

NATÁLIA APARECIDA BARZAGHI

HISTÓRIA, MEMÓRIA E LUTA:

Trajetórias na/da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

**ASSIS
2018**

NATÁLIA APARECIDA BARZAGHI

HISTÓRIA, MEMÓRIA E LUTA:

Trajetórias na/da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Tese apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, para a obtenção do título de Doutora em Psicologia (Área de conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientador: Prof.º Dr.º Silvio Yasui

ASSIS
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá, PR, Brasil)

B289h Barzagli, Natália Aparecida
História, memória e luta : trajetórias na/da
reforma psiquiátrica brasileira / Natália Aparecida
Barzagli. - Assis, SP, 2018.
195 f. : figs., tabs.

Orientador: Prof. Dr. Silvio Yasui.
Tese (doutorado) - Universidade Estadual
Paulista, Faculdade de Ciências e Letras, Assis,
2018.

1. Reforma psiquiátrica. 2. Luta antimanicomial.
3. Movimentos sociais. 4. Saúde mental. I. Yasui,
Silvio, orient. II. Universidade Estadual Paulista.
Faculdade de Ciências e Letras, Assis. III. Título.

CDD 22.ed. 362.2

Gláucia Volponi de Souza CRB9/948

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

TÍTULO DA TESE: HISTÓRIA, MEMÓRIA E LUTA: Trajetórias na/da Reforma Psiquiátrica Brasileira

AUTORA: NATÁLIA APARECIDA BARZAGHI

ORIENTADOR: SILVIO YASUI



Aprovada como parte das exigências para obtenção do Título de Doutora em PSICOLOGIA, área: PSICOLOGIA E SOCIEDADE pela Comissão Examinadora:

Prof. Dr. SILVIO YASUI
Depto. de Psicologia Social e Educacional / UNESP/Assis

Profa. Dra. CRISTINA AMELIA LUZIO
Depto. de Psicologia Social e Educacional / UNESP/Assis

Profa. Dra. ELIZABETH MARIA FREIRE DE ARAÚJO LIMA
PPG PSICOLOGIA / UNESP/Assis

Profa. Dra. ROSELANIA FRANCISCONI BORGES
UEM / Maringá

Prof. Dr. MASSIMILIANO MINELLI
Itália / Università di Perugia

Assis, 05 de outubro de 2018

Agradecimentos

Gracias a la vida, que me ha dado tanto. Me ha dado el sonido del abecedario, con él las palabras que pienso y declaro!

Terminar um doutorado para alguém que faz parte da primeira geração da família a chegar a uma Universidade tem um peso muito grande, por isso, sou grata primeiramente ao sustento e apoio incondicional a este projeto que sempre tive por parte da minha família, à memória de meu pai, minha mãe e meus irmãos, minha primeira e mais importante escola.

Registro também os agradecimentos aos meus entrevistados, pessoas que contaram suas histórias e me ajudaram a compor este trabalho.

À oportunidade de ter sido orientada pelo professor Silvio Yasui, o qual tentei agradecer ao longo desses quatro anos de caminhada, mas que publicamente e talvez pela última vez enquanto sua orientanda, registro minha gratidão pelos inúmeros aprendizados que me oportunizou. Ao professor Massimiliano Minelli pela gentil e comprometida acolhida em Perugia. Às professoras Cristina Amélia Luzio e Roselânia Frasciscone Borges pelo cuidado com meus escritos durante o exame de qualificação. Aos encontros no Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá (DPI-UEM), que me fizeram psicóloga, pesquisadora e inconformada com as injustiças desta vida.

Agradeço aos meus amigos e amigas por amenizar a aspereza desta trajetória, por sorte não são poucos, em especial agradeço àqueles que compartilham das dores e delícias da vida acadêmica.

Aos meus colegas de trabalho pelas parcerias e pelo suporte, às minhas alunas (os) e estagiárias (os) pelo que me ensinam cotidianamente e por se constituírem como o objetivo último das minhas tentativas de evoluir intelectualmente.

Agradecimento especial ao meu companheiro de vida, Pedro, pelo incentivo e cuidado comigo durante esses anos.

Agradeço a CAPES pelo apoio financeiro na ocasião do período de pesquisa na Itália.

*Há homens [e mulheres] que lutam um dia, e são bons;
Há outros que lutam um ano, e são melhores;
Há aqueles que lutam muitos anos, e são muito bons;
Porém há os que lutam toda a vida
Estes são os imprescindíveis.*

(Bertolt Brecht - com licença poética para adequação de gênero)

**Esse trabalho é dedicado a todas as pessoas que lutaram, lutam ou lutarão por uma
sociedade sem manicômios.**

BARZAGHI, Natália. **História, Memória e Luta:** Trajetórias na/da Reforma Psiquiátrica brasileira. 2018. 196 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2018.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo historicizar a trajetória do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, enquanto processo social complexo, por meio da memória de pessoas que participaram de sua construção. Teve como premissa a ideia de que a construção do movimento social passa necessariamente pela dimensão do humano e de suas escolhas. Foram desenvolvidos estudos e posterior explanação sobre os principais marcadores da história da Reforma Psiquiátrica, a partir das categorias de trabalhador da saúde mental, Associação de Usuários e familiares, gestores em saúde mental e Organização da Reforma Psiquiátrica italiana. O levantamento bibliográfico realizado subsidiou a construção de seis narrativas divididas em função das categorias supracitadas, apresentadas por unidades de sentido e elaboradas com base em entrevistas abertas feitas com atores sociais (brasileiros e italianos) identificados como protagonistas desse processo. Com efeito, entendendo os níveis coletivo e singular da história como interpenetráveis e intrinsecamente relacionados, concebe-se que a história contada em nível macro é construída dialeticamente, através das experiências dos sujeitos e dos coletivos. O trabalho se justifica por operar na preservação da memória, visando ao fortalecimento do movimento social, por intermédio da desnaturalização e humanização de seus feitos. Considera-se a importância do movimento da Luta Antimanicomial para o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica, no Brasil, e, em relação às trajetórias dos protagonistas, constrói-se a noção de escolhas de vida ética e politicamente orientadas, como fundamento da participação contínua no movimento.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Luta Antimanicomial; Movimentos Sociais.

BARZAGHI, Natália. **History, Memory and Struggle: Trajectories in the Brazilian Psychiatric Reform.** 2018. 196 p. Thesis (Doctoral in Psychology). - São Paulo State University (UNESP), Faculty of Sciences and Letters, Assis, 2018.

ABSTRACT

This study aims to historicize the trajectory of the Brazilian Psychiatric Reform Movement as a complex social process, through the exploration of the memory of the people who participated in its construction. The premise is that the construction of the social movement is in part, a result of its necessary passage through the human dimension, specifically, individual human choices. We have developed studies and further explanation on the main markers of the history of psychiatric reform from the categories of: mental health worker, users and family members, mental health managers and the Italian psychiatric reform organization. The bibliographic survey supported the construction of six narratives, presented through sensory units and elaborated from open interviews with social actors (Brazilian and Italian) identified as protagonists of this process, understanding the macro and micro levels of history as impenetrable and intrinsically related. It is considered that history told at the macro level is constructed dialectically through the experiences of subjects as well as collectives. The work is justified by operating in the preservation of memory, aiming at strengthening the social movement through the denaturation and humanization of its achievements. It considers the importance of the Antimanicomial Struggle as a movement for the development of the Psychiatric Reform in Brazil in relation to the trajectories of the protagonists, the notion of ethical and politically oriented life choices and is built as a basis for the continuous participation in further development.

Keywords: Psychiatric Reform; Antimanicomial Struggle; Social Movements.

BARZAGHI, Natália. **Storia, Memoria e Lotta:** Traiettorie nella riforma psichiatrica brasiliana. 2018. 196 f. Tesi (Dottorato di Ricerca in Psicologia) – Università Statale Paulista (UNESP), Facoltà di Scienze e Lettere, Assis, 2018.

RIASSUNTO

Questo Studio ha avuto come obiettivo storicizzare la traiettoria del Movimento della Riforma Psichiatrica Brasiliana, come processo sociale complesso, attraverso la memoria di persone che hanno partecipato alla sua costruzione. Si è basato sulla premessa che la costruzione del movimento sociale passa necessariamente attraverso la dimensione umana e delle sue scelte. Sono stati sviluppati studi e successivi spiegazioni sui principali indicatori della storia della riforma psichiatrica, avendo come punto di partenza le categorie di lavoratori della salute mentale, associazione di utenti e familiari, gestori pubblici che attuano nell'ambito della salute mentale e l'organizzazione della Riforma Psichiatrica Italiana. L'indagine bibliografica effettuata ha prodotto la costruzione di sei narrazioni suddivise secondo le categorie sopra menzionate, presentate delle unità di senso ed elaborate sulla base di interviste aperte a attori sociali (brasiliani e italiani) identificati come protagonisti di questo processo. Infatti, comprendendo i livelli macro e micro della storia come interpenetrabili e intrinsecamente correlati, si concepisce che la storia raccontata a livello macro è costruita dialetticamente attraverso le esperienze di soggetti e collettivi. La ricerca è giustificata per operare nella conservazione della memoria, mirando a rafforzare il movimento sociale, attraverso la denaturazione e l'umanizzazione delle sue conquiste. È considerata l'importanza del movimento della lotta antimanicomiale per lo sviluppo della riforma psichiatrica in Brasile e, in relazione alle traiettorie dei protagonisti, è costruita la nozione di scelte di vita etiche e politicamente orientate come fondamento per la continua partecipazione al movimento.

Parole-chiave: Riforma Psichiatrica; Lotta antimanicomiale; Movimenti sociali.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria
- AFDM – Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil
- AIS – Ações Integradas de Saúde
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
- CIM – Centro de Higiene Mental [*Centro di Igiene Mentale*]
- CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
- DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental
- DIRES - Diretoria Regional de Saúde
- DSM – Departamento de Saúde Mental [*Dipartimento di Salute Mentale*]
- FHB – Federação Brasileira de Hospitais
- FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
- FUNDAP – Fundação do Desenvolvimento Administrativo
- IBRAPSI – Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições
- INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
- LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental
- MLA – Movimento da Luta Antimanicomial
- MNLA – Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
- MPAS – Ministério da Previdência Social
- MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
- NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- ONG – Organização Não Governamental
- OPAS – Organização Panamericana de Saúde
- PCI – Partido Comunista Italiano

PD – Psiquiatria Democrática

PISAM – Plano Integrado de Saúde Mental

PSI – Partido Socialista Italiano

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RESSEAU – Rede de Alternativas a Psiquiatria

RI – Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SNDM – Serviço Nacional de Doenças Mentais

SOSINTRA – Sociedade de Serviços Gerais para Integração Social pelo Trabalho

SPS – Secretaria de Políticas de Saúde

SSN – Serviço Sanitário Nacional [*Servizio Sanitario Nazionale*]

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

USP – Universidade de São Paulo

VER-SUS – Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

Sumário

INTRODUÇÃO	11
1. ORIENTAÇÃO EPISTEMOLÓGICA E DESENHO DA PESQUISA	21
1.1 Caminhos percorridos: o desenho da Pesquisa.....	25
1.2 Abrindo a caixa de ferramentas: História Oral e Memória como estratégias.....	27
2. O OFÍCIO ENSINA: TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL E O PROTAGONISMO DO MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	36
2.1 Os ossos do ofício: sobre as dimensões ética, estética e política do trabalho.	36
2.2 A estrada se faz caminhando: a trajetória de Ana Pitta.....	50
2.2.1 Os caminhos na saúde mental: a relação com a Loucura, o ensino e o trabalho como afirmações éticas.	51
2.2.2 O Departamento de Medicina Preventiva como articulador de encontros: política, sujeitos, grupos e instituições.	56
2.2.3 Marcas da ousadia: dimensão criativa e criadora nos serviços de saúde.....	61
2.3 De tudo se faz canção: considerações sobre o protagonismo e as escolhas no campo da Saúde Mental	66
3. REFORÇANDO O MOVIMENTO E CONSTRUINDO A LUTA: O PROTAGONISMO DO USUÁRIO E DE SEUS FAMILIARES.....	71
3.1 Os inumeráveis estados do ser político: a impensável participação Louca.....	71
3.2 Nada será como antes: a trajetória de Geraldo Peixoto.....	88
3.2.1 O encontro com a Loucura e com o Manicômio	89
3.2.2 A transformação pessoal e o encontro com o CAPS Luiz Cerqueira.....	93
3.2.3 O lugar do familiar e a militância antimanicomial.....	97
3.3 Resistindo na boca na noite um gosto de sol: considerações sobre o protagonismo dos usuários de saúde mental e seus familiares	100
4. ENTRE A LUTA E A POLÍTICA: O PAPEL DA GESTÃO NO DESENVOLVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	105
4.1 A Reforma da/na gestão: os caminhos da Saúde Mental	105
4.2 Nós estamos ganhando: a trajetória de Tykanori	116
4.2.1. Impacto e ressonâncias do inesperado encontro com Trieste.....	116
4.2.2 Dos acasos e das andanças: experiências criativas e criadoras	120
4.3 A alma repleta de chão: considerações sobre o protagonismo e a gestão em saúde mental	125
5. A REFORMA PSIQUIÁTRICA ITALIANA E SUAS REPERCUSSÕES NO BRASIL... 129	129
Pra não dizer que não falei das flores ou um pequeno prelúdio.....	129
5.1 Somos todos iguais, braços dados ou não: sobre as influências basaglianas na Reforma Psiquiátrica brasileira	131

5.1.2 As flores no chão e a história na mão: sobre as diferentes vozes da Reforma Psiquiátrica Italiana.....	136
5.2 Quem sabe faz a hora, não espera acontecer: diálogos possíveis.....	146
5.3 Perugia: Etrusca e Comunista	147
5.3.1 Conversando com Dalila:	150
5.3.2 Movimentos sociais, construção da Reforma e participação popular.	151
5.3.3 Memória histórica e outras comparações entre Brasil e Itália.....	152
5.4 Bologna: La Dotta, La Grassa, La Rossa	155
5.4.1 Conversando com Ardigò.....	157
5.4.2 Construindo espaços comuns: sobre redes e relações internacionais	157
5.4.3 A política e o ativismo na construção da saúde e da vida	159
5.5 Trieste: La bora e os bons ventos transformadores	162
Conversas em Trieste	166
5.5.1 Conversando com Dell'Acqua	166
5.5.2 Escolhas de campo e outras histórias	166
5.5.3 I ragazzi de 1980: memórias do Brasil.....	170
5.5.4 Conversando com Rotelli	173
5.5.5 O Brasil foi o lugar onde perdi a palavra	173
5.6 Acreditam nas flores vencendo o canhão: considerações sobre as entrevistas na Itália.....	177
6. PARA NÃO CONCLUIR OU SOBRE A IMPORTÂNCIA DA LUTA ANTIMANICOMIAL.....	179
REFERÊNCIAS	188
APÊNDICES.....	192
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	194
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO EM ITALIANO	196

INTRODUÇÃO

O presente trabalho versa sobre a história e as estórias de um processo forte e vivo; busca, por meio das vozes de sujeitos singulares, refazer os caminhos da Reforma Psiquiátrica brasileira, a partir da perspectiva de quem esteve presente, vivenciando cada passo do processo.

A atual configuração assistência pública em Saúde Mental, no Brasil, conta com o respaldo da Lei 10.216, de 2001, e de uma série de outros documentos oficiais, tais como a portaria de número 3.088, de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e a Lei 10.708, de 2003, a qual viabiliza um auxílio reabilitação-psicossocial organizado pelo Programa de Volta pra Casa. Os últimos dados nacionais sobre saúde mental mostram o cenário de 2014¹, cabe salientar que desde as mudanças político administrativas pelas quais o país passa a partir deste período estas pesquisas que anteriormente eram publicadas com uma periodicidade de aproximadamente 2 anos não foram mais publicizadas, ao menos até o ano de 2018. Em 2014 tínhamos um cenário composto pela atenção estratégica, com 2.209 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 34 unidades de acolhimento e 4.620 leitos de Psiquiatria, em hospitais gerais; conta também com estratégias de desinstitucionalização concretizadas pelos 289 Serviços Residenciais terapêuticos e pelos 4.349 beneficiários do Programa de Volta pra Casa, além da retaguarda representada pelas intervenções na Atenção Básica, com 39.228 Equipes de Saúde da Família, 3.898 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e 111 equipes de Consultório na Rua.

