoriais não consegue filtrar a internação de novas pessoas, representando um custo altíssimo para a saúde mental.

Para Rotelli “a experiência francesa de Setor não apenas deixou de ir além do hospital psiquiátrico, porque ela, de alguma forma, conciliava o hospital psiquiátrico com os serviços externos e não fazia nenhum tipo de transformação cultural em relação à psiquiatria” (AMARANTE, 2008, p. 150).

Psiquiatria Preventiva

A Psiquiatria Preventiva ou Comunitária norte-americana surge na década de 60 e tem influência nos estudos de Caplan que entende que os problemas de saúde poderiam ser superados no social, com autoajuda e participação da comunidade, simplificando as ações em saúde mental que deveriam ser executadas por leigos treinados (LUZIO, 2013).

As propostas deste modelo derivam da Psiquiatria de Setor e da Psiquiatria Comunitária inglesa e as ações principais ocorrem nos centros comunitários, que são portas de entrada do atendimento. Esse modelo traz a importância e inclusão de outras categorias profissionais (assistente social, psicólogo, pedagogo) chamadas equipes multiprofissionais, porém apenas restrita à execução de tarefas. Atividades de planejamento e gestão continuavam com o domínio dos médicos (LUZIO, 2013). “Os serviços de Saúde Mental são organizados em níveis de atenção primária, secundária e terciária, sendo que os dois últimos valorizam as psicoterapias breves individuais e grupais” (LUZIO, 2013, p.477).

Para Barros (1994, p. 46) “Na psiquiatria norte-americana, desinstitucionalização significou um processo de racionalização de recursos e de desospitalização”. Amarante (2009, p. 40) contextualiza as propostas que visavam desinstitucionalização inspiradas no modelo preventivo norte-americano, trazendo o primeiro tom que tal palavra significava dentro daquele processo:

Guardando as singularidades conceituais e práticas inerentes aos processos de construção dos vários modelos assistenciais, as propostas inspiradas no preventismo preparam terreno para a instauração dos vários modelos assistenciais e propostas de 'desinstitucionalização', que se tornam-se diretrizes da grande maioria das iniciativas, planos, projetos e propostas oficiais, ou mesmo 'alternativas'. É importante atentar para o fato de que esta expressão, desinstitucionalização, surge nos EUA, no contexto do projeto preventivista, para designar o conjunto de medidas de 'desospitalização'.

A Psiquiatria Preventiva produz um imaginário de salvação, com a crença de que todas as doenças mentais podem ser detectadas precocemente ou prevenidas. Por isso, era preciso ir atrás de pessoas que poderiam desencadear alguma doença mental para erradicar o mal, era preciso estar na comunidade para identificar doentes mentais em potencial e essa busca era feita por meio de questionários distribuídos para as pessoas (AMARANTE, 2009).

Como resultado, temos que, nos EUA (Costa, 1980), os programas de prevenção acarretaram um aumento relevante da demanda ambulatorial e extra-hospitalar, aumento esse que não significa exatamente a transferência dos egressos asilares para os serviços intermediários. Ocorre que, conforme os serviços preventivos e a aplicação dos *screening* e de outros mecanismos de captação fazem ingressar novos contingentes de clientes para os tratamentos mentais, os clientes naturais do hospital psiquiátrico permanecem ali internados, quando não aumentam em número, uma vez que o modelo asilar é retroalimentado pelo circuito preventivista (AMARANTE, 2009, p. 41).

A reforma norte-americana trouxe importantes contribuições, porém continuava com limitações. Ela traz o uso da palavra desinstitucionalização como forma de tirar as pessoas da instituição, retornando ao território. Ainda, traz contribuições acerca do trabalho multiprofissional, porém mantém o olhar médico-centralizado no cuidado em saúde mental, além de desenvolver um trabalho preventivista no território, num sentido de evitar as doenças mentais, o que gerou um gasto maior. A patologização do cuidado preventivista faz com que tal cuidado no território seja apenas focado nesse ponto, deixando de lado a integralidade do sujeito.

Antipsiquiatria

O movimento da Antipsiquiatria tem início na década de 60 na Inglaterra no contexto de movimentos da contracultura e propõe a ruptura radical com o saber psiquiátrico, propondo uma abordagem existencial da loucura, onde seu modelo

terapêutico não previa tratamento químico ou físico, valorizando a análise do discurso e subvertendo ideologicamente os valores culturais e sociais criando espaços não institucionalizados. Segundo Pereira (2011, p. 45) “O movimento tinha como proposta combater a estrutura hospitalar, que cristalizava o sujeito na posição de doente, tutelado e inválido. Também combatia a naturalização do binômio loucura e doença mental”.

Seus principais precursores foram David Cooper, Ronald Laing e Aaron Esterson. Tem referência teórica ampla como a psicanálise, fenomenologia, existencialismo, algumas correntes da sociologia, o marxismo, a obra de Michel Foucault e psiquiatria americana (LUZIO, 2013). “Os antipsiquiatras propunham um método terapêutico que valorizava o discurso, a circulação da palavra, que permitiam a elaboração dos delírios e das alucinações” (PEREIRA, 2011, p. 45).

As discussões ocorrem em torno da esquizofrenia, como conceito paradigmático da cientificidade psiquiátrica, tendo em vista que é no tratamento dessa patologia que o fracasso é maior, da mesma forma que é com a esquizofrenia que é mais flagrante a função tutelar da instituição psiquiátrica (AMARANTE, 2009, p. 42).

A Antipsiquiatria teve experiências em hospitais psiquiátricos em Londres e nos Estados Unidos durante a década de 60 e traz contribuições para o conceito de desinstitucionalização como desconstrução, além de iniciar um processo de ruptura com o saber psiquiátrico moderno (AMARANTE, 2009).

Ao mesmo tempo, outro movimento acontece com premissas parecidas. A Psiquiatria Democrática Italiana de Franco Basaglia traz a base da reforma italiana. “Estes dois últimos movimentos [Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática Italiana] se propuseram romper com as reformas anteriores e questionavam os dispositivos médico-psiquiátricos, suas instituições e suas propostas terapêuticas” (LUZIO, 2013, p. 486).

O conceito central que será usado nesta dissertação será o conceito de desinstitucionalização a partir da experiência de Basaglia na Itália e por esse motivo, dedicamos o próximo capítulo à reforma italiana, principalmente as experiências em Gorizia e Trieste.

CAPÍTULO II – REFORMA ITALIANA: A INSTITUIÇÃO NEGADA, A INSTITUIÇÃO INVENTADA E AS INSTITUIÇÕES SINGULARES DA VIDA COTIDIANA

O manicômio é:
Il luogo zero dello scambio
(O lugar zero da troca)
Franco Rotelli⁴

Das experiências de reforma psiquiátrica iniciadas mundialmente no pós-Segunda Guerra, foi na Itália que a reforma psiquiátrica se deu de modo mais radical, no sentido de desconstruir o manicômio, negando-o como forma de tratamento viável. O processo iniciado na Itália, principalmente na cidade de Trieste é intrínseco ao momento histórico vivido naquele período, que possibilitou olhar criticamente para as instituições fechadas, entre elas o manicômio que enclausurava cerca de 170 mil pessoas em 1965 na Itália (BARROS, 1994). Até a década de 50 o país possuía uma economia basicamente agrária, era socialmente desigual com bolsões de miséria na região sul e de modo geral tinha valores arcaicos, patrimonialistas, tradicionalistas e religiosos (PASSOS, 2000).

O país foi devastado de modo intenso com a Segunda Guerra Mundial, com participação central de início pró e depois contra Hitler. Com o isolamento cultural ocorrido durante o período fascista, prevalecia uma assistência psiquiátrica organicista, positivista e médico-científica. No segundo pós-guerra, cresce o investimento de capital estrangeiro e tem início um processo de industrialização que traz um fenômeno de migração de pessoas do sul para o norte italiano, chegando a 2,8 milhões de pessoas que migraram entre 1950 e 1970. O norte italiano era o lugar central no processo de industrialização, principalmente Milão (BARROS, 1994).

Socialmente e politicamente, após a queda do fascismo, partidos democráticos começam a se organizar, gerando fortes embates sociopolíticos e lutas sindicais, fortalecendo assim o Partido Comunista Italiano (PCI) que conquista várias administrações locais na região norte. Surgem propostas de reformas sociais,

⁴ ROTELLI, 2001, p. 61.

sanitárias e políticas, incluindo uma guerrilha urbana chamada *brigata rosse*⁵, ligada ao movimento estudantil italiano que surgiu no final da década de 60 (BARROS, 1994; BUENO, 2011; PASSOS, 2000). Segundo Basaglia (1982, p. 17):

Depois da II Guerra Mundial, a Itália se encontrava numa condição cuja realidade cultural e econômica era uma realidade camponesa. Nos anos 50, começou a se processar uma mudança cultural, marcada pelo início de uma sociedade industrial e conseqüentemente pelo nascimento de uma classe operária cada vez mais forte. O “nascer” dessa situação trouxe também o “nascer” de uma mudança estrutural e subestrutural. Começaram assim as lutas sindicais para uma mudança na organização subestrutural do Estado.

Gorizia: A instituição negada



Figura 3 - Cerca em torno hospital mental de Gorizia, desmantelada em 1962.

Fonte: The Pedagogy of negating the institution. Disponível em: <<http://www.metamute.org/editorial/articles/pedagogy-negating-institution>>.

Partindo da negação da violência, que é, assim, desmascarada, chega-se à negação radical da instituição como local em que o indivíduo já não responde por si.
Franco Basaglia⁶

Gorizia é uma província situada na região conhecida como *Friuli-Venezia Giulia* ao norte da Itália, fronteira com a Eslovênia (antiga Iugoslávia). Foi lá, que um importante capítulo da reforma italiana teve início e o conceito de desinstitucionalização foi sendo delineado e pensado como um novo paradigma. Em

⁵ Brigada Vermelha.

⁶ BASAGLIA, 1985, p. 179.

1961, Franco Basaglia⁷ e sua equipe iniciaram seu trabalho no *Hospital Provincial di Gorizia*⁸. Segundo Basaglia (1983, p. 17), antes da intervenção o hospital era “dirigido de uma maneira bem tradicional, onde choques elétricos e insulina eram comuns”. Sobre o funcionamento do manicômio em Gorizia:

A comunidade de Gorizia funciona em uma vasta área verde, sombreada por árvores seculares sob as quais se distribuem nove pavilhões de dois pisos, as dependências, a igreja e uma chácara agrícola. O muro que cerca o hospital é um trecho de fronteira nacional com a Iugoslávia. Há aproximadamente 500 doentes, 150 enfermeiros e nove médicos; uma psicóloga, um capelão, algumas freiras, assistentes sociais e voluntários completam o quadro da instituição (BASAGLIA, 1985, p. 22).

Sobre as impressões de estar dentro do hospital psiquiátrico em *Hospital Provincial di Gorizia*, Basaglia aponta que:

Quando entramos num hospício, porém, o cheiro insuportável dos pavilhões fechados (o cheiro típico do manicômio), a balbúrdia das vozes, a baba e a saliva na boca dos internados, as camisas cinzentas, as cabeças raspadas – esses são os elementos da paisagem da doença mental no mesmo país onde se encontram a Galeria dos Uffizzi, Portofino, Capri, Veneza e Roma. Alguns testemunhos de velhos internos descrevem bem qual era, há alguns anos, a situação de Gorizia, servindo a descrição também para muitos outros hospitais psiquiátricos italianos (BASAGLIA, 1985, p. 16).

Esse trabalho trazia a possibilidade de um cuidado diferenciado e num primeiro momento, pretendia-se iniciá-lo aos moldes da Comunidade Terapêutica inglesa, trazendo um olhar humanizado e eliminando práticas repressivas do cotidiano institucional (BARROS, 1994; BUENO, 2011). Sobre o trabalho em Gorizia, para Nicácio (2003, p 111):

A ruptura do sistema coercitivo-punitivo, a transformação da estrutura hierárquico-autoritária e a produção de uma intensa vida comunitária teciam as possibilidades de encontro e de novas relações que, processualmente, rompiam a inércia institucional e a anulação das pessoas internadas.

Com o tempo, as reflexões sobre o cotidiano em Gorizia já traziam distinções entre as duas comunidades (inglesa e Gorizia) e a principal estava no “questionamento global, através do questionamento institucional, das estruturas sobre as quais se pode manter uma realidade coercitiva e opressiva como é a

⁷ Franco Basaglia nasceu em Veneza em 1924. Formado pela Universidade de Pádua era, entre os psiquiatras italianos, um intelectual incomum, estudioso de Husserl, Binswanger, Heidegger, Merleau-Ponty e Sartre. Em 1961, Basaglia deixou, após doze anos, a vida acadêmica, passando a dirigir o Hospital Psiquiátrico de Gorizia (BARROS, 1994, p.58).

⁸ Hospital Provincial de Gorizia.

estrutura manicomial” (BASAGLIA, 1985, p. 96) onde, na situação inglesa “apresenta um atrito menor entre a microssociedade hospitalar e a sociedade externa” (BASAGLIA, 1985, p. 96).

Durante anos de trabalho, questões fundamentais no pensamento de Basaglia foram sendo fundamentadas. Segundo ele:

Começamos a divulgar e a mostrar que era possível administrar um manicômio de uma forma diferente. Tudo isso nos levou inclusive uma reflexão política: a classe oprimida era internada e o hospital era um meio de controle social do poder. Organizamos em Gorizia uma comunidade com o objetivo de curar e de mostrar como era possível uma vida diferente. O surpreendente era que muitos jovens, muita gente vinha até onde estávamos e percebia que a vida dentro dessa comunidade era melhor que a vida fora dela. Uma coisa que diziam era que, dentro dessa comunidade, o egoísmo que domina nossa vida era encarado diferentemente, porque, lá, a minha dor é a dor do outro. Começamos com essa lógica (BASAGLIA, 1983, p. 18).

Durante o período de trabalho em Gorizia, a equipe de Basaglia foi aos poucos introduzindo novas maneiras de atuar dentro do manicômio, a partir da construção coletiva, o fundamentalmente que incluía o paciente. As principais técnicas usadas para essa estratégia foram as assembleias gerais e reuniões, com o intuito de reflexão, discussão e escuta dos pacientes. Esses dois elementos por si só, já tiveram a capacidade de mudar significativamente o cotidiano institucional, que era pautado por opressão e violências. As assembleias gerais ocorriam diariamente e eram abertas a quem quisesse participar, inclusive a comunidade. Os temas discutidos em assembleia eram escolhidos pelos participantes e eram diversos: salários, saídas, cotidiano do hospital, questões pessoais (BASAGLIA, 1985).

Nas reuniões diárias entre a equipe e os internados, buscava-se restituir a voz aos internados e ampliar as possibilidades de entrar em relação. Rompendo os papéis cristalizados e as respostas pré-formadas, procurava-se também produzir formas conjuntas de compreensão e de transformação da realidade (NICÁCIO, 2003, p. 119).

Não se conseguia identificar somente com o olhar quem eram médicos, enfermeiros, pacientes e outros, pois “está ausente a classificação exterior, normalmente considerada um símbolo reconfortante de ordem pré-estabelecida” (BASAGLIA, 1985, p. 23). Não havia jalecos e outros trajes tradicionais que pudessem identificar as “diferenças”, o que foi uma experiência importante e interessante de se observar, principalmente com os visitantes, que não sabiam muito bem como lidar com quem conversavam, por não saber de quem se tratava. O que

demonstrava a clara diferenciação que é feita na maneira como se tratava o profissional e o paciente, com destaque para o médico (BASAGLIA, 1985).

A seguir, um relato de Basaglia sobre o cotidiano dentro do *Hospital Provinciale di Gorizia*:

Uma manhã-padrão começa às oito e meia com a reunião dos enfermeiros, das irmãs, dos assistentes sociais e do *Staff* médico. Essa reunião termina às nove horas. Das nove às dez os médicos visitam os diferentes setores. Às dez começa a assembleia-geral, que dura uma hora, uma hora e um quarto. Às onze, onze e um quarto, os médicos, enfermeiros, assistentes sociais e líderes dos doentes (espontâneos, tradicionais ou improvisados) realizam uma reunião para discutir o andamento da assembleia. À uma e meia reúnem-se os enfermeiros de entrada ou de saída em cada setor, por turnos, uma vez por semana. À tarde é a vez das assembleias de setor (diárias para os setores de admissão e para os alcoólatras, bissemanais para os outros setores), reuniões dos médicos e reuniões dos comitês (BASAGLIA, 1985, p. 25-26).

Durante a experiência de Gorizia, Basaglia e sua equipe iniciaram sua prática de olhar de outra maneira para a doença. O diagnóstico psiquiátrico tradicional, não era mais o principal no sujeito. Perguntado se ele prescindia da doença, como se ela não existisse, Basaglia (1985, p. 28) responde:

Não é que nós prescindamos da doença, mas pensamos que, para estabelecer uma relação com um indivíduo, é necessário considerá-lo independentemente daquilo que pode ser o rótulo que o define. Relaciono-me com uma pessoa não pelo nome que tem, mas por aquilo que é.

O termo “colocar entre parênteses a doença” de Basaglia ficou conhecido e tratava exatamente desse olhar mais amplo do sujeito em questão, onde historicamente na psiquiatria era o sujeito que ficava “entre parênteses”. Com relação a este termo:

O colocar entre parênteses a doença mental não significa a sua negação, no sentido de negação de que exista algo que produza dor, sofrimento, mal-estar, mas a recusa à aceitação da completa capacidade do saber psiquiátrico em explicar e compreender o fenômeno loucura/sofrimento psíquico, assim reduzido ao conceito de doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia e a ruptura epistemológica que se refere ao "duplo" da doença mental, isto é, ao que não é próprio da condição de estar doente, mas de estar institucionalizado (AMARANTE, 1994, p. 65).

Na equipe do *Hospital Provinciale di Gorizia* havia uma psicóloga em tempo integral. Letizia Jarvis atuava com sua equipe de modo diferente do tradicional, e se tratando da psicologia na época, também quebrou alguns tabus importantes para a profissão. Segundo ela:

Eu simplesmente optei por não utilizar o papel tradicional como modelo de confronto, preferi confrontar-me com as pessoas, não com os papéis; ao menos ver se isso é possível. Muitos psicólogos, ademais, estão procurando definir seu papel na instituição psiquiátrica; são muitas as incertezas e as divergências neste ponto (BASAGLIA, 1985, p. 62).

A humanização do manicômio não resolvia problemas essenciais do modo de lidar com a loucura. Segundo Basaglia (1985, p.18) “mesmo sendo dirigido dessa maneira diferente o manicômio voltava sempre a ser uma forma de controle social, pois a gestão continuava só nas mãos do médico, porque a mão do médico é a mão do poder”. Com relação às críticas observadas pela equipe de Gorizia ao longo do trabalho, segundo Nicácio (2003, p. 135):

Ciente da complexidade do significado social das instituições da violência, do mandato dos técnicos e da psiquiatria, a equipe goriziana criticava as proposições orientadas para a reforma do interior do manicômio e as soluções parciais, tecnicistas, para o problema psiquiátrico, aprofundando a discussão da comunidade terapêutica. A prática de transformação evidenciou o problema da pessoa doente em seu ser excluído e a natureza sociopolítica da instituição psiquiátrica. Por outro lado, a liberdade das pessoas internadas era um “ponto de não retorno” e exigia enfrentar o problema da vida da pessoa internada fora do manicômio [...].

Por mais humanizado que o manicômio (ou qualquer outra instituição) se torne, seus muros reais e imaginários ainda existiriam, o que conseqüentemente limitaria o olhar. A exclusão e marginalização do doente mental do meio social, que é uma construção histórica, continuaria existindo enquanto existissem instituições totais. As formas centralizadas de poder (no médico), as relações verticalizadas intocáveis entre médico x paciente e médico x equipe, a alienação do pensamento, a visão organicista e focada na doença onde o tratamento visava uma inalcançável “cura” foram alguns dos fatores que Basaglia e sua equipe analisaram durante essa prática e chegaram à conclusão de que a tentativa de humanizar o hospital psiquiátrico não tocava essas questões de modo aprofundado, pois tratar de tais questões interfere diretamente no alicerce da instituição. Segundo Rotelli, em entrevista à Sade (2014, p. 43):

[...] o manicômio é algo muito concreto, com regras muito concretas. Com certeza, podem ocorrer práticas violentas, de exclusão, de poder, de arrogância e de aniquilamento do outro fora do manicômio também, no território, ou em qualquer outro lugar, mas isso não equivale ao manicômio. O manicômio é uma realidade que deve ser eliminada, superada e basta.

Com o avanço do pensamento crítico em relação ao manicômio, gerando como consequência a superação crítica da prática da Comunidade Terapêutica e maior participação dos internados através do novo modo de trabalho dentro do hospital, a equipe concluiu que não havia mais razão ou necessidade do hospital psiquiátrico, onde naquele momento sua existência não era justificada pelo ponto de vista médico e sim pela falta de condições socioeconômicas dos pacientes (BARROS, 1994).

A equipe então solicita à administração o fechamento do hospital e abertura de Centros de Saúde Mental na cidade. Com a negativa e resistência de forças políticas e administrativas de tal proposta, em 1968 Basaglia e toda equipe dá alta a todos os pacientes, escrevem uma carta aberta à administração e se demitem em bloco, gerando grande debate na imprensa (HEIDRICH, 2007; PASSOS, 2000). Segundo Nicácio (2003, p. 138) “A forte repercussão das proposições basaglianas ampliava o debate e foi um período marcado por intensas críticas e polêmicas sobre o significado da experiência de Gorizia”. Abaixo, um trecho da carta escrita pela equipe:

O Hospital Psiquiátrico de Gorizia deu nestes anos uma indicação prática sobre como enfrentar os problemas do homem doente e de seu sofrimento. Todos nós, juntos, enfrentamos cansaço, incompreensões, lutas, mas conseguimos até agora levar adiante uma ação que teve um valor demonstrativo tal, da fazer renascer em muitos a esperança da possibilidade de uma relação diferente entre os homens. [...]. Na Província de Gorizia e para além de suas fronteiras, é agora o cidadão, o potencial internado, o potencial usuário [...] que falam e discutem do hospital aberto, do hospital fechado, da necessidade de uma reforma sanitária que responda às necessidades dos doentes. Isto significa que é o cidadão que se apropriou [...] da problemática da sua doença e de seu tratamento. Este último gesto que conduz ao nosso distanciamento do hospital não é senão a coerente demonstração prática da recusa em aceitar os limites que nos são impostos do externo e que interferem no nosso trabalho [...]. Nestas condições, nós mesmos, frente as vossas legítimas demandas: ‘quando vou para casa?’, deveríamos retomar as mentiras dos velhos manicômios que respondiam ‘amanhã’, sabendo bem, que este amanhã não existia no vosso calendário (BASAGLIA, F. e BASAGLIA, F. O. 1982, p. 264-5 apud NICÁCIO, 2003, p. 139)⁹.

Após anos de trabalho em Gorizia, em 1969 Basaglia passa um curto período em Parma como diretor do Hospital de Colorno de Parma (que tinha cerca de 1200 pacientes), convidado por Mário Tommasini, à época administrador sanitário.

⁹ BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F. O. Crimini di pace. In: BASAGLIA, F. O. (A cura di). Franco Basaglia. Scritti II (1968-1980). Dall’apertura del manicomio alla nuova legge sull’assistenza psichiatrica. Torino: Einaudi, 1982, p. 235-338.

Tommasini tinha visão anárquico-comunista, extrapolou a questão psiquiátrica, “ajudou a dar existência digna a presidiários, velhos, crianças abandonadas, deficientes físicos, débeis mentais, toxicodependentes” (PASSOS, 2000, p. 129). Tommasini descobriu no hospital Colorno entre os pacientes, amigos que pertenciam ao PCI, e estavam lá por questões políticas e com isso foi percebendo os reais motivos de várias internações.

Aqueles homens haviam estado nos campos de concentração, foram aceitos e utilizados durante a guerra partidária, mas eram rejeitados se se rebelavam contra o estado em que haviam chegado as coisas pelas quais haviam lutado. Creio que essa constatação ajudou-me a olhar o manicômio e a loucura com outros olhos: eram velhos amigos os que encontrava, conhecia suas histórias, diante das quais sua internação no manicômio tornava-se um claro abuso de poder (TOMMASINI, 1993, apud, BUENO, 2011, p. 54)¹⁰.

Tommasini esteve em Gorizia algumas vezes e tinha interesse no trabalho feito por Basaglia. Pouco mais de um ano depois, Basaglia teve empecilhos para concretizar seu trabalho novamente, vindas da própria administração, mesmo se tratando de uma administração de esquerda, do PCI (BUENO, 2011).

A maioria das pessoas que trabalharam em Gorizia foram trabalhar em outras instituições psiquiátricas da Itália, iniciando em outros lugares experiências diferentes (BASAGLIA, 1983). Além de Parma, outras cidades (principalmente ao norte) da Itália se inspiraram nas influências do trabalho de Basaglia. Varese, Perugia, Nocera, Superiore, Imola, Udine e Arezzo foram algumas das cidades que tiveram algum avanço iniciado com relação à saúde mental local ao longo dos anos.

Ainda em 1969, Franco Basaglia vai para os Estados Unidos como professor visitante de um centro social de saúde mental em Nova York e do *Maimonides Hospital* do Brooklyn, onde fica até setembro de 1970. Esse período demarca uma abertura ao exterior da problemática psiquiátrica com uma compreensão crítica e percepção que as transformações em psiquiatria não devem ser exclusivas de um princípio técnico, nem de determinado campo de saber (AMARANTE, 1994).

¹⁰ BASAGLIA, F. ONGARO. Mario Tommasini: vida e feitos de um democrata radical. São Paulo: HUCITEC, 1993.

Movimento da Psiquiatria Democrática

*La libertà è terapeutica!*¹¹

Em 1973, surge o Movimento da Psiquiatria Democrática, o Movimento que, segundo Amarante (2009,p. 50) “[...] é confundido com a própria tradição teórica de Franco Basaglia”. É, na verdade, um movimento político constituído com o objetivo de construir bases sociais cada vez mais amplas para viabilização da reforma psiquiátrica na tradição basagliana em todo o território italiano. Um dos principais diferenciais do movimento estava exatamente num olhar ampliado e transdisciplinar que saía da limitação da questão médico-centralizada, com uma postura crítica à epistemologia ética e psicológica, por isso, conseqüentemente tinha representantes de várias áreas e não somente psiquiatras. Participaram do Movimento técnicos, forças sociais, sindicais, culturais e políticas (BARROS, 1994; DELGADO, 1991).

Segundo Barros (1994, p. 54-55) o documento programático proposto pelo Movimento da Psiquiatria Democrática tinha quatro pontos principais:

1. Dar continuidade à luta contra a exclusão, analisando e denunciando sua origem em seu aspecto estrutural e superestrutural; 2. Dar continuidade à luta contra o manicômio, compreendido como lugar de exclusão; 3. Assinalar os perigos de se reproduzir mecanismos institucionais de exclusão mesmo em instituições psiquiátricas extramanicomiais de qualquer tipo; 4. Tornar praticamente explícita a ligação entre a ação no campo específico e o problema mais geral da assistência médica, reivindicando uma ação unitária, que envolva a psiquiatria, na luta pela reforma sanitária.

Franco Rotelli, em entrevista a Delgado (1991, p. 84) explana sobre o movimento:

Este movimento baseia-se em alguns pontos de referência essenciais: o primeiro é a crítica radical a todas as instituições totais e, em particular, ao hospital psiquiátrico. É questão prioritária a superação e a dissolução dos hospitais psiquiátricos, através de um trabalho de transformação destes, porém visando alcançar a sua eliminação. Outro ponto é a reflexão a respeito das relações entre técnicos e política, entendendo que o trabalho é campo específico e não poderia jamais prescindir da matriz de exclusão social sobre a qual os manicômios foram construídos, sobre a qual a própria psiquiatria se funda, através de uma delegação ao controle dos grupos sociais e dos indivíduos que não correspondem às regras e aos cânones da ideologia dominante (DELGADO, 1991, p.84).

¹¹ A liberdade é terapêutica (Slogan do movimento da Psiquiatria Democrática) (PASSOS 2000).

Com sua crítica ao modelo médico-psicológico, a psiquiatria democrática pretendia ampliar o olhar e entendia que o problema não estava na remoção do sintoma, na “cura” da doença, e sim na emancipação da condição de vida do sujeito, criando outras possibilidades dentro de um novo modelo cultural que superaria o modelo baseado em tutela (BARROS, 1994). Os vários representantes do Movimento, atuantes em diversos serviços, foram de fundamental importância na construção das bases para a reforma italiana, principalmente durante os anos 70.

Trieste: A instituição inventada



Figura 4- Hospital San Giovanni (setembro de 1977). No chão está escrito “não habitado”. Fonte: Con Franco Basaglia. Disponível em: <<https://confrancobasaglia.wordpress.com/category/la-liberta-e-terapeutica/page/2/>>.

Plenário: O que se pode fazer enquanto a instituição não se abre?
Basaglia: Abrir a instituição!¹²

¹² BASAGLIA, 1983, p. 27.

Após retornar dos Estados Unidos, Basaglia dá início ao seu trabalho em Trieste como diretor do *Hospital San Giovanni*, com um campo de trabalho mais amplo e fértil. Trieste é uma cidade portuária que fica há uma hora de trem de Gorizia e está no limite entre Itália e Eslovênia, às margens do mar Adriático. Os moradores da cidade viveram intensamente os grandes momentos políticos e culturais, como as guerras pela independência, luta pela formação do Estado nacional italiano, Primeira Guerra Mundial, fascismo e crise econômica de 30 (BARROS, 1994).

Depois da Primeira Guerra, o território de Trieste foi reanexado à Itália, após de séculos de domínio austríaco. Na Segunda Guerra Mundial, foi ocupada pelo exército alemão. Após a Segunda Guerra, a Itália perdeu parte do território de Trieste, que em 1947 se transforma em Território Livre, retornando à administração italiana em 1954, situação que fica definitiva somente em 1975, com o acordo de Osimo. Com várias influências culturais por sua história, Trieste é uma cidade conhecida como pouco italiana, sendo uma mistura eslava, austríaca e italiana (BARROS, 1994).

O *Hospital San Giovanni* foi inaugurado em 1907, como *Frenocômio Municipal Andrea di Sergio Galatti* com 480 leitos e infraestrutura para 800 leitos. Nas seis décadas seguintes à inauguração, vários pavilhões foram construídos. Depois da Primeira Guerra, houve uma superlotação que fez com que fossem criados 200 leitos na cidade vizinha de Monfalcone. Durante a Segunda Guerra, o hospital foi ocupado várias vezes para fins militares com a transferência de vários pacientes. Pacientes judaicos foram enviados para crematório e campos de concentração (BARROS, 1994).

Em 1951, o “plano quinquenal de atividades” traria uma nova direção e novos objetivos da assistência psiquiátrica. Em 1958, havia 1066 pacientes. Foram construídos mais três pavilhões durante a década de 60, e em 1970 eram 1251 pessoas internadas (BARROS, 1994). Dentro desse contexto histórico apresentado, podemos entender com mais clareza a dimensão e profundidade da mudança que estaria para acontecer.

Segundo Basaglia (1983, p. 18), “quando nós começamos a trabalhar em Trieste, em 1971, tínhamos a experiência de Gorizia e a perspectiva de eliminar o manicômio, substituindo-o por uma organização mais ágil para poder enfrentar a

doença onde ela se produzia, onde nascia”. Quando iniciaram o trabalho em Trieste, o manicômio tinha 1101 pessoas, onde “943 eram internações compulsórias e 158 eram voluntárias [...] distribuídas em dezenove pavilhões, onze masculinos e oito femininos, e em cada pavilhão eram classifica certas e separadas entre tranqüilas e agitadas” (BARROS, 1994, p. 75). Sobre o *Hospital San Giovanni*:

A organização do espaço manicomial revelava a função de custódia, gestão e controle total da vida do internado: San Giovanni era como uma “cidadela” com diversos pavilhões de internação, igreja, lavanderia, cozinha e teatro, situados em um imenso parque cercado por muros altos que delimitavam as fronteiras com a cidade (NICÁCIO, 2003, p. 144).

Durante a década de 70 o *Hospital San Giovanni* foi se descontruindo e outros serviços foram sendo criados na cidade. Nos dois primeiros anos do processo foram abertos todos os pavilhões e eliminadas todas as formas de contenção. Foram criados setores com cerca de duzentos pacientes que eram divididos segundo seu bairro de origem e cada setor tinha uma equipe fixa que assumia a assistência e reinserção à comunidade, assumindo globalmente as necessidades do paciente, evitando a pulverização em várias instituições, o que trazia fortalecimento da relação com o paciente, dando continuidade terapêutica (BARROS, 1994). Nicácio (2003, p. 148) aponta que “O dia-a-dia das pessoas internadas se enriquecia com a produção de inúmeras iniciativas culturais, festas, laboratórios artísticos, jornal dos internados, passeios, viagens”.

A Lei nº 431 de 1968 foi aplicada em dois momentos no trabalho em Trieste: A contratação de uma equipe conforme a Lei previa, com um médico, um assistente social, um psicólogo e 122 auxiliares de assistência pra cada 125 pacientes e a transformação das internações compulsórias em voluntárias, restituindo direitos civis dos internados e garantindo a liberdade de movimento dentro e fora do hospital (BARROS, 1994; NICÁCIO 2003), trazendo assim certo empoderamento do paciente com relação aos seus direitos e do próprio tratamento.

No *Laboratorio P.*, onde ficava o antigo pavilhão P., um importante símbolo da reforma em Trieste, da instituição inventada com o progressivo fechamento do manicômio surgiu: *Marco Cavallo*. Um cavalo artesanal construído coletivamente por artistas, pessoas da cidade e pacientes. Um cavalo azul de madeira e papel prensado que simbolizava o cavalo que transportava as roupas sujas do hospital em uma velha carroça, que após o início do processo foi substituído por uma máquina e

enfim, assim como os pacientes, pôde vislumbrar sua liberdade a andar por todo *San Giovanni*. *Marco Cavallo* simbolizava a liberdade ansiada. Foi levado para fora do manicômio simbolicamente em uma manifestação pública que denunciava as condições de vida dos pacientes e dos trabalhadores. *Marco Cavallo* hoje está no jardim interno da administração do *Parque San Giovanni*, possui rodinhas que possibilitam sua participação em diversas manifestações externas (NICÁCIO, 2003; PASSOS, 2000). “Marco Cavallo esteve em vários lugares da Europa e sempre foi um instrumento de comunicação, uma máquina, uma “instituição de comunicação”. Acho que precisamos, constantemente, inventar instituições de todos os tipos” (SADE, 2014, p. 46).