No entanto, o cenário dos não tão longínquos anos 1970 possuía tonalidades bem mais cinzentas. Ora, na contramão das iniciativas europeias e norte-americanas o Estado brasileiro, na ocasião organizado por meio de uma ditadura militar, mantinha grandes hospitais públicos e financiava os lucros da iniciativa privada, através de convênio com os proprietários de hospitais psiquiátricos, em um fenômeno denominado posteriormente como Indústria da Loucura. Para se ter uma ideia, em 1941, havia 3.034 leitos psiquiátricos privados no país, ao passo que, em 1978, a iniciativa privada contava com 78.273 leitos. Em uma oferta de assistência exclusivamente manicomial,

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados – 12*, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. Disponível em www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Acesso em: Jun. 2017

precária e violenta, com cerca de 97% do orçamento da área destinado a esse tipo de serviço, o Brasil encerra os anos 1970 com mais de 100.000 leitos, para uma população de aproximadamente 116 milhões de habitantes. É justamente nesse cenário que se compõe o germe do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Em que pesem as inúmeras dificuldades na concretização da Atenção Psicossocial e na expansão da rede de cuidados, com especial destaque aos quase 26.000 leitos em hospitais psiquiátricos ainda existentes no país, são inegáveis os avanços alcançados em relação aos dois cenários. Tais avanços não se restringem ao nível da produção da assistência em saúde mental, podendo ser vislumbrados no crescimento dessa discussão, em inúmeros espaços, bem como no discurso de milhares de pessoas, as quais, sendo uma vez usuárias dos serviços não manicomial, advogam em sua defesa. Toda essa mudança é relacionada com a ação ética, estética e política de sujeitos que coletivamente construíram a possibilidade de luta em defesa da liberdade. Nesse sentido, historicizar os passos de um movimento social que tem início com os trabalhadores da saúde mental e que emerge em um contexto específico, atribuindo às suas reivindicações o peso de uma transformação nos modos de pensar a relação entre a Loucura e a sociedade, se justifica, na medida em que desnaturaliza e humaniza sua trajetória. Ou seja, ao preservar e divulgar essa história, pretende-se, em última instância, impedir que tais memórias caiam no esquecimento, evitando, sobretudo, que um processo repleto de tensionamentos seja naturalizado e que as lutas dos sujeitos que compuseram um grupo social específico sejam tomadas como algo que diz respeito apenas ao âmbito da institucionalização das políticas públicas de saúde.

Os marcos teórico-conceituais que sustentam e orientam as análises deste trabalho se constituem como escolhas teóricas balizadas pela postura acadêmica, ética e política de quem as faz. Assim, seremos acompanhados nos arduos caminhos da produção científica por uma perspectiva específica acerca da conjuntura da Modernidade e de seus respectivos contextos de crise, nos âmbitos paradigmático e societário, representados aqui pelo pensamento de Boaventura de Sousa Santos (1987, 1999, 2001), por meio da construção do *Paradigma do conhecimento prudente para uma vida decente*, que, do nosso ponto de vista, ampara a produção do conhecimento no campo da saúde mental, na medida em que se entende a Reforma Psiquiátrica enquanto transição do paradigma da Psiquiatria tradicional e construção de outra Ética na relação com a Loucura. Sobre o processo, no Brasil, destacamos o intercâmbio com a

experiência italiana como fundamental à sua construção, principalmente, a partir da ideia de *Desinstitucionalização* enquanto imagem-objetivo, trazida aqui pelo pensamento de Franco Rotelli (2001). Orientamo-nos também pelo entendimento de Paulo Amarante (2007, 2015) sobre a experiência brasileira como um *Processo Social Complexo* e ainda por Silvio Yasui (2006), em sua conceituação forte como um *Processo Civilizador*, instrumento para a construção de uma sociedade que dialogue, conviva e respeite a diferença.

Em termos mundiais, a emergência das críticas ao modelo manicomial tem início durante a segunda metade do século XX, nos movimentados anos do pós-guerra, consolidando-se em experiências de Reformas Psiquiátricas no contexto europeu e norte-americano. A comparação entre os campos de concentração nazistas e o funcionamento dos hospitais psiquiátricos é inevitável, e a sociedade se esforçaria no sentido de construir formas mais efetivas para a assistência em saúde mental, sobretudo porque os países precisavam reconstruir suas forças de trabalho, dado o alto contingente de ex-combatentes que retornavam em condições precárias de saúde. Nesse sentido, Amarante (2007) classifica as principais experiências em uma divisão didática, por meio de grupos, o primeiro deles identificado pela ideia de que o Hospital psiquiátrico estava em mau funcionamento e que poderiam ser introduzidas mudanças nessa organização; nesse grupo se localizam as Comunidades terapêuticas inglesas e a experiência da Psicoterapia Institucional francesa. Um segundo grupo é caracterizado pela defesa de que o manicômio representava uma instituição falida, porém, só se tornaria obsoleta, na medida em que outras instituições fossem criadas; localizam-se aqui as experiências de Psiquiatria de Setor na França e a Psiquiatria Preventiva norte-americana. No entanto, é ainda em outro grupo que o nível dos questionamentos tomaria maior dimensão e a Psiquiatria como modelo científico seria questionada, ideia concretizada pela Antipsiquiatria inglesa e pela Psiquiatria Democrática italiana. Pelas especificidades deste estudo, nós nos ateremos, em especial, ao processo italiano, por conta de sua influência na Reforma Psiquiátrica brasileira.

A Itália dos anos 1960 e 1970 experienciava uma grande efervescência sociopolítica e um considerável crescimento econômico, fenômeno que seria posteriormente denominado como “milagre italiano”. Saindo de um período fascista e sentindo ainda os reflexos da 2ª Guerra Mundial, a sociedade italiana passaria a questionar suas principais instituições, tais como a Igreja, a mídia, os partidos e

sindicatos, a Família, as relações de trabalho e a Educação. Portanto, entre os anos de 1966 e 1975, todo o país passa por inúmeros protestos, e é justamente nesse contexto que o movimento antimanicomial italiano surge e se fortalece, compactuando com os movimentos operário e estudantil, em defesa de mudanças em vários setores da sociedade (GOULART, 2007).

Muito embora composta em um mesmo cenário, a experiência italiana é constituída por um movimento heterogêneo e diferente, em suas influências e perspectivas de atuação, sendo possível identificar algumas frentes, como os gorizianos e amigos de Gorizia, a escola rossa de Perugia, os partidários da Psiquiatria de setor e a resistência meridional. Esses grupos tinham em comum o repúdio ao modelo tradicional e, em 1973, em Bologna, cria-se a Psiquiatria Democrática italiana, como uma associação civil com o objetivo de organizar e articular as várias tendências. Desde esse momento, mesmo diante das diferenças internas, organiza-se uma pauta política comum em torno dos seguintes eixos: “Luta contra o próprio papel de poder; Identificação das necessidades sociais acobertadas pelo diagnóstico psiquiátrico; Identificação dos instrumentos terapêuticos, uma vez liberados da função repressiva; Identificação de aliados potenciais.” (GOULART, 2007, p. 83).

Eventos importantes marcam o desenvolvimento da Psiquiatria Democrática italiana e podem ser tidos como marcos históricos, tais como o Encontro de 1974, na cidade de Gorizia, o Congresso Nacional de Psiquiatria Democrática, em 1976, em Arezzo, e o III Encontro da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria, que aconteceu em 1977, em Trieste. Outro marco importante na trajetória do movimento italiano é a publicação dos livros *L'istituzione negata* e *Che cos'è la Psichiatria?*, que publicizam, inclusive internacionalmente, a experiência de Gorizia, o cadastro da experiência de Trieste como referência mundial pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1973, e a aprovação da Lei 180 (Lei Basaglia), em 1978.

Em linhas gerais, o movimento italiano revelou a dimensão política da relação entre os manicômios e a sociedade e se constituiu, a partir de um forte vínculo entre profissionais da saúde mental e clientela atendida, ampliando o escopo do movimento, o qual passou a se identificar com a luta pela liberdade e pelos direitos humanos. Produziu resultados objetivos, como a aprovação da Lei 180, e resultados simbólicos, como as críticas à patologização da vida e a promoção da tolerância e da solidariedade: “Foi

capaz também de capitanear uma significativa mudança nos modos de interpretação do sofrimento mental e nas estratégias para o seu enfrentamento. Ultrapassou as fronteiras italianas e as do discurso meramente técnico.” (GOULART, 2007, p. 23).

Com o processo de internacionalização da discussão antimanicomial, representado principalmente pela Rede de Alternativas a Psiquiatria e pela divulgação das experiências exitosas, sobretudo a de Trieste, Franco Basaglia viria para o Brasil, em 1978, para o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições. Depois disso, voltaria ao país, em 1979, ocasião em que visitou o Hospital-Colônia de Barbacena, denunciando suas péssimas condições, na mídia nacional e internacional. As conferências proferidas ainda no ano de 1979, em São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, dariam origem ao primeiro livro de Basaglia em português: *Contra o pessimismo da razão o otimismo da prática*. Desde esse período, o intercâmbio entre as realidades brasileira e italiana só cresceu, muitos sujeitos identificados com a tradição basagliana vieram ao Brasil, assim como muitos brasileiros foram à Itália em experiências voluntárias ou de formação relacionadas ao processo de desinstitucionalização (NICÁCIO; AMARANTE; BARROS, 2005).

Em seus estudos sobre a história da Reforma Psiquiátrica brasileira, Amarante (1995) localiza um período ao qual chama de *trajetória da desinstitucionalização*; trata-se do momento em que o movimento radicaliza suas reivindicações, levando-as para além das questões referentes à reforma dos manicômios. São marcos desse período o Congresso de Bauru, as experiências pioneiras do CAPS Luiz Cerqueira e de Santos, a entrada de novos atores sociais não-técnicos no movimento e a denominação Luta Antimanicomial. O termo *desinstitucionalização* traduz muito dos feitos teóricos e práticos das experiências de Basaglia e seu grupo, relacionando-se especialmente com o processo de transformação que acontece em Trieste, desde 1970, de sorte que pode ser considerado como objetivo último das intervenções sob essa perspectiva.

Definir desinstitucionalização não é tarefa simples, pois concerne a um conceito amplo e complexo; para compreendê-lo, é preciso partir do entendimento do processo de institucionalização feito pela Psiquiatria tradicional. Para Rotelli (2001), a questão mais problemática da Psiquiatria foi ter separado a doença da existência concreta dos sujeitos, em sua relação com o corpo social, e em função disso é que foi construído todo um aparato (científico, administrativo e jurídico) para lidar com a situação voltada

exclusivamente para a doença. Nesse sentido, desinstitucionalizar representa justamente o contrário, ou seja, o desmonte de todo esse aparato, a fim de que seja possível retomar o contato com a existência do sujeito e com suas potencialidades. O primeiro passo dessa estratégia é desconstruir a relação problema-solução, que, através do paradigma psiquiátrico tradicional, significa a busca incessante pela dita normalidade: “[...] se adota a direção de uma intervenção prática que remonte à 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.” (ROTELLI et al., 2001, p. 29).

Ao redimensionar o objeto da Psiquiatria, o qual transita da doença à existência-sofrimento dos sujeitos em relação ao corpo social, a estratégia da desinstitucionalização passa a significar um processo de reorientação de tudo o que constitui a assistência psiquiátrica, de modo que, ao tornar complexo o sentido das práticas, o objetivo do processo deixa de ser a cura e passa a ser uma *invenção da saúde* e da *reprodução social do paciente*. Para tanto, é preciso que todos os atores envolvidos, de técnicos a pacientes, estejam mobilizados, problematizando as relações de poder instituídas nos espaços de tratamento e na sociedade como um todo.

Concebida como uma lógica e uma prática, a desinstitucionalização faz com que a internação não seja mais um recurso terapêutico necessário, no entanto, a continuidade do processo e do entendimento proposto deve guiar todas as relações estabelecidas em contextos extra-hospitalares. Dessa forma, tem-se como prerrogativa aquilo que a experiência de Trieste provou, em termos de possibilidade, isto é, a construção de uma rede de serviços externos fortes e organizados, com o objetivo de substituir completamente o manicômio, além da continuidade do processo de cuidado através da centralidade do sujeito em sua existência concreta e o desenvolvimento de suas potencialidades para a vida em sociedade (ROTELLI et al., 2001).

Nota-se, portanto, que a concepção de desinstitucionalização, na tradição italiana, não se restringe à desospitalização dos sujeitos internados, mas se constitui enquanto um parâmetro para as ações em Saúde Mental. No Brasil, a denominação *Reforma Psiquiátrica* foi adotada desde 1989, como uma estratégia política e social de aproximação com o Movimento Sanitarista e a Reforma Sanitária; esta, por sua vez, carrega o termo *Reforma* a partir do entendimento proposto pelo Núcleo de Estudos

Político-Sociais em Saúde (NUPES/FIOCRUZ) de algo que está para além de simples transformações superficiais ou mudanças na aparência, compreendida “[...] no sentido de uma *reforma estrutural*, com um expressivo núcleo de subversão às condições da relação saúde-Estado.” (AMARANTE, 2015, p. 111). Todavia, ainda hoje se convive com compreensões rasas acerca desse processo, restringindo-o à mera reorganização dos serviços, modernização das técnicas terapêuticas e humanização dos manicômios ou, ainda, a um processo exclusivamente político que, por consequência, descuida da assistência prestada aos sujeitos.

Em contrapartida, a análise da Reforma Psiquiátrica brasileira, com a noção de *Processo Social Complexo*, trazida por Amarante (2007, 2015) da compreensão elaborada por Franco Rotelli, representa o entendimento da amplitude do fenômeno em questão. Portanto, entendê-la como um processo implica ressaltar sua característica de movimento, contrário ao que é estático ou circunscrito a um momento específico e, ao lembrar seu traço social, explicita-se a existência de diferentes atores sociais e interesses em conflito; por fim, a ideia da complexidade é pensada em detrimento de visões simplistas e reducionistas em torno de algo que é composto por muitos aspectos. Nesse sentido, “[...] um processo social complexo se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma tal transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.” (AMARANTE, 2015, p. 113).

Podemos considerar, por conseguinte, que a Reforma Psiquiátrica brasileira almeja transformações constantes construídas no entorno de quatro grandes dimensões que se interligam: *Dimensão teórico-conceitual*, *Dimensão técnico-assistencial*, *Dimensão jurídico-política* e *Dimensão sociocultural*. No âmbito da dimensão teórico-conceitual ou epistemológica, localiza-se a ideia da reforma enquanto transição do paradigma da Psiquiatria tradicional, ou seja, a partir da reflexão acerca do núcleo de saber que fundamentava as práticas em saúde mental, tem-se que os conceitos essenciais da Psiquiatria foram construídos em um contexto social e epistemológico específico e, se há a pretensão de transformar as práticas, é necessário, antes, rever seus fundamentos teóricos. Desse modo, partindo de uma reflexão crítica relacionada ao campo das ciências modernas, dentre as quais a Psiquiatria, busca-se a construção de compreensões mais coerentes ao nosso tempo. Assim, em conexão com a atitude epistêmica de

Basaglia de inverter a tradição do pensamento psiquiátrico, ao colocar entre parênteses a doença mental, para que se pudesse ver o sujeito, uma ampla gama de possibilidades é construída. Portanto, essa dimensão pressupõe que “[...] a reforma psiquiátrica não é uma invenção de psiquiatras insatisfeitos ou insurgentes, mas sim uma consequência natural de uma transformação da própria ciência.” (AMARANTE, 2007, p. 66).

Ao serem construídas novas concepções em torno das bases do saber sobre saúde/doença mental, conseqüentemente, deve haver uma transformação no que diz respeito às práticas, levando em consideração que aquelas baseadas no isolamento enquanto premissa terapêutica, no tratamento moral, na tutela e na punição são circunscritas ao entendimento da Psiquiatria tradicional da doença, enquanto objeto natural. Dessa forma, ao ampliar o “objeto” e tê-lo como a existência concreta de sujeitos em sofrimento inscritos no campo social, novas relações de assistência devem ser construídas, logo, a dimensão técnico-assistencial relaciona-se à organização de serviços que funcionem como espaços potencializadores de relações sociais e produção de subjetividades, dado que se ligam com sujeitos integrais e não apenas com suas “doenças”.