Em 1973, após os primeiros anos do processo de desinstitucionalização em Trieste, a OMS credenciou o Serviço Psiquiátrico de Trieste como principal referência mundial para reformulação da assistência em saúde mental. Segundo Barros (1994, p. 78) Trieste constituiu-se como “área-piloto dentro de um plano de pesquisa sobre novas soluções em psiquiatria quanto à adequação dos serviços às novas exigências da organização social”. A experiência fez com que um amplo campo de formação fosse criado, onde “participaram do processo cerca de novecentos estudantes, voluntários italianos e estrangeiros presentes nos primeiros cinco anos” (BARROS, 1994, p. 78).

Assim, aos poucos, no período de 1973 a 1978, partindo dos princípios do que pautava o Movimento da Psiquiatria Democrática, foi-se produzindo e vivenciando um processo de desinstitucionalização, que foi se concretizando de “dentro pra fora”, quando o manicômio foi se desconstruindo dentro dele próprio e assim caminhando progressivamente para o território. “O fato é que essas pessoas tentaram a reintegração social, conosco, com a sociedade e a comunidade” (BASAGLIA, 1983, p. 18). Esse momento do processo de desinstitucionalização necessitava da constituição de um *welfare* artesanal, que segundo aponta Barros (1994, p. 80) “como definia Basaglia, significava a luta para devolver ou dar ao paciente uma condição material mínima que lhe permitisse exercer sua cidadania e estabelecer novas formas de reprodução da subjetividade”.

Para o efetivo retorno ao território, o trabalho de reabilitação precisava responder a necessidades concretas, como objetos pessoais, roupas, dinheiro, possibilidade de atividade remunerada, além da tentativa de pensões sociais ou

aposentadorias. Havia a preocupação e necessidade da reconstrução da história de vida daqueles sujeitos. “O “adeus simbólico ao manicômio” assinalava a abertura de uma estrada que levaria à saída real, representando, ainda, o adeus à ergoterapia e à ludoterapia” (BARROS, 1994, p. 87), onde o conceito de reabilitação foi ressignificado e estava totalmente ligado à cidadania, emancipação e autonomia. Foi criada a Cooperativa Trabalhadores Unidos, que inicialmente realizava trabalhos no interior do *San Giovanini*.

Alguns grupos de pacientes foram reutilizando espaços dentro do próprio Parque do hospital, formando os *grupos apartamentos*, local que mesmo dentro do espaço do hospital era totalmente autônomo com a organização da rotina de vida feita pelos próprios pacientes com auxílio de enfermeiros. A partir dessa experiência, em 1975, já ex-internos, iniciaram a experiência de apartamentos na comunidade (BARROS, 1994).

No ano de 1975, foram criados os centros territoriais com objetivo de prevenção, tratamento e reinserção das pessoas que estavam saindo do manicômio. Havia centros territoriais em Aurisina, Barcola, Muggia e Via Gambini¹³. O projeto Comunidade Econômica Europeia foi criado nesse mesmo ano, com o objetivo de inserção ao trabalho, onde os operadores desta Comunidade Econômica trabalhavam em conjunto com os Centros de Saúde Mental com diversos cursos, laboratórios, formação de cooperativas, atividades na comunidade, expressão corporal e parceria com sindicatos (BARROS, 1994).

Em 1977 o *Hospital San Giovanni* finalmente fechou as portas, algo inovador e pioneiro em nível mundial e o espaço em que funcionava o hospital até então, se transformou em um parque público o *Parco di San Giovanni*¹⁴, onde alguns dos antigos pavilhões foram recuperados e reocupados por outras universidades, escola primária e cooperativas (PASSOS, 2000). “O desmantelamento do hospital e a sua “reforma” no fora, no território, nos locais onde a vida pulsa, é a base da reconstituição dos direitos e possibilidade de recuperar a autonomia das pessoas, se elas a tiveram algum dia” (BUENO, 2011, p. 81).

¹³ Comunas da região do Friuli-Venezia Giulia, província de Trieste.

¹⁴ Parque de *San Giovanni*.

Após o fechamento do hospital psiquiátrico, o território em Trieste já contava com uma estrutura que estava sendo desenvolvida e construída desde o início do trabalho na cidade. As pessoas que saíram em definitivo do hospital foram ocupar o território nos diversos espaços como: as cooperativas sociais, as residências terapêuticas, o *grupo apartamento* e os Centros de Saúde Mental com seu cuidado diferenciado e no território, além das diversas atividades de lazer e cultura em conjunto com a comunidade. O manejo destas ferramentas pedem invenções e mobilidade constantes dos envolvidos, pois engloba um espaço no território que é mais amplo que a rede de assistência sanitária. Estas diversas ferramentas compõem o cuidado ampliado e diferente do que era oferecido até então, o que rompe com o paradigma da psiquiatria tradicional (BUENO, 2011).

A expansão dos conflitos dos pacientes ao território, que é percebido e vivenciado por todos, coloca em evidência as contradições de classe, a distribuição desigual do poder, as opressões sofridas pelos marginalizados. A luta então transcende a saúde e intima a sociedade a discutir e problematizar a questão socioeconômica, o poder contratual das pessoas e, conseqüentemente, a política. A destruição do manicômio toma contornos bem maiores do que a simples abertura de suas portas ou a desmontagem de seus muros (BUENO, 2011, p. 61).

Durante as mudanças paradigmáticas ocorridas no processo de Trieste, a repressão judiciária era consequência da resistência da parte dominante da sociedade. Porém, esse judiciário inicialmente ator de combate, ao longo dos anos do processo se transforma de certa forma em aliado, quando dele próprio tem-se a consolidação do processo em forma de legislação, garantindo direitos. Para Basaglia (1983, p. 21):

Encontramos todas as oposições possíveis e imaginárias. Tivemos a repressão judiciária, e, da mesma forma que eu subo hoje a um palco de teatro, eu subi a palcos judiciais 15 anos atrás. Passei por vários processos e muitas vezes fui condenado, mas sempre acabei absolvido. Por quê? Por ser um profissional. Na Itália dizemos que “um cão não condena outro cão”. Direi, porém, que a nossa técnica de reação ao poder não foi uma novidade, foi aquela tentativa de infiltrar os infiltradores, isto é, usar basicamente as mesmas armas e procurar aqueles espaços de liberdade que permitiam enfrentar as contradições sem eliminá-las. Houve manobras em todos os sentidos para impedir a nossa ação. Mas o que aconteceu ao longo do tempo, na Itália, aos que tomaram nas mãos a nossa luta, os movimentos operários e os sindicais? Chegamos ao ponto em que a nossa ação se tornou lei de Estado.

A lei 180

Com a repercussão do trabalho de Basaglia e sua equipe, realizado em Gorizia e Trieste, várias cidades da Itália iniciaram processos semelhantes baseados nestas experiências. Com esses avanços e a força de alguns partidos políticos e movimentos sociais, que traziam uma conjuntura positiva para as realizações já citadas, o Parlamento Italiano aprovou em 13 de maio de 1978 a Lei 180, conhecida como Lei Basaglia, que instituía a extinção dos manicômios no país (AMARANTE, 2009; HEIDRICH, 2007).

Sobre a aprovação da lei, segundo Rotelli “[...] foi fruto de um trabalho que havia sido feito anteriormente há dez ou quinze anos, de uma experiência prática que pôde demonstrar que se podia viver muito bem sem o manicômio” (AMARANTE, 2008, p. 149). Num contexto jurídico, vários acontecimentos desde o pós-Segunda Guerra tiveram influência e simbolizaram um período de maiores progressos. Sobre a conjuntura política na época da aprovação da Lei, para Passos (2000, p. 146): “[...] era bastante favorável a reformas estruturais mais radicais. Tanto, que a Lei 180 é contemporânea da aprovação da importante lei de regulamentação do aborto, inusitada para um país tão profundamente católico”. A seguir, resumo sucinto da trajetória de leis e cenário político pós-Segunda Guerra:

[...] a insurreição antifascista de 25 de abril de 1945, a promulgação da Constituição democrática de 27 de dezembro de 1947, a nova situação política representada pelas alianças com os partidos de esquerda iniciadas na década de 60, fortalecidas e ampliadas pelo resultado das eleições de 20 de junho de 1976 e, finalmente, a promulgação da Lei da Reforma Sanitária em 16 de dezembro de 1978 (TEIXEIRA, 1995, Apud, BUENO, 2011, p. 62)

15

A Lei 180 trouxe legitimidade para continuidade do processo que há anos estava ocorrendo em Trieste e deu impulso para que a reforma pudesse ser fortalecida em outras cidades do país. Segundo Basaglia, em Passos (2000, p. 132): a lei “[...] opera uma mudança do ponto de vista de todas as legislações psiquiátricas mundiais”. No parágrafo seis, do artigo seis da Lei 180, o mais importante e simbólico tema é tratado: a extinção do manicômio. O parágrafo diz: “É

¹⁵ TEIXEIRA, S. F. (org.). Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), 1995.

absolutamente proibido construir novos hospitais psiquiátricos, utilizar os já existentes como divisões psiquiátricas especializadas de hospitais gerais, instituir nos hospitais gerais seções psiquiátricas e utilizar como tais seções neurológicas ou neuropsiquiátricas” (DELGADO, 1991, p. 120). Para Nicácio (2003, p. 100):

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

Após a conquista da aprovação da Lei 180, alguns problemas ocorreram com relação à sua aplicação nos anos seguintes, onde “o mesmo governo que aprovou começou a boicotar a própria lei” (AMARANTE, 2008, p. 152). Em entrevista à Delgado (1991, p. 85) Rotelli fala de um período de passividade após a lei, que iludiu de certa forma o Movimento da Psiquiatria Democrática com relação à ação do Estado “pensando que, uma vez aprovada a lei, a batalha estava vencida e o Estado assumiria a responsabilidade de generalizar em toda a Itália uma certa transformação radical da organização da psiquiatria”.

Na primeira década da Lei em vigor, pouco foi investido pelo Estado na construção dos serviços alternativos ao manicômio. Muito disso se deu pela mudança da conjuntura política, econômica e social na Itália (como em outros países) nesse período. A reestruturação econômica nesse período atingiu diretamente as políticas de bem-estar social como forma de redução de gastos públicos (AMARANTE, 2008; BARROS, 1994). Ainda, segundo Barros (1994, p. 131):

É preciso, entretanto, um rigoroso exame das formas da aplicação da lei sancionada em 1978, para identificar suas lacunas e também os motivos que poderiam gerar descontentamentos. Frequentemente, as análises partem de uma generalização de aspectos singulares de situações e experiências. Consideramos, no entanto, que é necessário focalizar em primeiro lugar os instrumentos e as alternativas à internação que efetivamente foram criadas em cada região, assinalando e vinculando o conteúdo das críticas às formas e à qualidade da assistência prestada àquela população específica. A generalização conduz a uma interpretação precipitada e incorreta, pois os recursos e as formas de viabilização nas

quais se traduziu a proposta de reforma psiquiátrica são extremamente desiguais nas diferentes regiões italianas, por razões que extrapolam o âmbito legislativo.

Trieste sem manicômio: Instituições singulares da vida cotidiana

Trieste tem hoje um colorido especial. O louco não foi abandonado às ruas, mais reconquistou a possibilidade de percorrê-las. A assistência psiquiátrica continua existindo, de maneira muito mais eficiente, através do Serviço de Emergência Psiquiátrica do hospital geral e dos sete Centros de Saúde Mental espalhados pela cidade. Muitos pacientes puderam retornar ao convívio familiar, outros vivem em residências com alguns outros ex-internos. O ex-hospital psiquiátrico se abriu à cidade e hoje é palco de inúmeras atividades que atraem jovens de toda a comunidade, em especial na área cultural. Os Centros de Saúde Mental também não são estruturas eminentemente médicas. Agregam pacientes e seus familiares, organizam festas e promoções junto à comunidade, estabelecem vínculos com os seus bairros e não se negam a atender à demanda. Pouco a pouco se vai tecendo um complexo de relações que nos faz pensar em muitas coisas, menos em abandono do paciente psiquiátrico (DELGADO, 1991, p.15).

Vários passos foram dados até aqui. Os quase dez anos da experiência em Gorizia, a construção e evolução do Movimento da Psiquiatria Democrática, o trabalho de anos até o fechamento definitivo do *Hospital San Giovanni*, a ampliação da rede no território e a promulgação da Lei 180. Após todas estas etapas, a desinstitucionalização como um processo social que se mantém além do manicômio construído com diversos atores continuaria com seus desafios, que agora partiriam das vivências nas “Instituições singulares da vida cotidiana”. Em 1979, Basaglia se transfere para Roma, deixando a direção dos serviços para Franco Rotelli. Em Roma, Basaglia fica pouco tempo no cargo, pois falece em agosto de 1980 de um tumor cerebral aos 56 anos.

Uma marca do período pós basagliano, que esteve sob a batuta de Rotelli a partir de 1980, foi o de inverter a lógica manicomial portadora do “lugar zero de troca” para o favorecimento intenso das trocas sociais, possível somente fora dos muros institucionais, e entendido como uma reapropriação das riquezas singulares das pessoas recolocadas agora num grande jogo de troca coletiva (ROTELLI, 1999, Apud, BUENO, 2011, p. 82)¹⁶.

Após a promulgação da Lei 180 e durante a década de 80 vários fatores atrapalharam e lentificaram algumas questões da reforma na Itália, como “a

¹⁶ ROTELLI, F. Per la normalità. Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma. Trieste: Asterios Editore, 1999.

morosidade burocrática, inconstante vontade política, grandes diferenças regionais, que fazem com que continuem existindo alguns manicômios, principalmente no sul do país, que não conseguiram acompanhar o processo de desinstitucionalização” (RODRIGUES, 2005, p. 58). Com a Lei Basaglia já em vigor, o Estado ficou mais de uma década sem investir adequadamente para a construção de uma rede substitutiva e com isso, pouco foi feito para que a Lei se cumprisse principalmente no que diz respeito à rede alternativa, onde muitas cidades estavam longe de aplicar seus postulados. Também havia uma desvantagem na situação socioeconômica da região sul em relação às outras.

Havia alguns impasses sobre quem era o responsável pelas despesas e manutenção do *Parco di San Giovanni* para poder usar o espaço. O abandono gerou algumas críticas nos jornais locais, onde “[...] todos os dias aparecia no jornal *Il Piccolo* de Trieste: “É isso que os basaglianos fazem. Destruíram um parque lindíssimo, os prédios estão caindo aos pedaços, os mendigos, os nazi-skins e os comunistas entram e quebram tudo e fazem confusão” (SADE, 2014, p. 85).

Com isso, começou-se a dizer que essa seria uma luta utópica, o que poderia colocar em risco o apoio e aceitação social que começava a achar que era necessário mudar a lei. A partir da segunda metade dos anos 70, iniciou-se uma reapropriação com cooperativas, oficinas, grupos de teatro, Centro Diurno, grupos de técnicos e alguns políticos e foi iniciada a criação de espaços alternativos, mesmo sem incentivo financeiro. Esta ação coletiva conseguiu desmontar a acusação de que seria um processo utópico, pois se tornara realidade o discurso proposto em algumas cidades italianas (AMARANTE, 2008; BUENO, 2011).

Em 1989 um censo nacional realizado em 847 serviços psiquiátricos é divulgado a fim de apontar uma tipologia básica dos modelos adotados em diversas regiões. As diferenças regionais foram sintetizadas em três categorias. Passos (2000, p. 138) resume as categorias a seguir:

1) *modelo arcaico ou manicomial*, no qual os pacientes estão desassistidos ou mal assistidos (tipo dominante no Sul do país);

2) *modelo orientado para o hospital*, em que falta ou há poucos e pobres serviços residenciais ou de reabilitação, sendo a hospitalização mantida (prevalente em muitas áreas do Centro e Norte);

3) *modelo orientado para a comunidade*, em que uma vasta e ampla rede de serviços (centros comunitários de saúde, lares abrigados, comunidades terapêuticas, pensões, centros de convivência, cuidado domiciliar, cooperativas, etc.) tornaram desnecessária a hospitalização (tipo concentrado no norte do país).

Ainda, segundo Passos (2000, p. 138), “[...] 31,8% [dos serviços] estavam considerados como consolidados e eficientes, pelo censo. Todos, entretanto, estavam concentrados nas regiões economicamente mais desenvolvidas do Centro e Norte: Emilia-Romagna, Umbria, Friuli-Venezia-Giulia e parte da Toscana”.

Após quase duas décadas de trabalho visando a desinstitucionalização, muito havia sido feito dentro do proposto: o manicômio foi fechado, os serviços foram reinventados dentro do território e foram criadas e construídas várias maneiras de habitar. Com as pessoas no território, durante esses anos, a construção feita no processo de desinstitucionalizar estava ligada ao aprimoramento e reconhecimento deste habitar. Giuseppe Dell’Acqua, explana acerca das construções ocorridas sobre o habitar:

No fim dos anos 80 e nos anos 90, havia a necessidade de criar formas habitativas que permitissem deixar para trás a fase manicomial, buscando a máxima qualidade possível para o habitar com outras pessoas e modalidades de gestão caracterizadas por menor participação pública direta e pela inserção do privado social, ou seja, de outros olhares que podiam ser utilizados. Tal processo levou ao que atualmente denominamos de terceira desinstitucionalização, que procura levar em conta as pessoas, criando formas habitativas que sejam o mais centradas possível em suas necessidades e que empreguem variados recursos, principalmente no que se refere às pessoas envolvidas. Isto vale para o habitar, o trabalho, etc (SADE, 2014, p. 59-60).

O *Servizio di Abilitazione e Residenze (SAR)*¹⁷ foi criado no início dos anos 90, com intuito de buscar “respostas principalmente para questões de moradia, inserção laboral, formação e protagonismo” (SADE, 2014, p. 84). O espaço usado foi o *Parco di San Giovanni* que após encerrar suas atividades se tornou um espaço abandonado, quando a ideia inicial era que o mesmo fosse reapropriado pela

¹⁷ Serviço de Reabilitação e Residencialidade.

cidade. Em 1994, após as várias lutas ideológicas e ações, foi apresentado um plano com financiamento para a realização dos serviços alternativos em todo país. O *Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale*¹⁸ liderado pela então senadora Franca Basaglia, após anos de luta política pela concretização do projeto, foi possível haver um avanço, ainda que heterogêneo (BUENO, 2011). Segundo Rotelli, “Isso quer dizer que, se as lutas ideológicas conseguem transformar-se em situações práticas, é muito difícil voltar atrás” (AMARANTE, 2008, p. 152). Sobre a experiência da reforma italiana para o cidadão italiano, segundo Passos (2000, p. 140-141):

Em geral, o cidadão italiano, medianamente informado, tem opinião ambígua em relação à experiência triestina. Existe um misto de desconhecimento em profundidade da nova proposta, preconceito e certa desconfiança, associados a um orgulho por sua repercussão internacional. Há a tendência a atribuir seu sucesso ao fato de Trieste receber muito dinheiro para a saúde mental, tanto do governo quanto de organismos internacionais, o que parece ser verdadeiro no segundo caso. [...] A desconfiança é quanto a ser possível construir o mesmo tipo complexo de rede no resto do país.

Ainda sobre a influência da experiência em Trieste na reforma italiana:

De Vito (2010, p. 34) entende que a “desorganização organizada”, muitas vezes aludida por Basaglia, era a tradução operativa do princípio basagliano para que as contradições continuassem sempre abertas, de forma a condicionar tais contradições sociais, políticas e culturais fora do gueto psiquiátrico. Assim sendo, a transformação que partia do âmbito sanitário era estendida a outros níveis de atividade como as escolas, as empresas e fábricas (no que concerne à questão da medicina do trabalho), a assistência aos idosos, o cárcere, dentre outros lugares onde a segregação era evidente. As experiências de Parma e Arezzo, além de Trieste, dão mostras claras da amplitude que a reestruturação na psiquiatria, num primeiro momento, propiciou em certos locais da Itália (BUENO, 2011, p. 83).

Bueno (2011) divide o mapeamento da assistência atualmente na reforma italiana em três pilares fundamentais que trabalham de forma coesa e intrincada nas políticas de saúde das *Regioni*¹⁹, propiciando a substituição definitiva do manicômio em diversas cidades italianas:

- *Distretto Sanitario*²⁰: voltados para a prevenção, com a gestão próxima aos usuários do serviço para pacientes “menos graves”;

¹⁸ Projeto Objetivo de Tutela da Saúde Mental.

¹⁹ Regiões.

²⁰ Distrito Sanitário.

- *Unità Operative*²¹: responsáveis pelas intervenções no território com base na organização de seus profissionais;
- *Dipartimento di Salute Mentale*²²: com uma atuação horizontalizada, dando resposta a diversos programas de intervenções em função da demanda efetiva proveniente do território distrital, para pacientes “mais graves”, compreendidas aí as estruturas residenciais da rede; os “não psiquiátricos” nas estruturas sanitárias territorializadas, com referência também em ações sociais diversas.

Décadas depois do início da reforma na Itália, no cotidiano das vivências é necessário olhar crítico e análise constante. “Devemos reconhecer que há um retrocesso para uma medicina reducionista e medicalizada e que estamos muito distantes de aprender a trabalhar em rede” - expressou um gestor do serviço sanitário nacional italiano sem esconder certo pesar pela própria constatação” (PAULON; TREPTE; NEVES, 2013, p. 188).

O livro “Portas Abertas” de Rossana Maria Seabra Sade (2014), traz entrevistas com importantes atores atuantes atualmente de Trieste. Eles trazem suas vivências, experiências e desafios após mais de 40 anos do início da desinstitucionalização com Basaglia e sua equipe.

Em entrevista com Giuseppe Dell’Acqua²³, o mesmo levanta etapas vividas no processo italiano. Primeiro a “Instituição negada” (que originou o livro de Basaglia com o mesmo nome) que traz indagações e percepções mediante a experiência em Gorizia, depois a “Instituição inventada” (que é o nome de capítulo escrito por Franco Rotelli no livro Desinstitucionalização: uma outra via), sobre as vivências da desinstitucionalização e o fechamento do *Hospital San Giovanni* em Trieste e a “invenção” de uma “outra via”, quebrando paradigmas e as “Instituições singulares da vida cotidiana”, sobre as possibilidades por meio do habitar o território após o fim do manicômio (SADE, 2014).

²¹ Unidades Operacionais.

²² Departamento de Saúde Mental.

²³ Foi Diretor do Departamento de Saúde Mental de Trieste de 1995 a 2012 quando se aposentou. É também escritor e em 2014 recebeu o Prêmio Nonino por sua obra e atuação em defesa dos Direitos Humanos das pessoas com sofrimento psíquico. Autor de numerosos artigos com grande repercussão científica (SADE, 2014).

“Em 2010 foi realizado em Trieste o *Incontro Internazionale di Salute Mentale*²⁴ no qual, dentre diversas propostas, foram apresentadas iniciativas que enfatizam o conhecimento e a difusão dessas ditas “buone pratiche in salute mentale e colettiva^{25”} (BUENO, 2011, p. 87). Carla Prosdócimo²⁶ em entrevista à Sade, fala sobre o trabalho em Trieste e sua validade nos dias atuais:

Claro que as idas e vindas da história sempre ocorrem, mas me dá satisfação pensar que, hoje, um jovem que tem uma crise psicótica, por exemplo, e que entra pela primeira vez em contato com o sistema de saúde mental de Trieste, certamente tem muitas oportunidades e mais possibilidades de não se tornar crônico do que quando existia o manicômio, tem mais oportunidades para conseguir evitar essa situação (SADE, 2014, p.80).

Sobre as opções de cuidado que as pessoas com sofrimento mental dispõem hoje em Trieste, Renato Davi²⁷ em entrevista à Sade explana que:

As opções são muito amplas. Um aspecto importante que levou ao processo de desinstitucionalização e à reforma psiquiátrica – e que está presente até hoje – foi uma visão que não atenta só para a doença, mas também para a pessoa, em seu contexto de vida, e que considera várias questões inerentes à saúde mental, como trabalho, moradia, lazer, renda, mas também aspectos como sociabilidade e oportunidades de crescimento pessoal, como a participação e o protagonismo. Quando uma pessoa procura um centro de saúde mental, avaliam-se todos esses aspectos, ou seja, qual é o seu problema de saúde mental, mas também qual é a sua situação familiar, condição social e de trabalho, bem como todos os demais aspectos.

Com base nessa avaliação, a equipe do centro de saúde mental atua sozinha ou busca parcerias com outros serviços, conforme as necessidades evidenciadas. As várias oportunidades de cuidado são, portanto, determinadas por uma visão da pessoa em sua totalidade, não somente do seu problema de saúde e da sua doença. Assim, a equipe do centro de saúde mental se organiza tanto para atender a necessidades farmacológicas, psicoterapêuticas, quanto para promover cuidados ou ações relacionadas a sociabilização, trabalho, moradia, etc (SADE, 2014, p.90).

²⁴ Encontro Internacional de Saúde Mental.

²⁵ Boas práticas em saúde mental e coletiva.

²⁶ Participou como voluntária do processo em 1973. De 1975 a 1983, trabalhou no Centro de Barcola. A partir de 1983, empenhou-se em vários projetos de oficinas para usuários dos serviços de saúde mental e atividades reabilitativas. Atualmente, é membro da equipe do Servizio Abilitazione e Residenze (SAR) com cargo de operador social. Desde 1996, é responsável pelo acolhimento, coordenação e formação de voluntários (SADE, 2014).

²⁷ Renato Davi é psicólogo e atua em Trieste desde 1977 (ainda estagiário) e participou da criação do primeiro *gruppo-appartamento*. Sua tese em psicologia clínica foi sobre o fechamento do *San Giovanni* (SADE, 2014).

Atualmente em Trieste existe um grupo chamado *Articolo 32*, que produz atividades que fortaleçam o protagonismo dos usuários dos serviços de saúde mental. O nome do grupo é referência ao artigo 32 da constituição italiana que diz que a saúde é um direito fundamental. Segundo Daví, faz parte da história de Trieste movimentos que exerçam o protagonismo dos usuários desde as:

[...] assembleias realizadas no hospital psiquiátrico de Gorizia, nos anos 60, ao grupo *Arcobaleno*²⁸ de Trieste, nos anos 70; das cooperativas sociais, associações culturais e de voluntariado voltadas para a saúde mental [...] até os dias atuais com o grupo *Articolo 32*. Um dos objetivos do grupo é “que pessoas com experiência de sofrimento mental sejam contratadas como profissionais “naturais” e que façam parte da equipe dos centros de saúde mental” (SADE, 2014, p. 97-98).

Raffaele Dovenna²⁹, também em entrevista à Sade, traz alguns aspectos sobre movimentos atuais reativos, que tentam manter o modelo médico. São correntes psiquiátricas biologizantes baseadas em modelos norte-americanos que aparentam ser um “[...] modelo aparentemente avançado, mas na verdade, [é um modelo] atrasado” (SADE, 2014, p. 104). Sobre o uso de medicamentos, segundo Dovenna: “Foram realizados diversos projetos para reduzir o consumo de remédios; de qualquer forma, em Trieste, acho que sejam utilizados menos do que em outros lugares da Itália e de maneira diferente” (SADE, 2014, p. 102).

Há notadamente um esforço contínuo atualmente em Trieste em preservar aspectos fundamentais da desinstitucionalização iniciada por Basaglia, este esforço parece possível, exatamente pela força da cultura criada ao longo dos anos, além do conhecimento e clareza do conceito estabelecido de desinstitucionalização. Sobre o comprometimento dos profissionais atuantes em Trieste, Donenna elucida:

É verdade que a reforma, na Itália, foi realizada em outro momento histórico, mas o que permitiu realizá-la foi justamente o comprometimento político dos profissionais nesse processo de mudança. É como o papel profissional nesta experiência, que também não é facilmente compreendido: trabalhar nas instituições assumindo um papel profissional, mas modificando-o ao mesmo tempo. Por exemplo, se sou psiquiatra e tenho um papel profissional de controle social, assumo esse papel, mas o modifico na prática.

²⁸ Arco-íris.

²⁹ Graduado em história, nos anos 70, envolveu-se no movimento de luta pelos direitos relacionados à saúde, entre outros, e decidiu tornar-se enfermeiro. Trabalhou em 1980 no Departamento de Saúde Mental de Trieste. Após vinte e três anos de atuação como enfermeiro em centros de saúde mental, fundou a associação esportiva *Polisportiva Fuoric'entro*, em 1999, da qual foi presidente (SADE, 2014).

Para mim, essa é a chave da reforma, da mudança que ocorreu na Itália nos anos 70-80, e essa cultura não existe em outros países. Estive na Alemanha, por exemplo, onde os profissionais realizam coisas lindas, às vezes até de forma voluntária, pois criam residências e dormem nelas, mas o manicômio continua existindo (SADE, 2014, p.108).

Ainda sobre o risco de retrocessos na reforma na Itália, Isabel Marin³⁰ nota que o risco é forte e exemplifica com fatores tais como: “a não ou parcial aplicação da Lei 180 em diversas regiões italianas; a tendência a agregar/segregar as pessoas com problemas mentais em estruturas residenciais das quais dificilmente elas saem” (SADE, 2014, p. 153).

Sobre os centros de saúde mental em Trieste, Dovenna explica que durante a crise, e após ela, a pessoa será acompanhada pela mesma equipe e que nos centros a existência de alguns leitos permite esse acompanhamento contínuo, pois a crise não é algo separado da vida da pessoa. Destaca que em outros lugares na Itália os centros de saúde mental não têm leitos e ficam abertos algumas horas por dia (oito horas, no máximo) e em caso de crise, a pessoa precisa ir para o hospital (SADE, 2014). Ainda, para Dovenna: “De fato, a crise pode ter um valor para a pessoa, pode ser trabalhada, se você souber interpretá-la e se estiver ao lado da pessoa; além disso, permite manter a continuidade do cuidado oferecido, evitar um afastamento durante esse momento” (SADE, 2014, p. 105).

Com relação à cultura introjetada no imaginário social a partir do processo de desinstitucionalização, Sade (2014, p. 106) traz uma lembrança: “Assisti a um filme, aqui na Itália, em que a mãe dizia à filha: “Se você continuar fazendo isso, vou colocar você num hospício!”. E um senhor que estava próximo disse: “Você não pode, porque os hospícios não existem mais!””.

Em entrevista feita com Robeto Colapietro³¹, o mesmo traz um aspecto importante do trabalho em Trieste atualmente no que diz respeito ao perfil de quem procura os serviços de saúde mental. Hoje, a rede de Trieste atende um perfil de pessoas que não saíram do manicômio para se reinserir no social como há 40 anos,

³⁰ Assistente social e iniciou no serviço de saúde mental de Trieste como voluntária em 1988. Trabalha no Departamento de Saúde Mental de Trieste desde 2004. Colaborou com a experiência de desinstitucionalização na Grécia e no Brasil (SADE, 2014).

³¹ Trabalha como operador de saúde mental desde 1980. De 1992 a 2010, foi presidente da Cooperativa *Lavoratori Uniti* (CLU), fundada por Franco Basaglia. Atualmente, é profissional de referência em projetos de inserção laboral destinados a pessoas com transtornos mentais para a direção do Departamento de Saúde Mental de Trieste (SADE, 2014).

mas um perfil que sempre esteve inserido (o que é fruto do processo de desinstitucionalização que fechou os hospitais na década de 70) e, portanto, traz outras questões de sofrimento compatíveis com seu tempo e seu contexto. Pessoas jovens, que estão na casa dos pais, muitas desempregadas (que chegava a 30%) e desenvolvem um sofrimento psíquico do “contemporâneo” (SADE, 2014). Sobre a mudança nos cuidados em saúde mental hoje em Trieste, Colapietro descreve:

Hoje, percebo que o nível de sofrimento é diferente, que as pessoas que procuram os centros de saúde mental são jovens que, às vezes, estudaram e que, em alguns casos, querem, mas não conseguem, encontrar trabalho. São também jovens que têm uma relação com a família diferente da que eu tinha quando eu era jovem: quando eu tinha 20 anos, era lógico sair de casa; hoje, um jovem não consegue sair de casa, mesmo quando é “normal”, pois não tem mais essa oportunidade. O cenário que temos diante de nós, portanto, é diferente, e não podemos mais remeter-nos somente ao fato de que, há trinta e cinco-quarenta anos, fechamos o manicômio. Temos que nos lembrar disso, para sermos coerentes com aquilo que fizemos. Todavia, se quisermos dar continuidade à proposta de Basaglia, devemos interrogar-nos sobre o que significa, hoje, abrir as portas do manicômio, pois é algo diferente, o sofrimento é diferente, o mundo é diferente, e não podemos referir-nos somente ao fato de que derrubamos os muros, levamos Marco Cavallo para fora do hospital, inventamos a Cooperativa Lavoratori Uniti (CLU). Precisamos lembrar-nos de tudo isso, da nossa história, mas o problema agora é como essa história vai continuar (SADE, 2014, p.114).

Sobre o trabalho desenvolvido nas cooperativas, Colapietro diz que desde Basaglia muitas cooperativas foram criadas permitindo a inserção laboral de pessoas em sofrimento psíquico. As pessoas que chegam hoje nas cooperativas são encaminhadas pelos centros de saúde mental, muitas jovens, sem experiência de trabalho (SADE, 2014). Sobre a possibilidade de construção de autonomia do sujeito em sofrimento psíquico por meio das cooperativas, Colapietro traz um interessante exemplo sobre loucura *versus* produtividade:

Apesar de ouvirem vozes, muitas pessoas eram mais produtivas do que as que não as ouviam, ou os chamados normais, pois não há um binômio perfeito: ouço vozes, não posso ser produtivo. Havia um senhor com “manias”, e nunca tivemos as ruas tão limpas!; era incrível, era elogiado pelos lojistas da região por limpar tão bem as ruas! (SADE, 2014, p.126).

Giuseppina Ridente³², como diretora do SAR, traz a atualidade das residências terapêuticas em Trieste. A primeira residência, criada dentro do *Parco di San Giovanni*, o *grupo apartamento* em 1973, ficava em edifício de dois andares, onde antes era a direção do hospital e até recentemente havia cerca de dez senhoras morando lá e algumas delas haviam sido internadas à época do manicômio e lembravam-se muito bem das histórias desse período (SADE, 2014). Sobre o SAR:

[...] desenvolve programas para favorecer a reintegração das pessoas com sofrimento psíquico através da ampliação de possibilidades de vida real, oferecendo suporte para projetos terapêuticos personalizados que propõem, contemporaneamente, ações nos três eixos fundamentais relacionados ao funcionamento social do indivíduo, moradia, trabalho e interação social, que atendem às principais necessidades da vida de qualquer pessoa. Trabalhamos em estreita relação com os centros de saúde mental, elaborando projetos e programas que envolvem a pessoa e toda a sua rede de relações (SADE, 2014, p.133).

O SAR usa como instrumento de trabalho desde 2006, o *budget di salute*³³, “um método inovador de financiamento de projetos personalizados que permitiu afirmar a necessidade de definir, para cada pessoa, um projeto personalizado, com objetivos bem claros” (SADE, 2014, p.135). Após o *budget di salute*, nos últimos anos algumas residências foram fechadas e essas pessoas foram morar sozinhas ou em pequenos grupos, usando o recurso do financiamento. Para Ridente:

Antes de mais nada, é importante distinguir entre residencialidade terapêutica e a necessidade de encontrar lugares para as pessoas em sofrimento mental morarem; a residência terapêutica é um instrumento com uma função específica, é uma estrutura intermediária e, portanto, deve ser um lugar de transição, uma das etapas do percurso terapêutico e reabilitativo (SADE, 2014, p.135).

Marin cita leis criadas a partir do ano 2000 que são bases para mudanças estruturais com relação às residências terapêuticas, como a criação do *budget di salute* possibilitando outras formas de financiamentos. Depois de observada a experiência nas residências terapêuticas desde o fechamento do manicômio observou-se que um número menor de pessoas numa mesma casa poderia ser mais benéfico em vários aspectos e em 2005 foi estabelecido um novo limite de pessoas

³² Psiquiatra, consultora da OMS desde 2011. Trabalha no Departamento de Saúde Mental de Trieste desde 1981. É diretora do SAR - *Servizio di Abilitazione e Residenze* (Serviço Habilitação e Residencialidade) desde 2001 (SADE, 2014).

³³ Orçamento de saúde.

nas residências, que não poderia ultrapassar oito. Ainda foram aprovadas as Leis 328/2000, que criou um sistema socio-sanitário integrado e a Lei 6/2006, Lei regional que disciplina as intervenções e os serviços socio-sanitários voltados para a promoção de tutela dos direitos do cidadão, permitindo a reconversão de recursos econômicos destinados a pagar estruturas residenciais (SADE, 2014).

Conceito de desinstitucionalização

Esta dissertação toma como ponto de partida para o entendimento da desinstitucionalização a experiência triestina. Ao longo deste capítulo podemos entender dentro de uma linha cronológica e histórica como se deu tal processo. A partir dessa vivência na reforma italiana, poderemos compreender o conceito de desinstitucionalização que será utilizado como base para as análises e diálogos nesta pesquisa.

Podemos entender que os manicômios são instituições totais, que Goffman (2013, p. 11) caracterizou como: “um local de residência ou trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”. Para Rotelli, instituição psiquiátrica é:

[...] o conjunto que liga os saberes, as administrações, as leis, os regulamentos, os recursos materiais, que estruturam a relação faz-de-conta que não vê o que está implicado nesta rede institucional. Ele busca uma relação com o paciente, uma relação só entre ele e o paciente, entre ele e a loucura do paciente, sem perceber que ele e seu paciente estão imersos nesta rede institucional. Sem tomar conhecimento da diferença de poder que existe, sem tomar conhecimento da diferença de classes, sem tomar conhecimento de todas as necessidades de uma forma global da pessoa que ele tem à frente, o psiquiatra se ocupa, então, da doença e não das necessidades dos internados (AMARANTE, 2008, p. 151).

A desinstitucionalização vem como uma outra via no cuidado, o oposto do que é produzido dentro da instituição total. Segundo Rotelli (2001) é um processo social complexo que mobiliza os sujeitos sociais como atores que transformam a relação de poder entre pacientes e instituição, substituindo as internações em Hospitais Psiquiátricos, fazendo assim uma reconversão dos recursos (materiais e humanos). Este processo envolve ainda desinstitucionalizar o paradigma psiquiátrico, ou seja, reconstruir a complexidade do objeto, desmontando o conceito de doença,

retomando o contato do sujeito com a existência e o sofrimento, a partir do seu retorno ao o corpo social. Retorno esse que não será apenas para ser curado, e sim para a produção de vida, de sentidos, de sociabilidade e de espaços coletivos de convivência.

Ainda segundo Rotelli (2001, p. 29) “[...] é um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema”. Segundo Venturini (2010, p. 141) “[...] esse termo se presta a inúmeros equívocos e interpretações, segundo os contextos e as épocas em que o evento foi se implementando”. Algumas das experiências mundiais já citadas ocorridas no pós-Segunda Guerra em países como Estados Unidos, Inglaterra, França e Itália, trazem peculiaridades entre si no entendimento do conceito desinstitucionalização.

Em alguns países houve movimentos que, partindo de experiências práticas de mudança institucional, encontraram seu orgânico e radical desenvolvimento em leis de reforma, e produziram uma nova organização comunitária da saúde mental e um novo paradigma da saúde/doença. Em outros contextos foram realizados, em geral, simplesmente redução de camas nos hospitais psiquiátricos e as altas aconteceram sem significativos processos de reinserção social (VENTURINI, 2010, p. 143).

Para Rotelli as experiências em outros países, ainda que com estratégias externas ao manicômio, não causou a modificação dele em si. Nessas experiências, há um aumento da polarização das demandas, no sentido de que os espaços construídos para atendimento fora do hospital psiquiátrico, atendem uma demanda que vai se tornando cada vez mais voltada para demandas trazidas pela classe média, o que faz com que a psicose grave fique cada vez mais marginalizada e excluída nos espaços manicomial (AMARANTE, 2008).

[...] se olharmos ao redor, por exemplo, no panorama europeu, ou ainda, na América do Norte, ou no Canadá em particular, veremos que todas as estratégias que foram colocadas em pé em torno do hospital psiquiátrico, imaginando que através das iniciativas colocadas na comunidade – serviços, atividades de distritos e unidades sanitárias ou de uma rede integrada de serviços, colocando a Saúde Mental dentro do serviço sanitário da cidade –, não produziram modificação do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2008, p. 159).

Com relação ao modelo inglês e francês, para Rotelli “considerou-se, então, na Itália, que estes modelos não poderiam ser úteis para uma transformação real da

assistência psiquiátrica” (AMARANTE, 2088, p. 150). Ainda sobre as diferenças no campo conceitual, segundo Franco Rotelli:

A grande estação de reforma na Europa e nos Estados Unidos, que envolveu e por vezes transformou em várias medidas os sistemas de saúde mental, foi impulsionada pelo intento de renovar a capacidade terapêutica da Psiquiatria, liberando-a das suas funções arcaicas de controle social, coação e segregação. Neste contexto cultural e político a desinstitucionalização era uma palavra de ordem central utilizada para muitos e diferentes objetivos: para os reformadores ela sintetizava precisamente esses objetivos; para os grupos de técnicos e políticos radicais ela simbolizava a perspectiva da abolição de todas as instituições de controle social, e se emparelhava à perspectiva antipsiquiátrica; para os administradores, ela era sobretudo um programa de racionalização financeira e administrativa, sinônimo de redução de leitos hospitalares e uma das primeiras operações consequentes da crise fiscal (ROTELLI, 2001, p.19).

As experiências de reformas na psiquiatria de outros países foram analisadas criticamente pelos italianos, que tiveram uma experiência tardia com relação a estes países devido ao atraso tecnológico e entraves sociais. A experiência italiana ao longo dos anos confrontou diretamente o modelo inglês (Comunidade Terapêutica) e francês (Setor e Institucional), porém conservando alguns pontos em comum, como a democratização das relações institucionais e a territorialidade (BARROS, 1994; BUENO, 2011), mas chegando ao seu ponto diferencial onde confronta o hospital psiquiátrico e todos os significados contextualizados em sua existência. Para Rotelli:

[...] a experiência italiana pôde fluir também a partir da falência das reformas psiquiátricas nos outros países. Foi possível, graças também a um certo atraso italiano, poder ter como um tesouro outras experiências feitas em outros países, e, portanto, da tradução prática da crítica destas experiências se pôde conseguir não cometer os mesmos erros que foram cometidos naqueles países” (AMARANTE, 2008, p. 150).

Quando, de fato, se processa um manejo que objetiva desinstitucionalizar dentro do conceito triestino, o trabalho que será continuado fora do manicômio trará pontos fundamentais que fazem a diferença no êxito do processo. Para Rotelli, cuidar no território deve ser o oposto do que se fazia no manicômio e se nos fechamos “num ambulatório, com o nosso jaleco branco, os medicamentos e os DSM III, IV, ou V nas mãos, com a catalogação de doenças infinitas, e amarramos as pessoas até mesmo nos hospitais gerais, além dos hospitais psiquiátricos, então estamos fora do caminho [...]” (SADE, 2014, p. 43).

Abaixo apresentamos uma tabela baseada na fala de Rotelli em entrevista à Sade (2014) sintetizando os principais pontos de distinção entre o manicômio *versus* cuidado na território/comunidade:

Manicômio	Território/ Comunidade
Fecha	Abre
Controla	Cria oportunidades de vida
Separa do contexto social	Reconstrói vínculos com o tecido social
Poder absoluto dos médicos e dos enfermeiros	Poder relativizado, reduzido, ser um dos vários poderes que entram em ação. Contratualidade do usuário torna-se elemento fundante da relação terapêutica
Pessoas são silenciadas	Pessoas devem resgatar protagonismo, palavra, poder
Comportamento anormal é punido	Todo comportamento anormal deve ser visto como recurso, alavanca para uma evolução, uma emancipação, uma relação diferente com o mundo.

Em síntese, o processo de desinstitucionalização é caracterizado por esses três aspectos que vão tomando corpo, pouco a pouco, à medida que o manicômio vai se desmontando, e que representam sua conotação de fundo:

1) A construção de uma nova política de saúde mental a partir da base e do interior das estruturas institucionais através da mobilização e participação, também conflitiva, de todos os atores interessados;

2) A centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes, de tal forma que eles, mais ou menos "doentes", sejam sujeitos ativos e não objetos na relação com a instituição. A palavra de ordem é: do manicômio, lugar zero dos intercâmbios sociais, à multiplicidade extrema das relações sociais;

3) A construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas da internação no manicômio, exatamente porque nascem do interior de sua decomposição e do uso e transformação dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados.

A partir destas premissas, algumas das correntes de trabalho em saúde mental têm atuado em seu trajeto histórico com vários capítulos que podem contar a prática desse processo que está dentro do que chamamos reforma psiquiátrica.

Portanto, por tantas funções que vão além da simples “cura”, pode-se perceber que no conceito a ser trabalhado desinstitucionalizar não é somente desospitalizar. Segundo Amarante (2009, p. 49):

[...] desinstitucionalizar não se restringe e nem muito menos se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Enquanto desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos.

Recovery

A partir da desinstitucionalização, várias pessoas em sofrimento psíquico puderam recuperar seus direitos de cidadãos, podendo assim ter voz e se empoderar em suas ações no território. Com isso, torna-se necessária a reflexão sobre as práticas alternativas de crítica à psiquiatria e o protagonismo dos usuários como atores sociais e a possibilidade de integração do valor da experiência de sofrimento. A partir dessas reflexões insere-se a construção do conceito de recovery, atualmente usado em Trieste e em outros países (SADE, 2014) que “[...] nada mais é do que um aspecto da desinstitucionalização, ou melhor, é a desinstitucionalização do ponto de vista do paciente” (VENTURINI, 2010, p. 143).

No Brasil, o campo da recovery é recente e tem poucas publicações a respeito, porém o tema tem se tornado mais presente em falas de congressos, encontros e outros eventos com alguma troca, inclusive de pessoas que atuam na Itália e em outros países. É relevante entender que no Brasil, a estratégia de cuidado desde a construção do movimento da reforma psiquiátrica é a atenção psicossocial³⁴, consolidada como uma alternativa na mudança paradigmática ao modelo psiquiátrico tradicional.

A noção de recovery, segundo Marin “suruiu no contexto norte-americano de luta pelo direito à cura e à autodeterminação dos usuários de saúde mental nos Estados Unidos e difundiu-se nos países de língua inglesa e do norte da Europa ao

³⁴ A Atenção Psicossocial tem como estratégia de atuação quatro campos: teórico-assistencial, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

redor dos anos 90” (SADE, 2014, p. 157). Pensar na reabilitação de modo amplo, no cuidado do sujeito em sofrimento faz parte da *recovery*, que não aponta um tratamento visando a “cura” no sentido clínico, como remissão de sintoma e sim inclusão social, cidadania e emancipação. Marin traz dados de um documento inglês de 1999:

[...] a *recovery* de um transtorno mental grave se refere a um processo ativo, dinâmico e altamente individual, em que uma pessoa assume a responsabilidade da própria vida e é delineado um conjunto de estratégias pessoais para enfrentar não só os sintomas, mas também os riscos associados ao transtorno mental, que compreendem estigma, discriminação e exclusão social. Aspectos relevantes de tal processo são a conscientização a respeito da própria experiência como pessoa com um problema mental, a busca de um significado pessoal para esta experiência e, conseqüentemente, o desenvolvimento de uma percepção de si mesmo como indivíduo e não como inválido (SADE, 2014, p. 157).

Em Trieste, um grupo de usuários, familiares e profissionais elaborou a “Carta dos serviços de saúde mental orientados para percursos de *recovery*”, apresentada no Congresso *Impazzire si può*³⁵. A carta traz os dez principais pontos que caracterizam a *recovery* num serviço. Abaixo, apresento os dez pontos resumidamente (SADE, 2014, p. 158-159-160):

1) *Serviços centrados na pessoa*: Prezando a subjetividade dos indivíduos, construindo percursos pessoais baseados em suas necessidades, valores e preferências.

2) *Formação para todos*: Envolver pessoas com experiência pessoal de *recovery* como formadores dos profissionais de saúde mental e a necessidade de formação também se refere ao interesse de pessoas com experiência de sofrimento psíquico.

3) *Inserção no mercado de trabalho e inclusão social*: satisfazer as diversas demandas, principalmente em virtude do número crescente de jovens que sofrem de alguma forma de transtorno mental. Sentir-se incluído socialmente significa poder assumir um papel ativo por meio de instrumentos e recursos úteis para reconstruir a própria identidade e sentir que pertence a vida da sua comunidade, fora do âmbito da saúde mental.

4) *Estigma e opressão interior*: Combater o fenômeno do estigma, enraizado na sociedade. Consideradas pessoas não confiáveis, incapazes e perigosas, recebem tratamentos baseados num assistencialismo paternalista que invalida e impede um

³⁵ Enlouquecer é possível.

percurso real de empoderamento, podendo realizar somente trabalhos humildes e desqualificados. Por essas e muitas outras razões, é preciso lutar contra os preconceitos que cercam transtorno mental e promover uma informação adequada que cancele as conotações negativas e combata falsos mitos.

5) *Rede social e pessoas significativas*: Serviços orientados para a recovery devem trabalhar para articular a rede das pessoas significativas para os usuários, favorecendo, assim, a reconstrução de laços afetivos e sociais. Os profissionais dos serviços de saúde mental são parte da rede social dos usuários, portanto devem oferecer-lhes uma atenção genuína e respeitosa, em vez de comportamentos convencionais ou formais. Além disso, devem dar apoio aos familiares para que estes possam ajudar, com maior capacidade relacional, os próprios familiares.

6) *Suporte entre pares*: As pessoas com experiência de sofrimento mental podem colaborar com os serviços como “facilitadores”, colocando à disposição os próprios conhecimentos e saberes adquiridos para ajudar os que estão dando seus primeiros passos no próprio percurso de recuperação. A pessoa que vivenciou o sofrimento mental possui uma sensibilidade diferente e revela um dos caminhos de recovery que podem ser percorridos.

7) *Os espaços de acolhimento*: Prioridades dos serviços e devem estar sempre abertos a todos; devem ser lugares onde as pessoas sintam-se protegidas e seguras. Os espaços de acolhimento devem ser bonitos e decorosos, bem como permitir uma troca contínua de interesses e desejos; devem proporcionar atividades de lazer, mas também culturais e criativas.

8) *Uso de medicamentos*: O usuário deve ser ativo em cada fase do tratamento, inclusive no que se refere aos medicamentos. Ser ativo, neste sentido, implica que a pessoa não use passivamente, mas sim conscientemente os medicamentos, como um dos instrumentos do próprio percurso de reapropriação de si mesmo e do seu sofrimento.

9) *Advocacy e associação*: As associações de usuários e de familiares que se dedicam a defesa dos direitos e a promoção da saúde mental são fundamentais como organizações para a denúncia de abusos, serviços ineficientes, medidas de segregação e de contenção.

10) *Comitês de ética*: Participação de usuários em Comitês de ética, como especialistas pela própria experiência, é importante para darem sugestões e

avaliarem o que facilita e o que dificulta o processo de recuperação de um transtorno mental, garantindo, desta forma, o respeito dos direitos e a escolha dos tratamentos.

Para Roberto Mezzina³⁶ a *recovery* questiona a natureza, a relação com a doença, dando um novo sentido para a experiência de sofrimento, reconhecendo seu valor e em que contexto de vida do sujeito a crise aparece, retomando assim aos poucos o controle da própria vida. Ela se dá quando a pessoa emerge da doença e tem acesso ao social, intersubjetivo novamente. Mezzina descreve três níveis de *recovery* (SADE, 2014, p. 190-191):

1) *Pessoal*: que pode ser “completa” ou “social”;

2) *Familiar*: o envolvimento da família num percurso de mudança de outras pessoas, com o “usuário designado”, que implica no reconhecimento de que “o problema dele é, de certa forma, o meu também”. Frequentemente esse percurso leva a uma importante conscientização sobre aspectos sociais, participativos, comunitários, bem como políticos num sentido amplo;

3) *Comunitária*: o reconhecimento do valor da participação, da contribuição no que se refere à integração e não somente à solidariedade que cada membro de uma comunidade ou de uma sociedade pode dar a quem vivencia ou vivenciou um sofrimento psíquico.

Para Mezzina, deve-se atentar ao risco na Itália e em outros países da maneira que os serviços possam lidar com a prática da *recovery*, pois “como a autoajuda e o empoderamento, a *recovery* poderia ser somente uma palavra, a ser usada para criar a ilusão de uma mudança falsa e, portanto, uma ideologia (ou pior, uma religião), enquanto os serviços permanecem fechados em seus paradigmas e em suas práticas” (SADE, 2014, p. 201). Os serviços como instituições dominadas por sua lógica interna e estruturas de poder, devem estar atentos e reflexivos com relação à sua prática, promovendo práticas desinstitucionalizantes “ao passo que controle (normalização) e emancipação permanecem sendo polaridades entre as quais o processo de cuidado se desloca” (SADE, 2014, p. 201).

³⁶ Psiquiatra e atual diretor do Departamento de Saúde Mental de Trieste. Atua em Trieste desde 1978. É docente e pesquisador em serviços de saúde mental, universidades e importantes instituições científicas na Itália, na Europa (Inglaterra, França, Alemanha, Espanha, Irlanda, Suécia, Holanda, Bélgica, Suíça, Eslovênia, Eslováquia, Bulgária, Noruega, Dinamarca, Islândia, Sérvia, Grécia, Romênia) e nos seguintes países: Estados Unidos, Canadá, Austrália, Nova Zelândia, Índia, Sri Lanka, Irã, Palestina, Brasil (SADE, 2014).

A experiência vivida em Trieste “demonstra ser possível a constituição de um ‘circuito’ de atenção que, ao mesmo tempo, oferece e produz cuidados e novas formas de sociabilidade e de subjetividade para aqueles que necessitam de assistência psiquiátrica” (AMARANTE, 2009, p. 50).

Os embates diários vividos atualmente em Trieste e na reforma italiana de modo geral, trazem aspectos que podem ser encontrados mundialmente, no que diz respeito a ondas opostas e conservadoras, onde o paradigma vigente ainda transita juntamente com o ultrapassado, historicamente construído. Trieste estará sempre em constante processo de reflexão e evolução na prática de sua saúde mental constantemente desinstitucionalizando, já que está inserida no social e no tempo histórico que está em constante movimento e reconstrução. A lição que Trieste traz, vem de sua história e do manejo paciente, constante e persistente em sua prática.

Marcadores de análise: Trieste e Sorocaba

Após percorrermos os principais pontos da história da reforma italiana, com foco no processo triestino fundamentando assim o conceito de desinstitucionalização usado nesta pesquisa, apresentamos alguns marcadores importantes da reforma italiana que serão elementos de análise no diálogo a serem considerados com a experiência em Sorocaba:

- 1) Implicação e articulação do poder político e administrativo;
- 2) Restituição dos direitos garantidos e empoderamento;
- 3) Resposta às necessidades concretas dos sujeitos para efetivo retorno ao território (como objetos pessoais, roupas, dinheiro, possibilidade de atividade remunerada, além da tentativa de pensões sociais ou aposentadorias);
- 4) Os dez pontos que caracterizam a recovery (ferramenta atual de desinstitucionalização em Trieste) citados na “Carta dos serviços de saúde mental” apresentada no Congresso *Impazzire si può*³⁷.

³⁷ Vide página 62.

CAPÍTULO III – DESINSTITUCIONALIZAÇÃO À BRASILEIRA

No Brasil, o Movimento da Reforma Psiquiátrica teve início com os movimentos sociais dos anos 70 e 80 e a participação de vários atores sociais como políticos, associações de usuários, trabalhadores e de familiares de pacientes. [...] o Movimento da Reforma Psiquiátrica é um movimento com fortes conotações políticas, impregnado ética e ideologicamente. O processo de sua construção está intimamente ligado à luta pela transformação da sociedade (YASUI, 2006, p. 24). Segundo Amarante (2009, p. 51) o movimento da Reforma Psiquiátrica:

[...] tem como estopim o episódio que fica conhecido como a ‘Crise da DINSAM’ (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental. Os profissionais das quatro unidades da DINSAM, todas no Rio de Janeiro [...], deflagaram uma greve, em abril de 1978, seguida da demissão de 260 estagiários e profissionais.

No II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental em dezembro de 1987, na cidade de Bauru foi proposta a substituição do modelo hospitalocêntrico por um cuidado comunitário visto sob outra perspectiva. Segundo Yasui (2006, p.10) “Um Congresso também histórico pelo nascimento do Movimento da Luta Antimanicomial – marcado pelo lema “Por uma sociedade sem manicômios” e pela escolha do dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial”.

O tema desinstitucionalização aparece nesse Congresso. Estava presente no folheto da programação contemplando subitem do Eixo B “Por uma Sociedade sem Manicômios” com o tópico “processo de desinstitucionalização e/ou processo de desospitalização”³⁸. O contexto de consolidação do que seria a política da reforma psiquiátrica e inspirações em experiências vividas por outros países, fizeram as primeiras experiências de desinstitucionalização ocorrerem no Brasil.

Ainda em 1987, em março, surge o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo, o primeiro do país. Com uma equipe envolvida diretamente com os movimentos de trabalhadores da Saúde Mental

³⁸ Nota-se que o termo desinstitucionalização é discutido no Congresso em conjunto com o termo desospitalização. “desinstitucionalização e/ou desospitalização”.

(MTSM) e Reforma Sanitária, era um serviço da rede pública que oferecia cuidado intensivo para pessoas com sofrimento psíquico de modo extra-hospitalar em crítica ao modelo hospitalocêntrico. Essa experiência inspirou a criação de outros serviços no país, antes mesmo da existência de uma regulamentação mais específica na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (ROSA, 2016).

Em maio de 1989, a Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico em Santos, passa por uma intervenção iniciando um processo de substituição do modelo manicomial na cidade com a construção de uma rede territorial ampla com Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Pronto-Socorro Psiquiátrico Municipal, Unidade de Reabilitação Psicossocial, Centro de Convivência TAM-TAM (com a rádio TAM-TAM) e o Lar Abrigado (YASUI, 2006). O trabalho desenvolvido em Santos com o fechamento do Anchieta e construção de rede substitutiva teve influência na experiência triestina e no Movimento da Psiquiatria Democrática de Basaglia. Nesse período em Trieste, o *Hospital San Giovanni* já havia fechado há mais de 10 anos e o processo triestino estava vivenciando as práticas no território, refletindo sobre as formas de habitar e enfrentando desafios como a escassez de recursos vivida na década de 80. Sobre a experiência em Santos:

Esta foi, durante muitos anos, a experiência de maior repercussão, tanto nacional, quanto internacionalmente. Pela primeira vez tínhamos em um município a prática concreta de uma organização de serviços e ações de saúde mental efetivamente substitutiva à internação psiquiátrica (YASUI, 2006, p. 41).

Ainda em 1989 o Projeto de lei do deputado Paulo Delgado (PL 3657/1989) dá entrada no Congresso Nacional e “propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país” (BRASIL, 2005b, p. 07). Após inúmeras modificações no Projeto inicial e após 12 anos em tramitação, o Projeto vira a Lei 10.216 aprovada em 2001. Sobre a promulgação da Lei:

[...] trouxe transformações no *modus operandi* da assistência à saúde mental no Brasil. Baseada nos preceitos da reforma psiquiátrica, essa lei aponta para a superação do modelo hospitalocêntrico no atendimento da pessoa com transtorno mental, ao recomendar um cuidado que não afaste o usuário de seu espaço social. Tem por fundamentos a negação da exclusão, a transformação da visão social da loucura e o atendimento em rede predominantemente extrahospitalar (CAYRES et al, 2015, p.19).

O termo desinstitucionalização nas Conferências Nacionais de Saúde Mental

A palavra desinstitucionalização foi gradualmente ficando mais presente na política de saúde mental e o sentido em que ela se aplica nas políticas vai se ampliando com o passar dos anos. Um bom analisador deste fato são os relatórios finais da Conferência Nacional de Saúde Mental. A I Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em junho de 1987, no Rio de Janeiro foi um marco histórico na construção do que seria a reforma psiquiátrica. Segundo Yasui (2006, p. 38):

De maneira geral, pode-se afirmar que aquela Conferência apresentou uma ênfase nas proposições políticas e ideológicas. O relatório final alinhavou argumentos que produziram as bases para as propostas e experiências práticas que viriam, na seqüência, exercitar outras lógicas contrárias à asilar.

No relatório final da I Conferência a palavra desinstitucionalização ainda não aparece³⁹. Somente uma proposta trata de desospitalização:

2. Com referência ao modelo assistencial:
2.1. Reversão da tendência "hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica", dando prioridade ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional como referência assistencial ao paciente, inserindo-se na estratégia de desospitalização. (BRASIL, 1988, p. 18).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental acontece em dezembro de 1992, momento conturbado no país, logo após o impeachment de Fernando Collor de Mello (setembro de 1992). O texto de apresentação do documento cita o momento delicado:

O país vive, nesse momento, grande inquietação diante de possíveis mudanças na relação entre o Estado e a Sociedade, prenunciadas pela revisão constitucional de 1993, e pela frustração histórica de suas expectativas por melhorias da qualidade de vida com justiça social (BRASIL, 1994, p. 05).

No Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental a palavra desinstitucionalização é citada pela primeira vez (quatro vezes). Abrange a desinstitucionalização de forma ampla, trazendo o termo para a questão de segregação e institucional: "É imperativo efetuar a desinstitucionalização de todas as

³⁹ Cabe lembrarmos que no mesmo ano após a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro houve o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, e como já mencionado, o termo desinstitucionalização é citado.

instâncias com características manicomial, tais como: asilo para idosos, instituições para menores, classes especiais e instituições penais, entre outras” (BRASIL, 1994, p. 07). O termo também é citado com relação à desconstrução do trabalhador de saúde mental:

Deve ser dada prioridade às ações que estimulem a desinstitucionalização do trabalhador de saúde mental, desconstruindo seus manicômios mentais, libertando-o de esquemas e de estruturas que o impedem de pensar e agir de modo mais humano pela promoção da saúde mental e necessária emancipação do campo terapêutico (BRASIL, 1994, p. 08).

O termo desospitalização aparece uma vez, contextualizado em mecanismos concretos de saída do hospital psiquiátrico e ida para lares abrigados e pensões protegidas nos bairros.

No Relatório Final da III Conferência de Saúde Mental “Cuidar sim, excluir não”, realizada em Brasília em dezembro de 2001, o termo aparece 12 vezes. Com um subitem com o tema no índice, aqui já aparecem várias propostas com o termo, falando em serviços substitutivos, em Serviço de Residência Terapêutica (SRT) e em desinstitucionalizar moradores de longa permanência em hospitais psiquiátricos.

A proposta 21 deste relatório fala dos serviços substitutivos em substituição ao hospital psiquiátrico:

Assegurar que não haja contratação de serviços substitutivos que funcionam dentro ou nas imediações de hospitais psiquiátricos, em contradição com os princípios da desinstitucionalização. E, também, garantir que os hospitais-dia anexos de hospitais psiquiátricos não sejam credenciados (BRASIL, 2002, p. 27).

O início do capítulo com o título “Desinstitucionalização” fala em superação do modelo asilar por meio de “desospitalização/substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos” (BRASIL, 2002, p. 36). Outras propostas propõem a criação de um cronograma e ações preventivas de desinstitucionalização, ampliação de recursos humanos para tais ações, recursos financeiros como bolsas aos moradores de longa permanência dos hospitais psiquiátricos (que na IV Conferência já aparece consolidado como o programa “De Volta para Casa”), atuações dentro do tema para infância e adolescência bem como o desenvolvimento de programas de desinstitucionalização, citando a criação dos SRT como fundamentais. O relatório

traz a necessidade de fiscalização dos Conselhos de Saúde aos serviços substitutivos, sob o que é chamado “princípios da desinstitucionalização”.

A III Conferência acontece dentro de um contexto favorável em vários sentidos. Além de 2001 ter sido o ano da promulgação da Lei 10.216, várias experiências estavam acontecendo tanto em relação a intervenções em hospitais psiquiátricos, quanto à construção de serviços substitutivos no território. Já havia, de fato, pessoas moradoras de longa permanência em hospitais psiquiátricos voltando a habitar as cidades. Era preciso avançar em estratégias de desinstitucionalização. A proposta 36 trata desse ponto, por meio de incentivo financeiro dos gestores e políticos:

Exigir dos gestores e políticos que a desinstitucionalização seja efetivada investindo recursos financeiros, materiais e humanos necessários para criação, manutenção, sustentação e expansão dos projetos de saúde mental, os quais deverão estar de acordo com os princípios do SUS e diretrizes da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002, p. 30).

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental- Intersetorial, realizada no final de junho de 2010, em Brasília, tem em seu Relatório Final a palavra desinstitucionalização usada 22 vezes. Esta Conferência foi a primeira intersetorial, o que influenciou diretamente o teor das propostas, ampliando o olhar do cuidado e agregando Políticas Intersetoriais como garantia de direitos, Políticas de Habitação, inclusão social e Direitos Humanos. Podemos perceber com a inserção da Política Intersetorial um amadurecimento do conceito de desinstitucionalização, que é visto com ações ampliadas, psicossociais e de direitos no que diz respeito ao habitar, estar na sociedade, aproximando de certa forma ao conceito triestino. É importante apontar que como consequência dessa ampliação do olhar, pela primeira vez o termo desospitalização não aparece no relatório. Fala-se em “aprofundamento do processo de desinstitucionalização da loucura da Reforma psiquiátrica Brasileira” (BRASIL, 2010, p. 41) por meio de mecanismos de sistematização, monitoramento e avaliação das informações da rede e do controle social.

Há um subitem “Desinstitucionalização e proteção social: Residências Terapêuticas, Programa de Volta para a Casa e articulação intersetorial no território”. Nos princípios e diretrizes gerais deste tópico, a proposta 425 fala que:

A consolidação da política de saúde mental do SUS, orientada pelos princípios da reforma psiquiátrica, exige estimular, ampliar e garantir os

programas de desinstitucionalização – com o conseqüente fechamento dos leitos psiquiátricos – e a rede de serviços substitutivos que favoreçam a inclusão e proteção a todos os cidadãos com sofrimento psíquico (BRASIL, 2010, p. 77-78).

É proposta a criação de plano emergencial entre as esferas do governo visando a desinstitucionalização de pessoas internadas e novamente aparece aqui a criação de um cronograma de desinstitucionalização. Há propostas que sugerem a realização de censo em hospitais psiquiátricos e a garantia que os programas De Volta para Casa e os SRT possam contemplar pessoas com sofrimento psíquico vindas do sistema penitenciário e outros espaços além do hospital psiquiátrico. Ainda aparecem propostas que visam estratégias para desinstitucionalização de crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas e pessoas em situação de vulnerabilidade social.

Desde a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental (1988) até a última (2010) pôde-se perceber, por meio das propostas apresentadas nos relatórios finais das mesmas, que se tratando de aplicabilidade do termo analisado, houve avanço no entendimento da palavra dentro de um contexto amplo de forma gradual. Ao longo dos anos foi se diferenciando em alguns aspectos da desospitalização dentro das propostas, trazendo como consequência a eliminação deste termo no último relatório final.

A evolução da reforma psiquiátrica ao longo das Conferências (no sentido de concretização de Leis, Decretos, diminuição de leitos psiquiátricos e aumento de rede substitutiva) trouxe melhor apropriação do termo na elaboração das propostas, se diferenciando gradativamente de desospitalização, ao menos teoricamente. Nas propostas geradas o termo desinstitucionalização no início está inserido na saída do manicômio e evolui até o cuidado no território de forma intersetorial, de modo similar ao que Rotelli (2001) descreveu como um processo que ocorre “de dentro pra fora”.

Política de Saúde mental

A política de saúde mental no país foi se consolidando com estratégias de cuidado substitutivo aos hospitais psiquiátricos. Várias portarias foram aprovadas a partir da década de 90 constituindo assim a política pública da área, o que conseqüentemente levou à aprovação da Lei 10.216 que trata da proteção e direito

do usuário em sofrimento psíquico. Mais recente, a portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011, dispõe sobre a construção da RAPS. A Rede é constituída por sete componentes cada um com pontos de atenção ou serviços (BRASIL, 2011b):

- *Atenção Básica*: Unidade Básica de Saúde (UBS), equipe de atenção básica para populações específicas (equipe de consultório de rua e equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centros de Convivência;

- *Atenção Psicossocial Especializada*: Centros de Atenção Psicossocial – CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III, CAPSi;

- *Atenção de Urgência e Emergência*: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192, Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro e Unidades Básicas de Saúde;

- *Atenção Residencial de Caráter Transitório*: Unidade de Acolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial;

- *Atenção Hospitalar*: enfermaria especializada em Hospital Geral e serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

- *Estratégias de Desinstitucionalização*: SRT e Programa de Volta para Casa;

- *Reabilitação Psicossocial*: geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários, cooperativas sociais.

Dentro dessa política, vale ressaltar o CAPS como o ponto de atenção da RAPS e uma das principais estratégias de cuidado da política de saúde mental, serviço que trabalha diretamente com a reabilitação psicossocial. O CAPS é uma ferramenta no auxílio à substituição de hospitais psiquiátricos e une ao mesmo tempo atendimento clínico e reinserção social. “De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento” (BRASIL, 2005b, p.27).

O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de

atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004, p.13).