Entende-se ainda que, por conta de toda a construção social a propósito da loucura operada pela Psiquiatria tradicional e materializada, a partir de visões como a periculosidade e incapacidade do sujeito, a legislação brasileira refletiu por muito tempo essas características, conferindo a esses sujeitos uma noção de subcidadania. Nesse sentido, visando a garantir legitimidade social ao processo, a dimensão jurídico-política se refere à construção de um novo estatuto jurídico para a Loucura, exigindo, portanto, a discussão sobre os direitos sociais e civis, assim como a garantia de assistência digna e vinculada à liberdade e aos direitos humanos essenciais. Nesse ponto, salienta-se a importância da efetivação da Lei 10.216, de 2001, conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica, a qual, embora tenha sofrido diversas alterações em relação ao projeto de Lei proposto pelo deputado Paulo Delgado, em 1989, prevê algumas garantias e representa um avanço importante.

Entretanto, sabe-se que apenas a inscrição legal não garante as transformações relativas à amplitude do processo, de modo que, para transformar mentalidades e atitudes sociais, é pensada a dimensão sociocultural, com a finalidade de envolver a sociedade nessa discussão. Dessa forma, constitui-se o objetivo último da Reforma

Psiquiátrica, entendido como “a transformação do lugar social da loucura”; para tanto, aposta-se na utilização de recursos como a arte e a ocupação de espaços públicos, a fim de provocar alterações no imaginário social, de modo que “[...] a dimensão sociocultural é, portanto, uma dimensão estratégica, e uma das mais criativas e reconhecidas, nos âmbitos nacional e internacional, do processo brasileiro de reforma psiquiátrica.” (AMARANTE, 2007, p.73).

A partir da concepção da Reforma Psiquiátrica brasileira enquanto um processo social complexo, que almeja transformações nas dimensões supracitadas, ressalta-se, novamente, que não se trata apenas da desospitalização dos sujeitos e reorganização dos serviços assistenciais. Com esse propósito, Yasui (2006) propõe o entendimento da Reforma Psiquiátrica através de uma conceituação “forte”, ou seja, de um processo que, ao romper radicalmente com o modelo manicomial, busca construir um novo paradigma ético, político e científico. Ao compor uma nova ética, os pressupostos da Reforma Psiquiátrica procuram ainda extrapolar o âmbito da produção da assistência em saúde mental e podem ser pensados como um *processo civilizatório*, na medida em que se concebe como civilizada uma sociedade capaz de se relacionar com a diferença. Nessa perspectiva, busca-se, através de outra relação com a loucura, arquitetar novas relações sociais, mais dialógicas e menos excludentes, sendo pautada por valores contra-hegemônicos: “Valores, que quando colocados em ato, revelam a nossa disposição para a convivência, para a aliança, para a mudança. Valores que se constroem e se transmitem na relação, nos encontros que estabelecemos nos nossos locais de trabalho, nas nossas ações de cuidado, de docência, pela vida. Valores que tomamos como inspiração.” (YASUI, 2006, p. 191-192).

Feita a apresentação dos marcos teórico-conceituais que sustentam o presente trabalho, temos como objeto de estudo a trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira, recontada pela voz de seus protagonistas; de fato, entendemos que registrar as memórias e a história desse movimento se justifica, à medida que humaniza seus passos, operando na desnaturalização do fenômeno em questão. Assim, a exposição da presente tese está organizada em capítulos dispostos da seguinte forma: no capítulo 1, *Orientação Epistemológica e Desenho da Pesquisa*, são apresentados os pressupostos que orientam nossa concepção de produção do conhecimento, bem como as justificativas, as estratégias para alcançar o objetivo do trabalho e as ferramentas metodológicas utilizadas para tal, representadas pela História Oral e pela Memória.

Nos capítulos seguintes, 2, 3 e 4, denominados respectivamente como *O ofício ensina: trabalhadores em saúde mental e o protagonismo do movimento da reforma psiquiátrica*; *Reforçando o movimento e construindo a luta: o protagonismo do usuário e de seus familiares*; e *Entre a Luta e a Política: o papel da gestão no desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica*, propusemos um resgate histórico dos principais marcadores da Reforma Psiquiátrica brasileira, sendo que, em cada capítulo, há ênfase em uma das três categorias de atores sociais que compõem todo o processo de participação social no Sistema Único de Saúde, quais sejam, trabalhadores, Associações de usuários e seus familiares e gestores. Em um segundo momento, são focalizadas narrativas construídas com base na entrevista com pessoas identificadas a essas categorias, sendo, respectivamente Ana Pitta, Geraldo Peixoto e Roberto Tykanori.

O capítulo 5: *A Reforma Psiquiátrica italiana e suas repercussões no Brasil* sintetiza o período da pesquisa desenvolvida na Itália, em parceria com a Università degli Studi di Perugia, sob orientação do professor Massimiliano Minelli; em seu conteúdo, são expostos elementos históricos da pluralidade na construção da Reforma Psiquiátrica naquele país, além das narrativas elaboradas em função das entrevistas com Dalila Ingrande, Ardigò Martino, Franco Rotelli e Peppe Dell'Acqua, em diálogo com as realidades de Perugia, Bologna e Trieste.

Os quatro capítulos construídos a partir das entrevistas constituem ensaios independentes, uma vez que apresentam em seu conteúdo tanto o aporte teórico relacionado a cada categoria quanto a narrativa e as reflexões construídas em torno de cada tema, de maneira que, mesmo aspirando ao todo do movimento da Reforma Psiquiátrica, podem ser lidos separadamente, proporcionando maior transversalidade na leitura da tese.

Já no capítulo 6: *Para não concluir ou sobre a importância da Luta Antimanicomial*, tentamos retomar os principais pontos abordados nas entrevistas, visando a contribuir para a compreensão da importância da Luta Antimanicomial para a Reforma Psiquiátrica brasileira, além de desenvolvermos a ideia de escolhas de vida ética e politicamente orientadas, como resposta à permanência dos protagonistas na trajetória do movimento.

1. ORIENTAÇÃO EPISTEMOLÓGICA E DESENHO DA PESQUISA

A partir da compreensão dos marcos teóricos que sustentam este estudo, entende-se que sua orientação metodológica deve relacionar-se a uma visão epistemológica correspondente à noção da Reforma Psiquiátrica brasileira como transição paradigmática, e consequente construção de uma nova ética na relação com a Loucura. Nessa perspectiva, ancoramo-nos metodologicamente nas propostas de Boaventura de Sousa Santos (1987, 1999, 2001) acerca da construção do conhecimento científico, problematizando seu percurso e o adaptando às demandas éticas características do tempo presente.

Boaventura de Sousa Santos (2001) entende o capitalismo e o paradigma sociocultural da modernidade como processos históricos distintos: o último surge antes de o primeiro ter consolidado sua fase industrial, logo, o processo de superação (ou não) dos mesmos ocorrerá também em momentos diferentes. Para o autor, o paradigma sociocultural da modernidade desaparecerá antes de o capitalismo perder sua hegemonia, sendo este um processo complexo e composto por uma fase de superação e outra de obsolescência, referentes às promessas históricas da modernidade.

O paradigma sociocultural moderno é construído sobre dois pilares, quais sejam: Regulação e Emancipação, cada um visando a sobrepor-se ao outro, sendo a gestão desse processo concedida à Ciência, que, ao converter-se em força produtiva, transformou-se em um discurso hegemônico e inquestionável, de modo que, ainda no começo do século XIX, “[...] a Ciência moderna tinha já se convertido numa instância moral suprema, para além do bem e do mal.” (SANTOS, 2001, p. 51). Sobre a organização e a composição desses pilares, tem-se que o pilar da Regulação é constituído pelo princípio do Estado, a partir da formulação de Hobbes, pelo princípio do Mercado, com base no que é desenvolvido principalmente por Adam Smith e Locke, e pelo princípio de comunidade, expresso no pensamento de Rousseau; já o pilar da Regulação “[...] é constituído pelas três lógicas de racionalidade definidas por Webber: a racionalidade estético-expressiva das artes e da literatura, a racionalidade cognitivo-instrumental da ciência e da tecnologia e a racionalidade moral-prática da ética e do direito.” (SANTOS, 2001, p. 50).

O desenvolvimento equilibrado desses dois pilares é o que vai garantir a harmonia do processo social moderno, no entanto, pelas suas próprias características de incompatibilidade, tem-se uma série de excessos e déficits. Como afirmado anteriormente, é à Ciência que cabe fazer a gestão desse processo e, justamente por conta disso, é nesse domínio que a crise e a transição paradigmática se fazem mais identificáveis. Santos (1987) sinaliza como característica desse período a absorção do pilar da Emancipação (hipercientificizado) pelo pilar da Regulação, assim, muitas das promessas históricas da Ciência Moderna tomam um outro rumo e passam a ser questionadas, o que se localiza no horizonte social do que se denomina crise da modernidade.

Esse cenário, identificado como condições sociológicas, somado a algumas condições teóricas provenientes do próprio processo de desenvolvimento da Ciência Moderna, a colocaria em um contexto de crise, o que acarreta a necessidade de superação, por meio da construção de outro paradigma: *o paradigma do conhecimento prudente para uma vida decente*. No que se refere à orientação desta pesquisa, traça-se um paralelo entre a crise do paradigma dominante da Ciência moderna e a crise do modelo manicomial, explicitando a convergência entre os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira e aqueles do paradigma em construção.

Dessa forma, o modelo de racionalidade que respalda o paradigma dominante, na modernidade, tem origem na revolução científica do século XVI, a princípio no domínio das ciências naturais e posteriormente abrangendo todo o conhecimento, inclusive o campo das ciências sociais. Coloca-se como um modelo totalitário, à medida que nega qualquer outra forma de se conhecer o mundo, ou seja, nega as evidências do domínio da experiência e, em detrimento desta, elege a lógica matemática (conhecer é quantificar) e a redução da complexidade (conhecer é dividir e classificar), como pressupostos para a formulação de leis que prevejam o comportamento (de algo ou alguém), através da lógica da causalidade. O conhecimento advindo dessa composição de ideias se assenta, portanto, na noção de ordem e estabilidade do mundo e, somado ao entendimento da mecânica de Newton (mundo-máquina), desemboca em um determinismo mecanicista e bastante instigante para os interesses da burguesia em ascensão, à época.

É possível localizar o nascimento e o desenvolvimento da Psiquiatria, enquanto pretensão científica justamente nesse panorama, todavia, isso não corresponde a nenhuma novidade: “[...] falar em ‘Psiquiatria moderna’ pode significar redundância, já que a Psiquiatria é moderna por definição, isto é, nasce no cerne do projeto tecnocientífico da modernidade e que, antes desse nascimento, não seria rigorosamente correto falar em Psiquiatria.” (AMARANTE, 1996, p. 33). Nesse sentido, por meio da compreensão do homem-máquina, a Psiquiatria elege a doença mental como objeto e, a partir de então, uma infinidade de estratégias são elaboradas em prol da ideia de simplificar, conhecer e dominar o “objeto”. Como as Ciências Modernas, a Psiquiatria tende a rechaçar as críticas direcionadas a ela e se constitui como um saber hegemônico sobre a saúde/doença mental, o que justifica muitos dos seus feitos.

As estratégias metodológicas da Ciência Moderna encampadas pela Psiquiatria se manifestam em toda a parte, desde a organização arquitetônica dos manicômios, passando pelos critérios diagnósticos, até os lucros da indústria farmacêutica. Na verdade, poderiam ser trazidos aqui tantos outros exemplos que abordem essa relação, contudo, cremos ser mais importante a compreensão do processo de crise e as consequências deste para a construção de um conhecimento que, de fato, potencialize as relações entre a Ciência e a Saúde Mental.

Assim, de acordo com Santos (1987, 2001), a crise do paradigma dominante não só é profunda, como irreversível, e se assenta em condições sociológicas e teóricas, sendo que se desenvolverá, justamente, por conta do grande avanço que o conhecimento proporcionou, tornando possível vislumbrar a fragilidade de suas bases. De uma forma bastante sintética, são quatro as condições teóricas que levam à crise: a teoria sobre a *relatividade da simultaneidade* de Einstein, em que, sem o conhecimento da velocidade, não é possível conhecer a simultaneidade dos acontecimentos e vice-versa, revolucionando as noções de tempo/espaço e relativizando o rigor das leis newtonianas; a *mecânica quântica*, com o princípio de que não é possível observar ou medir um objeto sem interferir no mesmo, o que implica a distinção sujeito/objeto e traz à tona o princípio da incerteza (Heisenberg); os *teoremas da incompletude* e das proposições indecidíveis que problematizam o rigor inquestionável da matemática; os progressos no conhecimento da *Microfísica, Química e Biologia*, os quais comprovam relações outras entre a matéria e a Natureza, provando relações instáveis e dinâmicas.

Tais questões atingem pontos nevrálgicos do paradigma dominante e, além de explicitar sua crise, dão o tom ao que deve ser construído para superá-la. Para Santos (1987, 2001) precisamente por experienciarmos um período de crise e transição, as novas configurações podem ser pensadas apenas como especulações, de sorte que constrói a noção do *paradigma de um conhecimento prudente para uma vida decente* e afirma que o novo “[...] não pode apenas ser um *paradigma científico* (o paradigma de um conhecimento prudente), tem de ser também um *paradigma social* (o paradigma de uma vida decente).” (SANTOS, 1987, p. 60).

Nesse novo paradigma, a construção do conhecimento deve se relacionar a quatro ideias principais: *Todo conhecimento científico Natural é científico Social; Todo conhecimento é local e total; Todo conhecimento é autoconhecimento; Todo conhecimento científico visa a constituir-se em senso comum*. Dessa forma, o entendimento de que todo conhecimento é simultaneamente natural e social contraria a separação moderna entre ciências naturais e sociais; assim, o paradigma emergente prevê um conhecimento não dualista que supere as divisões clássicas como natureza/cultura e observador/observado, impactando nas fronteiras entre as disciplinas e promovendo uma aproximação com as humanidades. Ao borrar as fronteiras entre as disciplinas, contrapõe-se à Ciência Moderna, que avança precisamente pela via da especialização e fragmentação do objeto, o que faz do cientista um ignorante especializado.

No paradigma emergente, pretende-se o conhecimento total e, o sendo, é também local, ou seja, incentiva-se o trânsito de conceitos e teorias para fins de adequação a realidades e necessidades distintas, sendo um conhecimento sobre as condições de possibilidades e se constituindo por uma pluralidade metodológica. Diferentemente da separação asséptica entre sujeito e objeto proposta pela Ciência Moderna, no novo paradigma, o objeto é concebido como continuação do sujeito, de modo que todo conhecimento científico seja também autoconhecimento. Assume-se, por conseguinte, o caráter autobiográfico e autorreferenciável da ciência, visando a ressubjetivar o conhecimento, a fim de que seja possível traduzi-lo em conhecimento do senso comum, porque há o entendimento de que nenhuma forma de conhecimento é em si racional e só o será, através da configuração de todas as outras, portanto, dialoga com o conhecimento de diferentes origens e, em especial, com o senso comum que é entendido como o objetivo último do conhecimento científico, dado que o

sensocomunizar da ciência pode orientar o desenvolvimento da humanidade e ampliar as possibilidades de olhar os fenômenos.

1.1 Caminhos percorridos: o desenho da Pesquisa

O desenvolvimento da presente pesquisa teve como objetivo *historicizar a trajetória do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira*, por meio da memória de pessoas que participaram da construção desse processo, em nosso país. A fim de ampliar essa compreensão, foram ouvidas também pessoas italianas que experienciaram o intercâmbio entre as experiências de Reformas Psiquiátricas, nos dois países, acerca de sua percepção sobre o processo brasileiro. Parte-se da ideia de que, no estado da arte do movimento da Reforma Psiquiátrica, há um cenário preocupante: com o respaldo da Lei 10.216, de 2001, e de outras normativas do Ministério da Saúde, é inegável que a Reforma se fortalece, enquanto Política de Estado, todavia, sua face de movimento social tem-se enfraquecido, sobretudo, se analisadas as cisões pelas quais o Movimento passa, no início do século XXI.