Com relação às estratégias de desinstitucionalização na portaria, o SRT é colocado como único ponto de atenção e o Programa de Volta para Casa como parte da estratégia. É pertinente refletirmos que praticamente todos os componentes presentes na composição da RAPS devem ser também estratégias de desinstitucionalização. Dentro do conceito já citado, desinstitucionalizar é um processo contínuo e amplo que ultrapassa o simples fechamento do hospital psiquiátrico, além de ser um processo social construído diariamente em todos os aspectos da vida do sujeito e todos os componentes da RAPS em seu cuidado deveriam em suas práticas trabalhar com este conceito.

No artigo 11 da portaria 3.088, a estratégia de desinstitucionalização é explicitada trazendo a desinstitucionalização apenas como estratégias substitutivas à internação:

§ 1º O componente Estratégias de Desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social. § 2º O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos. § 3º O Programa de Volta para Casa, enquanto estratégia de desinstitucionalização, é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que prevê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência (BRASIL, 2011b, p. 08).

O SRT é um componente decisivo da política de saúde mental e da estratégia de desinstitucionalização regulamentado pela Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. As “residências terapêuticas ou simplesmente moradias, são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não” (BRASIL, 2005b, p.15). Cada SRT é referenciado

pelo CAPS do seu território e não são apenas egressos de hospitais psiquiátricos que podem ser moradores, segundo o Ministério da Saúde os SRT são:

Especialmente importantes nos municípios-sede de hospitais psiquiátricos, onde o processo de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais está em curso, as residências são também dispositivos que podem acolher pessoas que em algum momento necessitam de outra solução de moradia (BRASIL, 2005b, p.16).

Outro instrumento importante na política de saúde mental, no que se refere à desinstitucionalização é o Programa de Volta pra Casa. Criado pela Lei 10.708, o Programa é uma estratégia que potencializa a emancipação de pessoas em processo de desinstitucionalização e contribui efetivamente na inserção social de pessoas que tem longa história de internações em hospitais psiquiátricos, com pagamento de auxílio-reabilitação mensalmente (BRASIL, 2005b).

Além da RAPS, outros dispositivos intersetoriais da rede fazem parte do cuidado em atenção psicossocial. Na construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS)⁴⁰ de um sujeito em processo de desinstitucionalização vários pontos de atenção serão necessários. Além dos serviços compostos pela RAPS, outros dispositivos da rede SUS podem ser necessários, além do SUAS, Previdência Social, Educação e o próprio território com sua comunidade, movimentos sociais, Conselhos Municipais e outros, sendo assim uma construção ampla.

[...] os serviços da RAPS são de base territorial e comunitária, com oferta de estratégias de cuidado diversificadas, incluindo ações intersetoriais, que devem se adequar às necessidades de seus usuários e familiares e garantir a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania durante esse processo de cuidado (CAYRES et al, 2015, p. 21).

O polo manicomial de Sorocaba

Com décadas passadas após o início da reforma psiquiátrica, as primeiras experiências de fechamento de manicômios com ampliação da rede no território e após a consolidação de uma política de saúde mental, ainda podemos encontrar atualmente vários hospitais psiquiátricos em funcionamento no país. Além disso,

⁴⁰ “O Projeto Terapêutico Singular é um movimento de co-produção e de co-gestão do processo terapêutico de um Sujeito Singular, individual ou coletivo, em situação de vulnerabilidade”. (OLIVEIRA, 2007, p. 91).

essas instituições formam polos manicomialis, ou seja, existem vários hospitais psiquiátricos em uma região. Um desses polos fica na região de Sorocaba e será nosso campo de pesquisa.

A cidade de Sorocaba, localizada no interior de São Paulo, tem população estimada de 644.919 pessoas⁴¹ num território de 450.382 km². Seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,798, índice considerado alto, ficando em 47^o⁴² lugar no país. Com relação aos números sobre saúde, é necessário nos atentarmos aos seguintes dados: São 40 estabelecimentos de saúde municipais e 182 estabelecimentos privados. No país, são 49.753 estabelecimentos municipais e 42.049 estabelecimentos privados (IBGE; ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL). Os dados mostram uma maioria significativa de estabelecimentos privados com relação aos públicos no município, tendência que não se repete a nível nacional, onde os estabelecimentos municipais são mais numerosos que os estabelecimentos privados. Historicamente, segundo o Instituto histórico, geográfico e genealógico de Sorocaba:

Sorocaba é uma cidade sustentada por sua vanguarda desde os primórdios. Fundada em 15 de agosto de 1654 pelo bandeirante Baltasar Fernandes, tem um longo histórico de ciclo de mudanças e transformações. Por muitos anos levou o título de 'Manchester Paulista' devido às suas inúmeras fábricas têxteis. Berço da Estrada de Ferro Sorocabana, companhia que levou o nome da cidade para as mais diversas cidades e estados através de seus trilhos. Atualmente mantém uma grande variedade de indústrias dos mais diversos ramos, forte comércio e grande malha de serviços. (INSTITUTO HISTÓRICO, GEOGRÁFICO E GENEALÓGICO DE SOROCABA).

Sorocaba iniciou a construção de seus hospitais psiquiátricos, desde o século XIX, sendo pioneira no Brasil na implantação das colônias agrícolas que usavam a laborterapia como parte do tratamento aos doentes mentais. Em 1895, a cidade recebia internos vindos de São Paulo em uma chácara comprada pelo Estado, se tornando uma colônia agrícola para 80 pessoas que era supervisionada por Franco da Rocha. Com a criação do Juquery em 1898, os pacientes foram transferidos pra lá e a colônia foi fechada. Em 1918, foi inaugurado por pessoas ligadas a maçonaria o manicômio Dr. Luiz Vergueiro que se tornaria o Jardim das Acácias. Na década de

⁴¹ Em 2015.

⁴² Em 2010.

40, já eram criticadas as condições dentro do hospital (GARCIA, 2012). Abaixo um trecho da inspeção realizada em 1942 pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais:

Cumprir notar que o Manicômio é uma válvula de desafogo para a Delegacia Regional de Sorocaba, que atende a uma rede importante de municípios, pois não existe em toda a região da Sorocabana nenhum estabelecimento para internação de psicopatas. O Manicômio tem servido até de presídio: o pavilhão novo foi inaugurado com o recolhimento de um bando de garotos. (Arquivos do Serviço Nacional de Saúde Mental, 1943, p. 705 apud GARCIA, 2012, p. 108)⁴³.

O primeiro censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo foi realizado em 2008. O número total de moradores de hospitais psiquiátricos no estado era de 6.349 pessoas (BARROS; BICHAF, 2008). No segundo censo psicossocial realizado em 2014, com relação ao número total de moradores, segundo Cayres et al (2015, p. 13):

De lá para cá, houve pouco avanço nessa questão: o censo atual mostrou que ainda havia 4.439 pacientes morando nesses hospitais. Esse número atual de moradores já sinaliza as resistências e dificuldades em cumprir o que está assegurado por lei desde 2001 e preconizado pela política de saúde mental com a sua implantação.

Ainda, segundo Cayres et al (2015, p. 38) “pode-se inferir que a diferença de 1.910 pessoas entre os dados de um censo e outro deveu-se a: 1.170 óbitos⁴⁴, 739 altas para RT e o caso de um morador cujo destino não foi possível identificar”.

No censo 2008, “os quinze DRS⁴⁵ que tinham hospitais psiquiátricos possuíam moradores, sendo o mínimo de 28 (vinte e oito) pessoas no DRS III – Araraquara e o máximo de 2.219 (duas mil, duzentas e dezenove) pessoas no DRS XVI – Sorocaba” (BARROS; BICHAFF, 2008, p.53). A região de Sorocaba neste levantamento, conta com sete hospitais psiquiátricos. São quatro em Sorocaba: Hospital Teixeira Lima, Hospital Mental Medicina, Hospital Psiquiátrico Vera Cruz, Hospital Psiquiátrico Jardim das Acácias, todos de gestão municipal e natureza privada, exceto o Hospital Psiquiátrico Jardim das Acácias de natureza filantrópica;

⁴³ Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais. (1943). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional.

⁴⁴ Cabe ressaltar que as listagens de óbitos apresentam um número maior de registros, que pode corresponder ao óbito de pessoas não consideradas nos censos por conta de sua situação por ocasião da pesquisa (por exemplo, poderiam ter menos de um ano de internação) ou referir-se a óbitos ocorridos posteriormente à coleta do censo de 2014 (CAYRES et al, 2015, p 38).

dois em Salto de Pirapora: Clínica Psiquiátrica Salto de Pirapora e Hospital psiquiátrico Santa Cruz, ambos de gestão Estadual e natureza privada; e um em Piedade: Hospital Psiquiátrico Vale das Hortências, de gestão Estadual e natureza privada (BARROS; BICHAFF, 2008).

O número de moradores por hospital variou de 135 (cento e trinta e cinco) no município de Sorocaba, a 443 (quatrocentos e quarenta e três), no município de Salto de Pirapora, totalizando 2.219 (dois mil duzentos e dezenove) moradores no DRS XVI, o que correspondia a mais de 1/3 dos moradores encontrados nos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo, segundo os critérios estabelecidos do Censo (BARROS; BICHAFF, 2008, p.68).

Alguns dados levantados no censo 2014 com relação ao Departamento Regional de Saúde (DRS) Sorocaba: No levantamento de 2014, a DRS Sorocaba registrou total de moradores de 1.600 pessoas, uma diferença de 619 pessoas a menos que em 2008 (27,9%). Na DRS Sorocaba dos 1.600 moradores há 453 locais de nascimento diferentes e 612 municípios da última residência. Com relação à documentação, 301 moradores não possuem nenhuma documentação, a maior concentração de casos do tipo. Com relação às curatelas, na DRS Sorocaba, 57,7% delas são de algum familiar e 33% são de membro vinculado à administração do hospital (CAYRES et al, 2015).

O começo do fim

Historicamente, a construção do processo da reforma sanitária e psiquiátrica se fez possível por meio de participação social. A construção das políticas públicas pós-ditadura tem nos movimentos sociais importantes coletivos que atuaram bravamente. Podemos entender que o movimento social é “uma ação coletiva cuja orientação comporta solidariedade, manifesta um conflito e implica a ruptura dos limites de compatibilidade do sistema ao qual ação se refere” (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007, p. 401, Apud, MELUCCI, 2001) ⁴⁶.

Em sua construção, o campo da saúde mental é “o lugar do encontro do singular e do social, do eu e do outro. É, também, o lugar do confronto: das idéias de

⁴⁶ Melucci A. A invenção do presente: movimentos sociais nas sociedades complexas. Petrópolis: Vozes; 2001.

liberdade e solidariedade contra o controle e a segregação, do privado e do público, da inclusão e da exclusão, da afirmação da cidadania e de sua negação” (YASUI, 1999, p. 23). Sendo assim, desde os primeiros coletivos, o movimento social se faz presente na atuação e manutenção desse campo.

Além do que, os movimentos sociais, nas sociedades complexas, são redes de ações que desenham uma estrutura submersa, um mosaico formado por indivíduos e grupos que, em estado de latência, questionam, no cotidiano, as lutas, reflexões e os questionamentos acerca da realidade social. A visibilidade ocorre nas ocasiões de mobilizações coletivas que trazem à esfera pública, a partir de manifestações, protestos, encontros, eventos, a condensação, socialização, os conflitos e recriações deste mundo latente (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007, p. 401).

A situação dos hospitais psiquiátricos em Sorocaba, já era pautada desde o ano de 2009 por movimentos sociais na região, como o Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba (FLAMAS) que denunciou a precária situação dos pacientes. Sobre o FLAMAS:

O Flamas começou a se constituir meses antes da primeira reunião formal e após encontros preparatórios dos quais participaram estudantes e profissionais de diferentes áreas, sobretudo da psicologia. O intuito era chamar a atenção das autoridades locais e gestores para a alta concentração de leitos psiquiátricos de longa permanência situados e distribuídos em sete hospitais na região de Sorocaba, bem como para a falta de políticas públicas, apoiadas pelo município, para a implementação de uma rede de assistência substitutiva aos manicômios. (HAINZ; DUARTE; GARCIA, 2012, p. 160).

Foram realizadas pesquisas por esses movimentos para entender a realidade da saúde mental no município. “a análise desses dados indicou que a rede de saúde mental existente era precária em número de equipamentos, profissionais, além de a rede substitutiva perpetuar o paradigma médico-hospitalocêntrico-medicalizador, já que continuaram vinculadas aos manicômios” (HAINZ; DUARTE; GARCIA, 2012, p. 160).

Após as primeiras denúncias enfrentarem resistência no município, o Entrevistado II relata que “[...] é preciso que eles (o movimento social) vão procurar a Defensoria Pública de São Paulo, na Capital, pra começar a ter uma institucionalidade maior para essa essas denúncias”.

No ano 2012 uma reportagem em uma rede de TV levou para o âmbito nacional a situação específica de um dos hospitais do município. Agregando às

denúncias dos movimentos sociais, a reportagem traz violações de Direitos Humanos, onde os pacientes eram maltratados e violados em vários sentidos. “Ao assistir a reportagem, é inevitável não sentir um certo desassossego, quase um desânimo, em constatar que, apesar de avançarmos em muitos aspectos, o manicômio ainda exhibe a sua face mais cruel e violenta, nos encarando de modo desafiador”(YASUI, 2012, p .09). Na reportagem, o secretário geral do Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Humana (CONDEP) de São Paulo, Ariel de Castro Alves fala sobre violação de direitos:

Claramente os direitos humanos mais fundamentais estão sendo violados. O artigo quinto da constituição diz que ninguém pode ser submetido à tortura, ao tratamento cruel, desumano e degradante. Nós vemos aí uma verdadeira masmorra medieval, onde as pessoas estão sendo submetidas a uma crueldade, a uma desumanidade, vivendo como se estivessem dentro de uma pocilga, um verdadeiro chiqueiro. (CONEXÃO REPÓRTER).

Com relação à repercussão do programa Conexão Repórter:

[...] nós fomos avisados do programa durante o dia [...] avisados que o programa traria uma denúncia, uma denúncia que a priori não era nova, o ministério já tinha informações da denúncia, enfim. À noite o programa foi ao ar, por volta da meia noite, algo assim e no dia seguinte nós já fomos chamados pela Coordenação de Saúde Mental pra o gabinete do ministro Padilha pra conversar a respeito. O que a gente entendia que estava acontecendo lá, o que a gente devia fazer. Eu lembro que o programa foi numa terça-feira no ar, na quarta-feira essa reunião, na quinta cedo a gente já estava em Sorocaba. (Entrevistado III).

O Entrevistado III, fala das ações realizadas após o programa:

[...] essa reunião, na quarta-feira no gabinete do Ministro foi muito importante eu diria, porque a principio a conversa inicial dentro do ministério era de que a gente deveria então fazer uma intervenção [...] e fechar aquele hospital o quanto antes transferindo todos os pacientes de lá. [...] além do que, transferir os pacientes era transferir o problema para um outro local. Os pacientes continuariam sendo tratados da forma que estavam só mudando o ambiente. E aí nos conseguimos isso, essa pactuação para dentro do ministério e no mesmo dia a gente construiu também um contato com o ministério público em São Paulo, a respeito da denúncia, visto que o Ministério Público tinha feito uma ação policial nos dias que antecederam a denúncia, pra gente caminhar, enfim, como caminharíamos dali (Entrevistado III).

Com relação à repercussão do programa Conexão repórter no município, segundo o Entrevistado II:

[...] E foi um pouco isso que aconteceu com a Conexão repórter. A cidade, acho que era muito conhecida por suas ciclovias, por seus jardins e tal, passa a ser reconhecida também como um espaço onde aquilo acontece, aquilo que é mostrado na Conexão Repórter.

A partir da divulgação da pesquisa com dados sobre a mortalidade nos hospitais psiquiátricos, dos movimentos sociais e da divulgação na mídia, familiares de pacientes, funcionários e ex-funcionários começaram a denunciar negligência nos hospitais psiquiátricos. Fiscalizações por vários órgãos competentes foram realizadas e revelaram as várias violações de direitos que ocorriam (GARCIA, 2012). Com isso, Ministério Público Federal, Ministério Público do Estado de São Paulo, Secretaria de Saúde de São Paulo, Governo do Estado, Ministério da Saúde e Prefeitura Municipal de Sorocaba, Prefeitura Municipal de Salto de Pirapora e Prefeitura Municipal de Piedade se mobilizaram e deram origem à assinatura de um TAC⁴⁷.

O TAC traz metas e prazos para o processo de desinstitucionalização e implantação da RAPS. Segundo o documento do TAC:

§1º - O objeto previsto no caput, será buscado, em especial, a partir de um processo contínuo de desinstitucionalização dos atuais pacientes moradores nos (07) sete hospitais psiquiátricos existentes na região de Sorocaba, no Estado de São Paulo, garantindo a integralidade da assistência terapêutica em todos os componentes da rede de atenção psicossocial, nos termos da portaria 3.088/2011 do Ministério da Saúde (art. 7º, inciso II, da Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1980; e art. 9º e 10, do Decreto nº 7.580, de 28 de junho de 2011) começando, contudo, pelo Hospital Vera Cruz (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2012, p.01).

O TAC é assinado em 18 de dezembro de 2012 e em 2013, a prefeitura de Sorocaba dá início a gestão do hospital já dentro do prazo do TAC para início do processo.

[...] quando em janeiro acontece uma intervenção no hospital [...] por ordem judicial. O Ministério Público leva a um juiz da cidade a necessidade de intervenção daquele hospital e que o município assumira a gestão direta daquele serviço (Entrevistado III).

⁴⁷ O termo de ajustamento de conduta é um acordo que o Ministério Público celebra com o violador de determinado direito coletivo. Este instrumento tem a finalidade de impedir a continuidade da situação de ilegalidade, reparar o dano ao direito coletivo e evitar a ação judicial. Disponível em: <<http://www.cnmp.gov.br/direitoscoletivos/index.php/4-o-que-e-o-termo-de-ajustamento-de-conduta>>.

Durante o ano de 2013, a prefeitura fez a gestão do hospital psiquiátrico interditado e algumas mudanças ocorreram a partir disso. Durante esse ano ainda é lançado edital para que a gestão do hospital e de outros dispositivos da rede seja feita por uma Organização Social (OS)⁴⁸. Com relação às mudanças percebidas no hospital interditado desde a primeira visita após as denúncias em comparação com agosto de 2013 com a intervenção já em andamento, o Entrevistado III relata que:

Já tinha uma diferença que era um número bem menor de pacientes. Quando a gente fez a primeira visita na interdição ele tinha em torno de 450 pacientes, se não me engano, e naquela época da nossa chegada, pelo que eu me lembro eram menos de 400 pacientes que estavam internados. É... muitas altas, enfim, já havia a contratação de um número de técnicos de nível universitário para suprir alguma carência, mas muito longe do que preconiza a portaria 251 dos hospitais psiquiátricos, mas já tinha então um núcleo de trabalhadores muito disposto a bancar o processo de desinstitucionalização. Mas por exemplo, a gente contava ainda com corpo médico do hospital, era o mesmo de antes e era formado basicamente pelos sócios do hospital.

Esse processo é um desafio histórico para a reforma psiquiátrica, principalmente visto o contexto complexo da região de Sorocaba, onde “[...] temos a grande maioria dos serviços substitutivos sendo utilizados pelos manicômios, em uma tentativa de não perder o espaço no mercado de mercantilização da vida” (HAINZ; DUARTE; GARCIA JÚNIOR, 2012, p.161).

Partindo deste contexto apresentado após as denúncias e o desdobramentos que tais ações trouxeram, dedicamos o próximo capítulo para um relato de experiência no processo de desinstitucionalização desses hospitais psiquiátricos.

⁴⁸ Questão discutida em aspectos mais amplos no capítulo IV.

CAPÍTULO IV– VIVENDO A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

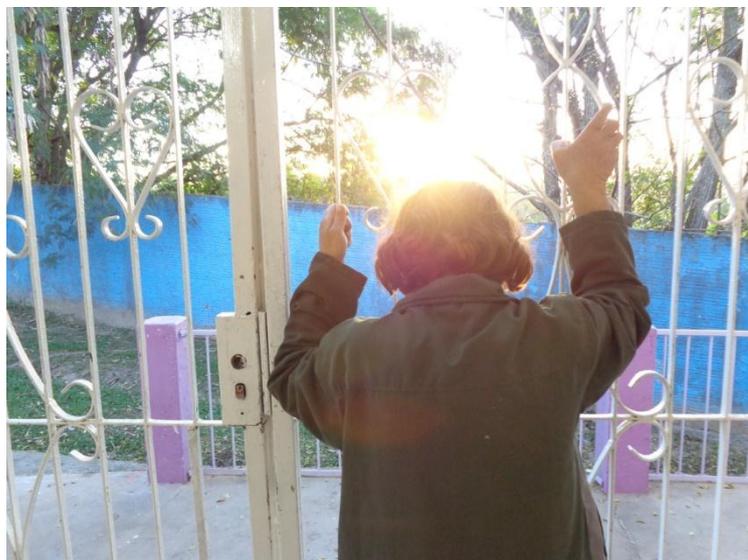


Figura 5 - Nas grades do manicômio.
Fonte: Juliana Antoneli (arquivo pessoal).

Eu falarei do paradigma de um conhecimento prudente para uma vida decente. Com esta designação, quero significar que a natureza da revolução científica que atravessamos é estruturalmente diferente da que ocorreu no século XVI. Sendo uma revolução científica que ocorre numa sociedade ela própria revolucionada pela ciência, o paradigma a emergir dela não pode ser apenas um paradigma científico (o paradigma de um conhecimento prudente), tem que ser também um paradigma social (o paradigma de uma vida decente) (SANTOS, 2011, p. 74).

Aqui, pretendemos narrar a experiência que vivi no período em que fiz parte do processo de desinstitucionalização. Falaremos um pouco sobre o trabalho em si, com algumas reflexões acerca do processo. Fragmentos de entrevistas realizadas com pessoas que participaram direta ou indiretamente do processo em Sorocaba e região irão compor e ampliar o olhar sobre a experiência.

Foram realizadas cinco entrevistas. Um dos entrevistados foi trabalhador do processo (Entrevistado I), um traz sua contribuição enquanto morador da cidade e militante de movimento social da causa antimanicomial (Entrevistado II), dois fizeram parte da gestão (Entrevistado III e Entrevistado IV) e o outro é morador de SRT (Entrevistado V). Ainda, compartilho afetações por meio de histórias vividas no

processo, histórias que exemplificam as várias faces do trabalho realizado e ao longo do capítulo trazemos as narrativas dos entrevistados.

O capítulo será dividido em quatro momentos: O início da experiência, fragmentos do trabalho e seus efeitos, crise e ruptura, e momento atual. Tal caminho e modo de trazer as narrativas e diálogos para este texto se deu como forma de expressar as vivências e escutas dos entrevistados a partir das afetações causadas, entendendo que tal divisão dos fatos, é uma parte de um todo que ainda acontece, ou seja, um processo em movimento.

No processo, parte da equipe e a gestão⁴⁹ fizeram suas construções e intensas trocas até outubro de 2014. Nesse momento houve um desligamento abrupto de parte da equipe que traz alguns significados e questões a serem aprofundadas. A ruptura trazida está dentro do contexto de vivências, que significou mais do que os desligamentos ocorridos, simbolizando algo que afeta diretamente o olhar sobre o processo em si, sobre a possibilidade um desinstitucionalizar dentro do conceito proposto por essa análise. Proponho-me a dividir neste capítulo a experiência vivida e algumas reflexões trazidas com ela, juntamente com a análise dos fragmentos apresentados pelos entrevistados.

Início a experiência no processo chamado desinstitucionalização em janeiro de 2014 como psicóloga após um processo seletivo concorrido e realizado em quatro etapas (análise de currículo, prova, dinâmica de grupo e entrevista), onde foram selecionados diversos profissionais para compor uma grande equipe de desinstitucionalização. Esta equipe tinha o objetivo de realizar o trabalho no município de Sorocaba que contava com quatro dos setes hospitais psiquiátricos participantes do TAC. Cabe lembrar que os hospitais psiquiátricos de Salto de Pirapora e Piedade são do Estado, ficando a cargo do mesmo o cumprimento do TAC. Os profissionais foram contratados por uma OS, com contrato pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Essa terceirização do serviço se deu após a gestão do primeiro ano com o TAC em vigor, 2013, ser realizada pela

⁴⁹ Cabe aqui uma diferenciação dos processos denominados de gestão que estarão presentes neste capítulo. No cotidiano de trabalho, eram tratadas como da gestão as pessoas que realizavam coordenações dos diversos serviços (direção geral, direção clínica, coordenação de CAPS, enfermagem, etc). A gestão da OS, neste texto será denominada como gestão administrativa, já que para tal foi firmado um “Contrato de gestão e administração”. Tal gestão deveria ser focada nos princípios da Lei 9.637.

Prefeitura Municipal de Sorocaba. Ainda foi contratada no mesmo processo seletivo a equipe que iria compor o CAPS III⁵⁰ e Referências Técnicas para os SRT.

Foram contratados técnicos para compor cinco miniequipes para atuar no polo de desinstitucionalização. Em cada equipe havia psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, psiquiatra, dois enfermeiros e técnicos de enfermagem. O hospital também contava com uma nutricionista e uma fisioterapeuta⁵¹. Cada miniequipe seria referência de aproximadamente cem moradores. A atuação dos técnicos deveria ser de forma interdisciplinar, algo que poderia ser referido como o que preconiza o modelo da Clínica Ampliada⁵². Um dos hospitais psiquiátricos seria o polo de desinstitucionalização, recebendo os moradores dos outros hospitais para que posteriormente pudessem sair em definitivo por meio do trabalho de preparo da equipe de desinstitucionalização. Havia no polo naquele momento, mais de 320 moradores no início da atuação da equipe e a capacidade máxima do local é de 512 pessoas. O Entrevistado III fala um pouco do início desse processo:

Em janeiro de 2014 a gente começa um grande processo de seleção de trabalhadores em todos os níveis, expectativa de ampliar o RH e tentar contratar em qualidade para transformar então o [...] (hospital) num polo de desinstitucionalização e fazer o processo do fechamento dos outros hospitais a partir daquela equipe, daquele espaço físico que por mais sucateado que estivesse era o que a gente tinha à mão. E também no contrato com a OS havia uma previsão ali de alguma melhoria mínima, pelo menos do espaço físico para que a gente conseguisse fazer o trabalho dentro daquele espaço.

⁵⁰ Inaugurado em maio de 2014.

⁵¹ A nutricionista atuou por um período um pouco menor que eu no processo, sendo desligada um tempo antes. A fisioterapeuta atuou apenas nos primeiros meses do processo.

⁵² “Uma clínica ampliada e compartilhada baseia-se na escuta e reconhece o saber, o desejo e o interesse das pessoas, questionando-as sobre os sentidos daquilo que estão vivendo. É uma prática menos prescritiva e mais negociada, que não desconsidera os avanços tecnológicos, nem a importância da qualificação técnica e das recomendações baseadas em evidências. Mas também assume que as doenças e os riscos, a despeito dos padrões e regularidades, e mesmo sendo influenciados pelos planos cultural e socioeconômico, em última instância, encarnam-se em sujeitos concretos. Assim, tanto a prevenção como a terapêutica devem partir das evidências e da avaliação de riscos para negociar com as pessoas em termos de redução de danos: o que é possível neste caso, para este paciente, neste contexto? O exercício da função apoio na relação clínica e nas ações de Saúde Coletiva é um recurso que pretende desenvolver, junto aos sujeitos, maiores graus de responsabilização e autonomia para o cuidado com a saúde” (CAMPOS et al., 2014, p. 991).

A gestão terceirizada em saúde

O contrato de gestão administrativa do processo foi feito via OS. A OS é aprovada pela Lei 9.637 de 15 de maio de 1998. Segundo o artigo 1º dessa lei as OS são definidas como “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde” (BRASIL, 1998).

No primeiro ano de vigência do TAC, o hospital escolhido como polo foi gerido pela prefeitura, durante o ano de 2013 foi lançado edital para contratação de OS para gestão administrativa do hospital e alguns dispositivos da rede, como SRT e um CAPS III. Alguns dos entrevistados falaram sobre a gestão administrativa via OS. Com relação à contratação da OS, foi perguntado ao entrevistado III se tal contratação foi algo previsto desde o início do TAC ou se havia a ideia de fazer gestão direta. Segundo o entrevistado III:

Não foi previsto, pelo contrário, tanto [...] Ministério da Saúde, quanto o próprio Ministério Público particularmente, em reuniões que a gente discutia esse momento [...] se contrapunham a essa ideia. As OS não são um bom caminho pelo histórico já de denúncias que as OS tinham [...]

Com relação ao mesmo tema, o entrevistado IV explica:

[...] nós temos uma dificuldade nesse sentido, no começo disso foi assim depois é que a gente buscou um prestador e agora trocamos o prestador. Porém o que todo departamento jurídico orientou é que a prefeitura não podia usar o CNPJ dela pra fazer compra, qualquer despesa lá, porque não é público. E também não podia usar o CNPJ do (hospital) [...] Então esse impasse é que fez com que a gente tivesse que propor o convênio, um contrato com um prestador, uma OS. E daí tudo bem, [...] a prefeitura repassa o valor mensal, mas também faz toda análise da prestação de contas. [...] o próprio prestador agora, ele precisa contratar uma pessoa ou outra, ele vai contratar com o CNPJ deles por mais oito meses, entendeu? Então essa parte toda administrativa ficou muito mais fácil sendo..que dizer, porque se fosse público, até que a gente conseguisse fazer licitação, tomada de preços, etc ia ficar difícil. Então é uma forma de fazer (Entrevistado IV).

Com relação aos motivos da escolha de uma OS, segundo dois dos entrevistados:

[...] foi a única maneira que a gente teve de fazer a desinsti⁵³. Foi fazendo editais e licitação para essas instituições que no geral são OS, elas pudessem ser as prestadoras. E aí entra toda esta habilidade que tem que ter de ambos os lados que [...] embora seja um prestador privado a gestão é pública (Entrevistado IV).

A secretaria de saúde de Sorocaba, ela insistiu muito porque não teria outro mecanismo né. A ideia de concurso público, a princípio ia ferir a lei de responsabilidade fiscal do município, aquela história que a gente sempre ouve, além do processo moroso de mais de anos para você conseguir provavelmente fazer um concurso desse porte, de ter que contratar duzentos, trezentos profissionais que seria o caso daquele hospital. Aí a opção foi essa em determinado momento a gente entrou em consenso então pela chegada de uma OS (Entrevistado III).

O debate sobre a gestão administrativa via OS, principalmente na saúde, é um debate amplo e traz várias reflexões a respeito. Alguns gestores e gestões municipais veem a OS como a melhor forma de fazer gestão administrativa de suas políticas. Eles alegam que tal gestão administrativa evita problemas com a lei da responsabilidade fiscal, facilita com questões burocráticas, possibilita compras sem licitação, contratações mais rápidas e a administração da verba pública terceirizada. Em contrapartida, movimentos sociais, trabalhadores e algumas forças sindicais trazem ao debate um olhar crítico à gestão administrativa via OS, principalmente com relação ao vínculo do trabalhador com a política pública, que por meio da OS passa a ser um vínculo terceirizado, o que pode prejudicar de várias maneiras a qualidade do trabalho e ir por caminhos opostos as recomendações da própria política do SUS.

Esse vínculo traz algumas dificuldades no quesito de construção e participação do trabalhador na gestão democrática do SUS, como preveem as principais leis, decretos e documentos oficiais. Tais dificuldades podem ocorrer principalmente pela fragilização do vínculo do trabalhador, que é terceirizado e pela falta de plano de carreira. As relações de poder nesse tipo de vínculo podem permear por vários caminhos, incluindo as diferentes possibilidades de interesses e conhecimento da política por essas OS.

Um dos conceitos básicos da NOB/RH-SUS é a *Participação Bilateral na Gestão do Trabalho* que:

⁵³ Desinsti é um modo simplificado para falar desinstitucionalização. O “apelido” foi dado pelos participantes do processo após o início do mesmo e era comum se referir à desinstitucionalização dessa maneira em conversas.

[...] significa a participação dos gestores e dos trabalhadores nas Mesas Permanentes de Negociação, definindo os objetivos, os participantes, a metodologia, as pautas de negociação das questões do trabalho, assim como os objetos de negociação como os salários, a carreira, as vantagens, os benefícios, os compromissos mútuos, além de definir as diretrizes, os critérios, os instrumentos, os mecanismos, os fluxos, os protocolos e as rotinas dos processos de trabalho em saúde e a resolução de conflitos (BRASIL, 2005a, p. 33).

Se tratando de dificuldades gerais na gestão do SUS, no tópico *Alguns problemas e desafios na área de Recursos Humanos* do livro *Para entender a gestão do SUS* são apresentados os principais pontos identificados como problemas pelos dirigentes dos serviços de saúde. O relatório faz parte do projeto chamado *Política de Recursos Humanos de Saúde: Agenda de Prioridades para a Ação dos Gestores do SUS*, desenvolvido no biênio 95-96 pelo Ministério da Saúde. Os pontos levantados como problemas e desafios são os seguintes:

- Morosidade dos processos de concursos públicos para responder às necessidades de alocação de profissionais nos serviços de saúde;
- Processo seletivo com conteúdo inadequado às necessidades dos serviços públicos de saúde;
- Indefinição dos papéis da União, dos Estados e municípios, no que diz respeito à responsabilidade sobre reposição do pessoal municipalizado, por motivo de exoneração, aposentadorias e movimentações;
- Insatisfação profissional decorrente das diversas formas de remuneração do trabalho, das expectativas não atendidas pelos planos de cargos e carreiras e das precárias condições de trabalho e de valorização profissional;
- **Alta rotatividade e distribuição inadequada dos servidores;**
- Inexistência de um banco de dados atualizados sobre a composição e distribuição da força de trabalho institucional;
- Despreparo dos técnicos e desaparecimento dos órgãos de pessoal para o desenvolvimento eficaz de algumas atividades corriqueiras nas instituições de saúde, tais como: preparar a folha de pagamento, manter as fichas funcionais atualizadas e informar, com precisão, ao conjunto dos servidores, questões referentes aos direitos e deveres dos mesmos;
- Despreparo das gerências das unidades assistenciais no que se refere à gestão de pessoal;
- Existência de trabalhadores com vínculos informais, ou seja, que não têm como base os elementos legais ou obrigações previdenciárias;
- Inexistência de mecanismos de avaliação para o trabalho realizado;
- **Terceirizações dos recursos humanos de atividades fins;**
- Inexistência de política de educação permanente para os trabalhadores do SUS;
- Treinamentos emergenciais. (BRASIL, 2003, p. 113-14. Grifo nosso).

Com a experiência vivida no processo em Sorocaba e escuta dos entrevistados, é possível identificar que tais fragilidades referentes à gestão de saúde puderam ser identificadas. Segundo o entrevistado II, “[...] Tem trabalhadores alienados que não conseguem se mobilizar, profissionais com medo de demissão

que não conseguem se mobilizar [...]”. Segundo Pereira (2011, p. 32) “No caso de relações hierárquicas, torna-se impossível a produção de saúde psíquica, pois há reprodução das relações de submissão produtoras de sofrimento”. Ainda, esse tipo de gestão administrativa traz a possibilidade de demissões sem justa causa pelos motivos mais variados, o que gera um contexto que silencia trabalhadores em sua atuação, trazendo uma situação propensa a gestões verticalizadas e hierárquicas o que foge dos princípios fundamentais do SUS, como a gestão democrática. Com relação à gestão democrática:

Habitualmente, o gestor se responsabiliza pelo planejamento, pela administração e pela efetivação das políticas públicas. Em coerência com os princípios do SUS, tem-se dado importância à gestão democrática, correspondendo à participação direta de todos os envolvidos com as questões da saúde, incentivando, por exemplo, momentos de rodas de conversas, estimulando a transversalização das relações de poder e a implicação, bem como a responsabilização dos sujeitos imersos nesse processo (PEREIRA, 2011, p. 33).

Mais a frente, falaremos das implicações causadas pela gestão terceirizada, quando trataremos dos conflitos e ruptura no processo após demissão de parte da equipe.

Que trabalho deveria ser sido feito?

O trabalho proposto tinha como foco o cuidado, preparo e organização do que fosse necessário para alta definitiva das pessoas que estavam internadas nos hospitais psiquiátricos, podendo assim retornar ao convívio social com os devidos cuidados dentro de seu território dentro do prazo proposto pelo TAC (dezembro de 2015, prorrogável por mais um ano). Segundo o Artigo 17 do Capítulo IV do TAC, as equipes serão responsáveis:

- I – pela identificação de todos os pacientes, pelas medidas necessárias para a obtenção de documentos, bem como obtenção de eventuais benefícios previdenciários ou assistenciais devidos;
- II – identificar a situação das curatelas e procurações existentes;
- III – pela execução de ações de reinserção familiar e social, de preparação para a alta e transferência para Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), inclusive em outros municípios (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2012, p.01).

A base técnica para execução do trabalho foi pautada nas políticas públicas em saúde mental no país, sendo este processo uma ação dentro do SUS. Segundo o artigo terceiro do Capítulo três do documento do TAC:

[...] este acordo tem por objeto a adequação da assistência aos pacientes com transtornos mentais, para fins de implementação das políticas e programas existentes no âmbito do SUS, de acordo com o estabelecido nas Leis 8.080/1990, 8.142/1990, 10.216/2001 e 10.708/2003” (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2012, p. 01).

Dentro deste contexto teórico, havia um norte de atuação pautado na reforma psiquiátrica e política de saúde mental. O trabalho técnico, assistencial devia objetivar alguns pontos essenciais visando a desinstitucionalização, que seriam⁵⁴:

- *Assistência Hospitalar*: Manter o funcionamento do Hospital Psiquiátrico para o cuidado dos moradores que já estavam no local e para receber os moradores que viriam dos outros hospitais psiquiátricos que fechariam. Manter dentro do possível para que os internos pudessem estar dignamente no local, visto que no momento da intervenção do hospital, depois das denúncias, a situação era desumana, sem possibilidade de manter pessoas no local. Essas necessidades são das mais variadas, como: condições de higiene, roupas, calçados, camas com lençol, medicação, materiais diversos para oficinas e assembleias, espaços adequados para atividades diversas, alimentação, entre outros.

- *Assembleias semanais com os moradores*: buscando a participação dos mesmos em seu processo de saída do hospital e organização do cotidiano;

- *PTS*: Onde cada morador possa ter seu próprio PTS que guie seu processo de desinstitucionalização;

- *Famílias*: Iniciar o trabalho com as famílias que tem vínculo com o morador, por meio de reuniões, atendimentos com equipe de referencia e grupos. Tentar contato com famílias sem vínculo;

- *Resgate de história de vida dos moradores*: situação jurídica, familiar, subjetiva. Vários moradores além de não ter contato familiar algum, não tinham nenhum dado de sua origem, de alguns, ainda, nem o nome legítimo era sabido;

⁵⁴ Os pontos relacionados abaixo foram desenvolvidos baseados nas principais diretrizes contidas no contrato de gestão para o processo e as Leis e Portarias da Política de Saúde Mental e SUS.

- *SRT*: Organizar os moradores que iriam para os SRT juntamente com a equipe do CAPS dentro de critérios estabelecidos e estudo de caso;
- *Reuniões semanais de miniequipe*: para trocas de informações gerais, discussões de caso, planejamento e outras pautas pertinentes;
- *Reuniões semanais de equipe geral*: para troca de informações gerais, planejamento, construção e reflexão de práticas e outras pautas pertinentes;
- *Articulação com outros municípios*: Havia duas articuladoras de rede, responsáveis pelos primeiros contatos com outros municípios juntamente com a gestão. As equipes de referência também participavam dessa articulação.

Fragmentos do trabalho, dificuldades e efeitos: o que foi feito (ou foi possível fazer)

A rotina de trabalho dentro de um manicômio, nas circunstâncias propostas, era uma rotina pesada física e mentalmente. Eram muitas horas de trabalho (40 horas semanais, horas extras e plantões de 12 horas uma vez ao mês). Pensar a complexidade do que se pretendia fazer, ou seja, manter o manicômio e ao mesmo tempo fechá-lo gradualmente era um dos paradoxos mais difíceis de lidar no dia-a-dia. Sobre o cotidiano de trabalho no processo, o entrevistado I relata um pouco do seu trabalho:

Eu trabalhava com os pacientes no sentido de preparar a saída deles do hospital e a ressocialização. [...] A gente fazia o trabalho com as famílias, explicava o que estava acontecendo, o processo da desinstitucionalização [...] muitas famílias não sabiam que os hospitais seriam fechados, então era uma orientação, e alguns pacientes voltaram para as casas das famílias, outros a família às vezes não tinha condição de ficar ou não desejava, então a gente via a possibilidade de residências terapêuticas.

Com o tempo, ficava evidente que havia uma parte da equipe que em suas práticas tendia à manutenção do manicômio e práticas tutelares, inclusive com claras dúvidas quanto ao seu fechamento e algumas certezas de que nem todos que estavam ali teriam condições de sair. “Desde o início existiam alguns profissionais que tinham uma resistência [...] na ideia da desinstitucionalização [...]” (Entrevistado I).

Em contrapartida, havia outra parte da equipe que vibrava com a ideia de que havia data certa para que aquele lugar fosse fechado definitivamente, sem acreditar em humanização daquele local. As discussões diárias, os “nós” do cotidiano eram aprendizados de muito valor, um desafio diário. Com relação à percepção de olhares diferentes dentro da equipe, segundo o Entrevistado I:

Alguns pacientes eram pacientes graves e estavam lá há muitos anos, não tinham mais contato com as famílias, e existia uma ideia de que talvez não tivessem condições de conviver em sociedade, não teriam condições de ir para residências terapêuticas, de morar sozinhos, de ter uma autonomia, de pegar ônibus, essas coisas [...] e aí [...] alguns técnicos começaram a ter essa resistência também. Senti que no início [...] todos estavam trabalhando pelo mesmo ideal, mas depois começaram a questionar se esse projeto realmente iria pra frente e como seria isso. Algumas pessoas começaram a questionar esse trabalho que nós estávamos fazendo.

Assistência Hospitalar

Voltando ao paradoxo manter *versus* fechar o hospício, a assistência hospitalar era o ponto mais atingido nesse nó. Um hospital daquele tamanho necessitava de uma grande organização hospitalar para que se mantivesse minimamente. Afinal ainda tínhamos moradores ali dentro, alguns já viviam aquela rotina há décadas e outros que chegariam de outros hospitais psiquiátricos com a rotina muito parecida, já que “hospício é hospício”.

Uma grande lavanderia, rouparia, refeitório, farmácia, uma ala só com enfermaria e as alas com “leitos” e tantos outros espaços compatíveis com o que era uma instituição. Mesmo após a intervenção, onde o estado calamitoso do lugar já não podia ser tolerado, não se podia dizer que o local ficou “habitável”. Havia limpeza constante nas alas, refeitório e outros espaços, porém o cheiro que denunciava a história estava impregnado. Nos primeiros dias dentro do manicômio, dias de um verão quente de janeiro, foi difícil conviver com aquele cheiro. Como passávamos a maioria do tempo dentro das alas, principalmente nos primeiros meses, era bem difícil e às vezes necessário sair um pouco para respirar. O interessante é que depois de algum tempo o cheiro já não incomodava tanto, mostrando a perigosa característica que temos de nos acostumar.

Com o tempo, as portas das alas foram sendo abertas, as pessoas começaram a circular mais pela área aberta do hospital, e eu também (ainda bem).

Foram ocorrendo mudanças à assistência hospitalar ao longo do processo, que causaram mudanças concretas na rotina dentro do hospital. Tais mudanças traziam conseqüentemente tensionamentos dentro da equipe e até certa resistência. Com relação a essas mudanças, segundo o Entrevistado I:

[...] assim, mudou tudo né? Os pacientes, alguns ficavam presos nos quartos porque eram considerados pacientes perigosos e de repente não podia mais paciente ficar presos nos quartos né... eles tinham que conviver com todos os outros e isso começou a dar trabalho, a dar trabalho pra toda equipe...da saída dos pacientes das alas, alguns até saída para a cidade. Eles iam para cidade, eles voltavam muito mais felizes, claro, porque eles tinham visto coisas que eles não viam fazia muitos anos. Ter contato com o benefício deles, documentação, com dinheiro, relação com o dinheiro e poder comprar aquilo que eles queriam. Ver pessoas, rua. Quando eles voltavam eles não queriam mais ficar lá. Então eles se agitavam, ficavam irritados, nervosos e a equipe começou a se incomodar com isso tudo.

Traçando um paralelo com a reforma italiana, as várias atividades realizadas e implementadas após o início da equipe de desinstitucionalização lembraram o trabalho realizado de Gorizia em alguns aspectos. Reorganização das alas por território, assembleias gerais, aberturas das alas e outras questões fundamentais da manutenção do hospital apareceram por aqui. Lembramos também, que no trabalho de Basaglia e sua equipe em Gorizia, vários tensionamentos com relação à manutenção do manicômio ocorreram, fator que levou ao fim do trabalho de Basaglia no *Hospital Provinciale di Gorizia*.

Pode-se inferir que toda a concepção inicial e dificuldades impostas à tentativa de reforma “de fato” em Gorizia, seja pela resistência dos técnicos e da sociedade, seja pela tensão com a classe política, fizeram com que os basaglianos impusessem seu desejo de transformação com todo o ímpeto, rompendo abruptamente com as ideias e os “vernizes” da matriz psiquiátrica consolidada até então. (BUENO, 2011, p. 60-61).

Assembleias semanais

O movimento de assembleia dentro do manicômio foi construído lentamente. Aconteciam esporadicamente, até que em algum momento começaram a ser semanais. Havia alguns empecilhos sempre presentes, como um equipamento de som que funcionasse ou estivesse no lugar guardado, o livro ata, o horário mais adequado. Vários dias e horários foram testados, o que era natural, pois ao mesmo tempo várias outras atividades eram propostas e testadas, o que gerava um cronograma complexo e em constante modificação e adequação.

Com o tempo, a assembleia foi sendo incorporada ao cronograma e tentava-se fazer com que ela fosse um espaço central para as discussões que aconteciam nas alas e em outras atividades dentro do hospital e com isso ela iria se tornando cada vez mais deliberativa e participativa. Se tornar deliberativa e participativa não era nada fácil, a começar pelos próprios técnicos e gestão que tinham dificuldades em comparecer por diversos motivos. Os próprios moradores não compareciam em peso. Alguns mais autônomos foram tomando gosto do espaço, principalmente depois que as primeiras SRT foram saindo, pois ali se davam recados e avisos sobre o assunto, além da despedida de quem estava de mudança. Para alguns moradores havia interesse no espaço de destaque da fala ao microfone que era dado, o que às vezes servia para reclamações sobre questões das alas, da comida e outros fatos do dia-a-dia ou também se tornava um espaço de cantoria. Alguns moradores mais comprometidos fisicamente conseguiam comparecer quando a ala se organizava e os levava e por isso o recado para que cada miniequipe de referência da ala pudesse estimular essa participação era dado em quase todas as reuniões gerais de equipe.

Nos meses em que ficamos lá, muito ainda precisava ser feito e estimulado com relação às assembleias, mas muito foi feito. Entendi que dentro daquele lugar congelado com o tempo, os movimentos que saem da rotina cristalizada tem seu próprio tempo para acontecer. Como querer que em dez, onze meses pessoas que estava há décadas sem possibilidade de escolhas, de repente questionem? Ficava claro que várias delas se acostumaram a não escolher mais, o que às vezes trazia até certo desconforto quando eram estimulados a escolher. Desconforto natural e esperado, já que exercer escolhas é algo trabalhoso e que gera conflitos, e preferir o que já está escolhido, pronto, não é uma exclusividade dos loucos. A sociedade nos mostra diariamente que não.

Projeto Terapêutico Singular (PTS)

A construção do PTS era uma tarefa complexa, visto que em determinado momento o hospital polo chegou a sua capacidade máxima de 512 pessoas. Eram muitas pessoas divididas entre as miniequipes de referência. Tal problemática da grande quantidade de pessoas para equipes referenciar é uma questão comum em serviços de saúde como CAPS e UBS, onde os territórios aumentam cada vez

mais. Talvez nesta experiência, podemos pensar na singularidade do processo, visto que referenciar aqui engloba fatores mais amplos. Falamos aqui da construção de PTS muito específicos, de moradores de hospitais com décadas de internação. É uma reconstrução de dentro para fora, um quebra-cabeça que em alguns casos faltavam várias peças.

A organização das miniequipes com relação ao PTS era diferente, visto que cada ala e/ou grupo de referenciados tinham sua peculiaridade, além da própria maneira de cada miniequipe trabalhar. Cada ala era um minimanicômio dentro de um manicômio maior e o desafio era tornar o trabalho realizado em cada minimanicômio fluído e integrado, o que de fato era difícil, principalmente após os seis primeiros meses. Na miniequipe que fazia parte, dividimos a quantidade de moradores de nossa referência por referências individuais, apenas para que todos pudessem ser olhados dentro do possível. O morador ainda seria referência da miniequipe, porém uma pessoa desta mesma miniequipe seria sua referência direta para que as informações e discussões pudessem acontecer da forma mais equilibrada possível, incluindo a construção do PTS.

Tentávamos discutir coletivamente os casos, todavia na rotina intensa algumas vezes acabávamos discutindo algum caso que havia alguma informação atual, necessidade pontual ou urgência de todas as naturezas. Um diferencial que nossa miniequipe viveu com relação à construção de PTS foi a mudança de grupo de moradores referenciados por duas vezes. Iniciamos o trabalho em determinada ala, após o fechamento do primeiro hospital e transferência destes moradores, nossa equipe foi a responsável por referenciá-los (primeira troca); após o fechamento do segundo hospital, com moradoras mulheres, os homens que estavam na ala que estávamos foram transferidos de modo pulverizado para as outras alas masculinas conforme seu território, vínculos e outras particularidades e a ala em que estavam, foi usada para receber as mulheres (segunda troca). Dessa forma, recomeçamos duas vezes e fizemos por três vezes o processo de conhecimento, divisão de referências, vinculação e contatos com familiares e rede de outros municípios.

Trabalho com famílias

Lidar e trabalhar com famílias em casos de instituições é delicado e necessário. Lidar com a culpabilização das famílias vindas de várias maneiras, inclusive da própria equipe, era importante e fundamental para o trabalho. Rotelli fala sobre a questão da família no processo de desinstitucionalização:

[...] o processo de desinstitucionalização, do meu ponto de vista, continua a ser a estratégia terapêutica na comunidade, em relação, por exemplo, às situações das famílias nas quais não se trata de culpabilizar as famílias ou de destruir a instituição família, mas se trata de modificar gradualmente as relações de poder destrutivas que se criam dentro da família, assim como se criavam dentro do manicômio. E, então, o processo de desinstitucionalização do manicômio e o processo de desinstitucionalização da família têm, fundamentalmente, as mesmas características. (AMARANTE, 2008, p. 154).

Quando pensamos no trabalho com famílias dentro de um processo que propõe desinstitucionalizar, temos alguns fatores a considerar:

- *Momento histórico e político e falta de políticas no momento da internação*: Muitos moradores estavam no manicômio há vinte, trinta, até quarenta anos. Ou seja, muitas destas internações ocorreram no final dos anos 70 e ao longo dos anos 80, período onde não havia uma política de saúde mental estruturada e que sugerisse algo diferente da internação. Era período de intervenção militar e as primeiras ações dos movimentos sociais que viriam a se tornar o processo de reforma psiquiátrica ocorreu durante a década de 80. Ilustramos essa questão apontada com relação às famílias com os seguintes exemplos trazidos pelo entrevistado IV:

[...] vai sair uma senhora, senhorinha...pequeninha, franzina. Está com noventa e cinco anos e tem sessenta e dois anos de internação"[...] "e aí descobrimos o filho [...], então veio o (representante do) município [...] mais o filho buscar, e ele pediu um tempo, já era pra ter saído, porque ele estava construindo um quartinho junto da casa dele lá para poder abrigar a mãe. E aí quando ele começou a conversar com a equipe de desinti aqui e tal...ele é curador, ele tá com o dinheiro dela. Então quando perguntaram para ele porque ele não tinha levado antes e tal, ele disse que no Juquery mesmo, que as pessoas diziam para ele que ela não podia sair, que ela deveria permanecer internada, que ela precisava [...]

[...] Eu não sei nem como é que eu me dirijo a ela, porque eu acho que tem que pedir perdão, desculpa porque, sabe assim, na reverência. Como é que essa mulher aguentou, resistiu tantos anos? Enfim, eu acho que é simbolicamente uma pessoa muito importante (Entrevistado IV).

Além disso, sabemos que vários desses moradores foram internados por várias outras causas que não um sofrimento psíquico de fato. Eram casos de deficiências de todo tipo, questões com álcool e outras drogas, mulheres que engravidaram antes do casamento e/ou adolescentes ou de um homem que era casado, questões com a orientação sexual, vulnerabilidade socioeconômica, andarilhos, mendigos e perseguição política;

- *Dificuldade de lidar com o familiar dentro de casa:* Aliado à falta de um tratamento que pudesse contribuir com a não internação, a indústria farmacêutica lança os antipsicóticos de segunda geração na década de 90⁵⁵. Nesse contexto, muitos familiares tinham dificuldade em lidar com seu parente dentro de casa e em alguns casos eles eram mantidos presos dentro do quarto. Em vários casos familiares relatavam comportamento agressivo do morador antes da internação para justificar o fato deles ficarem trancados. A agressividade era relatada de maneira genérica, como se fosse uma reação a adversidades ou contrariedades. A família, sem apoio dos serviços de saúde ficava desgastada e em vários casos desestruturada, optando pela internação. Os próprios médicos indicavam a internação constantemente como única saída possível (o que pode se ver atualmente, infelizmente). Ainda após a construção da política de saúde mental, internações em hospitais psiquiátricos continuaram a ocorrer, o que deve gerar reflexão sobre a maneira de lidar com a internação dentro dos próprios serviços das redes municipais;

- *Vulnerabilidade social:* A maioria das famílias atendidas e que mantinham visitas aos moradores eram famílias de baixa renda econômica e outras vulnerabilidades sociais. O fator vulnerabilidade social é histórico na institucionalização. Geralmente com todas as questões citadas acima que levavam à internação além da “loucura”, a pobreza estava sempre presente. Famílias pobres não tinham acesso a outras possibilidades de cuidado, além de dificuldades em manter economicamente seus parentes, já que vários deles após o início do sofrimento psíquico deixavam de trabalhar. A falta de apoio social precisa ser considerada;

- *Resistência:* Com todo o contexto já citado nas diversas histórias de internações, após tantos anos, décadas longe do familiar internado é comum e esperado que

⁵⁵ Evidentemente, aqui não queremos atrelar a não necessidade de internação com a substituição dela pela medicação. Este é apenas um dado concreto, no sentido de contextualizar o momento histórico. A discussão sobre a medicalização é necessária e cada vez mais pertinente, onde com ela podemos reproduzir lógicas manicomialis com facilidade fora dos muros do manicômio.

haja resistência quando se iniciam as primeiras conversas sobre o processo de fechamento do hospital. Os próprios médicos reiteravam a cada visita a necessidade da internação e a periculosidade caso o morador saísse, alguns deles não saíam nem para visitas nas casas de suas famílias por conta de tal recomendação. Quando iniciávamos as primeiras conversas, esses temas apareciam. Algumas famílias não tinham conhecimento do CAPS, por exemplo, e as que tinham não entendiam como o serviço funcionava. Alguns familiares até frequentavam o serviço ou conheciam alguém que frequentava, contudo eram atendimentos ambulatoriais, como consultas com psiquiatra e retirada de medicação, além de um entendimento de que o nível da “doença” de seus familiares internados era relativamente grave comparado aos que frequentavam o CAPS.

Outro fator de resistência era a perda de vínculo com esse familiar, onde entre os familiares que não visitavam periodicamente ficava clara a falta de vínculo e os que visitavam mantiveram certo vínculo, entretanto exatamente em nome deste vínculo era justificável para eles manter o morador no hospital, o que era visto como cuidado. As resistências também estavam permeadas pelas histórias vividas do morador com sua família, várias delas com vínculos conflituosos ou até mesmo falta de vínculo durante o período de convivência, além de abandonos parentais e outras questões estruturais da família.

O trabalho realizado com as famílias era amplo e tinha como foco explicar a situação ao qual o hospital passava, tentando construir com os familiares possibilidades para a saída do morador. Visto acima os fatores que se entrelaçavam no contato com os familiares, cada caso era único. Os dias mais comuns de contato com as famílias eram os fins de semana. Antes as visitas só podiam acontecer nesses dias, com horário determinado. Havia rumores que em dias de visita o hospital era “maquiado” e todas as “imperfeições” eram escondidas. As visitas tinham acesso apenas ao pátio central do hospital e não entravam nas alas. Estes hábitos eram visivelmente percebidos e alguns deles foram mantidos pelas famílias. A maioria das visitas continuou a ser aos fins de semana e os familiares chegavam ao pátio principal e os moradores eram levados até eles, quando já não os encontravam andando pelo hospital após a abertura das portas das alas.

Aos fins de semana, a equipe técnica trabalhava em esquema de plantão, ficavam dois técnicos (psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional), um

médico, duas enfermeiras e auxiliares de enfermagem de plantão. Por este motivo, os técnicos atendiam famílias de todos os moradores, inclusive os que não eram de sua equipe de referência e esperava-se que tais visitas fossem sempre evoluídas em prontuário e informações e percepções importantes discutidas com o técnico de referência.

Nos meses em que estive no processo, tentávamos as articulações com as famílias de várias maneiras. Além dos atendimentos durante as visitas, realizamos alguns encontros em grupos de familiares, principalmente após a transferência de moradores de dois hospitais que haviam fechado para discussão de curatela e sobre o processo em si. Ainda, fazíamos algumas visitas domiciliares, em casos que havia a possibilidade de retorno do morador ao convívio familiar ou para um primeiro contato com famílias que não realizavam visitas. Essas visitas domiciliares eram realizadas no próprio município ou em outros municípios.

Resgate de história de vida dos moradores

Outra parte importante do trabalho e de muita delicadeza foi o resgate de história de vida daqueles sujeitos, numa tentativa de que sua singularidade pudesse ser vista (às vezes pela primeira vez) e ele pudesse se tornar alguém com nome, história, desejos, tristezas, alegrias e não apenas o morador “paciente” que pacientemente espera. Para o Entrevistado IV “[...] a gente tenta esgotar todas as possibilidades da pesquisa, eu chamo isso de arqueologia da identidade, que a gente vai fundo [...]”.

Esse resgate em alguns casos era difícil de conseguir, pois sabemos que no manicômio, a singularidade das pessoas é o que menos importa. Os prontuários eram vazios de informações e história e cheios de prescrições médicas. O que se podia saber por meio do prontuário sobre o indivíduo quase sempre era sobre seu comportamento agressivo. Estas observações eram julgadas relevantes, pois geravam punições, modificações na medicação e alerta aos médicos e enfermeiros.

Com a transferência de moradores dos hospitais que fecharam, nossa miniequipe, como já dito, foi a responsável por referenciá-los. Por isso, esta parte do trabalho foi especialmente importante para nós, já que a fizemos com três grupos de

peças e com os moradores transferidos havia menos informação ainda, pois ninguém os conhecia, salvo alguns auxiliares de enfermagem que haviam trabalhado nos outros hospitais. Em um dos grupos transferidos não havia prontuário, apenas cópia de evoluções e prescrições médicas. Com isso, decidimos pedir acesso aos prontuários para colher informações e contatos. Eram mais de cem moradores e ficamos por volta de dois meses indo de uma a duas vezes por semana até o escritório dos responsáveis pelo hospital fechado para analisar cada prontuário e anotar os dados pertinentes, um trabalho “arqueológico”.

O mais importante quando falamos em resgate de história está no que deveria ser natural, porém na lógica manicomial é esquecido: o próprio sujeito contar sua história, falar de si. Claro que é sabido que alguns não tinham condições de se expressar de tal forma, todavia muitos tinham. E ainda os que podiam falar tranquilamente, tinham o estigma da loucura, por isso tudo o que falavam era ignorado, duvidado, invenção. Conversando com essas pessoas podia se notar o contrário. O entrevistado IV traz um exemplo dessa questão com o seguinte caso:

[...] teve um caso, na certidão tardia [...] que arrumaram tudo para ir no cartório, tinham dado lá para o homem o nome Gabriel Garcia, por exemplo, e aí eu chego no cartório com ele para poder fazer lá o que era necessário [...] aí a moça do cartório falou assim, preencheu tudo lá e falou “o senhor assina?” “Assino”. “Assina aqui pra mim?” Aí na hora que ele foi assinar ele pôs [...] (o nome verdadeiro). Nunca ninguém tinha dado o papel para ele e pedido para que ele assinasse. Claro, rasgaram na hora aquele papel e procuraram e encontraram todo o registro dele.

Uma dúvida simples podia ser tirada com eles próprios e isso fazia parte da construção de um PTS em que a base é que o próprio sujeito faça parte da construção. Obviamente sabíamos que podiam ocorrer estórias, entretanto toda troca, vínculo e expressão deve ser valorizada e entendida como algo a se dizer, ainda que seja do não dito ou dito distorcidamente.

Serviço de Residência Terapêutica (SRT)

Eu: [...] você tem seu quarto, seu guarda roupa e consegue arrumar suas coisas?

Entrevistado V: Consigo. E às vezes eu nem arrumo... (risos)

Eu: E às vezes você não arruma? (risos) E tudo bem, é a sua escolha né? (Risos)⁵⁶.

Durante o período de atuação da primeira equipe e gestão (janeiro a outubro de 2014), foram abertos dez SRT. Cada um deles deve ter no máximo dez pessoas, conforme portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Os SRT eram tipo II, que segundo a portaria nº 106 são definidos como “modalidades de moradia destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos” (BRASIL, 2000). No município já haviam SRT geridas por associações ligadas aos hospitais psiquiátricos. O contrato com a OS para o processo de desinstitucionalização previa doze SRT para os moradores dos hospitais com possibilidade de mais algumas via outro contrato. A primeira SRT com moradores do hospital psiquiátrico foi aberta em outubro de 2013.

Para a decisão sobre as pessoas que iriam para cada SRT, havia uma articulação entre as miniequipes e discussão de casos para que fossem definidas as necessidades e possibilidades de modo individual. Havia critérios iniciais para esta escolha. Segundo o documento do TAC, sobre os critérios de desinstitucionalização:

Os critérios para desinstitucionalização dos pacientes serão: primeiro, o município de residência atual da família; segundo, municípios voluntários e/ou com rede adequada; terceiro, o município da última residência. Em qualquer caso, sempre que possível, serão respeitados os vínculos criados pelos pacientes durante a internação (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2012, p. 04).

Seguindo tais critérios e percebendo a necessidade de melhorar a articulação e trocas entre as miniequipes e o CAPS, que seria o serviço da referência desses SRT, criou-se uma espécie de comissão para cuidar dos assuntos relacionados ao SRT. Essa comissão contava com um representante de cada miniequipe, da gestão e do CAPS e tinha como objetivos, além da discussão de casos e composição dos grupos de moradores das residências, toda organização da mudança em si, como verificação das casas alugadas, das montagens dos móveis, organização dos pertences a serem levados e outros cuidados necessários. A comissão se reunia

⁵⁶ O trecho citado me faz sorrir sempre que o leio ou quando ouvi durante a transcrição da entrevista. Ele representa algo sutil, porém fundamental. O entrevistado respondeu minha pergunta com uma grande risada, como quem trazia em seu gesto a liberdade de poder ter seu espaço e “às vezes não arrumar”. Algo tão cotidiano e banal para nós, não?

uma vez por semana e a partir da definição dos grupos de moradores tentava-se um trabalho de preparo para a mudança, como grupos entre eles e visita a casa antes da mudança.

Era interessante notar alguns casos onde o morador se negava a sair do hospital psiquiátrico, chegando ao adiamento da mudança, deixando para a próxima casa. Este é um importante aspecto a se tratar na desinstitucionalização. Segundo Cayres et al (2015, p. 93):

[...] trata-se de um fenômeno comum do processo de cronificação institucional, principalmente em pacientes submetidos a longos períodos de internação, associado ao medo de viver uma experiência muito diferente daquela que adquiriu no hospital. Esse processo pode ser revertido por meio de um trabalho de sensibilização que leve à alta hospitalar e/ou à transferência, por exemplo, para uma RT.

Pessoas que passaram décadas internadas, sem expectativas e autonomia da própria vida, com toda sua rotina e decisões tomadas pela lógica institucional, se veem com a oportunidade inédita de uma mudança total dessa lógica. Para alguns, isso é recebido de forma positiva; para outros, com angústia, receio e resistência. Cabe aí um delicado trabalho de manejo, onde se deve respeitar o tempo subjetivo de cada um e trazer o máximo possível o morador para estas escolhas e esclarecimentos. Houve um período em que vários SRT foram abertos seguidamente, isso foi bom, pois era bom pensar que pessoas estariam saindo, porém, por outro lado, dificultava de alguma forma esse manejo mais cuidadoso, já que levava um tempo para realizá-lo, e o tempo subjetivo corre de modo diferente ao cronológico.

O entendimento ambíguo sobre estar ou não estar no hospital e sobre se ele deveria existir ou não é considerado neste trecho de uma das entrevistas, onde o entrevistado é morador de SRT:

Alguém te explicou porque você estava saindo do hospital?

Explicou, porque falou que ia fechar, que ia passar todo mundo para as residências lá, os homens e as mulheres, pois foi isso fia.

E você acha que o hospital tem que fechar?

Eu acho que não.

Você acha que não?

Não, se eu fosse o governo não fechava os hospitais não que muita gente precisa né [...]

Mesmo sendo do jeito que você falou?

Ô [...] eu passava, do jeito que eu estava, ruim, mas eu ficava se fosse preciso.

E você não acha que seria legal se todo mundo pudesse vir para um lugar que nem você veio?

Acho fia [...] acho sim. Agora se for fechar, que nós pode fazer né? Será que fecha fia?

A ideia é que feche né, pra que todo mundo possa ter um lugar melhor [...]
(Entrevistado V).

Mesmo dizendo coisas ruins de sua vivência em manicômio, o entrevistado acha que o hospital não deve fechar, como se não houvesse outra possibilidade. Vários moradores entendem sua internação como algo punitivo, por se comportarem mal. Perguntado o porquê de sua internação, ele diz: “[...] ah, porque eu era agressiva, batia nos meus irmãos, no meu pai, na minha mãe” (Entrevistado V).

Como que era a sua vida quando você estava no hospital?

[...] muito ruinzinha fia. Tem que acordar cedo para levantar para tomar o banho, tem a hora do café sete horas ou sete e meia, muita gente misturado (Entrevistado V).

Fala de maus-tratos e eletrochoque, como nos trechos a seguir:

Me conta como era no hospital?

Ah, eu gostava, mas tinha paciente que não deixava eu em paz, queria bater em mim [...] é fia, pedia as coisinhas para mim, eu dava, não adiantava nada, batia mesmo assim [...] (Entrevistado V).

[...] aí dava choque na gente.

Dava?

Na cabeça, eu sou perturbada fia.

E era muito ruim, como que era tomar choque?

Era...aplicava aqui assim ó, na fonte, na mente [...]

Doía?

Doía, nossa.

E depois, como que você ficava depois que faziam isso?

Ficava...já fiquei até em cima, parada em cima de cama, era chute, era tudo (Entrevistado V).

E você tinha lugar de guardar roupa lá no hospital?

A moça arrumou um armário pra mim, mas eles amassaram tudo, [...] é igual cadeia fia [...] (Entrevistado V).

Outra consequência durante a abertura dos SRT juntamente com as outras movimentações que hospital estava vivendo naquele momento, foi o cuidado com quem não estava indo para a residência. Vários moradores tinham origens em outros municípios ou havia um trabalho com as famílias e, portanto, não iriam para o SRT naquele momento. Lidar com estes questionamentos era difícil e necessitava de muito diálogo, entretanto ao mesmo tempo era positivo, pois de alguma forma, tal movimentação incitou o início da fala dos que viveram oprimidos naquele espaço.

Alguns deles perguntavam insistentemente: - *Quando eu vou pra casinha!?* Era uma vitória.

Perguntado sobre como era morar num SRT e ter seu espaço, o Entrevistado V diz:

E o seu quarto, você gosta, é legal?

Gosto

Você dorme tranquila?

Ô...gostoso, tudo limpinho, lá não tem piolho, cocô no chão, vômito no pátio

[...]

Reuniões de miniequipe

Semanalmente as miniequipes se reuniam. Cada uma se organizava no dia e horário quem eram melhores. Esses encontros eram de grande importância para o trabalho e o ideal era a participação de todos da miniequipe. As dificuldades nesse caso eram com as enfermeiras e auxiliares de enfermagem. Com as enfermeiras, pois cada uma era de um turno diferente e com os auxiliares de enfermagem a dificuldade era deixar a ala “descoberta”.

Os contratempos faziam com que houvesse uma dinâmica de experimentações. Mudava-se dia, horário, alternância para participação das enfermeiras, rodízio entre os auxiliares, transferência de local (fora da ala, dentro da ala). Tais experimentações iam se adequando à dinâmica de um manicômio e traziam flexibilidade e constância às reuniões. Poucas vezes elas não foram feitas. Discussões de casos de referência, organização da rotina da ala, dados novos sobre os casos, PTS, pautas a serem levadas para reuniões gerais eram assuntos discutidos nas reuniões de miniequipe.