Levando-se em consideração que o contexto histórico no qual emergem as críticas que dão origem ao Movimento era composto por conflitos de interesses, que, à época, legitimavam o modelo manicomial como única alternativa de assistência, pensamos que, na atual conjuntura, tem havido um avanço, na medida em que legalmente existem outros arranjos de cuidado, todavia, a desinstitucionalização não está concretizada e, hoje, persistem interesses que obstruem essa concretização, o que nos leva a retomar a ideia da Reforma como um processo constante e a necessidade de avançarmos na luta por uma sociedade sem manicômios.

Entendemos, portanto, que resgatar essa história pode colaborar para a própria potência do movimento, porque reconstrói seu caminho, relembra seus objetivos e constituição primárias e explicita que a esfera micropolítica das relações entre os sujeitos é potente e imprescindível para as transformações, em nível macro, operando na desnaturalização das conquistas da Reforma Psiquiátrica e salientando a necessidade da defesa dos avanços conquistados e da vigilância frente ao contexto atual de desmonte das políticas públicas.

Para a construção do trabalho, foram feitas entrevistas com dois grupos de atores sociais, o primeiro deles formado por *atores sociais brasileiros* que reconhecidamente possuem participação importante na trajetória do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira; essas entrevistas serão identificadas por meio das três categorias, quais sejam, Trabalhadores, Gestores e Associação de Usuários e familiares. Todavia, compreende-se essa estratégia apenas como um arranjo metodológico, posto que as linhas que separam tais lugares são tênues e a ocupação de diferentes espaços por um mesmo sujeito é um traço característico da Reforma Psiquiátrica. Assim, tal escolha se justifica pela tentativa de abarcar as diferentes especificidades de pontos de vista e inserções de cada categoria, categorias estas que são inclusive as mesmas de toda a composição da participação social no Sistema Único de Saúde (SUS).

O segundo grupo é representado por *atores sociais italianos* que presenciaram e/ou participaram do intercâmbio entre as experiências de Reforma Psiquiátrica italiana e brasileira. Com isso, pretendeu-se potencializar o desenvolvimento e o escopo da pesquisa, dado que, em função do contato com esses atores e suas compreensões acerca da experiência brasileira, será possível ampliar a compreensão da trajetória da Reforma a partir de outro viés, ou seja, do olhar de sujeitos que a vivenciaram sob outra perspectiva. Vale ressaltar que as entrevistas realizadas na Itália foram feitas através das possibilidades construídas a partir do campo de pesquisa, neste sentido, englobam sujeitos com pertencimentos e histórias diferentes, o que repercute em suas perspectivas sobre a temática.

As entrevistas foram abertas e guiadas pela seguinte pergunta norteadora, para os atores sociais brasileiros: *Como foi a sua experiência com a trajetória do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira?* E, para os atores sociais italianos: *Como você compreende a trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira?* Foram também considerados os aspectos éticos para a pesquisa com seres humanos, sendo que, na ocasião da entrevista, foram explicados os objetivos da pesquisa e os detalhes da participação do entrevistado. Por se tratar de uma pesquisa de cunho histórico, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), documento que sela essa participação, tem como particularidade, ao invés da condição de anonimato, o desejo de identificação dos sujeitos, durante a pesquisa. A investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética, pelo parecer nº 2.000.864, com registro, na Plataforma Brasil (CAAE), sob o nº 634197.3.0000.5401.

Após o procedimento da entrevista e o trabalho de construção das narrativas, o resultado foi enviado às pessoas entrevistadas, a fim de que pudessem contribuir com a construção de suas memórias, validando o processo. Especificamente na construção de *Nada será como antes: a trajetória de Geraldo Peixoto*, contamos com a leitura e a colaboração de Dulce Santos, companheira de Geraldo.

Com o propósito de dialogar com as memórias trazidas pelos sujeitos entrevistados, foram previamente realizados levantamentos bibliográficos concernentes ao lugar de inserção no movimento da Reforma Psiquiátrica, quais sejam: Trabalhador da Saúde Mental, Associação de Usuário/familiar do serviço de Saúde Mental, Gestor de serviços de Saúde Mental, Organização da Reforma Psiquiátrica italiana. Acredita-se que, por meio desse procedimento, se torna possível a composição de um pano de fundo em nível coletivo, para localizar a experiência individual, em nível singular, compreendendo esses níveis como interpenetráveis e intrinsecamente relacionados, na medida em que a história contada em nível social é construída dialeticamente, através das experiências dos sujeitos e dos coletivos.

O conteúdo das entrevistas é exposto pela construção de *narrativas* e detalhado a partir de *unidades de sentido* organizadas com base em marcos importantes para a experiência de cada sujeito e de suas memórias. A construção desse processo terá como ferramentas as nuances do conceito de Memória e a estratégia da História Oral, elementos que serão abordados no próximo tópico do texto.

1.2 Abrindo a caixa de ferramentas: História Oral e Memória como estratégias

Pela orientação epistemológica proposta para este trabalho, tem-se a nítida certeza de que a produção do conhecimento científico não caminha, necessariamente, por estratégias metodológicas cerceadoras da liberdade e encerradas em si mesmas, dado que, a partir do paradigma emergente, as ideias simplificadoras, lineares e causais se mostram inadequadas à produção de um conhecimento que tenha como horizonte a emancipação e a construção de uma vida decente. Nesse sentido, os elementos enfocados neste tópico – *História Oral e Memória* – não têm a pretensão de se estabelecer enquanto técnicas rígidas ou ensimesmadas; pelo contrário, foram pensadas como ferramentas úteis e importantes para a pesquisadora organizar e situar os passos

na trajetória da pesquisa, motivo pelo qual são trazidas aqui com a pretensão de auxiliar o leitor na compreensão desse mesmo processo.

Para Meihy (2002), a *História Oral* pode ser entendida como um recurso para o estudo de processos sociais do tempo presente que são, obviamente, influenciados pelo tempo passado e pelas experiências sociais de indivíduos e grupos. A tradição de transmitir experiências, ensinamentos e compreensões por meio de depoimentos é muito antiga e existiu de formas distintas, em diferentes civilizações. Pode-se pensar que, antes de a história ser cristalizada e contada através de uma versão oficial, ela se constitui enquanto memória e oralidade; no entanto, a simples utilização de depoimentos para fins de registro não representa a História Oral. Esta, por sua vez, não prescinde de uma organização prévia, ou seja, nos projetos que a orientem devem ser fixados alguns objetivos e como estes podem ser alcançados, através das entrevistas e narrativas, devendo haver minimamente uma ideia de como se pretende alcançar determinada “história”, isto é, quais sujeitos serão entrevistados, por que o serão e como essas pessoas se localizam, no contexto do que se pretende estudar.

A raiz da palavra História, na Grécia, tem como significado “aquele que viu ou testemunhou”. Nessa perspectiva, a adoção de depoimentos como ferramentas para a construção de estudos históricos começa a ser feita no contexto pós-2ª Guerra Mundial. Em 1948, na Universidade de Columbia, Nova Iorque, o termo *História Oral* é oficializado, ocasião em que foram utilizados instrumentos tecnológicos para captar a vivência de sujeitos, através de seus depoimentos. Dessa forma, combatentes de guerra, familiares e vítimas dos conflitos puderam expressar suas vivências: “A história oral nasceu vinculada à necessidade do registro de experiências que tinham repercussão pública. Os efeitos e a aceitação coletiva dessas narrativas determinaram seu sucesso, independente do registro oficial. Isso equivalia a uma nova noção de cidadania.” (MEIHY, 2002, p. 89).

Aos poucos, os pressupostos da História Oral vão se delimitando, destacando-se aqui sua tendência democrática e sua função política, elementos também tidos como importantes para a trajetória da Reforma Psiquiátrica. Antes de chegarmos a esses pressupostos, trataremos da emergência desse fenômeno em solo brasileiro. Desse modo, a História Oral tardou a se desenvolver no Brasil e, para Meihy (2002), isso se deu porque, por um lado, a nossa tradição acadêmica não privilegiava laços com os

localismos e a cultura popular e, por outro, o golpe militar de 1964 coibiu projetos e registros que gravassem depoimentos ou opiniões. Em contrapartida, o mesmo processo repressivo favoreceu o aparecimento da História Oral, dado que, pelo fato de a censura ter destruído ou impossibilitado uma série de registros, os depoimentos orais de pessoas que haviam vivenciado esse processo transformaram-se em vias privilegiadas de acesso a esse conteúdo. Assim, desde a campanha pela Anistia, no decorrer dos anos 1970, o desejo de conhecer e/ou compreender esses fatos motivou investigações no campo da História Oral, tanto pesquisas acadêmicas quanto pesquisas operadas por museus e entidades da sociedade civil organizada.

Percebe-se um compromisso político da História Oral, na medida em que se compromete e fornece recursos para a construção de “uma outra história” ou “contra-história” ou, ainda, “história vista de baixo”. Nesse sentido, historicamente, desenvolvem-se estudos que têm sujeitos e objetivos envoltos com a construção da memória de grupos invisibilizados, ou seja, de grupos que não sejam contemplados na história oficializada, garantindo a publicização dessas memórias. Acerca dessa prática, tem-se que:

Por meio da história oral, por exemplo, movimentos de minorias culturais e discriminadas, principalmente de mulheres, índios, homossexuais, negros, desempregados, além de imigrantes, exilados, têm encontrado espaço para abrigar suas palavras, dando sentido social às experiências vividas sob diferentes circunstâncias. Logicamente, as elites também podem ser objeto de atenção, como aliás vêm sendo, mas, de modo geral, a história oral tem dado espaço, preferencialmente, a aspectos ocultos nas manifestações coletivas. (MEIHY, 2002, p. 39).

Ao propor a construção de uma história paralela àquela das fontes oficiais, a História Oral traz as subjetividades para a cena, isto é, por meio de um olhar humanizado para as percepções individuais, ela se contrapõe às visões mais gerais, esmiuçando grandes fatos enxergados, até então, como expressões institucionais de macroestruturas, operando também no “preenchimento” de lacunas capazes de dar sentido tanto a alguns eventos maiores quanto às vivências individuais.

Quanto às discussões sobre a subjetividade, são suscitadas especificidades da História Oral de vida, concebida como uma narrativa do conjunto de experiências da vida de uma pessoa. Também a tradição de se contar a trajetória de um sujeito não é

recente: historicamente, foi realizada por intermédio do estudo de cartas, diários e fotografias, e uma característica importante desse tipo de estudo relaciona-se com o fato de que o alvo principal deve ser a experiência do sujeito, para além do tempo cronológico ou de outros enquadres. Assim, a “verdade” reside na “verdade” do sujeito, na forma com que revela ou oculta situações e pessoas, de sorte que é imprescindível garantir ao entrevistado um clima para se expressar o mais livremente possível, cedendo “[...] espaço para que sua história seja encadeada segundo sua vontade e suas condições.” (MEIHY, 2002, p. 131).

Ao entrarmos no domínio do sujeito, alguns esclarecimentos devem ser feitos. Ora, como temos tentado mostrar, contar e recontar histórias faz parte da tradição da humanidade, no entanto, a História Oral prevê algumas especificidades. Nem todo registro oral de uma história é História Oral; para esta última, é preciso que o registro seja feito intencionalmente e articulado com outros elementos, para fins de pesquisa, quando o processo ganha alguns contornos. Sobre as entrevistas, é importante salientar que o seu conteúdo surge através da memória, mas que esse termo não é, igualmente, sinônimo de História Oral, se constituindo enquanto suporte para as narrativas. À memória se relaciona a noção de tempo, que, por sua vez, é organizado por lógicas próprias, destacando-se o “tempo antigo”, colorido pela memória como o momento de grandes feitos, e o “tempo das mudanças essenciais”, em que os acontecimentos giram em torno de fatos concretos os quais marcam alterações significativas para o sujeito que conta uma história, tanto em nível individual quanto coletivo, a exemplo de catástrofes naturais, experiências de trabalho, morte ou nascimento de alguém etc.

Cumpre-nos destacar que o motivo da escolha da História Oral como estratégia para esta pesquisa é associado ao fato de que muito da orientação e da postura do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira encontra ressonâncias nessa ferramenta. Enfatizam-se, sobretudo, a postura e a função política alinhadas à democracia como condição essencial, a construção da história com base em elementos da compreensão e vivências de grupos e sujeitos historicamente invisibilizados, e o compromisso no que tange à divulgação e ao reconhecimento das sutilezas dos processos em questão. Portanto, em que pese a preocupação da história da Reforma Psiquiátrica ser de tal modo cristalizada pelo domínio das políticas públicas que se perca de vista a sua dimensão de movimento social, acredita-se que a História Oral pode se estabelecer enquanto uma parceira justamente por se posicionar: “Contra as determinações dadas pelas grandes estruturas,

a História Oral se insurge como o avesso de tendências massificantes e que ‘expulsaram’ os seres humanos das reflexões sociais. Contra a ‘desumanização’ da história, a História Oral mostra-se um bom antídoto.” (MEIHY, 2002, p. 102).

Sobre as configurações da memória e sua importância para pensar uma pesquisa que se localize na intersecção do passado com o presente, as construções teóricas de Eclea Bosi constituem ferramentas para o conveniente desenvolvimento do trabalho. A autora, ao longo de sua trajetória acadêmica, realizou diversos estudos sobre as relações entre Memória e Sociedade, o mais conhecido deles dá origem ao livro *Memória e Sociedade: Lembrança de velhos*, em que são focalizadas as memórias de velhos sobre suas respectivas vivências da cidade de São Paulo, alinhavadas por constelações peculiares de vida, como a condição de ser trabalhador, mulher e/ou imigrante.

Ao longo de suas obras, Bosi (1994, 2003) deixa pistas importantes àqueles que buscam o estudo da memória, assinala que a história, em nível macro, exclui do seu cenário as nuances da vida cotidiana, de maneira que a memória pode ser entendida como um instrumento para construir a crônica do cotidiano. Durante a Idade Média, os cronistas eram aqueles que narravam as cenas triviais, anônimas, observadas no fluir da vida, registros para os quais tudo merecia ser contado. Ao pensarmos a construção dos nossos registros, podemos perceber que a história que se apoia apenas em documentos oficiais não abrange o domínio das paixões individuais, que se escondem por detrás dos grandes eventos. Desse modo, a memória também não deve ser compreendida como unilateral, pois pode tensionar diferentes pontos de vista sobre um mesmo fenômeno, talvez onde resida uma de suas maiores riquezas.

Por meio da memória individual e de seu vínculo com o passado é que se extraem elementos para a construção de identidades (individuais e/ou grupais), vínculo o qual pode ser tomado como um Direito Humano ligado à própria sobrevivência. Sobre a ordem subjetiva e a noção de nostalgia que impera nesse processo, tão combatidas pela ciência moderna, podemos pensar que, “se o tecnicismo reinante quer-nos convencer que a nostalgia é sentimento inútil, ela, no entanto, faz parte da humanidade do homem e teria direitos de cidadania entre nós.” (BOSI, 2003, p. 19). Assim, dentro da história cronológica, há outra história ainda mais densa, composta pela substância memorativa que dá aos fatos dimensões singulares:

[...] a memória opera com grande liberdade escolhendo acontecimentos no espaço e no tempo, não arbitrariamente mas porque se relacionam através de índices comuns. São configurações mais intensas quando sobre elas incide o brilho de um significado coletivo. (BOSI, 2003, p. 31).

É possível ainda conceber a memória como um trabalho sobre o tempo: após a percepção de um fenômeno, as lembranças de outros acontecimentos operam sobre ele, convergindo experiências, afetos e hábitos para a construção de um sentido para aquilo que foi sentido; com isso, a memória ou o lembrar não é uma atitude passiva frente ao mundo. Assim, as formas com que cada sujeito constrói suas memórias são singulares, e a trajetória realizada para tanto também o é, além de ser carregada de significados afetivos. Para contar algo a partir de suas vivências, o sujeito mnêmico (sujeito da memória) não opera por lembranças de imagens isoladas, pelo contrário, dá voz novamente ao conteúdo de suas vivências, ou seja, ao evocar, vive novamente aquelas experiências com uma nova intensidade, organizando-as como se buscasse uma configuração de sentido para a sua vida (BOSI, 1994, 2003).

O tempo compreendido como substância da memória não é, obviamente, o tempo cronológico, porque a sucessão de elementos na memória é feita por marcos, onde a significação é concentrada, marcos de tempo que geralmente correspondem a vivências com sentido peculiar para os sujeitos. Dessa forma, a passagem do tempo, o ciclo dos dias ou dos meses é vivido por todos, mas cada um significa isso de um modo singular. O tempo dito social é cheio de conteúdos e influencia esse processo, ao impor pontos de orientação, a exemplo das jornadas de trabalho, que ainda assim são significadas de uma maneira diferente e marcadas por grupos de pertencimento, como a mulher que porventura desenvolva uma segunda jornada ou para uma criança que espera os pais em casa.

As interpenetrações entre memória individual e memória coletiva também contribuem para esse processo, sendo que a última se desenvolve através de laços de convivência, pelos quais cada membro de um grupo acrescenta ou diferencia algum elemento da memória. No entanto, por mais que precise da memória coletiva, inclusive enquanto reconhecimento, é no nível do indivíduo que ocorrem as recordações, ou seja, é um sujeito individual quem recorda algo. Quando se trata de acontecimentos políticos (não que outros não o sejam), os juízos de valor interferem com maior incidência na

memória, de forma que, no que se denomina memória política, o sujeito tende a rememorar os acontecimentos, explicitando seu posicionamento e postura à época, reafirmando sua posição, justamente porque para ele não existe uma outra realidade possível.

Ao pesquisador, que porventura desenvolva trabalhos sobre a memória, Bosi (1994) traz alguns conselhos, como, por exemplo, a importância de um estudo exploratório preceder a entrevista, assim como de pensar o momento da entrevista como responsabilização sobre o outro e construção de uma atmosfera acolhedora: “Narrador e ouvinte participam de uma aventura comum, no final, um sentimento de gratidão pelo que ocorreu: o ouvinte, pelo que aprendeu; o narrador pelo justo orgulho de ter um passado tão digno de rememorar quanto o das pessoas ‘importante’.” (BOSI, 1994, p. 61).

A responsabilidade pelo material da entrevista não deve acabar no momento em que se encerra o contato com o entrevistado, assim, toda e qualquer tentativa de análise deve ser guiada pelos princípios da Ética e do respeito. Para trabalhar com o conteúdo da entrevista, é essencial que o pesquisador tenha clara a noção de intenção que configura tanto a narrativa do sujeito como seus modos peculiares de fluir. Em relação às análises, por mais que sejam construídas categorias, é relevante que não se perca de vista a dimensão do todo, justamente porque o sujeito, ao contar sua história, aspira à totalidade. Nesse sentido, a autora ressalta a noção de sensibilidade diacrônica como ferramenta para a pesquisa, isto é, uma capacidade de olhar para a narrativa, observando o jogo sincrônico das oposições e vislumbrando “[...] uma gestalt longínqua que foi um dia um complexo vivo de significações.” (BOSI, 1994, p. 20). Outra orientação importante diz respeito à devolução do material construído para o sujeito que cedeu a entrevista, porque, ainda sob a ótica da responsabilização, observa-se que o sujeito tem direito de ouvir e mudar o que narrou. Dessa forma, é possível considerar a memória não só por suas características de restauração do passado, mas, sobretudo, como geradora de futuro, à medida que é vista de maneira integral, pontuando que o tempo da lembrança não é só o passado, mas o futuro do passado.

A exposição desses elementos, tanto sobre a História Oral quanto sobre a Memória, não teve a pretensão de uma revisão bibliográfica sobre o assunto e nem, tão pouco, a construção de um tratado sobre os temas. Com efeito, foram apresentadas

escolhas teóricas que se justificam, ao se constituírem enquanto ferramentas para a construção do trabalho de entrevistas sobre a trajetória de sujeitos que participaram da história da Reforma Psiquiátrica brasileira, de maneira que reafirmamos nosso compromisso ético e político com a reconstrução dessa história, com a memória da Reforma Psiquiátrica e com a luta por uma sociedade sem manicômios.

*Porque se chamava moço
Também se chamava estrada
Viagem de ventania
Nem se lembra se olhou pra trás
Ao primeiro passo, aço, aço*

*Porque se chamavam homens
Também se chamavam sonhos
E sonhos não envelhecem
Em meio a tantos gases lacrimogênicos
Ficam calmos, calmos, calmos.*

(Clube da Esquina II – Milton
Nascimento)



Ana Pitta

Fonte: Escola Politécnica de Saúde J. Venâncio²

² Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-saude-mental-esta-enclausurada-estamos-em-pleno-retorno-ao-primitivo>. Acesso em: 10 jul. 2017.

2. O OFÍCIO ENSINA: TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL E O PROTAGONISMO DO MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.

O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira tem, na categoria dos *trabalhadores em saúde mental*, a constituição de um importante ator social, o qual, a partir do questionamento de suas práticas, dos saberes hegemônicos, das instituições e de seu lugar institucional, provoca rupturas e construções importantes no processo de assistência à saúde mental no país. Embora a história desses coletivos e associações esteja devidamente registrada na literatura da área, é imprescindível considerar que esses grupos são compostos por *sujeitos* considerados como protagonistas, constituídos histórica e subjetivamente, que fazem da militância e da defesa de uma sociedade mais humana uma escolha política e eticamente orientada. Como todo processo de escolha, os *protagonistas* desse movimento arcam com consequências pessoais e, dialeticamente, se constituem à medida que constroem a história da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Neste ponto do trabalho, apresentaremos elementos da trajetória da Reforma Psiquiátrica, pela voz de uma trabalhadora que esteve desde muito jovem envolvida na construção de um cuidado digno àqueles historicamente excluídos. Trata-se de *Ana Maria Fernandes Pitta*, uma psiquiatra baiana que, desde os tempos de movimento estudantil à ocupação da coordenação de Saúde Mental, junto ao Ministério da Saúde, imprime em sua caminhada coragem e muita luta. A fim de situar a narrativa, serão abordados previamente temas que a subsidiem, traçando um panorama referente ao trabalho em saúde e saúde mental, bem como uma contextualização histórica e sinalização dos marcadores, em nível coletivo, da participação e protagonismo dos trabalhadores em saúde mental.

2.1 Os ossos do ofício: sobre as dimensões ética, estética e política do trabalho.

O Trabalho humano pode ser entendido por diferentes perspectivas; assim, numa análise etimológica da palavra trabalho, em português, tem-se o vocábulo do latim *tripalium*, o qual, por sua vez, é o nome dado a um instrumento composto por três paus salientes, que originalmente era utilizado como ferramenta no cultivo de grãos e, posteriormente, como elemento de tortura aos escravos; a esse radical se liga o verbo

tripaliare, que tem o significado de torturar. Para Albornoz (1992), é essa a raiz das noções de sofrimento, vinculados a esforçar-se, laborar e obrar. Karl Marx e os autores de tradição marxista salientam que é com o Trabalho que se dá a construção de uma *práxis* que sintetiza a relação entre o humano e a natureza, por meio de um processo de produção mútua. Friedrich Engels (1990) vai além e, em um ensaio de 1876 denominado “O papel do Trabalho na transformação do macaco em Homem”, conclui que o Trabalho cria o próprio homem, fundamentando sua postura a partir da análise da evolução do macaco e da complexidade de suas atividades.

No que diz respeito aos humanos que têm como atividade o trabalho no campo da saúde, ou seja, que se colocam no mundo com a tarefa de cuidar do outro, uma série de reflexões podem ser feitas. Peduzzi (2003) concebe o trabalho no setor saúde como reflexivo, permeado por incertezas e discontinuidades, no qual o sujeito trabalhador cumpre a função de intermediar técnicas e saberes “cientificamente” constituídos, e uma determinada necessidade expressa na realidade cotidiana. Por se tratar de uma atividade relativamente autônoma, as decisões passam pelo crivo subjetivo e ético do trabalhador, isto é, o trabalho em saúde, como um encontro entre dois sujeitos, possui, necessariamente, uma dimensão intersubjetiva. Do ponto de vista do trabalhador, isso implica realizar escolhas balizadas por questões institucionais, técnicas, éticas e políticas, mas, ainda assim, escolhas, de modo que, no dia a dia, as ações de trabalho podem estar “[...] traduzindo projetos coletivos e individuais, pois o sujeito do trabalho, para além de portador de projetos e valores coletivos e/ou institucionais, tem projetos próprios que lhe permitem construir estratégias de adesão ou recusa aos primeiros.” (PEDUZZI, 2003, p. 83).

A ênfase propositalmente colocada na perspectiva do sujeito se justifica, segundo Merhy (2002), porque, na esfera micropolítica das relações de trabalho na saúde, a noção de impotência não cabe, especialmente, se levada em consideração a dimensão do Trabalho Vivo. As concepções de Trabalho Vivo e Trabalho Morto são abordadas pelo autor para análise das características do trabalho em saúde, em uma inspiração nos conceitos elaborados por Marx. Assim, Trabalho Morto é configurado como algo em que já foi aplicado um trabalho pregresso, a exemplo dos instrumentos, ao passo que o Trabalho Vivo em ato corresponde àquele que ocorre no momento em que está sendo produzido, localizando-se no âmbito do encontro e das abordagens relacionais, sendo, portanto, propulsor de autonomia e “autogoverno”. Nesse sentido, a

capacidade do trabalhador de se autogovernar é tensionada pelas formas instituídas de controle do trabalho, representada tanto por regras e normas da instituição quanto por ferramentas de quantificação de produtividade. Todavia, justamente por se produzir em ato, por meio do encontro com um outro, o trabalho em saúde carrega uma potencialidade de se esquivar do controle absoluto, mantendo certo grau de autonomia.

Ao adentrarmos no que é próprio do trabalho em Saúde Mental, outros elementos são colocados para análise, de modo que a historicização desse campo nos auxilia a chegar a essas análises. Atualmente, uma pessoa que se identifique como trabalhadora da saúde mental, no Brasil, pode estar realizando suas atividades em qualquer um dos equipamentos da RAPS, entretanto, de acordo com Amarante (2007), essa realidade é recente em nossa história, porque, durante grande parte do século passado as pessoas que trabalhavam com “saúde mental” certamente se localizavam nos manicômios. As condições de trabalho nesses ambientes refletem a relação da sociedade com a Loucura e as características de exploração da classe trabalhadora. Nesse contexto, o livro de Maria Clementina Pereira Cunha, intitulado *O Espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*, retrata, pelos olhos de uma historiadora, a dinâmica concreta de um dos maiores manicômios do país, entre o final do século XIX e os anos 1930. A respeito, alguns excertos ajudam a compreender o trabalho, nesse ambiente:

O serviço, por sua vez, era extremamente penoso e sobrecarregado: cada pavilhão comportava apenas um enfermeiro e guardas na proporção de um para cada dez loucos internados, em jornadas que se estendem das 7 às 22 horas, em condições de alta insalubridade [...] Destes enfermeiros e guardas se exigia o desempenho de uma função bastante delicada: deviam ser “os olhos do médico”, cabendo-lhes vigiar, observar os doentes, anotar seus comportamentos e sintomas, comunicá-los ao alienista, tanto quando dividir com o “especialista” as tarefas da “terapia moral”. (CUNHA, 1986, p. 93).

Trabalhadores aviltados, postos em tarefas que causam repugnância e tensão, submetidos a uma disciplina de caserna e obrigados a adotar uma postura que lhes era tão estranha quanto os próprios loucos, estes encarregados, enfermeiros e guardas, constituem peças-chaves da engrenagem: é deles o privilégio do contato direto com o louco, a eles pertence o cotidiano do hospício e são eles que, fundamentalmente, lhe imprimem sua dinâmica concreta. (CUNHA, 1986, p. 97).

A análise das condições de trabalho nos manicômios passa por outras questões, tais como a função e a categoria do sujeito, na instituição, levando em consideração tanto o *status* quanto a relação entre saber e poder instituídas, de modo que alguns

trabalhadores gozavam de maiores benefícios que outros. No entanto, cabe salientar que, mesmo em tempos áridos da Psiquiatria nacional, alguns sujeitos se destacaram por questionar as práticas hegemônicas. A título de exemplo, tem-se o caso da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), entidade civil de utilidade pública, criada no ano de 1923 pelo psiquiatra Gustavo Kohler Riedel, a qual tinha por objetivo melhorar a assistência aos “doentes mentais”, porém, a partir de 1926, seus objetivos passam a se tornar cada vez mais distantes das estratégias dos psiquiatras: falava-se, cada vez mais, em prevenção, eugenia e educação dos indivíduos. A princípio, essas ações não eram destinadas a indivíduos “sadios”, ficando restritas à assistência, posteriormente, adota-se a noção de prevenção psiquiátrica próxima da concepção de prevenção, no âmbito das doenças orgânicas, de maneira que os psiquiatras alargam seus horizontes e começam a ocupar o campo social, perpetuando discursos racistas e higienistas. Embora o pensamento da LBHM estivesse nitidamente identificado com a Psiquiatria nazista, no mesmo período, alguns psiquiatras, reconhecidos pela Liga, atuavam em um caminho contrário e buscavam, em suas pesquisas, de fato melhorar a assistência psiquiátrica, como é o caso de Ulysses Pernambucano (COSTA, 2006).

Ulysses Pernambucano de Mello Sobrinho (1892-1943) fora definido, pelo sociólogo e seu primo, Gilberto Freyre, como “[u]m psiquiatra além da Psiquiatria, com alma de sanitarista, um psicólogo e um psiquiatra alongados em cientista social”; para Luiz Cerqueira, seu discípulo e seguidor: “O gênio renovador de Ulysses Pernambucano desafiava tudo que era arcaico, ria dos formalismos e denunciava as contrafações, arrostando com as consequências.” Apesar de vinculado à LBHM, Ulysses apostava em uma assistência não hospitalocêntrica e, em 1931, rompe com a primazia do hospital psiquiátrico, ao criar o primeiro serviço ambulatorial do país, no Hospital Correia Picanço, em Recife. Além da passagem pelo hospital Tamarineira, como médico e posteriormente diretor, Pernambucano foi professor, fez estudos epidemiológicos, realizou pioneiramente cursos de monitores de saúde mental e visitantes sociais e, em 1935, foi perseguido politicamente e preso; após sua saída da prisão, sofre um infarto e é afastado compulsoriamente de suas funções como funcionário do Estado. Posteriormente, inaugura, em 1936, um hospital particular, o Sanatório Recife, que se tornaria uma instituição modelar. Sobre a prática da Psiquiatria e em suas palavras: “O que não afronta os poderosos para defender o doente mental, quando privado de

qualquer dos seus sagrados direitos à assistência e proteção, por comodismo, interesse pessoal ou receio de represálias – não é um psiquiatra.” (BASTOS, 2002, p. 62).

Outras trajetórias, como as de Juliano Moreira, Osório Cezar, Nise da Silveira, Luiz Cerqueira, entre outras pessoas, poderiam ilustrar o protagonismo de homens e mulheres no cuidado com a Loucura e no afrontamento às práticas violentas. Porém, durante os anos que precederam o início do movimento da Reforma Psiquiátrica, o trabalho no campo da saúde mental se dava majoritariamente no contexto dos manicômios, que, a partir da ditadura militar brasileira (1964-1985), se tornaram, em sua maioria, privados ou conveniados ao setor público. Para se ter uma ideia, em 1941, havia 62 hospitais psiquiátricos, no país, sendo 23 públicos, correspondendo a 80,7 % dos leitos, e 39 privados, responsáveis por 19,3% das internações, enquanto, em 1981, esses dados se invertem e os hospitais privados passam a deter 70,6% dos leitos, ao passo que os públicos ficam responsáveis por apenas 29,4%. Com um número cada vez maior de leitos e uma oferta de tratamento exclusivamente manicomial, o Brasil passa pelas décadas de 60 e 70 na contramão das iniciativas de outros países da Europa e dos Estados Unidos. Alguns documentos chegaram a ser lançados, no país, demonstrando a influência da Psiquiatria comunitária norte-americana, tais como a Portaria 32, expedida pela DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), em 1974, e o Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM), lançado na VI Conferência Nacional de Saúde, em 1977. Embora esses e outros manuais, planos e ordens de serviço, advogassem a favor dos princípios de uma prática preventivista e extra-hospitalar, nunca chegaram a ser efetivamente implantados, e o que se viu foi o financiamento da iniciativa privada, através das contratações via Previdência Social, em um fenômeno denominado por Luiz Cerqueira, posteriormente, como Indústria da Loucura (PAULIN; TURATO, 2004).