O alinhamento da miniequipe era essencial para a qualidade do trabalho. Pensando na construção de uma clínica ampliada, uma miniequipe entrosada traz potencialidade ao trabalho realizado, além de otimizar o trabalho em vários aspectos. Aqui, é de suma importância uma convivência horizontalizada entre os técnicos, o que reflete com relação ao posicionamento perante a equipe geral. Outro ponto importante e analisável aqui é com relação à atuação do médico dentro dessas equipes, pois sabemos que na psiquiatria a questão médico-centralizadora é naturalizada, além da enfermagem ter geralmente uma prática hierárquica. Nesse

ponto, em minha experiência posso dizer que tive “sorte”, no sentido de pude conviver com uma miniequipe que além de potente, foi uma fonte de aprendizado e trocas.

Reuniões de equipe geral

Eram reuniões semanais que tinham como objetivo a participação de toda equipe do hospital, incluindo recepção, limpeza, refeitório e outros. As pautas da reunião eram gerais e cada miniequipe trazia as pautas das alas. Também era um espaço necessário para organizar e planejar o funcionamento do espaço coletivamente. Ao longo dos meses, oficinas, passeios, assembleias, SRT, famílias, curatelas, entre outros, eram temas que iam ganhando espaço e precisavam ser debatidos e planejados dentro da rotina ainda hospitalar.

Pensando numa gestão horizontalizada, o espaço de reunião de equipe deveria ser um espaço de debate e articulação com a gestão. Tal aspecto existia nas reuniões dos processos, assim como alguns conflitos que iam aparecendo na equipe. Após alguns meses de trabalho, o cotidiano duro e pesado do trabalho talvez tenha afetado os trabalhadores e a falta de interesse e entendimento do próprio trabalho e da própria necessidade da reunião por alguns trabalhadores foi aparecendo. Tal desgaste nas relações de equipe dentro daquele contexto parece ser algo inevitável de ocorrer, porém, a maneira de lidar com tais questões, especialmente usando estes espaços coletivos para o debate e elucidação dos conflitos foi ficando diminuído, tanto com questões entre a equipe, quanto com questões entre equipe e gestão. Com relação à percepção sobre a gestão, o entrevistado I relata:

[...] Da gestão sempre tinha uma comunicação direta [...] eu sentia que os trabalhadores, eu como trabalhadora, estava participando do que estava acontecendo, das decisões, do que seria feito [...] não era um trabalho [...] muito hierárquico né, no sentido de obedecer às ordens de uma gestão, assim... tinha uma comunicação, uma abertura. Eu sentia isso (Entrevistado I).

É pertinente contextualizar que vários atravessamentos estavam presentes no cotidiano da equipe e gestão nos primeiros meses do processo. Gestão municipal via OS, medo de demissões, entendimentos diversos acerca do objetivo do trabalho

em si e o nó de manter um espaço denunciado por violação de Direitos em funcionamento minimamente adequado para que depois pudesse ser fechado definitivamente. Tais atravessamentos trouxeram como uma das consequências uma ruptura.

Os tensionamentos e desgastes do cotidiano foram aumentando com o tempo, com tais atravessamentos. Ao longo dos meses, as reuniões foram se tornando um espaço de incômodo para algumas pessoas, o que faz se repetir a lógica alienante e cronificadora do próprio manicômio, onde é mais cômodo deixar como está e não falar sobre.

A participação coletiva não era fácil, pelos mesmos motivos citados nas reuniões de miniequipe. Com o tempo, esse espaço se tornou um lugar de supervisão, com convidados que davam supervisão pontual, em uma reunião e alguns meses depois com a tentativa de um supervisor quinzenal. As supervisões de equipe foram espaços essenciais para que algumas questões conflituosas fossem trazidas, e o sintoma que foi se cronificando ao longo dos meses, simbolicamente, era o silenciamento dos trabalhadores. A equipe ia se calando enquanto os moradores queriam dizer e se expressavam cada vez mais, dentro do possível.

De um modo geral, as reuniões de equipe em serviços institucionais, são um ponto de resistência importante de se analisar. Em vários serviços elas não acontecem e quando acontecem geram atitudes resistentes como: atrasos, faltas e interrupções. Além das resistências, há muitos trabalhadores que não veem benefício na realização de reuniões e entendem que estar em reunião seria compatível com não estar fazendo nada, ou seja, perdendo tempo.

Neste ponto é necessário entender que as reuniões de equipe de processos como este são indispensáveis. Além da questão de planejamento e organização dentro de uma equipe grande em número de trabalhadores e moradores, deveria ser um espaço de divisão de angústias, debate e reflexão do trabalho. É neste ponto que há incômodo. As reuniões trazem a necessidade de que as pessoas pertencentes à equipe se pronunciem, dê ideias, questionem e digam o que fazem e isso faz com que haja movimento no serviço, conflitos abertos e dá “trabalho”, paradoxalmente falando. Segundo Sade (2014, p. 95-96):

A discussão diária em equipe é fundamental para construir e modificar as práticas, mas também para superar eventuais aspectos críticos que os profissionais manifestam, em geral compreensíveis, não relacionados a “indiferença” ou “malvadez”, mas a falta de recursos. O trabalho excessivo, o peso do envolvimento e da responsabilidade, bem como a complexidade da atuação podem levar o profissional a analisar de maneira limitada e esquematizar uma situação, tornando seu entendimento e sua intervenção terapêutica mais superficiais.

Articulação com outros municípios

A articulação com outros municípios é peça fundamental num processo que visa desinstitucionalizar, já que cada município que tem algum morador no hospital precisa ter uma rede adequada para recebê-lo. A gestão se movimentava no contato com tais municípios visando informações sobre suas respectivas redes e nós técnicos participávamos de conversas com esses municípios para discussão de casos, contatos com familiares e busca de dados. Eram contatos via telefone, reuniões e visitas até os municípios, além de receber pessoas dos municípios no hospital para conhecerem seus “municipes pacientes”.

Anterior à articulação, era necessário organizar os dados concretamente e ter acesso a quais municípios deveriam ser acionados. Com o tempo, uma grande planilha foi elaborada e tentava organizar minimamente os principais dados dos moradores. São pessoas de vários lugares, a maioria de municípios da região de Sorocaba e grande São Paulo, porém havia pessoas de vários outros municípios do estado e de outros estados. Segundo o entrevistado IV, em maio de 2016 havia a seguinte situação sobre os municípios:

[...] noventa e dois municípios que tem pessoas aqui. Desses noventa e dois, quarenta e sete municípios tem um morador [...] Então o que acontece, eu não me conformo de não poder encaminhar essas pessoas, essa única pessoa pra um município. Não cabe na minha cabeça como que não consegue tratar nem um, sendo que tem CAPS, tem recursos né da saúde mental. Então isso é um ponto. Depois eu tenho mais uns vinte e poucos, acho que é vinte e um que tem dois moradores, e sete municípios que tem três. Os demais têm de quatro, que é quando começa a RT, de quatro até dez, até mais, tem município que tem vinte pessoas aqui, teria que montar duas RTs de dez. Daí entra também outro detalhe que é tipo I, tipo II, ou seja, você vai fazendo uma análise cada vez mais aprofundada dos encaminhamentos (Entrevistado IV).

Pensar a possibilidade de volta dessas pessoas para seu município de origem dentro dos critérios estabelecidos, pressupunha que tais municípios tivessem

adequados para receber essas pessoas proporcionando um atendimento no território. Era angustiante saber que muitos moradores dependiam da articulação que tais municípios fariam para recebê-los, principalmente com relação ao SRT, pois muitos teriam que ir para uma em sua alta. Assim, eram muitas informações que às vezes eram mudadas em cima da hora, o que gerava um cuidado especial quando se tratava de “montar” grupos de moradores para SRT de outros municípios, pois em um momento a mudança poderia ocorrer, e em outro poderia se adiar, fato que se não fosse manejado com cuidado poderia gerar ansiedade e expectativa, não só nos moradores.

Outros efeitos por meio de Histórias

Exemplifico aqui o que foi contado sobre a experiência no processo, por meio de narrativas de histórias vividas na desinstitucionalização. Nossas vivências nos trazem aprendizados e afetuosas lembranças e apesar da dureza e intensidade do que se vive num processo como esse, lidamos com diversas histórias de vida em nossa prática, onde trocamos e construímos possibilidades. Compartilho aqui, algumas dessas histórias que não são somente histórias com finais felizes. Algumas não sabemos o final, porque esperamos que sair do manicômio seja algo real e possível, não sendo assim o final, mas o recomeço.

O nome das pessoas nas histórias foi trocado para preservar sua identidade, e pensando em quais nomes fictícios eu poderia utilizar, só pude pensar em homenagear essas pessoas com nomes de flores. As flores simbolizam socialmente uma maneira delicada de presentear alguém em vários momentos, dos mais alegres aos mais tristes. Pessoalmente, tenho uma ligação de muito amor com as plantas e não pude pensar em homenagem mais simbólica e singela.

Delfino: não se reconhece no espelho

Delfino vive no manicômio desde os 17 anos, mais ou menos. Foi internado em 1981, segundo os familiares. De tanto tempo num hospício, deve ter ficado louco mesmo. Antes disso, morava com um irmão e os pais em um sítio. Pai chamado de

alcoolista, irmão com histórico psiquiátrico. Recebia algumas visitas esporádicas de alguns familiares, sempre aos domingos, sempre levavam comida, ele ficava alegre.

Foram quase trinta anos desse cotidiano que parecia natural e o único possível. Delfino havia vindo com o fechamento de outro hospital psiquiátrico da cidade e eu era sua referência técnica. A família era acessível e iniciamos o trabalho com eles. Fomos explicando o processo em que o hospital estava passando e quais eram as possibilidades. Um dia então, após várias visitas e conversas com a família, dentre pouquíssimos familiares, o irmão quis saber mais sobre isso. Então começamos a pensar juntos e decidimos que um passo diferente, novo, porém possível podia ser dado. As visitas, não eram mais somente para levar comida gostosa, agora elas tinham um gostinho diferente. Era para vislumbrar como seria a vida dele em outro contexto. Nós acreditamos, e um dos irmãos, começou a pensar na possibilidade de recebê-lo em casa. Tudo com cuidado e delicadeza, pois o que não se construiu em quase 30 anos, não poderia ser construído em dias. O melhor manejo é aquele que se descobre fazendo, sentindo e junto!

Entramos em contato com o CAPS que seria referência do seu território, e então fomos juntos com Delfino, seu irmão e a cunhada em uma visita até o CAPS para pensarmos juntos como seria essa nova etapa de sua vida. Dentro do possível, conseguimos pensar algumas estratégias. E nem preciso dizer que o Delfino amou o “passeio”, não sei dizer a última vez que tinha saído. Essa experiência foi muito importante para a família, que viu o Delfino na rua, começando a desmistificar fantasias da loucura cultivadas por 30 anos. E então, chegou a hora dele ir (re)conhecer a casa do irmão. Delfino não falava, contudo expressava sua alegria, era só olhar. É nestas horas que se vive algo que é único, que só quem vive sabe. Sair do manicômio é aventura do início ao fim, porque tudo é novo. O carro, o caminho, o vento, as pessoas na rua, tudo causava um largo e sincero sorriso no Delfino. Porque pessoas como ele, tiveram esse direito arrancado violentamente e o que é banal para alguns, para ele era pura vida. A família de seu irmão (que foi nos buscar) percebia isso pela primeira vez. Eles tinham muitos receios, porque a história pintava um Delfino que eles viam que era diferente. Ele era alguém, e conseqüentemente agiu como alguém e surpreendeu como ninguém. Tomou café da tarde, viu o sobrinho, o cachorro, o papagaio (literalmente), usou o banheiro “civilizadamente” e sua família que não lembrava mais que ele era capaz disso pôde

ver que ele era sim, porque se abriram e se permitiram olhar para e viver isso. Nesse encontro, as lembranças vieram e com elas fotos de família.

Mostraram ao Delfino uma foto sua de trinta anos atrás, antes de ser internado. Obviamente, ele estava completamente diferente, sem as marcas do tempo, sem as marcas do manicômio. Todavia quando Delfino viu a foto, nitidamente se reconheceu ali, ele sabia que era ele. Falamos sobre se reconhecer e no meio da conversa a sua cunhada traz um espelho e põe na frente do Delfino. Ele se olha e não consegue reconhecer aquele rosto que estava refletido ali, todos viram, todos entenderam sem precisar de muitas palavras e teorias. É isso que o manicômio faz. Aprisiona pessoas, congela vidas, afasta afetos. A foto e o espelho simbolizam a crueldade que é tirarem a identidade (o ser) de alguém.

Depois disso, com a continuidade do trabalho, o irmão decidiu que poderia receber o Delfino em sua casa, inclusive estavam construindo um quarto a mais para isso. Enquanto isso, eles continuaram a ir visitá-lo sempre que podiam e quando saí de lá, o Delfino estava esperando seu quarto ficar pronto para poder ir embora.

Eu espero que ele tenha ido. A semente foi plantada.

Gerânio e nossas conversas “evoluídas no prontuário”

Gerânio era um senhor franzino, barbas e cabelos grisalhos e olhos vivamente azuis. Morava em uma das alas do manicômio havia vários anos. Eu sempre o via na cantina, onde ia fumar seu cigarro e tomar um café. Ele (como todo “louco” tem) tinha fama de bravo e era conhecido por insistentemente usar o orelhão que tinha no hospital para passar trotes para a polícia. Disso me atrevi a pensar que talvez pudesse ser seu único jeito de se vingar do mundo lá fora que o enfiou preso dentro do hospício, e justamente com a polícia que prende. O Gerânio era transgressor, e volta e meia alguns policiais do posto mais próximo da rodovia iam até lá reclamar dos trotes dados. Ele gostava de falar sozinho no orelhão ou por aí, e nessas horas, ai de quem passasse por perto, levava “xingo” também. Eu, não era referência técnica do Gerânio e tampouco era da sua miniequipe de referência, estava na equipe da ala feminina, mas em nosso tempo de desinstitucionalizar, nos primeiros meses quase todas as alas já tinham portas abertas, e com isso, o

movimento fora (das alas) e dentro (do manicômio) foi aumentando significativamente. E era assim que eu sempre encontrava o Gerânio com sua “fama de mal” pelo pátio e ninguém era de muito papo com ele.

Um dia desses, na cantina, dei bom dia e ele respondeu. No outro dia também, no outro, e quando vi, todos os dias nos cumprimentávamos na cantina e quando nos víamos por aí. Não me recordo exatamente como começou, entretanto partindo disso, começamos a trocar algumas palavras até que, toda vez que ele me via gostava de conversar e contar coisas de sua vida. Um vínculo foi se formando naturalmente e então, achei que algo podia ser pensado partindo disso. Numa dessas conversas, ele pediu para que eu anotasse no seu prontuário as coisas que tinha para falar. Para ele, sacado do manicômio que era, se eu escrevesse no seu prontuário as coisas que ele me contava, talvez o médico pudesse ler e fazer algo a respeito. Para ele, o prontuário trazia concretude de suas palavras e o médico o suposto “poder” para agir. Eu era um vínculo e uma ponte. E então, que as (des)construções começam assim, quando você senta, ouve e entende que o manicômio também é internalizado, e vê aí brechas.

Foram várias conversas, algumas delas anotadas no prontuário como ele pedia. Em conjunto com sua equipe de referência, fomos pensando e acolhendo o Gerânio, que queria falar, que fazia viagens ao seu “eu” passado. Tinha trabalhado de cobrador de ônibus na grande São Paulo, de segurança. Falava de sua família, que tinha uma filha, e que precisava ir atrás de uma herança que haviam lhe deixado lá fora. Real ou não, era sua história por ele mesmo. Às vezes ele ia até a ala feminina me chamar, achando que eu podia esquecer nossas conversas, que ele marcava hora, e às vezes eu me atrasava atravessada com a “loucura” que era a rotina de trabalho por ali, às vezes tínhamos que combinar outro dia, contudo íamos construindo juntos e as últimas conversas foram ao anoitecer, antes do horário do jantar. Então ele foi entendendo o que toda aquela gente estava fazendo trabalhando ali. Foi entendendo que poderia sair, depois de tanto tempo e foi se animando e se angustiando ao mesmo tempo. Por não ter ninguém lá fora (não tínhamos contato com ninguém de sua família), se preocupava com quem iria cuidar dele. Era interessante pensar sobre isso, já que era o manicômio que cuidava de sua vida, era a rotina do hospício que dizia para ele quando comer, dormir, tomar banho, tomar remédio. Quando se olha para singularidade, histórias únicas são

contadas e para cada uma delas há várias formas de pensar, de cuidar. A certa altura, Gerânio estava com vínculos potentes com sua equipe, inclusive o médico. Estava sendo ouvido, e por isso estava falando mais sobre si e ousando pensar em futuro, ainda que com medo. E sua equipe pensava que Gerânio poderia ir para o SRT.

Quando saí, não pude, não consegui me despedir do Gerânio e tantos outros. Gerânio e tantos outros perderam vários vínculos e referências de maneira abrupta. No seu caso, além de mim, a psicóloga de sua ala (que era sua referência técnica) também foi demitida. Pouco depois, o médico de sua ala se demitiu. Fiquei meses sem saber do Gerânio, até que soube que ele estava internado com problemas respiratórios e dias depois faleceu. Gerânio não teve tempo de ir embora do manicômio, foi embora da vida. Contudo, que bom que antes disso, ele pode revivê-la por meio de suas palavras, por meio de suas histórias e lembranças resgatadas.

Angélica: De segunda a sexta no hospício, sábado e domingo em casa

Angélica tinha entre seus 18, 20 anos. Tinha deficiência intelectual, falava pouco e gostava de ficar perto de quem estivesse no posto de enfermagem da ala. Ela veio de outro hospital psiquiátrico e sua história era curiosa. Angélica passava a semana “internada” e aos fins de semanas ia ficar em casa, com a mãe. Durante a semana ela ia toda tarde para uma instituição que cuidava de crianças e adolescentes com deficiência intelectual. Com a transferência de hospital, nossa equipe ficou como referência do caso e aos poucos fomos conhecendo e pensando em como desinstitucionalizar Angélica. Sua mãe havia entrado com pedido judicial de internação para Angélica e alegava que quando ela ficava em casa, ficava agitada e por vezes agressiva. Assim que chegou, tivemos que articular transporte para que a mesma pudesse continuar frequentando a instituição que estava indo. Às vezes, sua mãe tentava estender sua estadia em casa depois do fim de semana e às vezes ela não levava Angélica no fim de semana para casa. As duas tinham uma relação curiosa, quando ficavam juntas queriam se separar e se ficassem separadas queriam ficar juntas. Sempre que Angélica voltava de casa, ficava triste e chorava muito, até ir se acostumando ao longo da semana. Por várias vezes fomos surpreendidos pela ligação de sua mãe que exigia que buscassem Angélica naquele

momento, principalmente quando a estadia do fim de semana era prolongada. O trabalho aqui era familiar, era necessário conhecer e entender melhor essa relação mãe e filha e o contexto onde estavam inseridas. Entramos em contato com a instituição que Angélica frequentava durante a semana e a Defensoria Pública com a ideia de que fossem parceiros na construção deste Projeto Terapêutico. Desinstitucionalizar é isso, construção coletiva. A própria instituição que atendia Angélica não sabia o que estava acontecendo no hospital com relação ao fechamento e tinham olhar crítico com relação à internação dela, não entendendo o porquê de Angélica estar internada.

É delicado lidar com histórias como essa e saber que há sofrimento em todos os envolvidos, além do sujeito em questão. A mãe de Angélica parecia ser muito julgada pelas instituições que sua filha passava, porém ela também sofria. Conseguimos escutá-la mais e acolher. A relação de Angélica com a mãe era paradoxal na necessidade de estar perto e longe ao mesmo tempo e havia algo intenso que se produzia nos encontros e desencontros das duas. Ainda que internando Angélica, a mãe demandava a todo instante. Ligava todos os dias exigindo algo, cobrando algo, precisando ser olhada. Ela tinha medo de que quando o hospital fechasse tivesse que ficar com a filha em tempo integral e foi atrás de possibilidades legais para que isso não ocorresse. Dentro do plausível, pensamos que uma das possibilidades num primeiro momento, seria a ida de Angélica para uma Residência Terapêutica e acompanhamento da mãe. Trabalhar com tais vínculos e afetos não tem um tempo certo, está além de simplesmente entender a história de vida e os motivos. Há relações que são construídas com desconstrução, em que estruturas de base podem estar por trás do exposto. Estávamos construindo esta ideia, explicando o que seria a Residência Terapêutica e articulando com a família, instituição que atendia Angélica e Defensoria Pública.

Mais uma vez, não tive mais notícias de Angélica e sua mãe, e mais uma vez, espero que Angélica esteja fora do hospício também. A nossa miniequipe que foi a referência da Angélica foi a que mais perdeu técnicos.

Melissa: Chamava o dono do hospital de pai

Melissa tinha 19 anos, veio de outro hospital psiquiátrico que foi fechado. É extrovertida, comunicativa e com uma esperteza de quem cresceu em instituições e teve que “se virar” muito cedo. Ainda criança foi para uma instituição de acolhimento para crianças e adolescentes e lá ficou até ser internada no hospício. Tem a rebeldia de uma adolescente, e claro já estigmatizada como “problemática”. A loucura chegou cedo à vida da Melissa. Quando as mulheres foram transferidas, tentamos organizar a ala feminina o menos horrível possível (no sentido de desumano), mas dentro do limite insuperável que o manicômio nos dá. O “quarto” de Melissa refletia seu lado infantil, com ursos de pelúcia, bonecas, enfeites. Ainda, havia uma TV que dividia com outra moradora. Melissa e tantas outras mulheres eram curateladas, seu curador era um dos donos do hospital em que estava e curiosamente ela e outras mulheres que vieram de lá o chamavam de pai. Parecia uma tentativa de resgatar algo, uma referência familiar, misturada com o “nome do pai”, uma referência limitadora, porém que ao mesmo tempo pudesse acolher. No caso, o limite vinha de várias formas, já que como curador controlava seu dinheiro e dizia o que se podia ou não podia por lá, por seu um dos gestores. Com o tempo, seu amor pelo “pai” se tornou ódio, quando viu que seu benefício havia sido bloqueado temporariamente pela justiça e que seu curador-pai não lhe dava mais dinheiro nem aparecia.

Quando Melissa chegou, assim como sempre fazíamos, tentamos resgatar a história sua história, que ela mesma gostava de contar. Como sua referência, íamos conversando e tentando acolher. Seu temperamento era forte e ao mesmo tempo regredido. Ela demandava carinho e atenção o tempo todo e por isso gostava de ser o centro das atenções. Certa vez conseguimos entrar em contato com uma cuidadora do abrigo que esteve durante a infância e parte da adolescência, a cuidadora já havia feito algumas visitas para Melissa no outro hospital. Em um desses contatos, Melissa soube que sua avó havia falecido, ficou triste e chorou bastante. Pensamos que poderia ser interessante uma visita de Melissa à sua cidade e as pessoas que gostava como parte de seu projeto terapêutico. Não deu tempo.

Melissa era autônoma, independente e articulada, um clássico e triste exemplo de pessoas internadas em manicômios como estratégia de marginalização e exclusão social. Não era louca, era uma criança abandonada crescida. Pessoas como Melissa, passam grande parte da vida institucionalizadas, desde a infância já em abrigos e quando crescem a sociedade não sabe, não consegue lidar com elas, o que as mantém institucionalizadas. A Melissa, diferente de algumas histórias que divido aqui, foi alguém que vi depois do meu período no hospital. Vi ela brevemente em maio de 2016 num encontro da RAPS promovido pelo município. Lá, em uma das mesas sobre o processo de desinstitucionalização, ela pediu a fala e espontaneamente criticou seu curador, reclamou por não ter acesso direto ao seu benefício e pediu para que suas amigas que ainda estavam no manicômio pudessem sair. Melissa foi para uma Residência Terapêutica.

Lírio e o folheto do supermercado

Lírio não era um daqueles moradores do manicômio que quase todo mundo conhecia, pelo contrário, ele era um daqueles desconhecidos, que caíam no esquecimento dentro do próprio lugar dos esquecidos. Não falava por não querer, entretanto parecia entender tudo. Classicamente, gostava de fumar e estava sempre que podia fazendo isso. Veio transferido de outro hospital que havia fechado para que pudesse ser desinstitucionalizado. Como de costume, fomos tentar algum resgate de história em prontuários vazios de dados e cheio de lacunas. Lírio preferia o silêncio e devia ter seus motivos para isso. Como Lírio não estava a fim de papo, só havia essa fonte. Em uma das poucas anotações, havia um relato que em algum dia ele havia dito que era de uma cidade localizada no estado de Minas Gerais e que lá esteve internado. Também dizia que era morador de rua, andarilho. Sem nada além do nome de uma cidade e nenhuma certeza, pensei tentar encontrar algo. Em pesquisas na internet, consegui o contato de um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) de lá. A ideia era conversar com alguém da rede de serviços da cidade e tentar saber se havia na cidade alguma família com seu sobrenome, já que não era um sobrenome comum. E caso encontrasse, se havia alguma história de algum parente internado ou desaparecido. Há vários casos de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos que a família não tem ideia da

internação e acha que seu parente está desaparecido ou morto. Todas as histórias são possíveis no manicômio. Conversando com o CREAS, dias depois, soube que havia o sobrenome na cidade e a Assistente Social do CREAS entrou em contato com algumas pessoas com esse sobrenome que não conheciam a história de Lírio. Então eles pensaram em ajudar da seguinte forma: pediram a maior quantidade de dados possíveis e que pudessem ser compartilhado para que sua história fosse divulgada numa rádio da cidade. As construções coletivas se dão assim, dentro da comunidade. Infelizmente, esse passo foi mais um dos tantos que não pudemos acompanhar. Estávamos esperando o contato da Assistente Social e eu não soube se ele foi feito. Contudo esta história, ao menos esta, não termina assim.

Sem vínculos conhecidos de família e território e com muitos anos de internação, dentro dos critérios estabelecidos para saída do hospital psiquiátrico no processo, Lírio era tido como “morador de Sorocaba” e por isso, foi decidido que iria para uma residência terapêutica juntamente com algumas pessoas que tinha convivência dentro do hospital. Tomada essa decisão, o trabalho foi de preparo para a mudança. Lírio concordou com sua ida para um SRT e ainda que calado estava presente. Participou dos grupos com as pessoas que iriam para a mesma casa que ele, visitou a casa antes da mudança, arrumou seus pertences, que para alguns como ele representavam algumas peças de roupa do hospital, nada individualizadas até aquele momento.

No dia da mudança o silêncio continuou, contudo podia-se notar sua expressão curiosa e feliz sem precisar dizer uma palavra. Chegando à casa, era comum que os novos moradores fossem arrumar suas coisas em seu guarda-roupa, escolher a cama, arrumá-la, conhecer todos os cantos da casa. Assim foi com Lírio, que não tinha muito que guardar, porém logo que decidiu sua cama, já se deitou sobre ela. Um pertencimento, um hábito antigo nos leitos hospitalares, em que os moradores mal podiam sair do quarto e ficava o tempo todo deitados na cama, mas reinventado, pois ele não era mais obrigado a permanecer na cama ou em determinado espaço. Chamei Lírio para dar uma volta no quarteirão do seu novo bairro com seus companheiros de casa, ele aceitou. O lugar era arborizado, aliás, a casa era num bairro bem localizado, o que foi sem querer querendo um confronto.

Viver a experiência de andar pela primeira vez na rua com pessoas que passaram anos privadas disso no manicômio, é uma vivência única, todos deviam

passar por ela para entender. Você percebe o quanto banaliza o caminho, o cotidiano, a vida. Cada detalhe era degustado por eles, cada árvore, cada carro passando, cada comércio, as pessoas andando. E nesse caminho, Lírio, encantado, encontrou um papel jogado no chão. Pegou o papel e ficou minutos olhando curiosamente e surpreso. No papel havia fotos coloridas, muitas palavras e números. Expliquei o que era aquele papel e para que servia, ele foi tentando entender. Lírio ficou encantado com um folheto de supermercado. E eu, mais certa do que nunca, de que aquele definitivamente era o único caminho possível.

Crise e Ruptura

Após meses intensos, dois hospitais psiquiátricos fechados, vários SRT instituídos, alguns tensionamentos no cotidiano de trabalho e alguns meses após as primeiras demissões ocorridas de Assistentes Sociais, em outubro de 2014, o primeiro membro da gestão, o diretor clínico é demitido. Apesar do contexto, o desligamento surpreende a equipe. A demissão não tinha motivo aparente e aparentemente foi tomada pela gestão da OS, não era compactuada com todos na gestão municipal. Sobre o trabalho que estava sendo feito no momento das demissões, o Entrevistado III faz o seguinte relato:

[...] Era um contexto, eu diria, muito seguro do que a gente estava fazendo. De fato a gente tinha inúmeros problemas basicamente por atuar dentro de um manicômio. Fazer um processo de desinstitucionalização desse porte dentro de uma estrutura absolutamente sucateada e perversa como é o manicômio, ainda num município muito conservador com muita dificuldade de entendimento, a gente estava caminhando muito bem.

Com essa demissão, alguns trabalhadores se mobilizam de diversas maneiras, visando uma resposta da OS e uma posição dos órgãos municipais. Foram organizadas assembleias gerais, conversa com secretário da saúde e carta dos trabalhadores. O clima era de receio e parte da equipe não aderiu aos questionamentos feitos, com medo de consequências repressoras. De fato, as entrelinhas das falas após o ocorrido eram repressoras, numa tentativa de calar os trabalhadores que estavam questionando e sinalizando que havia um trabalho em equipe sendo construído e que a gestão fazia parte.

Pouco mais de uma semana após a demissão do Diretor Clínico, sete técnicos foram demitidos entre psicólogos e terapeutas ocupacionais, sem justa causa e sem aviso prévio. Outros membros da gestão foram demitidos. Após este fato, em dias, vários médicos pediram demissão, em seguida a coordenadora de saúde mental do município e o secretário de saúde também se demitiram. Um mês após as primeiras demissões, ocorreram mais demissões em bloco de técnicos e coordenação do CAPS III.

Os trabalhadores demitidos foram os mesmos que reivindicaram entender o que estava acontecendo após a primeira demissão da gestão, os que participaram ativamente de espaços coletivos para discutir e entender a situação, os mesmos que de alguma maneira defenderam a técnica e delicadeza do trabalho que estava ocorrendo, com receio de que rupturas descontextualizadas pudessem refletir no manejo do processo complexo que estava acontecendo.

Aqui é pertinente discutirmos sobre uma das desvantagens da gestão terceirizada das políticas públicas. A fragilidade do vínculo do emprego possivelmente trouxe receio para vários dos trabalhadores que preferiram não questionar a conduta do processo. Para alguns faltava envolvimento político⁵⁷ sobre o momento que estavam vivendo naquele processo e para os que quiseram se expressar, a opressão veio em forma de demissão.

Um dos entrevistados traz uma contextualização importante para o momento das demissões, que amplia o olhar da situação política:

Eu entendo que a eleição presidencial foi algo importante da gente considerar, de um tensionamento maior né. Foi ficando muito claro que aquele grupo que estava conduzindo o processo de desinstitucionalização era um grupo à esquerda, dentro de uma gestão tucana, num município com gestão de direita...

E prestes a ter uma eleição presidencial que poderia mudar esse cenário né?

Exatamente, inclusive com a perspectiva de vitória da direita né. Tanto é que quando sai o resultado do primeiro turno que acontecem de fato as demissões em massa, foi depois da eleição do primeiro turno. Um primeiro turno que não estava definido, com a expectativa até que o Aécio não chegaria no segundo turno. Se a gente resgatar aquele momento, a Marina ainda era segunda colocada nas pesquisas às vésperas da eleição, o Aécio vira na semana final, então acontece o resultado do primeiro turno nos dias

⁵⁷ Aqui quero dizer envolvimento político num sentido mais amplo da palavra político. No sentido de que os trabalhadores das políticas públicas estão inseridos dentro delas e por isso, tem um papel que vai além de prestador de serviços, mas também de mantenedor da política.

que se seguem, se seguem todas as demissões desses colaboradores (Entrevistado III).

As duas falas a seguir, trazem o olhar do entrevistado sobre a gestão e as demissões:

Não é uma ruptura total inesperada, apesar de que talvez naquele momento fosse difícil de perceber né, mas me parece que essa quebra que realmente há em alguma medida ela permitia para esses processos de não radicalidade do processo de desinsti (Entrevistado II).

[...] críticas havia realmente à gestão que estava, mas era uma gestão alinhada em maior medida com a reforma psiquiátrica, era uma gestão mais permeável a crítica, apesar de não ser muito fã de crítica, mas a gente conseguia acessá-la [...] (Entrevistado II).

Todas as demissões ocorridas foram sem justa causa e sem aviso prévio, ou seja, no período de 40 dias aproximadamente, o processo de desinstitucionalização perdeu parte de sua equipe. Isso não significava apenas troca de profissionais, com contratação de outros, pois não se tratava de uma indústria que produzia coisas. Estávamos falando de pessoas que viviam em um dos modos mais complexos que se pode existir, dentro do manicômio. Pessoas com vínculos frágeis possivelmente desde antes da internação. Pessoas que estavam se acostumando com a ideia de que iriam sair do hospício e estavam pouco a pouco confiando em quem lhes dizia isso. E quem lhes dizia isso e construía essa possibilidade com eles vai embora sem se despedir, sem explicar a situação, sem poder realizar uma transição, sem contar como estava cada caso, cada visita, cada contato familiar. Foi um corte abrupto, violento. Em relação à atitude dos principais atores envolvidos com o TAC com o desmonte, para o Entrevistado III:

[...] Quando isso é pautado, isso é colocado para o prefeito, isso é colocado para o próprio Ministério Público, há pessoas que não conseguem entender isso. De que a saída abrupta de uma equipe, que tinha uma filosofia de trabalho que não era de fechar o hospital e botar as pessoas na rua, era muito mais do que isso, isso não é sentido nos atores (Entrevistado III).

Motivações políticas e outros interesses ficaram à frente das singularidades que estávamos tentando resgatar e a opressão aos que questionam e tentam ser participativos.

Essa equipe que é desmembrada nesse período de ruptura, após dez meses de atuação, havia dado os seguintes passos, concretamente falando:

- Fechamento de dois hospitais psiquiátricos (Jardim das Acácias e Mental Medicina);
- Abertura do CAPS III;
- Abertura de dez SRT;
- No hospital em si: Reorganização da rotina com abertura de portas das alas e livre circulação dos moradores pelo espaço do hospital, inclusão de oficinas, assembleias, reuniões de equipe e miniequipe semanais, passeios extra-hospital, resgate de história de vida de vários moradores, documentação de vários moradores, articulação com municípios e outros.