Vasconcelos (2008) propõe uma periodização da história da Reforma Psiquiátrica brasileira em três grandes fases: a primeira delas é datada entre 1978 e 1992, a segunda vai de 1992 a 2001 e a última, de 2001 aos tempos atuais. Interessamos, a esta altura, especialmente, a emergência do movimento de contestação; nesse sentido, o autor subdivide a primeira fase em três períodos: o primeiro localiza-se entre o final dos anos 1970 e meados dos anos 1980, anos que correspondem politicamente ao processo de mobilização da sociedade civil e dos movimentos sociais, em prol da redemocratização do país; em relação à saúde mental, o período é marcado por inúmeras denúncias e mobilizações frente à violência presente nos manicômios, denunciando-se

também os altos lucros gerados pela Indústria da Loucura e reivindicando-se melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos.

Para Sader (1995), a emergência de novos coletivos, no final da década de 1970, representa a afirmação de diversos setores sociais excluídos da cena política até então, denotando autonomia e contestação da ordem; esses movimentos eram organizados em torno da garantia de suas necessidades, correspondentes a bens e serviços essenciais à sua reprodução e articulados diretamente com as experiências vividas. Assim, no que se refere aos movimentos no campo da saúde mental, inicialmente, as denúncias partiram dos sujeitos que lidavam cotidianamente com a realidade em questão, ou seja, os trabalhadores da saúde mental foram os primeiros a problematizar o lugar do manicômio junto à sociedade. Em um contexto no qual a luta pela transformação das instituições se fazia possível, os trabalhadores, através do questionamento da própria prática cotidiana e das condições de trabalho, deram o tom ao movimento, de modo que a Reforma Psiquiátrica “[...] foi sendo construída por quem vivenciava o cotidiano de violência das instituições, angustiados pelas contradições e questões que a prática impunha, mas que, inspirados pelo clima político e cultural, acreditavam na possibilidade de transformação.” (YASUI, 2006, p. 32).

Cabe salientar que a experiência brasileira não se dá de forma isolada e é influenciada pelos processos que aconteciam em outras partes do mundo. Nesse sentido, Vasconcelos (2008) pontua que os movimentos que ocorrem na segunda metade do século XX, na Europa, também são vinculados a conjunturas sociais e políticas peculiares: a experiência italiana, por exemplo, acontece em um momento de intensificação das forças de esquerda. Em 1961, ao assumir a direção do hospital psiquiátrico de Gorizia, Franco Basaglia considera, a partir das críticas à Psiquiatria tradicional, que a efetiva transformação no contexto dos manicômios não se restringiria ao nível do hospital e só seria possível por uma dimensão negativa, isto é, de um movimento de destruição e conseqüente superação; pensava também que a situação de exclusão representada pelos manicômios era tão complexa, a ponto de não poder ser solucionada simplesmente por um viés técnico. Assim, o trabalho em Gorizia passaria a ser desenvolvido por meio da análise em três eixos: “[...] a origem e o pertencimento de classe dos internos do hospital; a pretensão de neutralidade e de produção de verdade das ciências; a função social de tutela e controle da Psiquiatria, do manicômio e do técnico na constituição da hegemonia.” (AMARANTE, 1996, p. 73).

Embora Basaglia acreditasse que a transformação necessária não se daria apenas em nível técnico, a conscientização e o questionamento por parte dos trabalhadores acerca da não neutralidade de suas práticas e do quinhão de poder e responsabilidade sobre a violência no manicômio foram condição primária, tanto para o desenvolvimento da experiência em Gorizia quanto para a transformação do tipo de relação que se estabelecia com o sujeito internado. Essa provocação visava a desnaturalizar as relações cristalizadas entre os três polos do hospital: os médicos, os doentes e os técnicos. O que viria a ser denominado como recusa do mandato terapêutico passava, portanto, pela conscientização da condição e do lugar social do trabalhador frente à sociedade e pela ambiguidade possível no trabalho com a loucura:

Agir no interior de uma instituição de violência mais ou menos camuflada significa recusar o mandato social que ela delega, dialetizando, no plano prático, tal negação: negar o ato terapêutico como ato de violência mistificada com o objetivo de unir nossa consciência de sermos simples prepostos da violência (portanto, excluídos) à consciência que devemos estimular nos excluídos, a de o serem, sem contribuir de nenhuma maneira para sua adaptação a essa exclusão. (BASAGLIA, 1985, p.103).

A propósito das primeiras denúncias feitas pelos trabalhadores, no contexto brasileiro, destaca-se que, em abril de 1978 ocorre o episódio conhecido como crise da DINSAM. Foi um acontecimento que, segundo cronologia proposta por Amarante (1995), ficaria marcado como o estopim do movimento da Reforma Psiquiátrica, no Brasil; nessa ocasião, os profissionais vinculados às quatro unidades da Divisão (Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho) deflagraram uma greve, mas um fato anterior e importante para tal decisão fora o registro feito por três médicos do Centro Psiquiátrico Pedro II, no livro de ocorrências da instituição, das irregularidades daquele hospital, expondo publicamente a situação. A greve culminaria na demissão de 260 estagiários e profissionais que já vivenciavam condições precarizadas de trabalho, além da publicização da violência dos manicômios e um relativo alcance de divulgação, na mídia nacional.

Após o episódio da crise da DINSAM e com a articulação e a criação de entidades, tais como os núcleos estaduais de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), a Comissão de Saúde Mental do sindicato dos médicos, o

Movimento de Renovação Médica (REME), a Rede de Alternativas à Psiquiatria e a Sociedade de Psicossíntese, os trabalhadores organizaram-se em torno do que se denominou Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Este se constituía enquanto um espaço não institucionalizado, múltiplo e plural, o qual tinha como objetivo se fortalecer enquanto articulador de discussões e informações a respeito da assistência Psiquiátrica. As principais reivindicações feitas no início eram voltadas às condições de trabalho, como os aspectos salariais e de carreira, as questões institucionais hierárquicas e autoritárias, a formação dos recursos humanos, as condições de atendimento e a limitação do modelo assistencial em vigência (AMARANTE, 1995).

No âmbito das discussões, alguns eventos merecem destaque, por representarem momentos importantes de encontro e posicionamento dos trabalhadores. Nesse sentido, em outubro de 1978, acontece, em Camboriú, o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, organizado por setores conservadores ligados à Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), o qual serviria de ponto de encontro para a insurgente discussão dos trabalhadores da saúde mental, de sorte que esse evento fica marcado como “Congresso de Abertura”. No mesmo ano, na cidade do Rio de Janeiro, tem-se o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, organizado pelo IBRAPSI (Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições), que traz ao Brasil figuras importantes do movimento internacional, como Félix Guattari, Robert Castel, Erwing Goffman, Thomas Szasz e Franco Basaglia (AMARANTE, 1995).

As vindas de Franco Basaglia influenciaram sobremaneira os trabalhadores envolvidos com o movimento, à medida que, a partir de suas experiências, o italiano “[...] abriu um novo horizonte ético, teórico, prático e cultural” (NICÁCIO; AMARANTE; BARROS, 2005, p. 196). As conferências proferidas no ano de 1979 deram origem ao primeiro livro de Basaglia³ publicado no país, e foram importantes também para o fortalecimento da Rede de Alternativas à Psiquiatria. As relações de intercâmbio com a experiência italiana tornaram-se cada vez mais fortes, muitos estudantes e trabalhadores brasileiros aceitaram o convite feito por Basaglia, durante sua passagem pelo Brasil: “*Venite a vedere*” [Venham ver], dizia ele. Franco Rotelli, Franca

³ O livro *Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática* é publicado, em 1979, pela Editora Brasil Debates. É composto pela transcrição das conferências feitas por Basaglia no Rio de Janeiro, em São Paulo e em Belo Horizonte.

Ongaro Basaglia e tantas outras pessoas envolvidas com a experiência basagliana vieram para o país, nos anos subsequentes, fortalecendo esse intercâmbio.

Em relação à dimensão de intercâmbio das experiências entre os países, a Rede de Alternativas à Psiquiatria foi um movimento internacional constituído em Bruxelas, em janeiro de 1975, com o objetivo de colocar em diálogo as experiências que estavam ocorrendo em torno de uma nova perspectiva de assistência psiquiátrica. A construção dessas alternativas era atravessada pela discussão das contradições sociais e da Loucura; buscava-se, para além do debate teórico, um lugar de encontro entre os profissionais-militantes e suas experiências práticas, entendendo-se ainda que essa construção não poderia ser feita sem o diálogo com as lutas sociais mais gerais (GUATTARI, 1987).

Muitos outros eventos aconteceram, entre o final dos anos 70 e meados dos anos 80⁴, porém, nós nos deteremos em alguns que expressam, de maneira particular, o protagonismo dos trabalhadores, quais sejam, os Congressos de Trabalhadores em Saúde Mental do Estado de São Paulo e a I Conferência Nacional de Saúde Mental.

Em 1985, acontece em São Paulo o I Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental do Estado, evento de caráter oficial, o qual contou com mais de mil participantes e foi organizado pela gestão do Estado, sem a participação dos trabalhadores, com o objetivo de discutir e implementar as propostas relativas à Secretaria Estadual de Saúde. A exclusão dos trabalhadores da organização do congresso desagradou os sujeitos envolvidos, ocasionando uma manifestação logo na abertura do evento – os trabalhadores levantaram-se de seus lugares e anunciaram uma carta-manifesto, em que expressavam seu descontentamento: “[...] esse protesto era a expressão daqueles que “nomeados” pelo Estado como trabalhadores, assumiam de fato essa condição, reivindicando uma participação mais efetiva nas decisões daquilo que, afinal, é o seu ofício: o trabalho em saúde mental.” (YASUI, 1989, p. 50).

Nota-se, por conseguinte, que o protagonismo por parte dos trabalhadores não se resumia aos seus locais de trabalho, porque, além de reprovarem o fato de não terem participado da organização do congresso, denunciavam situações como a disparidade das condições salariais entre as categorias profissionais e a incoerência entre o que era proposto pela política e a forma de mensurar as atividades de trabalho. Tal

⁴ Para maiores detalhes, recomenda-se a leitura da obra *Loucos pela Vida*, publicada pela Editora Fiocruz e organizada por Paulo Amarante.

acontecimento se relaciona com um ponto que gerava divergências no Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental: alguns sujeitos eram favoráveis à estratégia de ocupação de cargos públicos por parte de membros do movimento, ao passo que outros se colocavam contrários e mantinham a postura de conservar um caráter mais autônomo, de sorte que tais cisões dariam origem à Plenária dos trabalhadores em saúde mental.

Em um depoimento concedido à revista do Conselho Federal de Psicologia, em 1988, Monica Valente, enquanto representante do coletivo, fala sobre esse episódio e sobre um outro Congresso de Trabalhadores, o qual aconteceria um ano depois. A Plenária pode ser definida como uma entidade independente que congregava profissionais de diferentes categorias em torno da discussão da saúde mental, almejando dialogar tanto com os órgãos públicos quanto com a população em geral. Surge a partir da articulação dos trabalhadores do setor, que fizeram e dirigiram o II Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental do Estado de São Paulo; diferentemente do primeiro, o evento contou com os trabalhadores em todas as suas fases. De acordo com Valente (1988), nesse encontro, foi possível discutir livremente as inquietações dos profissionais, por conta de ter ocorrido de forma totalmente independente do Estado e, na ocasião, os trabalhadores partilharam das práticas que realizavam e das ideias advindas da experiência cotidiana. Uma característica importante a ser destacada é a articulação que o movimento pretendia ressaltar entre as questões referentes ao campo da saúde mental e a estruturação da sociedade, de modo que os anseios da Plenária se associavam com a questão maior em torno de uma sociedade mais justa:

O nosso movimento tem como uma de suas pretensões levar essas questões para toda a sociedade, envolvendo os trabalhadores, as donas de casa, as minorias discriminadas, para criar uma compreensão coletiva de que a atual estrutura de atenção à saúde mental é horrível, e que não bastam melhorias plásticas, ou maiores aprofundamentos teóricos para a resolução dessa problemática. Ela passa, também, por relações sociais diferentes, e isso só ocorrerá se a sociedade toda estiver envolvida num processo de lutas que culmine pela conquista da plena cidadania a todos. (VALENTE, 1988, p. 18).

Ainda em 1987, como desdobramento da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, são pensadas conferências setoriais, como a de Saúde Mental. Em um clima de conflito entre o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, a diretoria da DINSAM e membros da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a 1ª Conferência

Nacional de Saúde Mental é organizada pela Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, contando com 176 delegados eleitos nas pré-conferências estaduais e tendo três eixos norteadores, a saber: I – Economia Sociedade e Estado: impactos sobre a saúde e a doença mental; II - Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; III – Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental. O relatório dessa conferência explicita, de maneira muito nítida, o teor político e ideológico das discussões que aconteceram, apontando para a responsabilidade da organização social do país em relação às contradições existentes na assistência à saúde mental; ademais, o relatório mostra o entendimento de que a conquista de direitos básicos seria imprescindível para se pensar melhorias para o setor. Sobre a assistência, propunha a urgência em se reverter a tendência hospitalocêntrica, priorizando a composição do cuidado extra-hospitalar, por meio da composição de equipes multiprofissionais, ressaltava ainda a necessidade de democratização do acesso ao trabalho no setor, defendendo uma política de recursos humanos que prevísse a contratação exclusiva por concursos públicos, bem como a implantação de plano de cargos e salários, equiparação salarial e fomento à formação para a área.

No que se refere à condição do trabalhador, assim como a experiência italiana, salienta a noção ambígua em que pode se encontrar o profissional, na medida em que não se conscientiza de sua função social; nesse sentido, convoca todos os trabalhadores para, em conjunto com a sociedade civil, a encapar uma luta em prol de melhores condições de vida, de trabalho e, conseqüentemente, de assistência. Sobre a necessidade da conscientização e da desnaturalização das práticas violentas, o relatório demonstra com clareza a orientação ética e política daquele momento:

Assim sendo, os trabalhadores de saúde mental podem se constituir em instrumentos de dominação do povo brasileiro, seja por uma opção astuta e de identificação com os interesses das classes dominantes, seja por uma ingenuidade que supõe que a intervenção técnica é neutra e asséptica. É urgente, pois, o reconhecimento da função de dominação dos trabalhadores de saúde mental e a sua revisão crítica, redefinindo o seu papel, reorientando a sua prática e configurando a sua identidade ao lado das classes exploradas. (BRASIL, 1988, p. 12).

No decorrer da conferência, os trabalhadores organizaram discussões paralelas e, dessas discussões, surge a necessidade de compor um espaço de encontro no qual fosse possível pensar o desenvolvimento do próprio movimento, seus princípios e estratégias de atuação, além de problematizar e manter a vigilância sobre os encaminhamentos da

política oficial. Assim, é formada uma comissão nacional que seria responsável por organizar o II Congresso Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental, que viria a ocorrer em dezembro de 1987, na cidade de Bauru. As articulações entre os trabalhadores demonstram a força de um movimento que se mostrava conectado às ideias de construção de outra realidade possível, evidenciando o poder dos sujeitos em grupo. O relatório da conferência, além de se constituir enquanto o primeiro documento oficial que aponta para a mudança do modelo assistencial, reafirma a potência dos trabalhadores, uma vez que, em detrimento da tentativa de controle por parte do poder público, “[...] se exercitou uma tomada de poder pela sociedade civil. Todo o Programa da Conferência organizada como se fora um Congresso Psiquiátrico cai por terra para dar lugar a uma assembleia popular.” (PITTA, 2011, p. 4584).

O Congresso de Bauru é considerado um marcador importante para a história da Reforma Psiquiátrica e, desde esse momento, o movimento deixa de ser exclusivamente de trabalhadores e novos atores sociais passam a compor o cenário, com destaque para as associações de usuários e familiares, além de estudantes, artistas e quem mais simpatizasse com a causa. Passa-se a afirmar a postura de luta pela desinstitucionalização, entendida com base na experiência italiana e não como mera desospitalização, surgindo o lema “Por uma sociedade sem manicômios” e definindo também o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Dado a sua importância, o Congresso de Bauru será abordado, em seus pormenores, em outros pontos deste trabalho.

A partir dos elementos trazidos até então, é possível vislumbrar tanto os aspectos éticos quanto os aspectos políticos do envolvimento dos trabalhadores na militância em saúde mental, no entanto, é importante também abordar seus aspectos estéticos, ou seja, àqueles vinculados à dimensão criadora dos trabalhadores, os quais, ao mesmo tempo em que criticavam o modelo hospitalocêntrico, se viam impelidos a inventar novas formas de se relacionar com o sujeito em sofrimento psíquico. A dimensão da inventividade do trabalho esteve presente nas experiências inaugurais, a exemplo da intervenção na Casa Anchieta, em Santos (1989), e da criação do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo (1987) – essas e outras experiências menos abordadas pela literatura da área, tais como o trabalho na Unidade Sanitária de Murialdo e a Clínica Pinel, no Rio Grande do Sul, a experiência de Campinas e a Casa das Palmeiras, desenvolvida por Nise da Silveira, no Rio de Janeiro,

dentre outras, representam uma contribuição importante desses trabalhadores para a construção da Reforma psiquiátrica brasileira.

Isabel Mazarina (1989), a partir do lugar de supervisora clínico-institucional das primeiras experiências inovadoras no campo da assistência, tece alguns comentários a respeito das vivências dos trabalhadores, no traquejo com a loucura e com as nuances institucionais. Pontua a existência de muitos casos clínicos desse contexto, que não se relacionavam diretamente aos sujeitos atendidos, mas àqueles que prestavam o cuidado, sobretudo, em situações nas quais se buscava construir alternativas diferentes. Ao abordar a categoria trabalhadores de saúde mental, explicita que todas as pessoas envolvidas no serviço, desde o pessoal de nível técnico aos médicos, passando pelos setores administrativo e de manutenção, constituem um grupo heterogêneo de sujeitos ligados a essa condição. Nesse sentido, as posturas variavam entre as pessoas altamente implicadas e identificadas com a transformação das práticas institucionais, aquelas que desacreditavam das possibilidades, mantendo posturas acomodadas, os sujeitos que haviam desistido de tentar algo novo, devido a um número incontável de frustrações, e os que se identificavam com o discurso autoritário, todas essas diferenças envolvidas ainda com questões como tempo de serviço na área, características do processo formativo e proximidade com o final da vida de trabalho. Nesse contexto, sentimentos de impotência, isolamento e alienação marcavam presença nesses ambientes, porém, como antídoto a essas questões, Mazarina (1989) enfatiza a importância da construção de espaços coletivos em que o trabalhador pudesse compartilhar suas vivências e trocar com colegas, visando ao fortalecimento da equipe, para que fosse possível “[...] instalar a crise, ousar inventar, recuperar o poder delegado tantas vezes, e fazê-lo potência. Não somos só vítimas das armadilhas do poder, também podemos exercê-lo.” (MAZARINA, 1989, p. 74).

À época, a construção de formas alternativas de cuidado e acompanhamento dos sujeitos que historicamente estiveram à margem do que se considera normal exigia dos trabalhadores um comprometimento ético e uma ousadia para cuidar, além de uma disposição em acolher conteúdos e vivências que, por vezes, extrapolam o limite do que se pode decifrar ou entender. Todavia, pensando que todo esse processo é concretizado pela ação de sujeitos, com suas limitações e angústias, considera-se uma série de dificuldades. Assim, processos radicais de transformação e construção do novo tiveram inícios dramáticos, justamente por tratar-se de rupturas épicas (PITTA, 1996).

Scarcelli (1998) desenvolveu uma pesquisa objetivando compreender tanto a inserção quanto a atuação de trabalhadores em saúde mental na implantação da rede substitutiva na cidade de São Paulo, entre os anos de 1989 e 1992, usando como ferramenta, para tanto, a observação de grupos de supervisão clínico-institucional realizada em parceria entre o município e a Universidade de São Paulo (USP). Em suas análises, destacou alguns eixos importantes sobre a vivência dos trabalhadores, nesse período, tais como: a questão da concepção de loucura na prática com os sujeitos, os desafios do incipiente trabalho em equipe multiprofissional, os aspectos da formação profissional para o trabalho na área e o desafio da construção de novas práticas.

Paralelamente aos desafios postos pela militância, nas reivindicações e protestos em defesa de uma nova política de assistência, os trabalhadores experienciavam ainda a angústia de se relacionar com as indefinições e indiscriminações, no contexto das novas práticas. Assim, cada qual, à sua maneira, deveria lidar com a ampliação dos espaços tradicionalmente considerados terapêuticos, caracterizados pelo uso de medicação e por consultas e psicoterapias individuais, por exemplo, a fim de construir novas relações e ambientes de cuidado, expressos pelas oficinas, grupos, passeios, festas e atividades que apostassem em uma nova maneira de se relacionar com o sujeito. Essas construções suscitavam questionamentos, para os trabalhadores, acerca da identidade profissional construída até então e os colocavam em contato direto com o medo e a identificação em torno da loucura. Para além das questões vivenciadas no âmbito individual, a construção de novas práticas apresentava aos trabalhadores o desafio de relacionar-se com colegas de outras áreas. Com efeito, a equipe multiprofissional, entendida como a possibilidade de síntese e construção coletiva de projetos, representava também a necessidade de construir um trabalho em grupo, um olhar conjunto, pondo em análise diferentes saberes e práticas, bem como a necessidade de reestruturar, revisar e superar elementos da formação individual. Ainda no que se refere ao contexto das equipes, a composição delas, em relação à postura de cada trabalhador, se fazia heterogênea. Ou seja, cada qual possuía uma visão sobre o que seriam as novas práticas, concepções que variavam entre sujeitos críticos da violência e das condições de trabalho nos manicômios até aqueles que compreendiam o manicômio como instituição social excludente, ligada ao modo de produção capitalista, e a Psiquiatria tradicional, como um aparato ideológico desse sistema. É possível

considerar que o contexto da construção de novas práticas exigia também a construção de novos profissionais:

A atividade criativa no trabalho, relacionada a processos de ressignificação, apresenta-se como condição essencial para superação das antigas em novas práticas e, ao mesmo tempo, para a transformação dos próprios sujeitos nelas envolvidos. Tal atividade diz respeito à disponibilidade para enfrentar e superar conflitos advindos das contradições do modelo e impasses instalados nas relações intersubjetivas. O espírito do novo, a aplicação, a descoberta, a invenção como produto do trabalho em equipe implicam uma plasticidade na convivência grupal, condição para superação de relações cristalizadas, estereotipadas e burocratizadas. (SCARCELLI, 1998, p. 133).

Como foi possível notar, todo o processo de construção da Reforma Psiquiátrica brasileira, assim como na experiência italiana, é iniciado pelos trabalhadores da área. Compreendendo dialeticamente esse movimento, é possível pensarmos na produção conjunta de sentidos, de serviços de saúde, de sujeitos trabalhadores e de uma história em que a militância e o trabalho caminham lado a lado, por um contexto histórico e político específicos, permeados por tensões e conflitos e respaldados, sobretudo, por escolhas éticas e políticas, vislumbrando a construção de um cuidado digno e de uma sociedade mais justa.

2.2 A estrada se faz caminhando: a trajetória de Ana Pitta

Elencados alguns elementos, como cenário e subsídio à compreensão do contexto da emergência do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e reafirmando a concepção de que a história é feita por pessoas, procederemos à exposição da narrativa tecida a partir da entrevista com Ana Maria Fernandes Pitta. Para a construção da narrativa, foram elencados três unidades de sentido, a saber: *Os caminhos na saúde mental: a relação com a Loucura, o ensino e o trabalho como afirmações éticas; O Departamento de Medicina Preventiva como articulador de encontros: política, sujeitos, grupos e instituições; Marcas da ousadia: dimensão criativa e criadora nos serviços de saúde.*

A fim de situar o leitor, indicaremos a princípio informações mais técnicas da trajetória da entrevistada. Ana Pitta é psiquiatra com formação em Psicanálise, graduada em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Mestre e Doutora pela

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), por meio do Departamento de Medicina Preventiva e da área de concentração em Saúde Mental, tendo realizado estudos de pós-doutorado nas Universidades de Montréal e McGill, no Canadá, e no Instituto Mario Negri, na Itália, além de especializações nos campos de administração da saúde e saúde pública. Enquanto docente, esteve em diversas Universidades no Brasil, destacando-se a Universidade de São Paulo (USP), a Universidade Federal da Bahia (UFBA) e a Universidade Católica de Salvador (UCSAL), onde atualmente é professora em nível de pós-graduação. Enquanto consultora, atuou junto à Organização Mundial de Saúde (OMS) e à Organização Panamericana de Saúde (OPAS), além do Ministério da Saúde, onde também foi coordenadora de Saúde Mental.

Em que pese a preocupação em ter suprimido muitos pontos da trajetória profissional e acadêmica de Ana Pitta, mas certos de que a intensidade de sua caminhada se expressa de forma ainda mais marcante em sua narrativa, o conteúdo de sua entrevista será abordado nos itens que se seguem.

2.2.1 Os caminhos na saúde mental: a relação com a Loucura, o ensino e o trabalho como afirmações éticas

Toda história começa por um ponto e, para iniciar a abordagem do percurso de Ana Pitta pelos caminhos que a ajudaram a construir sua relação com a Loucura e a se constituir enquanto trabalhadora e militante no campo da saúde mental, uma frase nos auxilia a sintetizar sua postura: *“Eu sou uma militante da Luta Antimanicomial, porque eu não tenho saúde mental para conviver no manicômio.”* A dimensão da alteridade se torna explícita, em função das escolhas eticamente orientadas, ao longo de todo o seu processo de trabalho e no olhar potencializador que lança ao outro. Ao descrever a visão e a organização concreta dos manicômios, nota-se a sutileza em perceber como aquilo que foge à compreensão é evitado, inclusive, arquitetonicamente:

Os psiquiatras que trabalham no manicômio, eles vão cada vez mais se afastando da cena, não é à toa que a sala da recepção fica antes da porta que fica fechada, o serviço social logo assim, antes da porta que fica fechada, a sala onde os médicos atendem também antes, e o posto de enfermagem na frente, lá dentro fica o pátio, o pátio onde habitualmente as pessoas ficam sozinhas e, por isso, elas ficam nuas, e por isso tiram as árvores e vão... Porque vai sendo um lugar de evitação, um lugar de postergação, um lugar de aniquilamento, então, quanto menos testemunhas houver, melhor.

É ao seu lugar de testemunha dos maus-tratos e da violência dessas instituições que Ana Pitta atribui a sua entrada no movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para ela, não se pode precisar o início exato desse movimento, o qual passou a existir a partir da inquietação de muitos sujeitos, mesmo antes de ser denominado enquanto tal. Sobre sua trajetória, durante a ditadura militar brasileira (1964-1985), tendo como cenário internacional os processos reivindicatórios e contestadores que ocorrem no final dos anos 1960, especialmente os acontecimentos de maio de 68, na França, e do movimento da contracultura, Ana está inserida no movimento estudantil e é nesse contexto que se dão suas primeiras experiências práticas.

Dessas experiências, destaca-se a atuação enquanto estagiária no Hospital Ana Neri, na Bahia, ocasião em que participou de um trabalho com base nos pressupostos das comunidades terapêuticas desenvolvidas por Maxwell Jones (Inglaterra) e em iniciativas como a do Hospital de Saint Alban (França). Amparados no encontro com alguns professores, como o psicanalista argentino Emílio Rodrigué, e nas leituras feitas fora do contexto tradicional da academia, como as dos escritos de Pichón Riviere, François Tosquelles e Lucien Bonaffé, os estagiários de Medicina, Psicologia e Serviço Social desenvolviam grupos operativos, dando voz a sujeitos invisibilizados institucionalmente, vislumbrando tanto a horizontalidade das relações quanto o desenvolvimento dos sujeitos. A marca dessa experiência pode ser relacionada ao início de uma construção contra-hegemônica, a qual acontece, inclusive, a partir do acesso a esses conteúdos, bem como de uma postura alinhada à militância e ao pensamento de esquerda, na companhia de autores como Marx e Politzer. Ainda no contexto da graduação, a participação na abertura de uma enfermaria para pacientes de saúde mental, em um hospital geral, expressa a influência de alguns professores, a identificação com um tipo de pensamento em detrimento de outro e a implicação com o trabalho:

[...] abrimos uma enfermaria em hospital geral e aí o preço de abrimos essa enfermaria nesse hospital, onde eu fiz o 5º e o 6º ano, era darmos plantões, acompanharmos os doentes em hospital-dia; eu acompanhei esse pessoal, eram 15 que vinham todos os dias e saíam à tarde, nós tínhamos 20 pacientes internados, o lugar não era muito grande. Eram homens e mulheres, então, tínhamos que ter muitas atividades e aí contamos com vários professores legais, um que ensinava Grupo, outro que ensinava Psicanálise, outro que ensinava Antropologia, Etnopsiquiatria, então, foi legal, embora tivessem outros conservadores que defendiam o eletrochoque, que ensinavam o eletrochoque.

A implicação com o trabalho, assim como a postura de estar com o outro, é uma marca frequente na trajetória de Ana Pitta. Frente à impossibilidade de permanecer na Bahia, dado o conservadorismo acadêmico e a postura contrária dos donos de manicômios, presta concursos de residência em São Paulo e no Rio de Janeiro. A escolha pelo Rio se deu por conta de que era lá que, nos idos de 1975, se desenvolvia a primeira residência em Saúde Mental do país. A partir disso, mais uma escolha: entre o charme da Praia Vermelha, onde se localizava o Hospital Pinel, e o calor, afetivo e meteorológico, do bairro de Engenho de Dentro, onde se localizava o Centro Psiquiátrico Pedro II, Ana escolhe o segundo, em que estavam acontecendo experiências revolucionárias. É nesse contexto também que se dá o encontro com Nise da Silveira, outro ponto que marcaria de maneira muito peculiar a sua história. Embora instituída pelo Ministério da Saúde, a residência em questão fora interrompida pela ditadura, na figura do então Ministro da Saúde, Leonel Miranda, que, ao entender a experiência como subversiva, expulsou sumariamente seu diretor, Jairo Coutinho, e o supervisor dos estudantes, Washington Loiano. Todavia, antes disso, foi possível o aprendizado que a acompanharia, de modo que afirma que, pela possibilidade de inserção nessa residência, pôde aprender a Psicopatologia e a Clínica Médica de modo integrado, assim como a dosagem ética de medicamentos, ou seja, seu uso oportuno com vistas à superação das crises, para possibilitar o exercício da cidadania dos sujeitos, como instrumento de uma boa prática clínica, em doses menores, monitoradas, acompanhadas, ajustadas e suprimidas, conforme a necessidade e o acompanhamento dos casos. Durante a residência, acontece também o encontro com sujeitos igualmente implicados, dentre os quais são lembrados Benilton Bezerra, Walter Melo, Ana Fumaça, João Ferreira, Luiza Barzan e Ana Rocha. Sobre a potência desse grupo e o teor das experiências desenvolvidas, salienta:

[...] éramos um grupo muito implicado, muito afetado com tudo que estava acontecendo, e dávamos realmente plantão, ficávamos lá as noites, acompanhávamos aquelas pessoas que entravam, a gente atendia na emergência, acompanhávamos na enfermaria, tirávamos da enfermaria, vinha pro ambulatório, se tivesse dificuldade de moradia, ficava num lugar adiante e iam para as oficinas terapêuticas de Nise da Silveira, enfim, era tudo muito articulado.

Ao encontro com Nise da Silveira e ao convite para o trabalho na Casa das Palmeiras é atribuído o maior aprendizado em clínica e reabilitação psicossocial. Assim,

a participação nos grupos de estudo e o contato com a postura de Nise a faz refletir, por meio de propostas como a de participar junto com o grupo das oficinas desenvolvidas na Casa e da sugestão por manter a porta aberta, durante os atendimentos, rompendo com o tradicional *setting*. Nise apresenta outro olhar para o cuidado com pacientes em sofrimento grave, de modo a redimensionar as estratégias de cuidado:

[...] eu era uma médica, provavelmente arrogante e segura, com 24 anos de idade, então, tive de valorizar menos a intervenção muito restrita no indivíduo e pude valorizar e potencializar muito na minha cabeça o quanto as atividades... o uso de atividades coletivas, tipo oficina de tear, oficina de argila, oficinas de aquarela, pintura, oficinas de jornal, oficinas de teatro, oficinas de música, eram tão importantes quanto a Psicopatologia, a Clínica, a boa clínica, em um tratamento de uma pessoa que vive uma crise mental intensa.