Vamos à luta!

[...] E que a gente fez, e que até hoje eu espero da gestão, o mea-culpa do movimento né, que foi o movimento primeiro ter entendido que havia vencido a guerra e era apenas a batalha. Do movimento não ter [...] recuado por medo de prejudicar o processo... então teve uma série de fatores que levaram à essa quebra, não apenas a OS isoladamente que deu uma rasteira (Entrevistado II).

Após a demissão, os trabalhadores demitidos e movimentos sociais, como o FLAMAS e o Loucos pelo Mundo (LPM)⁵⁸ iniciam uma série de manifestações, intervenções, cartas e eventos para que se pudesse discutir o processo de desinstitucionalização, atentando ao risco do mesmo se tornar mera desospitalização. Estes movimentos tiveram repercussão na mídia local e regional. Foram realizadas manifestações pacíficas em frente ao CAPS III, na prefeitura, em reunião do Conselho Municipal de Saúde e o fechamento de uma rodovia da cidade próxima ao hospital. O entrevistado II elucida o papel do movimento social:

Então você tem uma gestão que chega para fazer o processo de desinsti né, com toda uma série de boas intenções e aparentemente alinhada com a reforma...e o movimento tende a apoiar bastante porque é a gestão que vem pra realizar o que o movimento lutou pra acontecer. Só que aí no processo [...] fazendo uma percepção mais pessoal, foram se apresentando algumas contradições, desde a privatização da rede que acarretou na fragilização das relações dos profissionais [...] Há certo caminhar que a gente achava meio complicado, às vezes uma saída desordenada né... então eu acho que depois de um certo choque de gestão, um choque com a

⁵⁸ Surgiu em outubro de 2014 em Sorocaba, após o episódio de demissões coletivas realizadas pela OS responsável pelo Polo de Desinstitucionalização (texto retirado de folder do movimento com chamativo para reunião).

gestão melhor dizendo, eu acho que nosso papel enquanto movimento foi dar um tom um pouco mais crítico e radical no processo. Então o processo tá acontecendo, mais a gente quer mais radicalidade, tá acontecendo mas a gente quer mais coerência né...a gente não quer o pragmatismo que acabe em alguma medida reproduzindo a lógica manicomial em nome da Luta Antimanicomial.

Estes movimentos realizados visavam a fiscalização que o movimento social deveria realizar enquanto controle social, na tentativa de trazer para sociedade os acontecimentos dentro do processo de desinstitucionalização. Foi um momento de cisão dentro do que havia sido proposto, de certa forma houve um boicote, movido por diversos interesses que atingiria diretamente os que deveriam ser o foco principal do trabalho. Os pacientes moradores de décadas do manicômio.

O Entrevistado II fala de como o movimento social sentiu a ruptura ocorrida com as demissões:

O movimento conseguir reagir, apesar de toda dor né, conseguir jogar contundido, como falam no futebol [...] e também de abrir novos canais, revisibilizar Sorocaba. Então era muito difícil denunciar o que acontecia em Sorocaba, porque quando [...] (diziam) “você tá contra o processo de desinsti?” Não, a gente só quer fazer uma desinsti mais coerente.

Com as manifestações realizadas, a questão que o entrevistado II traz era recorrente. Era preciso haver o cuidado de esclarecer que os movimentos que estavam ocorrendo não eram contra o fechamento dos hospitais psiquiátricos e sim contra a transformação do processo em algo raso, meramente burocrático e apenas desospitalizador. Tal dificuldade se dava parte pela mídia popular que por vezes entendia esse ponto de modo raso em algumas das entrevistas publicadas e parte pela própria cultura da cidade, que ainda não entendia plenamente o que estava acontecendo com os hospitais psiquiátricos. Várias pessoas ainda tinham a opinião de que eles não deveriam fechar, opinião que era endossada por alguns representantes políticos.

Era pertinente destacar com o movimento iniciado que a questão principal não era as demissões em si enquanto cargos contratados (o que é de grande importância trabalhista), mas sim, o que aquela atitude simbolizava e o quanto retirar várias pessoas durante um processo delicado e que é baseado na formação de vínculos podia prejudicar o processo em si e principalmente os moradores. Parte do trabalho teria que ser recomeçado com novos técnicos e as pessoas que haviam continuado.

A RAPS de Sorocaba

Antes do processo de desinstitucionalização ter início na cidade de Sorocaba, alguns dispositivos da RAPS já existiam, a maioria deles geridos pelas mesmas associações que geriam alguns dos hospitais psiquiátricos, carregando de certa maneira um estigma manicomial para esses serviços. A seguir, algumas impressões dos entrevistados sobre essa temática:

[...] a gestão resolve trazer pra si as contradições da cidade né, então privatiza com a Organização Social apesar de estar fragilizando os trabalhadores [...] abraça as clínicas que são transformadas em CAPS dos ex-donos de manicômios, os donos das instituições, então isso tudo acho que fragilizou muito a rede (Entrevistado II).

[...] até há uma crítica porque, no fundo alguns serviços da Rede estão hoje na mão daqueles que foram donos de hospital né. Mas não tem jeito, a gente fez o edital, a gente publicou, vieram vários concorrentes, mas a...digamos, a observação do que o edital pedia...a gente não sabe quem é que vai ganhar, não é? [...] os outros que não tinham digamos esse vínculo com o hospital psiquiátrico não apresentaram dentro daqueles critérios do edital, então eles são desclassificados. Então é uma questão que está posta e bom, a gente tá torcendo que venha OS de tudo quanto é lado né para poder diversificar um pouco isso (Entrevistado IV).

A rede de Sorocaba é uma rede fantasiosa né. Existiam muitos serviços, todos vinculados aos hospitais e todos eles funcionando de forma ambulatorial sem construção de fato de rede. Uma assistência voltada ao sintoma e condução a partir disso dos casos. Com o TAC, a proposta era essa. Construir de fato uma rede necessária que ia herdar tudo isso, e aí precisava ser uma rede de fato de serviços e de vinculações, de teias, enfim de relações entre os serviços (Entrevistado III).

Com o TAC em vigência, a RAPS da cidade foi se modificando aos poucos, incluindo vários SRT, CAPS III, CAPSad III, fechamento do ambulatório de Saúde Mental, reorganização da Atenção Básica voltada à saúde mental com matriciamento e outras estratégias. Parte da rede é privatizada e alguns dispositivos são de gestão direta. Com relação às modificações da RAPS durante o TAC e as privatizações, o Entrevistado IV traz a seguinte fala:

[...] Qual é o projeto da raps? Hoje [...] fechamos os dois CAPS II de saúde mental, fechamos o ambulatório de saúde mental e abrimos dois CAPS, os dois CAPS II da saúde mental virou um CAPS 24 horas da saúde mental, um CAPS III e um da mental e outro de álcool e drogas virou mais um CAPS 24 horas álcool e drogas [...] o outro CAPS 24 horas de saúde mental é do [...] ⁵⁹ e o CAPS, o outro CAPS 24 horas álcool e drogas é próprio da prefeitura [...] Nós temos um próprio, eu sempre defendi o próprio, mas chega um momento que você precisa...não é uma questão só técnica e do

⁵⁹ No trecho é citada a OS que estava fazendo a gestão administrativa naquele momento.

jeito que você supõe que seja melhor para o município, mas tem várias outras...até secretarias que acabam tendo que olhar a disponibilidade disso (Entrevistado IV).

Pensando que a composição da RAPS é um desafio a nível nacional, onde cada região tem suas peculiaridades, temos o seguinte trecho:

Acho que Sorocaba sofre com problemas da Rede de Atenção Psicossocial e da rede de saúde como um todo, que quase todos os municípios me parecem que sofrem. Só que em Sorocaba isso é radicalizado por esse contexto de constituição histórica da cidade (Entrevistado II).

Pude acompanhar um período desse momento de reestruturação da rede, principalmente com a equipe do CAPS III que iniciou seu trabalho no mesmo período. Os acompanhamentos e discussões de casos dos novos moradores dos SRT eram sempre pautados. A tentativa era um trabalho em conjunto, visando a continuação do processo de desinstitucionalização fora do manicômio. Aqui, temos um ponto crucial, se tratando de desinstitucionalizar, já que essa ligação entre o sair do hospital psiquiátrico e (re)entrar no território exige cuidado, estratégia e manejo. Apesar das dificuldades, esse cuidado era tomado. Claro que momentos onde vários SRT foram sendo inaugurados num curto espaço de tempo, por exemplo, exigiram jogo de cintura e boa articulação das equipes envolvidas.

A expansão dos conflitos dos pacientes ao território, que é percebido e vivenciado por todos, coloca em evidência as contradições de classe, a distribuição desigual do poder, as opressões sofridas pelos marginalizados. A luta então transcende a saúde e intima a sociedade a discutir e problematizar a questão socioeconômica, o poder contratual das pessoas e, conseqüentemente, a política. A destruição do manicômio toma contornos bem maiores do que a simples abertura de suas portas ou a desmontagem de seus muros (BUENO, 2011, p. 61).

Havia algumas trocas com os outros serviços já existentes quando era necessário, porém tal articulação ainda era necessária para estreitar os laços. Outros serviços da rede municipal, como Assistência Social e Educação também necessitavam de tal estreitamento de laços. O fator cultural de uma cidade manicomial pesa quando analisamos que RAPS ela possui, que rede municipal ela possui. Um município que convive há um século com os muros dos manicômios traz isso em sua cultura de forma naturalizada. Na percepção do Entrevistado II:

Então quando eu chego à cidade, de cara, me estranha muito essa contradição entre uma cidade super elogiada por todo mundo. “Ah você mora em Sorocaba? É tão bonito lá, é tão gostoso, é tão pouco violento

né...ciclovias que não acabam mais”. Que é uma coisa que eu acho que implica numa melhora de qualidade de vida, um paisagismo muito grande e ao mesmo tempo uma história que, tirando a reportagem⁶⁰, parece que não veio pra cidade. Uma naturalização muito grande do que é esse manicômio. Então....como eu não conhecia muito a cidade e a cidade era muito grande, eu andava muito de taxi e apesar da gente não ver a loucura na cidade muito [...] o manicômio era uma coisa presente na cidade, enquanto quase folclórica. As pessoas não entravam no manicômio, mas estava lá. Isso era muito naturalizado. Me pareceu uma cidade, eu vou usar a expressão “de uma violência cortês” muito grande. Todo mundo era muito cortês, todo mundo era muito gentil, mas no subtexto havia uma violência, muito por naturalizarem essa exclusão.

Essa violência implícita, onde o manicômio é naturalizado é uma construção histórica na região. Um exemplo muito comum, que o entrevistado II traz e é usado por várias pessoas, é usar o significado simbólico e concreto do manicômio como uma ameaça aos filhos ou chacota com amigos. “Se você não se comportar irá lá para o Vera Cruz”, “Te deixo lá no Jardim das Acácias”.

A rede municipal de saúde mental era composta pelos seguintes serviços antes de iniciada a reorganização e aumento de serviços com o TAC:

- Quatro hospitais psiquiátricos;
- UBS – Estratégia de Saúde da Família (ESF);
- Seis CAPS II;
- Um CAPS Ad II - Álcool e Drogas;
- Um CAPS Ad III - Álcool e Drogas;
- Dois CAPS I- Infância e Juventude;
- Ambulatório de Saúde Mental;
- Quatorze SRT;
- Unidade de Acolhimento;
- Consultório de Rua;
- Urgência e Emergência: SAMU, Unidades Pré-Hospitalares (UPH) e Pronto Atendimento (PA) e Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS)

⁶⁰ Reportagem do Programa Conexão Repórter.

Atualmente⁶¹ a RAPS está modificada, porém ainda faltam dispositivos para que possa atender a demanda após o fechamento do último manicômio que restou. Três hospitais psiquiátricos foram fechados restando o apenas um com aproximadamente 426 moradores. A RAPS está atualmente contando com:

- 31 UBS – ESF
- 2 CAPS III;
- 2 CAPS AD III;
- 3 CAPS I;
- 26 SRT;
- UPA;
- 6 Equipes multiprofissionais que dão suporte para as Unidades de Saúde;
- Urgência e Emergência: SAMU, 3 UPH, 3 PA e CHS.

Com relação às adaptações iniciadas na rede após o TAC, segundo o Entrevistado III:

Acho que esse momento inicial foi muito feliz de perceber que isso era possível, deixar até uma mensagem para esse município [...] um município que nunca tinha ouvido falar em matriciamento, por exemplo. Nós saímos de lá com essa estratégia valendo, acontecendo e continua até hoje. As relações das Residências Terapêuticas com as Unidades Básicas e suas regiões, tudo foi construído naquele momento em que ainda estivemos e isso que é o fundamental para que de fato isso se constitua né, mais que numero x de serviços, que isso é importante também, o fundamental é que tipo de relações que esses serviços vão ter com os usuários, com o município para receber toda essa demanda.

A construção de uma RAPS adequada, que possa absorver satisfatoriamente a demanda dos ex-moradores de manicômios, obviamente é uma construção que vai além do prazo estipulado pelo TAC. A maneira como tais serviços entendem o processo em si, como irão manejar esses casos a partir da saída do hospital, como irão manejar os conflitos que essa adaptação traz constantemente, como irão lidar com o próprio território trabalhando em rede, trabalhando de maneira alinhada com o conceito de desinstitucionalização em todos os serviços, saber como realizar um trabalho dentro da comunidade, desinstitucionalizando-a e chamando para que a

⁶¹ Janeiro de 2017.

mesma participe das construções, cuidando da própria equipe de trabalho com diálogo, reuniões, supervisão clínico-institucional e educação continuada.

Pensando na importância desse momento de construção de uma rede que seja efetiva em lidar com a desinstitucionalização, podemos citar novamente o processo triestino, onde após o fechamento definitivo do *San Giovanni*, muitos enfrentamentos e cuidado foi investido no território.

A atual organização dos serviços, em Trieste, bem como a própria qualidade de seus instrumentos estão relacionadas à intencionalidade com a qual tais serviços foram pleiteados, desenvolvidos e implementados; de fato, eles são marcados pela trajetória e pela história do processo de desinstitucionalização. (SADE, 2014, p. 183-184).

O que aconteceu após a Ruptura

Como já sabemos, o tempo de vigência do TAC foi de três anos, prorrogáveis por mais um ano. O TAC entrou em vigor em 18 de dezembro de 2012, portanto com validade até 18 de dezembro de 2015, prorrogável até 18 de dezembro de 2016.

Como sabemos, após a ruptura ocorrida em 2014, já abordada neste capítulo, o processo em si, concretamente falando continuou acontecendo. Mais SRT foram inaugurados, outro hospital psiquiátrico foi fechado e a reorganização da RAPS continuou acontecendo, ainda que não completamente. Com as entrevistas em maio de 2016, pudemos trazer dados sobre tais mudanças por meio dos entrevistados. Perguntado sobre a real possibilidade de fechamento do último manicômio ainda em funcionamento na cidade, o Entrevistado IV, traz a seguinte fala:

[...] E quero ver o último paciente sair do hospital. A rigor a gente tem alguns entraves, por exemplo, o Ministério da Saúde tinha feito uma proposta de financiar equipes de desinsti. Nós fizemos o projeto, ele foi aprovado, nós conseguimos sete equipes de desinsti com cinco profissionais: médico, psicólogo, TO, enfermeiro e Assistente Social. E aí, não veio o dinheiro. Então o que acontece, eu estou com um equipe de desinsti [...] que é a minha própria...todo mundo aqui da coordenação trabalha, aí nisso e eu tenho três pessoas da rede pública e que dão algumas horas da sua carga horária lá no Vera ajudando a equipe de lá a dar as altas, a equipe de desinsti mesmo da prefeitura é muito pequena. Se a gente tivesse tido essas sete já teria zerado o hospital (Entrevistado IV).

Com relação à equipe, após as demissões outros profissionais foram contratados, porém o número total deles foi diminuído. Com relação à diminuição da equipe, o entrevistado diz:

Não, também foi diminuindo. Na medida em que os pacientes foram saindo, isso como [...] prestador é uma coisa meio complexa, mas faz sentido, se você vai diminuindo o número dos pacientes você vai poder mexer no quadro de funcionários (Entrevistado IV).

Nota-se que a primeira fala relata falta de equipe para agilizar o processo e na segunda, a justificativa de que a equipe diminui conforme as pessoas saiam do hospital.

Atualmente, no momento em que esta pesquisa se finaliza⁶², o prazo de prorrogação do TAC já foi encerrado. Com isso, trarei resumidamente alguns dados de atualização publicados pela mídia local após esse período.

Pretendia-se até o final da prorrogação do TAC, que o município tivesse redefinido sua estratégia de atendimento na RAPS com todos os serviços planejados implantados, cobrindo o território do município que é dividido em três regiões: Leste, Oeste e Norte. Pretendia-se que cada região de saúde tivesse um CAPS III, um CAPS AD III e um CAPS Ij. Também era entendido que o último hospital psiquiátrico fosse fechado até o final da prorrogação do TAC, juntamente com os demais hospitais psiquiátricos estaduais da região (Piedade, Salto de Pirapora).

Segundo o jornal Cruzeiro do Sul, em dezembro, antes do prazo final do TAC se esgotar, houve uma reunião com os atores envolvidos e foi dado mais tempo para efetivação do processo. Segundo reportagem:

Os governos dos municípios pretendiam que o prazo para a conclusão do TAC fosse prorrogado por mais quatro meses, até abril de 2017. O MP⁶³, no entanto, não fixou data e disse que deverá acompanhar o andamento do compromisso. O TAC, conforme Andrade, continua valendo e passará a ter força de título executivo, ou seja, poderá ser judicializado a qualquer momento caso haja motivo para tanto (DESOSPITALIZAÇÃO, 2016, online).

Cabe contextualizarmos aqui, que em 2017 há troca na gestão municipal após as eleições de 2016, assumindo um novo prefeito e outros membros da equipe, inclusive na Coordenação de Saúde Mental. Esse ponto é lembrado pelo Entrevistado IV, quando fala sobre os projetos e lançamento de editais que faltam até a finalização do TAC:

⁶² Fevereiro de 2017.

⁶³ Ministério Público.

[...] Porque tem uma coisa também, não é só a questão do final do TAC, mas é a questão também do ano eleitoral. Então isso também é uma circunstancia que fica bastante difícil... *Fica um período aí que não dá ne, pra poder publicar?* É...nós temos que correr com tudo isso para poder não atingir aquele período eleitoral que várias ações são impedidas (Entrevistado IV).

No site do mesmo jornal outra reportagem é publicada em janeiro de 2017, onde a coordenação de saúde mental de Sorocaba diz que não irá desospitalizar todos os moradores que estão do hospital psiquiátrico, segundo a reportagem:

[...] houve uma "premissa errada", na época de assinatura do Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), de que todos os doentes mentais podem ser tratados fora de hospitais psiquiátricos. A atual gestão afirmou ainda que não foi avaliado a individualidade de cada paciente e existência de quadros mais "complexos e graves" em que a internação é necessária (NOVA GESTAO, 2017, online).

Após repercussão da reportagem citada acima, outra reportagem é feita no site do jornal com contestação sobre tais informações por meio de um e-mail reposta que fala estar equivocada a confirmação de que a desospitalização (a palavra usada não foi desinstitucionalização) não atingirá todos os pacientes e finaliza com o seguinte trecho:

[...] ressaltamos que a equipe de Saúde Mental está dando continuidade ao processo de desinstitucionalização dos pacientes mentais, mas também tem realizado várias ações de acompanhamento e levantamentos no Hospital Vera Cruz para apurar prós e contras de todas as gestões feitas até o momento. Algumas decisões estão em fase de planejamento e seria precoce discuti-las, mas o mote de todo o trabalho já iniciado é voltado à humanização e ao atendimento individualizado (COORDENADORA, 2017, online).

Neste momento, um hospital psiquiátrico em Sorocaba e os outros hospitais da região continuam a existir, e ainda faltam dispositivos nas redes municipais. Há por volta de 282⁶⁴ moradores no hospital em Sorocaba, onde desses 90 são ficarão em Sorocaba, os outros são de outros municípios. Portanto, é necessário que os outros municípios envolvidos recebam seus moradores de forma adequada. Assim como após a ruptura de 2014, ainda temos a incerteza de que haverá de fato a saída de todas as pessoas moradoras dos hospitais psiquiátricos da região de Sorocaba. Tal contexto vem de encontro com a onda de retrocessos políticos que

⁶⁴ Dado de fevereiro de 2017 divulgado pela mídia em: <<http://g1.globo.com/sao-paulo/sorocaba-jundiai/noticia/2017/02/tres-pacientes-deixam-o-vera-cruz-e-vao-para-residencia-terapeutica.html>>.

coincidentalmente ou não se acentuaram após as eleições presidenciais de 2014. Com as eleições municipais de 2016, o cenário ficou menos favorável para questões tratadas como de ordem mais progressistas, o que acerta em cheio a reforma psiquiátrica, que desde seu início vem enfrentando tensionamentos e dificuldades.

Cabe, mais uma vez, trazeremos à tona a questão sobre que tipo de desinstitucionalização está sendo feita. Com a necessidade do cumprimento do TAC, a não realização de internações nesses hospitais desde a intervenção e a gradual diminuição conforme moradores voltem aos seus municípios de origem, Sorocaba ficará com um número reduzido de moradores, o que pensando economicamente talvez traga maior viabilidade dos SRT. Para o Entrevistado III:

[...] acho que pensando o fechamento, o fim desse hospital, provavelmente o que estava sendo empregado ali em recursos no hospital ao se transportar isso para Residência Terapêutica, provavelmente seriam recursos parecidos. O que você utiliza hoje para custear um paciente dentro do hospital na perspectiva da desinstitucionalização é parecido com o que você utiliza na residência terapêutica.

Tal constatação racional e por via do financiamento, pode ser um atrativo no sentido de se concretizar o real fechamento do manicômio, porém nos mostraria claramente que tal fato foi viabilizado por questões econômicas e judiciais, apenas, deixando de lado todo trabalho e discussão histórica pautada pela reforma psiquiátrica, transformando o processo em uma desospitalização, pura e simples, o que trará evidentemente problemas em longo prazo.

Desinstitucionalização para os entrevistados

As entrevistas foram realizadas de forma semiestruturadas, o que trouxe um caminho diferente ao longo de cada entrevista, porém, um tema foi central em todas as entrevistas: desinstitucionalização. Trazemos aqui as respostas dadas pelos entrevistados nesta categoria. Os entrevistados, como já mencionado, são pessoas que vivenciaram o processo direta ou indiretamente. Tal vivência trouxe percepções acerca do que cada um entende por desinstitucionalização. A seguir, as respostas trazidas pelas pessoas entrevistadas:

Pra mim desinstitucionalizar é pensar o sujeito sem a ideia de ele estar inserido numa instituição que defina o que ele é e o que ele vai ser. Então eu penso que é considerar a pessoa como ela é, né, pensando um sujeito de direitos, com autonomia, que possa conviver em sociedade sem nenhum estigma [...] nenhum enquadramento né, numa instituição...eu penso assim (Entrevistado I).

[...] eu fui procurando do que eu ia escutando, tentar entender ou formar uma percepção de desinsti. E a primeira frase assim, que me pareceu sintetizar, e a partir disso eu tento desenvolver, foi a ideia de que a desinstitucionalização não é só tirar a pessoa do manicômio, mas tirar o manicômio da pessoa [...] aí me pareceu que trouxe uma dimensão mais, apesar de ser muito sintética a frase, mas a partir daí pensar que não é só fechar o manicômio e tirar, mas também tentar desconstruir as grades na subjetividade da pessoa e retomar essa subjetividade. Fico pensando também que o processo de desinsti não faz sentido se ele é focado apenas no manicômio e em quem está nele. Porque se você entende o processo de institucionalização [...] como um processo social político e histórico, você também só vai poder pensar no processo de desinstitucionalização como um processo social, histórico e político. Então o processo de desinstitucionalização, ele precisa atacar o manicômio né, tendo o pressuposto radical de que é sempre um espaço de violação de direitos em maior ou menor grau. Seja violação da integridade física ou psíquica, seja de privação com o convívio com a família, com a sociedade, com a cidade e tal. Então não tem como ter manicômio sem violação de direitos humanos [...] sujeição do indivíduo. Por outro lado você também tem que trabalhar né, subjetivamente pensando [...] como desconstruir o manicômio na pessoa e como desconstruir o manicômio na sociedade porque essa pessoa que sai do manicômio vai pra sociedade (Entrevistado II).

No tempo que eu estava lá em Sorocaba, essa era uma questão muito comum né. A gente tinha que responder, tinha que conversar com trabalhadores, família e tudo mais, eu obviamente partia de um princípio mais simples assim, de pensar se existe desinstitucionalização é porque existiu institucionalização. Acho que esse é um modo natural da gente talvez explicar, das pessoas pensarem o que acontece. O quanto a entrada de uma instituição na vida das pessoas pode mudar a vida das pessoas. Mudar num sentido bem amplo, numa perspectiva que em nome de cuidar eu começo por exemplo a tutelar as pessoas, então eu fazia por ela, inclusive começar a ferir direitos das pessoas. Por isso que eu entendo que aí, um processo de desinstitucionalização ele é muito mais amplo do que isso [...] só tirar a instituição da vida da pessoa. Se eu não conseguir fazer um debate mais amplo a respeito disso...se essa pessoa por exemplo sai de uma instituição hospital, vai para instituição Residência Terapêutica, ela provavelmente vai viver a mesma coisa dentro da Residência Terapêutica. Um lugar também instituído para ela, com relação de poderes entre as pessoas que estão ali trabalhando ou mesmo vivendo e isso não vai aparecer se isso continuar acontecendo. O que pode acontecer inclusive em ambientes absolutamente familiares. Vamos imaginar esses pacientes voltando para família, ali é um lugar inclusive que ele pode continuar vivendo isso, um desrespeito aos seus direitos, uma mediação o tempo todo da família de forma a tutelar esse sujeito. Então eu entendo que o processo de desinstitucionalização ele é muito mais amplo do que meramente isso, a saída das pessoas da instituição, a saída do hospital psiquiátrico, o que a gente convencionou a chamar de desospitalização. Então é todo um processo de resgatar isso que a instituição feriu desse sujeito e ao longo dos anos. Isso não é uma tarefa fácil, inclusive porque não é fácil as pessoas compreenderem isso, que determinadas ações que a gente historicamente, culturalmente faz até com determinadas pessoas,

determinados usuários... que não é legal, que não é bom, não está proporcionando algo de positivo na vida dele (Entrevistado III).

[...] desinstitucionalizar, que dizer, o foco maior está na direção dos pacientes moradores de hospitais psiquiátricos. Quer dizer, pessoas que estão internadas de um a setenta anos e que precisam retornar à sociedade e ter a chance de morar na cidade, recuperar as habilidades perdidas, ter uma Rede de Atenção Psicossocial que dê conta não só da sua reinserção social, mas também da recuperação dos laços sociais, os laços afetivos que fizeram parte da vida dela. Para isso, quer dizer, o trabalho é bastante complexo, não é só desospitalizar, isso é fácil. Mas é desinstitucionalizar, inclusive mudar toda uma cultura numa cidade em que teve quatro hospitais psiquiátricos e foi considerada o polo da institucionalização, o polo da loucura (Entrevistado IV).

De modo geral, todos os entrevistados disseram entender desinstitucionalização de modo amplo, algo que vai além da saída do manicômio. Ainda, vale destacar nas respostas a ligação de desinstitucionalizar como uma prática que acabe com a violação de direitos que ocorre na institucionalização. Também é mencionada a necessidade do entendimento da cidade para com o processo, que se trata de uma desconstrução cultural em uma cidade historicamente manicomial. Nesse contexto, para o Entrevistado IV:

[...] Então a desinsti é nesse momento, a desinstitucionalização dos moradores do hospital psiquiátrico, mas é também a mudança da cultura e da mentalidade de que é só internado que ele recebe cuidados.

O Entrevistado II explana sobre “[...] Tirar o manicômio físico, o manicômio do sujeito, o manicômio das praticas sociais e das praticas clinico-sociais”. Essa complexidade que envolve a prática necessita de entendimento e debate constante por parte dos atores envolvidos. São vários e constantes pontos de reflexão e discussão que se atravessam a todo o momento, pois é uma construção social. Trabalhadores, justiça, gestão necessitam estar alinhados no entendimento do que é o trabalho e alinhados para conscientizar a comunidade.

[...] Por isso talvez a dificuldade de entendimento de outros atores mesmo no campo da saúde, no campo da justiça. Na prática requer uma intensidade de trabalho, de debate, de argumento muito grande. É uma estratégia que precisa envolver pessoas que entendam claramente disso (Entrevistado III).

Nesse contexto, perguntado sobre o que achava do o entendimento da equipe sobre desinstitucionalização o Entrevistado III respondeu da seguinte maneira:

Muito heterogêneo, vamos chamar assim. A própria equipe que a gente contratou...vou chamar de heterogêneo porque eu acho que a necessidade de que de fato algo precisava ser feito e que a gente não podia continuar naquela perspectiva, isso era homogêneo. A desospitalização, “nós precisamos tirar as pessoas daqui, elas não podem mais ser cuidadas dessa forma”, isso era homogêneo, acho que eu não tinha muita dúvida disso. Mas aí como fazer isso [...] a gente ainda tinha uma heterogeneidade [...] essa dificuldade das pessoas de fato compreenderem isso. Isso que vem não só muitas vezes da formação que as pessoas tem, mas de fato de aspectos pessoais, de cultura que as pessoas tem, de modo que ainda as pessoas vivem muito no modelo exageradamente capitalista como é o nosso...

E assistencialista...

Exato, e o tutelar alguém que precisa de algo, isso é natural, eu faço por ele e ponto final, é isso que está dado. E aí, mesmo profissionais então com formação técnica, estudaram sobre isso, leem sobre isso, tem dificuldade muitas vezes de pensar isso na prática. Certamente isso a gente viveu... deve viver até hoje atravessamentos de todos esses processos de desinstitucionalização. Não sei inclusive se a gente vai ter um dia um consenso claro e transparente, senão até os hospitais psiquiátricos continuarem existindo essa cultura ainda será muito forte.

O olhar tutelar sobre a pessoa em sofrimento psíquico é uma construção histórica que vai de encontro com a prática manicomial. Enquanto sociedade normatizadora, tornou-se parte do manejo com as minorias marginalizadas o uso da tutela e da caridade como ato “reparador”. Dessa forma, o cuidado é sempre verticalizado, numa tentativa de pormenorizar as violações de direitos e outras vulnerabilidades sociais, além de calar de forma opressiva o tutelado. Tal manejo, não olha o problema de forma ampla com a complexidade que se pede, e sim estanca o problema com ações pontuais, como se fossem curativos, o que não melhora a ferida.

As pessoas entrevistadas, de um modo geral, trazem em suas falas um entendimento sobre o que entendem por desinstitucionalização que vem de encontro com o conceito tratado nesta dissertação. De fato, essas pessoas, passaram em algum momento direta ou indiretamente pelo processo, podendo contribuir nesse sentido.

Mas é possível fechar manicômio?

Com todo caminho percorrido até aqui, talvez ainda fique a pergunta: mas é possível fechar manicômio? Responderemos tal pergunta a partir de três aspectos que se complementam nesta pesquisa: a experiência triestina, o período de vivência

no campo e algumas das falas dos entrevistados com relação a essa questão, partindo de suas experiências.

A experiência triestina nos mostrou que é possível outra forma de cuidado que transpõe a lógica da instituição total que é o manicômio. O *Hospital San Giovanni* fechou definitivamente em 1977 e desde esse período Trieste viveu sem manicômio e opera até os dias atuais em liberdade, no território. Do final da década de 70 para cá, houve muitos impedimentos, alguns retrocessos e muitas pessoas passaram pela rede da cidade (tanto profissionais quanto usuários), porém ainda assim a cidade manteve sua lógica antimanicomial viva. Em Amarante (2015, p. 26), Franca Basaglia traz os aspectos necessários de transposição de paradigmas num processo de desinstitucionalização quando diz:

Frequentemente me pergunto de que modo uma batalha assim radical que colocou em discussão conceitos de base como normalidade e anormalidade, saúde e doença, que envolveu, em todos os níveis, a cultura, as instituições, a ordem social, a política, conseguiu resistir, na Itália em meio ao desmoronamento de tantas hipóteses e utopias.

Para Franca Basaglia, ainda:

Não se tratou, portanto, de uma simples mudança de teoria, substituível por nova ideologia de recâmbio que facilmente deixa inalterada a situação de base, e sim, da demolição prática de uma cultura, possível, apenas se, se constrói contemporaneamente outro apoio, outro suporte, outros conceitos de saúde e de doença, de normalidade e de loucura. Ou seja, possível, se, junto com o desmantelamento dos velhos hospitais, não nos limitarmos a organizar simples serviços ambulatoriais, mas se tivermos criado, para os 'novos' e 'antigos' doentes, a possibilidade de viver e de compartilhar, de modo diferente, o próprio sofrimento, compreendido como produto de um conjunto de fatores, e não como sinal de periculosidade social a ser reprimida (AMARANTE, 2015, p. 28).

A partir da vivência no processo nomeado desinstitucionalização, e partindo do pressuposto do meu entendimento anterior a ela sobre atenção psicossocial, reforma psiquiátrica, luta antimanicomial, saúde mental e coletiva, entendo que não há possibilidade e tampouco necessidade de que existam instituições como o manicômio. Para o entrevistado II: “[...] em Sorocaba em particular, eu acho que talvez, principalmente no início do processo mostrou que é possível”. Em outro trecho da entrevista ele diz:

No ritmo que estava nos primeiros meses talvez, nunca vai ser o processo perfeito, mas seria plenamente possível na minha opinião, sim, não só fazer

o fechamento do hospital, mas fazer o processo de desinstitucionalização (Entrevistado II).

É evidente que esse entendimento é referenciado por um contexto já citado. As partes envolvidas quando o assunto é institucionalização podem ter diferentes interesses e estar em diferentes lados. Historicamente para os donos de manicômios foi importante que estes continuassem existindo, como para aqueles que durante todos esses anos internavam pessoas pelos mais variados motivos. Como tem sido discutida durante essa dissertação, a marginalização do sofrimento psíquico é um paradigma ainda em transição, mesmo fora das paredes institucionais.

Há quem defenda a humanização dos espaços asilares, tal qual na história das reformas mundiais ocorreu com as experiências inglesas da Comunidade Terapêutica e francesas com a Psicoterapia Institucional e Psiquiatria de Setor. Entendemos que, além dessa defesa servir ao manicômio, tem caído como uma luva para a manutenção das Comunidades Terapêuticas para tratamento de álcool e outras drogas, e que não por coincidência levam o nome do movimento inglês. Perguntado sobre a humanização do manicômio, o Entrevistado I, dá a seguinte opinião:

Essa é uma ideia que muitas pessoas tem mesmo, e eu penso que é justamente por essa dificuldade de lidar com o diferente, de lidar com aquilo que nos assusta, né? Eu penso que todos nós temos um lado nosso que é [...] que talvez a gente entre em contato com a loucura. A loucura assusta mesmo, tudo que foge da normalidade, do que as pessoas esperam, então tem um desejo de controlar e o louco não tem como controlar né? (risos) Eu penso que isso incomoda e dá trabalho e por isso que querem humanizar, mas não tem como, na minha opinião, uma instituição humanizada né, principalmente psiquiátrica (Entrevistado I).

Com o tempo de trabalho dentro do manicômio, apesar de todas as dificuldades vividas, atravessamentos e opiniões divergentes, houve ações concretas no cuidado com os moradores visando desinstitucionalização. Claro, que sabemos que a saída do hospital é apenas o primeiro passo, mas mesmo este passo, a depender do manejo dado, pode ser apenas desospitalizador com muita facilidade. Fazendo uma analogia simplificada, o manicômio é um organismo vivo. A maneira como esse organismo vive, determina seu comportamento.

Com a humanização do espaço, por exemplo, há reações positivas, o que de fato faria o tal organismo mais saudável por determinado período. Porém, um manicômio humanizado pode se tornar tão “saudável” que tal gestão por si só

naturalmente faz o movimento “de dentro pra fora” o que acaba extinguindo qualquer base que justifique a limitação física da instituição. Com relação a esse movimento, o Entrevistado I diz: “O hospital não cabia mais [...] para aquelas pessoas, então começou a não funcionar mais aquele hospital, ficou mais claro que tinha que fechar e elas precisavam de outro lugar”.

Apesar de ter ultrapassado o nó da transposição dos muros do manicômio, Basaglia tinha a certeza de que voltar a discussão para o tratamento no hospital ou tentar ainda “torná-lo” mais moderno ou humanizado, seria retornar ao problema inicial: o de manter no hospital psiquiátrico o último recurso, ou ainda, o destino final para os casos críticos de tratamento da loucura (BUENO, 2011, p. 63).

Em Gorizia, o manicômio não cabia mais em si quando humanizado. Sem vontade política para que ele transpusesse seus muros, Basaglia e sua equipe foram embora. Paralelamente, porém em outro tempo, outro continente, outro contexto; parte de uma equipe chegou ao limite dos muros, estava fazendo o manicômio não caber mais em si, mas eles acabaram não cabendo mais ali.

Por mais humanizado que pareça ser um hospital psiquiátrico, além de trazer uma tendência a transpor seus próprios muros, não há de ser um espaço habitável. O cheiro, a estrutura física, a localização quase sempre distante da cidade, as grades, as chaves, a cidadania adormecida, a liberdade de escolha interrompida, nos lembraram de que qualquer tentativa de humanização chega a um limite, onde dá de cara com o desumano. Sobre o porquê de o hospital psiquiátrico fechar, o Entrevistado I diz:

Ah, eu penso que é muito desumano alguém viver num lugar sem ter o mínimo dos direitos de vida né, direito a liberdade, coisas básicas. Imagina você passar a vida inteira se alimentando das mesmas coisas e preso como se fosse um animal, num espaço fechado, sem relações [...] sem contar que o lugar é né [...] Questão de higiene, de tudo.

O Entrevistado II, quando é perguntado se é possível fechar hospital psiquiátrico, responde o seguinte:

É plenamente possível fechar hospital psiquiátrico. Só que é isso né, acho que Sorocaba mostra bem o quanto uma política nacional não pode abrir mão da questão local, porque fechar um hospital psiquiátrico em Sorocaba é muito diferente de fechar em outras cidades né, então, você vai encontrar maior ou menor resistência por um contexto mais amplo, mas também por um contexto local. Aí por exemplo, eu acho que se fazer se pensar as reformas a partir de experiências e vivências de outros países, de outras cidades é importantíssimo. E analisar inclusive o que não dá certo em um

processo como é o caso de Sorocaba, pra mim não é um processo vitorioso, pode ser até ao final um processo que fechou manicômios, mas se a gente pegar uma ideia de desinstitucionalização mais ampla, não foi em nada vitorioso ou bem sucedido (Entrevistado II).

Em outro trecho da entrevista, ele complementa, trazendo aspectos diversos que são necessários para que um hospital possa fechar, de fato:

[...] a gestão e os profissionais sozinhos não fazem, não fecham hospital e não fazem um processo de desinsti satisfatório. A sociedade tem que se envolver [...] tanto na ressignificação, como responsabilizar a sociedade pelo que foi passar um século sem questionar o manicômio. A valorização extrema dos profissionais que estão trabalhando ali, com espaços de reflexão com segurança profissional pra poder atuar [...] O cenário de insegurança nos profissionais promove uma alienação muito grande, alienação no sentido de que eles fazem aquele trabalhinho, mas não conseguem entender o que é o processo todo, eles não conseguem criar vínculos entre si para ter uma classe trabalhadora forte, uma classe profissional forte é...a necessária radicalidade [...] não aceitar concessões manicomiais, enfim... (Entrevistado II).

Historicamente, temos vários exemplos de que é possível fechar um manicômio. Depois de Trieste, já no Brasil em Santos com o hospital Anchieta e tantos outros ao longo dos anos da reforma psiquiátrica. Porém, ainda temos muita resistência em meio a esse processo, e por consequência disso, várias pessoas ainda estão morando em hospitais psiquiátricos pelo país. Um dos desafios atuais da reforma psiquiátrica, com certeza está em acabar com os pequenos polos manicomiais ainda existentes. Um deles é Sorocaba, que está num caminho que não há volta, porém pode haver retrocessos conforme o manejo do processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: DIÁLOGOS ENTRE TRIESTE E SOROCABA

O difícil não é fechar [o manicômio],
e sim abrir a sociedade.
Ernesto Venturini

Percorremos um longo caminho até aqui. Experiências vividas, reflexões, trabalho de campo e o processo de evolução lento e intenso da escrita. A tentativa de expressar em palavras todas as sensações, lembranças (pertinentes ou não) e ideias é um exercício constante, diário e difícil. Aprender a escrever vai além do que saber formar frases. A alma, o corpo do texto, contam uma história de um jeito único, assim como quando falamos. Aqui, após o trabalho árduo dessa construção, traremos algumas considerações e diálogos entre Trieste e Sorocaba, além de outras reflexões feitas pelo caminho. Pensar um capítulo conclusivo após o caminho percorrido com esta pesquisa parece ser algo incompatível. Traremos um recorte de uma análise que temos plena consciência ser mais ampla e profunda. Ainda, temos a clareza que tais diálogos e reflexões trazidos são uma importante contribuição para que possamos pensar de forma crítica a reforma psiquiátrica e a desinstitucionalização dentro dela, principalmente em tempos difíceis .

Ponderando os principais aspectos do processo das reformas psiquiátricas, penso que o conceito de desinstitucionalização tem lugar fundamental na prática dentro desses dispositivos, trazendo um diferencial com relação à radicalidade (ou não) da extinção do manicômio. Neste ponto, a própria Itália vive diferentemente sua reforma e até os dias de hoje várias cidades continuam caminhando rumo à superação do manicômio, com várias instituições em funcionamento, mesmo com a legislação clara com relação a isso. Entretanto Trieste continua diferente. Sua experiência iniciada nos anos 70 permanece viva, na prática, até hoje. O manicômio não voltou a existir por lá e a rede de serviços e o habitar o território vem sendo atualizado e redefinindo com as novas formas de sofrimento psíquico. A rede de Trieste agora pensa em como redefinir suas residências terapêuticas, como continuar a garantir direitos. O perfil de seus usuários mudou. Não são mais pessoas que saíram do manicômio, mas pessoas que já estavam no território. Jovens têm

aparecido com mais frequência, o que se torna um reflexo da sociedade moderna (SADE, 2014). Sobre Trieste:

No entanto, muitos elementos de nosso empreendimento já foram incorporados em nossa cultura e ultrapassaram o campo da psiquiatria: exatamente porque nasceram no coração das lutas políticas e sociais daqueles anos (AMARANTE, 2015, P. 27).

A maneira como Trieste se reinventa ao longo de 40 anos nos mostra a potência da desinstitucionalização. As dificuldades existiram e continuam a existir por lá, porém novos desafios são pensados e debatidos, como a medicalização, o discurso médico psiquiátrico que vem crescendo novamente e querendo voltar a ser o discurso central, o manicômio difuso, uso de drogas, aumento de desemprego entre os jovens entre outros. Há de se admirar o fortalecimento que o Movimento da Psiquiatria Democrática trouxe ao processo. Segundo Bueno (2011, p. 64):

Os espaços da cidade, agora abertos para a reabilitação das pessoas, liberam o paciente das internações – do isolamento da sua comunidade à qual pertence – e abre sua relação com a organização médica e a lei, consolidando sua demanda e suas necessidades às regras do jogo social. Os problemas que outrora eram privados, agora passam para a esfera pública. Ou seja, estão em voga agora o posto de trabalho, a família, a assistência médica e, por que não, a política.

Trazendo o diálogo para o Brasil, mais especificamente em Sorocaba, depois de olhar o processo triestino, podemos pensar que Sorocaba está no início do caminho, pensando nos 40 anos da reforma em Trieste, por exemplo. Dezesesseis anos após a Lei 10.216 o polo manicomial ainda está sendo desfeito. Tudo leva a crer, entretanto, que está sendo desfeito porque há um TAC a cumprir, algo que veio judicialmente. E o TAC existe porque denúncias foram feitas por meio de movimento social e grande mídia, e então a violação de direitos foi identificada. Cabe aqui reflexão sobre a importância do movimento social como dispositivo fiscalizador da política, todavia a judicialização de ações políticas que já estão resguardadas por leis e portarias. Ou seja, já temos leis, decretos e outros documentos que legalizam e tornam necessária a existência dos serviços, porém podemos observar que os TAC são ferramentas cada vez mais utilizadas para garantia de direitos já instituídos, em vários municípios e em vários setores das políticas públicas.

O TAC venceu sua prorrogação no final em dezembro de 2016 e temos 282 pessoas ainda dentro do manicômio. É uma história recente que ainda está em

pleno movimento. O que se pode trazer para reflexão no ponto em que estamos é pensar em como tal processo vem sendo realizado, além de ações concretas para o cumprimento de ordem jurídica. Só fechar hospitais, abrir CAPS, SRT e outros dispositivos da rede resolvem o problema? Talvez juridicamente sim, pois no momento em que isso for feito o TAC estará cumprido. A pendência não existirá mais e os riscos de punições também não. Esse entendimento do processo, apenas como cumprimento de pendência jurídica, pode ser algo perigoso não somente para as pessoas que estarão sob os cuidados dessa rede, mas da própria gestão dessa rede, pois sabemos e pudemos entender com mais clareza ao longo desta dissertação que desinstitucionalização vai além da saída do hospital e ainda que o ritmo seguido seja o da desospitalização, é sabido que o cuidado manicomial pode ser reproduzido em vários serviços, e ao longo do tempo, tais serviços terão problemas, já que há um diferencial importante neste caso que é estarem localizadas dentro do território, aos olhos de todos, diferente dos manicômios que sempre estiveram longe dos olhos, em estradas e rodovias afastadas.

Aprofundando nossa reflexão, trazemos a seguir as considerações a partir do diálogo com os marcadores de análise instituídos ao final do capítulo II:

1. Implicação e articulação do poder político e administrativo:

Sem implicação política, falta a base e incentivo para que o trabalho possa permanecer e nesse sentido, Sorocaba e o país estão vivendo um período instável. Para exemplificarmos esse fato, podemos pensar que o início da ruptura com troca de técnicos e gestão foi exatamente no período de eleições presidenciais. Recentemente, em 2016, vivemos um processo de impeachment e eleições municipais.

Sabemos que se o propósito de desinstitucionalização não for um entendimento alinhado dentro da gestão municipal, tal processo já parte do pressuposto de uma falta de comunicação e diálogo, o que não surte efeito em longo prazo. A recente troca de gestão por meio de eleições municipais tem trazido certa confusão nesse sentido, de apropriação do projeto que estava acontecendo na gestão anterior, como se pôde observar nas divergentes declarações dadas à mídia, sem contar que as orientações políticas historicamente conviveram com ações manicomiais na cidade.

A gente viveu em Sorocaba o que hoje se vive nacionalmente né, de uma coisa que não estava muito bacana, mas era mais acessível né, uma quebra que é fruto também das conciliações desse governo ou dessa gestão e agora vem uma coisa muito pior em que aqueles antagonistas começam a ocupar espaço de poder (Entrevistado II).

2. Restituição dos direitos garantidos e empoderamento:

Desinstitucionalizar, como sabemos vai além de dar alta aos moradores dos hospitais psiquiátricos e articular uma RAPS, o que seria mera desospitalização. O processo continua no território e é mais amplo do que um simples “tratamento” num viés que centraliza doença-cura. O cuidado no habitar a cidade são partes fundamentais dessa construção. A partir da alta, a história está só começando e por este motivo, uma RAPS fortalecida, articulada e consciente do que significa desinstitucionalização é primordial para que a desinstitucionalização em si ocorra.

A restituição de direitos garantidos será extremamente necessária para que essas pessoas possam construir novas significações de vida depois de tantos anos trancadas no manicômio com direito a benefícios, espaço para morar, oportunidades de trabalho e em casos de interdição, enfrentar a questão das curatelas. O empoderamento, no sentido de reconstrução de espaço subjetivo dentro da sociedade é elementar. Com o processo, de fato, várias delas conseguiram ter acesso a direitos básicos (documentação, benefício).

A questão das curatelas sempre foi um ponto delicado e de difícil manejo, todavia em algum momento foi discutida e tem o auxílio da Defensoria Pública. Aqui sabemos que o acesso aos direitos só está começando com a saída do manicômio e acesso à benefício e documentos. Os direitos durante o processo do habitar a cidade serão desafios que essas pessoas enfrentaram e precisarão de apoio especializado de uma rede preparada. Como vimos em Trieste, foi por esse viés que os enfrentamentos pós-manicômio tomaram rumo.

3. Resposta às necessidades concretas dos sujeitos para efetivo retorno ao território:

Aqui, a RAPS e toda rede de serviços tem papel fundamental. Dentro da RAPS, os SRT são centrais para lidar com essa questão da retomada efetiva ao território, e se a pessoa retornar à família o apoio do CAPS torna-se central. Neste

marcador, a restituição dos direitos garantidos está claramente atrelada, pois o acesso á esses direitos já torna mais fácil o acesso à parte das necessidades concretas. A construção de um PTS potente e cuidadoso se faz elementar para esse acesso. Sabe-se que há grande dificuldade do usuário de saúde mental retomar ou ter acesso ao mercado de trabalho, por exemplo, e aqui podemos incluir o agravante no sentido de se tratar de pessoas que além desse estigma tem décadas de internação. Muitas delas passaram parte ou todo o período nomeado pelo Sistema como “produtivas” internadas. É importante analisar com cuidado esse contexto instalado em processos de desinstitucionalização de moradores de muitos anos. Além dos benefícios, SRT para moradia, as cooperativas e associações são uma via possível para lidar com tais nós.

Em Trieste, as cooperativas e associações foram de grande importância nessa construção, elas se iniciaram com o *Hospital San Giovanni* ainda em funcionamento, fazendo o tal processo que Rotelli nomeava “de dentro para fora”.

Dialogando com Sorocaba, pouco foi feito nesse sentido. A questão primordial desse acesso estava sendo realizada, os outros pontos discutidos, obviamente serão mais manejáveis com as pessoas fora do manicômio. Para as que já haviam saído, essa construção foi iniciada de certa forma. Do que pude observar, a apropriação aqui precisa ser iniciada com o mais básico. Pertencimento ao lugar, acesso a pertences, privacidade, enfim, são pequenos passos. O sentido do trabalho que se dá aqui, também é elementar para que tal marcador seja possível. Se a rede trabalhar de forma tutelar e infantilizadora, vários desses passos serão impossíveis.

4. Os dez pontos que caracterizam a recovery na “Carta dos serviços de saúde mental” apresentada no Congresso Impazzire si può⁶⁵:

Pesando na recovery, tal modelo de reabilitação só é possível quando a rede de cuidado está pronta e sabe o que deve ser feito. Aqui falamos da qualidade dos serviços da rede, em diversos aspectos. Qualidade que esbarra naturalmente nos aspectos levantados acima e está diretamente ligada aos trabalhadores destes serviços, que precisam estar alinhados ao processo de desinstitucionalizar.

⁶⁵ Vide página 62.

Podemos entender que o investimento nas equipes de trabalho, Educação Permanente, gestão democrática e vários outros pontos discutidos ao longo desta dissertação são fundamentais na construção de equipes saudáveis e não alienadas. Aqui, podemos identificar o risco do manicômio difuso, onde serviços reproduzem a lógica manicomial dentro do território com SRT de portas fechadas, CAPS ambulatoriais e relações de trabalho verticalizadas. Entendemos por meio da vivência em campo, que tal marcador foi inicialmente construído, porém após a ruptura esse movimento foi de certa forma quebrada. Com relação às mudanças percebidas no primeiro momento de trabalho em Sorocaba, o Entrevistado I diz:

Eu penso que foi uma quebra da ideia de que as pessoas com algum sofrimento psíquico consideradas na sociedade como loucos, que precisam estar em manicômios. Então acho que talvez a gente tenha quebrado essa ideia né... com o trabalho com essas famílias [...] dos pacientes que voltaram e alguns que saíram, talvez [...] tenham percebido que muitas pessoas que estavam ali não tinham necessidade de estar internadas, não precisava de ter passado o que elas passaram.

Claro que não seremos ingênuos a ponto de pensar que práticas manicomiais não podem ocorrer em serviços territoriais, Exemplos de tais práticas nesses serviços infelizmente aparecerão, incluindo a própria rede pré TAC em Sorocaba, que reproduzia de várias maneiras cuidados manicomiais e tutelares, sendo serviços derivados dos hospitais psiquiátricos. Ainda podemos pensar nos recortes de tempo, espaço e local que mesmo com a intenção de repetição de práticas antiquadas, não impediu que o TAC fosse realizado. Podemos pensar aqui nas forças opostas, porém atuantes entre os paradigmas vigente e emergente.

Concretamente a reforma trouxe os seus “espaços construídos” com seus CAPS e ramificações necessárias na rede de apoio, todavia, é necessário um momento de (re)instituir a significação do conceito original que a reforma traz. E neste ponto, a delicadeza do olhar, da prática e técnica diz muito. Podemos ter vários espaços construídos, porém sem o cuidado delicado, podemos criar nesses espaços as mesmas ações manicomiais, excludentes e tutelares de outrora. O cuidado e alerta é que os CAPS e residências terapêuticas não se tornem “minimanicômios”.

Desinstitucionalizar é um processo, onde o usuário deverá ser inserido num outro “lugar” (de sua vida, da história) e sob outro “olhar”, onde está assim participando de outro contexto teórico e prático que o vê com amplas perspectivas,

quebrando paradigmas. Lidar com propriedade com este conceito requer várias ações como profissionais preparados, críticos e potentes, o que esbarra na qualidade da formação e interesse desses profissionais nessa prática, onde vários deles atuam na política sem ao menos saber o que ela significa, apenas pela oportunidade do emprego ou estabilidade do serviço público. Outra questão essencial é a “vontade política”, que se ramifica em outros pontos como financiamento e gestão. Participação social é extremamente necessária, como historicamente pudemos ver.

Após o início do processo em Sorocaba, houve um importante rompimento com o desligamento de parte da equipe e gestão. Foi uma ruptura que teve vários significados dentro do processo. Questões políticas, de gestão e outros interesses que não estão claros, estão presentes. Em minha percepção, esta ruptura teve um simbólico significado. Acreditar ou não em uma “Sociedade sem manicômio”. Culturalmente a cidade acredita neles, tanto que historicamente construiu sete, tornando-se um polo manicomial. Este paradigma que traz um olhar social, econômico, político e cultural, nos conta que mudá-lo, altera vários aspectos. Neste ponto, vemos algo pouco “desinstitucionalizador”, pois este era o ponto principal da experiência triestina. Um coletivo que acreditou e não desistiu. Segundo Rotelli (2001, p. 29):

[...] este primeiro passo da desinstitucionalização consiste no fato de que não se pretende enfrentar a etiologia da doença (ao contrário, renuncia-se efetivamente a qualquer intenção de explicação causal), mas, ao contrário, se adota a direção de uma intervenção prática que remonte a cadeia das determinações normativas, das definições científicas, das estruturas institucionais, através das quais a doença mental – isto é, o problema – assumiu aquelas formas de existência e de expressão. Por isso, a reposição da solução reorienta de maneira global, complexa e concreta a ação terapêutica como ação de transformação institucional.

Na reforma psiquiátrica, temos paradigmas vigentes que se cruzam com os novos paradigmas construídos. Essa rede viva de ideias e práticas faz com que tenhamos avanços e retrocessos andando juntos e o que pode diferenciar futuros rumos está na reflexão e críticas diárias dos envolvidos. A desinstitucionalização está no começo, meio e (haverá?) fim da reforma psiquiátrica.

[...]dentro do hospital psiquiátrico estava a raiz do saber psiquiátrico [...] e qualquer vocação terapêutica colocada no “território”, com a presença do hospital psiquiátrico, continuaria a reproduzir este tipo de lógica. E foi por isso que definimos nosso trabalho como um trabalho de

desinstitucionalização. Naturalmente, aconteceu que esta palavra que nós usamos para indicar este processo acabou sendo utilizada para indicar processos de desospitalização (AMARANTE, 2008, p. 151).

Entendemos que a complexidade de um processo como esse em Sorocaba, é composta por várias pessoas, com várias ideias e práticas. O que fica desse recorte de olhar que pudemos construir é o entendimento de que com todos os percalços desde as primeiras denúncias, o conceito de desinstitucionalização entendido aqui perpassou por algumas das infinitas linhas transversais nesses encontros, todavia como pudemos analisar, os paradigmas estão travando uma guerra de forças que antes parecia algo metaforicamente comparado a uma guerra fria (no sentido do não dito), entretanto nos últimos anos tem se tornado algo declarado.

Sorocaba vive algo que parece não ter volta, porém com o rumo que o processo tem tomado, conceitualmente podemos pensar ser algo mais próximo da desospitalização. Apesar de entender que com a fala dos entrevistados e com a vivência experimentada, houve, nem que fosse por algum momento, um entendimento e uma prática alinhada com o conceito de desinstitucionalização, Sabemos e tal recorte está inserido no meio de uma história que se inicia em terras manicomiais, trazendo esse olhar impregnado na cultura da cidade. Assim como outros processos que visam fechar os hospitais psiquiátricos em outros locais, sabemos que não foi por acaso que tais lugares permaneceram paralisados no tempo, existindo até agora.

Partindo do presente com uma perspectiva ao futuro, podemos concluir que a conjuntura que está sendo formada prejudica diretamente as ações, pois trazem ares de retrocessos nas políticas de forma geral. De tudo, compreendo que o que foi feito, está feito, e a brecha de potência que foi possível abrir, estará nas vivências singularizadas de outros atores com nome de flores, que a história não vai lembrar.

*Si può fare!*⁶⁶

⁶⁶ Dá para fazer! Expressão em italiano que também é título de filme de 2008 que fala sobre a reforma italiana com a história de uma Cooperativa composta por pessoas egressas de hospitais psiquiátricos fechados após a Lei 180.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. Uma Aventura no Manicômio: A Trajetória de Franco Basaglia. **Revista História, Ciências, Saúde - Manguinhos**. Rio de Janeiro, vol. 1, n.1, p. 61-77, 1994.
- _____. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 3. reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- _____. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2.ed. 4. reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- _____. (Org.). **Saúde mental, formação e crítica**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Laps, 2015.
- ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. **Ranking – Todo Brasil (2010)**. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/ranking>>. Acesso em: 24 ago. 2016.
- BARROS, D. D. **Jardins de Abel: Desconstrução do Manicômio de Trieste**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo- Lemos Editorial, 1994.
- BARROS, S; BICHAFF, R. (Orgs.) **Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo**. São Paulo: Secretaria de Saúde. FUNDAP, 2008.
- BASAGLIA, F. **Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. 3. ed. Trad. Sônia Soanesi, Maria C. Marcondes. São Paulo: Brasil Debates, 1983.
- BASAGLIA, F. (Org.). **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. 3. ed. Trad. Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1985.
- BRASIL. **Relatório Final da Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais em Saúde, 1988.
- BRASIL. **Relatório Final da Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental, 1994.
- BRASIL. **Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998**. Brasília: Presidência da República. Casa Civil. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm>. Acesso em: 26 jan. 2017.
- BRASIL. **Portaria n. 106, de 11 de fevereiro de 2000**. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. *Brasília*: Ministério da Saúde. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2017.

BRASIL. **Relatório Final da Terceira Conferência Nacional de Saúde Mental: Cuidar sim, excluir não**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, 2002.

BRASIL. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BRASIL. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2004.

BRASIL. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2005a.

BRASIL. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, 2005b.

BRASIL. **Relatório Final da Quarta Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, 2010.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?ldtxt=24134>. Acesso em: 20 fev. 2014.

BRASIL. **Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011b**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 15 jan. 2015.

BROCKMEIER, J.; HARRÉ, R. Narrativa: Problemas e Promessas de um Paradigma Alternativo. **Psicologia: reflexão e crítica**, v.16(3), p. 525-535, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n3/v16n3a11.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2014.

BUENO, R. C. **O pensamento de Franco Basaglia e a estrutura da desinstitucionalização na Psiquiatria Democrática Italiana vistos por um brasileiro**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). 120 f. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), 2011.

CAMPOS, G. W. de S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Revista Interface (Botucatu)** [online], vol.18, suppl.1, pp.983-995, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>>. Acesso em 24 de ab. 2017.

CAYRES, A. Z. F. et al. (Org). **Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo: censo psicossocial 2014**. São Paulo: Secretaria de Saúde. FUNDAP, 2015.

CONEXÃO REPÓRTER. **A Casa dos Esquecidos - Parte 4**. Entrevista com Ariel de Castro Alves. 5:12'5:53". Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=KUFRRtV3mnc>>. Acesso em: 02 mai. 2015.

COORDENADORA contesta informação da desospitalização no Vera Cruz. **Jornal Cruzeiro do Sul Online**, 14 fev. 2017. Disponível em: <<http://www.jornalcruzeiro.com.br/materia/765117/coordenadora-contesta-informacao-da-desospitalizacao-no-vera-cruz>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

COSTA-ROSA A, LUZIO CA, YASUI S. Atenção psicossocial- rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: Amarante P, coordenador. **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau; p. 13-44, 2003.

DELGADO, J. (Org). **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Editora Resenha, 1991.

DESOSPITALIZAÇÃO ganha mais prazo. **Jornal Cruzeiro do Sul Online**, Sorocaba, 10 dez. 2016. Disponível em: <<http://www.jornalcruzeiro.com.br/materia/750492/desospitalizacao-ganha-mais-prazo>>. Acesso em: 30 jan. 2017.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

GARCIA, M. A Mortalidade nos Manicômios da Região de Sorocaba e a Possibilidade da Investigação de Violações de Direitos Humanos no Campo da Saúde Mental por Meio do Acesso aos Bancos de Dados Públicos. **Psicologia Política**. São Paulo, v. 12, n.23, p. 105-120, 2012.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 8. ed. 2. reimpressão. São Paulo: Editora Perspectiva, 2013.

HAINZ, C. G.; DUARTE, C. G.; GARCIA JÚNIOR, S. A. Movimento em Flamas: o Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba. In MARTINS, M. F. (Org). In **História dos movimentos sociais da região de Sorocaba: origens, conquistas e desafios**. Holambra, SP: Editora Setembro, 2012.

HEIDRICH, A.V. **Reforma Psiquiátrica à Brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. 205 f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Rio Grande do Sul: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sorocaba**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=355220&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em: 24 ago. 2016.

INSTITUTO HISTÓRICO, GEOGRÁFICO E GENEALÓGICO DE SOROCABA. **Sorocaba**. Disponível em: <<http://www.ihggs.org.br/sorocaba>>. Acesso em: 24 ago. 2016.

LÜCHMANN, L. H. H; RODRIGUES, J. O Movimento antimanicomial no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Vol. 12, No 2, p. 399-407, 2007.

LUZIO, C. A. Atenção psicossocial e psiquiatria biológica: uma trajetória histórica. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C. & PEZZATO, L.M (Org) **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC, p. 471-509, 2013.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 14.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Ajuste e Conduta (TAC)**, de 18 de dezembro de 2012. Procuradoria Geral da Justiça, 2012.

NICÁCIO, M. F. S. **Utopia da realidade: Contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental**. 224 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, 2003.

NOVA GESTÃO quer manter pacientes no Vera Cruz. **Jornal Cruzeiro do Sul Online**, Sorocaba, 31 jan. 2017. Disponível em <<http://www.jornalcruzeiro.com.br/materia/761607/nova-gestao-quer-manter-pacientes-no-vera-cruz>>. Acesso em: 31 jan. 2017.

OLIVEIRA, G. N. **O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). 176 f. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), 2007.

PASSOS, I. C. F. **Políticas e práticas de cuidado em saúde mental: experiências e “modelos” em discussão**. 249 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.

PAULON, S.; TREPTE, R.; NEVES, R. Todo dia se faz tudo sempre igual...? Recortes da desinstitucionalização da loucura Brasil-Itália. **Revista Mnemosine**. Rio de Janeiro: Departamento de Psicologia Social e Institucional- UERJ; v. 9, n. 2, p. 180-198, 2013.

PEREIRA, E. C. **Ensaio de intercessão institucional em um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**. 115 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Faculdade de Ciências e letras de Assis, Assis, 2011.

RODRIGUES, M. B. Quais são as nossas diferenças? Reflexões sobre a convivência com o diverso em Escolas Italianas. **Revista Psicologia & Sociedade**. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Psicologia Social, Set.-Dez., vol. 17(3), p.57-61, 2005.

ROSA, E. Z. **Por uma Reforma psiquiátrica Antimanicomial: O papel estratégico da Atenção Básica para um projeto de transformação social**. 378 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, 2016.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização, uma outra via. In NICÁCIO, F. **Desinstitucionalização** - A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos "Países Avançados". São Paulo, Hucitec, p.17-60, 2001.

SADE, R. M. S. **Portas Abertas:** do manicômio ao território – Entrevistas Triestinas. Oficina Universitária. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014.

SANTOS, B. S. Da ciência moderna ao novo senso comum. In SANTOS, B. S. **Para um novo senso comum:** a ciência, o direito e a política na transição paradigmática. V. 1. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. 8. Ed. São Paulo: Cortez, p. 55-118, 2011.

VENTURINI, E. A desinstitucionalização: limites e possibilidades. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, v. 20, n.1, p. 138-151, 2010.

YASUI, S. **A construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico.** 134 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade) – Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 1999.

_____. **Rupturas e encontros:** desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. 208 f. Tese (Doutorado em Ciências na Área da Saúde) - Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

_____. Entre o cárcere e a liberdade: apostas na produção cotidiana de modos diferentes de cuidar. **Revista Polis e Psique.** Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS), v. 02, número temático, p. 05-15, 2012.

**ANEXO – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
(Capítulo IV, itens 1 a 8 da Resolução 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde)**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“A TRANSVERSALIDADE DO ENCONTRO: Da desinstitucionalização em Trieste à Sorocaba, (re)fazer?”** para obtenção do título de mestre, sob a responsabilidade da pesquisadora Juliana Paula de Oliveira, RG nº 44.663.914-X, matriculada no Programa de Pós Graduação em Psicologia Social da Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista/ UNESP - Assis, orientada pelo Prof. Drº Silvio Yasui.

Esta pesquisa tem por objetivo a análise e comparação do processo de desinstitucionalização ocorrido na cidade de Trieste, com o atual processo de desinstitucionalização de hospitais psiquiátricos e ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na região de Sorocaba. Esta análise pretende investigar como as características da reforma italiana foram implantadas, quais fatores ou elementos fizeram esse processo avançar, como estão atualmente e se estas características podem ser reconhecidas ou não no processo de desinstitucionalização de Sorocaba e região.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista semiestruturada, com informações sobre suas vivências e percepções sobre o processo de desinstitucionalização em Sorocaba e região. A entrevista será conduzida pela pesquisadora no espaço do Conselho Regional de Psicologia (CRP) subsede Sorocaba, situada na Av. Armando Sales de Oliveira, 189, Vila Trujillo e terá duração aproximada de uma hora. O roteiro da entrevista foi baseado nas características descritas por Franco Rotelli (2001) sobre desinstitucionalização. Será utilizado um gravador de áudio a fim de que todas as informações fornecidas por você durante a entrevista possam ser recuperadas e analisadas posteriormente.

Como risco relacionado à sua participação nesta pesquisa, você pode se sentir incomodado com determinada pergunta, pois estará falando de vivências pessoais e por isso, é assegurada a você a liberdade de não responder as perguntas que possam causar-lhe incômodo e constrangimento de qualquer natureza. Os benefícios obtidos com os participantes estão exclusivamente

relacionados às possíveis contribuições de ensino-aprendizagem do campo das práticas da atenção psicossocial e desinstitucionalização do país. A sua participação não é obrigatória, mas, voluntária. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento sem nenhum prejuízo ou penalização.

Durante e após a pesquisa os resultados somente serão divulgados em apresentações ou publicações com fins científicos ou educativos, respeitando o critério de confidencialidade e assegurado o sigilo sobre a sua participação sem a divulgação de seus dados pessoais. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos.

Este termo foi elaborado em duas vias. Depois de lido, rubricado e assinado, uma via ficará em seu poder (participante) e a outra via em poder do pesquisador responsável.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências e Letras – UNESP/Campus de Assis. Qualquer dúvida quanto aos aspectos éticos poderão ser esclarecidas no telefone (18) 3302-5607 ou pelo e-mail cep@assis.unesp.br, ou diretamente com a pesquisadora no telefone (18) 98121-2861 ou e-mail julianapaulapsicologa@live.com.

CONSENTIMENTO

Eu, _____, RG: _____, abaixo assinado, concordo em participar, como PARTICIPANTE, da pesquisa “A TRANSVERSALIDADE DO ENCONTRO: Da desinstitucionalização em Trieste à Sorocaba, (re)fazer?”. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora Juliana Paula de Oliveira sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido, ainda, que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Declaro, ainda, que () concordo / () não concordo com a publicação dos resultados desta pesquisa, ciente da garantia quanto ao sigilo das minhas informações pessoais e ao meu anonimato.

Sorocaba, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do Participante

Eu, Juliana Paula de Oliveira, pesquisadora responsável pelo estudo, obtive de forma voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do PARTICIPANTE para a participação na pesquisa.

Assinatura do Pesquisador