Do contato com pacientes considerados graves, mais um aprendizado importante é construído: a perda do medo da Loucura. Ana atribui ao estigma difuso em torno da Loucura esse medo que acomete muitos profissionais, inclusive os bem-intencionados. Seu entendimento da sensibilidade desse processo é somado à postura de que, embora, na prática, houvesse a necessidade de relacionar-se com experiências indecifráveis, havia também a necessidade de não abandonar os sujeitos, ou seja, estar com, independentemente das circunstâncias, mas, para tanto, entende que é necessária disposição:

A loucura, aliás, a psique humana é desconcertante, e se você não tiver exposto, pronto pra isso, para esperar o inesperado, perseguir caminhos insólitos pra chegar onde você quer chegar, eu acho que você estará fazendo outra coisa, mas não trabalhar com a complexidade do humano, que não tá pronto, acompanhar essa normatividade habitual.

Ainda na composição de ferramentas para o trabalho, a Psicanálise se apresenta como um importante instrumento de reflexão, ou melhor, a Psicanálise eticamente orientada, plástica e em diálogo com o mundo, dado que a perspectiva mais ortodoxa dessa teoria sequer avalia a possibilidade de trabalho com os sujeitos identificados como psicóticos, posto que considera a impossibilidade de vínculo por conta de problemas na afetividade. A partir de experiências reais, consegue, enquanto psicanalista, descobrir justamente o contrário:

Então, é o contrário, um psicanalista, pra fazer uma psicanálise de um psicótico, de um esquizofrênico, tem que ser extremamente delicado e sensível, tem que saber muito de Psicanálise, para poder não prejudicar ou não neurotizar sintomas mais profundos do que ele pode alcançar, ter calma, a Nise me dizia muito isso: “Não vamos

procurar interpretar todas as coisas que você ouve, porque o mundo esquizofrênico é indecifrável.”

Ao considerar a Psicanálise como instrumento de reflexão e trabalho, tem em vista o exercício da mesma enquanto uma ação eticamente orientada, contextualizada e em consonância com uma visão de homem e de mundo, em detrimento da postura de outros profissionais que se identificavam como psicanalistas:

[...] porque eu vi nesse hospital do Rio de Janeiro muitos psicanalistas que trabalhavam as tardes e noites nos seus consultórios, analisando pessoas, e quando chegava de manhã, no hospital público de grande porte, aplicavam eletrochoque indiscriminadamente, sem nenhum pudor, nenhuma culpa, nenhum pudor. Como se a boa prática fosse essa e a clínica estivesse estratificada por classe social, cor e inserção na vida.

A dimensão do trabalho com a Loucura sempre se manifestou de forma muito importante, de modo que, por muito tempo, manteve um pequeno consultório, pois achava importante não perder o contato com a clínica, que, embora lhe causasse angústia, fora tomada como um espaço terapêutico também para ela, a ponto de que, nos momentos em que as obrigações acadêmicas a forçavam a se afastar, sofria. Sobre a distância entre a teoria e a prática, acredita que, a despeito de caminhar pelas políticas e pela epidemiologia, jamais se sentiu confortável se localizando em um grau de abstração que não chegasse à realidade.

Depois de uma longa trajetória de trabalho em outros contextos, como a docência, a gestão e as consultorias, a clínica no território reaparece enquanto um desejo, e já nos anos 2000, Ana Pitta é levada a transformar o seu vínculo de consultora do Ministério da Saúde em Psiquiatria e volta ao contato direto com os sujeitos, com a experiência de consultório de rua, a princípio como supervisora clínico-institucional depois coordenadora desse serviço e, por fim, psiquiatra. Sobre o contexto dessas experiências, ela salienta:

E nessa prática a minha grande dificuldade foi não medicar, porque o lugar que me foi depositado era um aprisionante, lugar de prescrição de psicofármacos para pessoas adoecidas, isso eu vivi também quando fui substituir psiquiatras faltantes na rede, onde era uma pilha desse tamanho de 40, às vezes mais, pessoas para ser atualizada a medicação, para mim eram casos novos, não conhecia nenhuma dessas pessoas.

Acerca dos desafios postos pelas estratégias de desmedicalização e avaliando, principalmente, as dificuldades provocadas pelo modelo médico hegemônico, que coloca na figura do médico um poder quase que absoluto, ela pensa que um antídoto em potencial seria o desenvolvimento, por parte da equipe, do que denomina uma contraprática ou contrapolítica potente, visando a que os rituais em torno daquilo que representa o poder médico se atenuem, à medida que as outras práticas se revistam de potência. Sua última experiência de clínica no território se deu no projeto Capitães da Areia, em Salvador, desenvolvido com adolescentes no contexto de exclusão, violência e uso abusivo de drogas. Embora tenha sido uma experiência considerada interessante e desafiadora, deixou-a no ano de 2015, por questões de saúde, as quais a impossibilitaram de continuar.

Analisando o percurso compreendido entre as primeiras experiências de estágio e o desejo de retornar ao trabalho clínico, percebe-se que as construções em torno da dimensão do trabalho diretamente com o sujeito ocupam um espaço importante, em sua configuração de vida. Essas construções, por seu turno, são permeadas por encontros, aprendizagens e escolhas, mas também pela integração entre as convicções e posturas políticas, aportes teóricos e posicionamento frente à vida. Outros encontros e outros processos de aprendizagem aconteceriam, ao longo de sua trajetória, porém, a marca das primeiras experiências estará presente, ajudando nas construções que aconteceriam sob outras circunstâncias.

2.2.2 O Departamento de Medicina Preventiva como articulador de encontros: política, sujeitos, grupos e instituições

Dentre os encontros e desencontros que o curso da vida proporciona, neste ponto, serão abordados aqueles que tiveram o Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo como pano de fundo. Após a interrupção da residência em Saúde Mental, no Rio de Janeiro, Ana Pitta e seu então companheiro vão à Europa em função de seu cargo de assessor da OMS. Ao retornar, surge, em seu horizonte, o Departamento de Medicina Preventiva enquanto possibilidade de desenvolvimento; com efeito, esse lugar possibilitaria o crescimento de Pitta, enquanto pesquisadora e professora, além de lhe ofertar a possibilidade de experiências práticas e de gestão, o encontro com sujeitos e o estabelecimento de vínculos, bem como a construção e o *link* com outras instituições.

A entrada no Departamento de Medicina Preventiva, em 1976, se deu por dois acontecimentos paralelos: de um lado, ela se inscreve para o Mestrado, na linha de concentração de Saúde Mental, e, por outro, integra um grupo que comporia o programa de Saúde Mental do Departamento, coordenado à época por Uraci Simões, um professor com quem havia convivido na Bahia. O programa seria considerado modelar para a formação de muitos dos sujeitos envolvidos com o movimento da Reforma Psiquiátrica, tendo como característica o cuidado territorial sendo desenvolvido a princípio nos bairros de Pinheiros e Vila Madalena e, posteriormente, após a construção do Centro de Saúde do Butantã, o serviço experimental passaria a acontecer no território do distrito sanitário do Butantã. Sobre esse tempo, a lembrança de muito trabalho e do que efetivamente se pode denominar cuidado territorial, com visitas domiciliares e tendo a internação psiquiátrica como um evento sentinela a ser evitado. Paralelamente ao que construía, na perspectiva da assistência, Ana seria indicada e atuaria na coordenação desse serviço por seis anos, desenvolvendo uma série de atividades no que ficaria conhecido como Modelo do Butantã. Além das experiências de cunho prático, a atividade docente no Departamento lhe possibilitaria o contato com outros elementos que ajudam a compor o seu olhar para o processo:

Então, isso foi me levando a aprendizados clínicos distintos, ao entrar no Departamento de Medicina Preventiva, eu entrei em um dia, no dia seguinte tive que dar aula de Epidemiologia e Políticas de Saúde, então, eu aprendi estas questões, que é uma prática que hoje se improvisa muito, qualquer pessoa é indicada pra cargos de Ministro da Saúde, Coordenador de Saúde Mental e não deveria ser assim, porque há todo um saber constituído duramente, que deveria ser respeitado, para que a gente não jogue o dinheiro, que não é fácil de conquistar, pelo ralo.

Os conhecimentos no campo da saúde pública, tais como a epidemiologia, as ciências sociais e o planejamento e organização de serviços, foram oportunizados também por um curso de Administração em Saúde, ministrado em 1983 e organizado pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP), o qual Ana entende como colaborativo na formação de muitos dos atores sociais envolvidos com os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. A convivência e a construção coletiva desses sujeitos foram responsáveis por elementos importantes da nossa história, como a criação do campo da Saúde Coletiva, a qual Pitta atribui aos esforços de Maria Cecília Donnangelo e Guilherme Rodrigues da Silva, então

coordenador do Departamento. A respeito da convivência e dos vínculos desse contexto, relembra que:

[...] todos foram pra lá e fizeram pós-graduação lá, Jairo Goldberg, Pedro Gabriel, Ézio Cordeiro. O Sérgio Arouca nos visitava muito, não sei se ele fez, mas estava lá, Gastão Wagner, Emerson Merhy, todas essas pessoas... Luís Cordoní, aqui de Londrina, fez, foi meu colega de Mestrado. Então, vários do Brasil inteiro fizeram formação lá, foi lá o caldo de cultura, o Partido dos Trabalhadores foi criado por 200 profissionais que estavam naquele momento no Departamento, o partido é criado 79/80, o CEBES também é criado a essa época pelas pessoas que ali estavam, o Sedes Sapientiae também, junto a pessoas que ali estiveram para fazer formação...

Por meio da ação coletiva dos sujeitos implicados com esse processo, foi possível ainda o encontro com pessoas que internacionalmente eram identificadas com um novo olhar para a saúde mental. Desse modo, foram ao Departamento de Medicina Preventiva Ronald Laing, Mario Negri, Robert Castel, Benedetto Saraceno, com quem foi feito um convênio de cooperação técnica, e Franco Rotelli, do qual, em uma das suas visitas, surgiu a possibilidade de publicação em português de uma série de artigos, organizados no livro *Desinstitucionalização*. Em que pese as dificuldades de se articular eventos com convidados internacionais, uma marca desse momento é a forma com que se construíam tais encontros:

Sem dinheiro nenhum, sem financiamento nenhum, a marca desse movimento do qual eu sempre me senti articulada foi justo ter feito o enfrentamento à indústria farmacêutica, e termos algumas vezes uma ajuda pública, mas poucas vezes. Muito da autogestão, da cogestão, da participação da Associação Franco Basaglia, do pessoal que esteve nos diversos lugares.

As primeiras eleições diretas, em 1982, levariam Franco Montoro ao governo do Estado de São Paulo, pela junção dos movimentos de esquerda. Por conta desse processo e do reconhecimento do seu trabalho, Ana Pitta assumiria a direção da Divisão de Ambulatórios do Estado – esses eram os primeiros passos na gestão que a levariam ao cargo de coordenadora de Saúde Mental, anos mais tarde. O trabalho à frente da Divisão de Ambulatórios fora árduo e permeado por enfrentamentos e construções, justamente por seu caráter de inventividade (maiores detalhes serão introduzidos no tópico referente a esse assunto). Por ora, cabe-nos ressaltar as especificidades dessa trajetória, através de elementos cotidianos, como a aspereza de se colocar em posições

importantes na condição de mulher, perante uma sociedade machista e a postura de, apesar de todo o trabalho desenvolvido, não perder de vista a vasta dimensão das mudanças necessárias à implantação de um modelo de assistência efetivo, mantendo de maneira muito firme a crítica e a leitura da realidade:

Franco Montoro é eleito e me convocam pra conduzir, eu não era majoritária, por duas razões, porque eu era contra-hegemônica em termos de prática, não é? Aquela época também os mais objetivistas... e era mulher. Mulher não... era difícil ser mulher e chefe.

Então, eu fiquei diretora da Divisão de Ambulatórios, saí antes da hora, porque eu achava que eu não estava fazendo coisíssima nenhuma, me deram um negocinho hiperpequeninho, o hospital do Juquery tinha um orçamento deste tamanho, os demais hospitais públicos Pinel, Santa Teresa, Botucatu tinham um orçamento, a Divisão tinha quase nada.

Acerca da postura crítica em relação às práticas assistenciais e no sentido da implicação com a construção de novas práticas, nesse mesmo período, outras instituições atravessam a história, como é o caso do envolvimento com o Sedes Sapientiae. Nesse lugar, realizou sua formação em Psicanálise, mas também a articulação em torno da defesa dos direitos humanos e da Rede de Alternativas à Psiquiatria, um movimento internacional que veio para o Brasil através da articulação de Ana Pitta com outros sujeitos igualmente implicados, como Suely Rolnik, que trazia a bagagem construída pelos anos de estudo em Paris, na companhia de Félix Guattari e Jean Oury, e pela experiência da Clínica de La Borde; José Augusto Guilhon de Albuquerque, que havia estado na Bélgica, fazendo o Doutorado em Louvain. Essas duas instituições se articulam tanto temporalmente quanto por serem transitadas por sujeitos e lugares em comum.

A ocupação do espaço entre o trabalho, a gestão e a militância levaria Ana Pitta a assumir, em 1998, a convite de Domingos Sávio, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, após o retorno das atividades de pós-doutorado no Canadá e do cumprimento de suas obrigações de trabalho junto à USP, onde enfrentaria, durante esses anos, desafios semelhantes aos da Divisão de Ambulatórios:

[...] 98, com outras também revoluções de vida, eu saio, e assumo a coordenação de Saúde Mental e aí o que eu encontro? Orçamento zero pra saúde mental, lei empacada no Senado, recursos nenhum, o Alfredo Schechtman foi a pessoa que segurou o meu lugar e que foi meu grande colaborador, quando eu estive lá, porque eram pouquíssimas pessoas que estavam lá, eu tive quatro pessoas comigo, das quais apenas três operavam realmente nessa direção.

Do contexto de um trabalho solitário e de inúmeros desafios, podemos sinalizar como marca de seus tempos de gestão a aprovação da Lei 10.216, no ano de 2001. Para que isso se tornasse possível, Pitta menciona que houve uma série de negociações tanto com pessoas aliadas, representadas pela figura primorosa e engajada do deputado Paulo Delgado, quanto por sujeitos mais truculentos, como é o caso de Toninho Malvadeza (Antônio Carlos Magalhães), o qual era, à época, presidente do Senado e nutria por Pitta antigos desafetos. Quanto à experiência da gestão, sinaliza como importante a preocupação que havia com a continuidade das ideias e pontua a participação do movimento social, nesse processo:

[...] mas o que eu poderia tá chamando a atenção é de que houve uma continuação política, a gente, ao sair, se preocupava com quem ia entrar, fazíamos um certo lobby positivo, mesmo não tendo hegemonia política. O movimento social fez um papel importantíssimo, para que a gente pudesse estar conquistando coisas na Reforma Psiquiátrica.

Os enfrentamentos e a carga do trabalho, nos anos da coordenação, fizeram com que Ana, assim como outros sujeitos por ela citados, adoecesse, ao se desvincular desse lugar. As pressões em se ocupar um cargo inserido em um processo político muito mais amplo são sentidas frente ao pensar/sentir e às possibilidades de agir. Nesse contexto, avalia que historicamente a existência de períodos difíceis possibilitaram alguns avanços, a exemplo do próprio processo de questionamento da instituição manicomial, que tem sua gênese no período do pós-guerra. Sinaliza ainda o desenvolvimento de tecnologias biológicas e humanas, despertadas por situações controversas, e, ao trazer a análise para a conjuntura política e social brasileira, tece algumas reflexões sobre a necessidade de o movimento da Reforma Psiquiátrica se manter unido e atento aos retrocessos, no campo das políticas públicas:

[...] estamos vivendo uma situação horrível, vamos aproveitá-la para produzir em termos de ciência, de tecnologia, de vinculação humana e de articulação política entre os diferentes grupos, e até superação das nossas pequenas diferenças de grupos políticos, que aqui a gente polariza como Movimento da Luta Antimanicomial e Renila. Vamos relevar, não vamos eliminar, porque eu acho que faz parte do campo da loucura e da saúde mental termos a diferença e não a homogeneização como ideal de amálgama e de terapêutica.

Entendendo a processualidade na construção dos modos de se colocar diante do mundo, destaca-se o Departamento de Medicina Preventiva enquanto um articulador de

encontros e de possibilidades. Assim, das aprendizagens teórico-práticas advindas das situações concretas de vida à construção de uma rede de afetos que se materializam por meio de coletivos parceiros, tais como o Instituto Sedes Sapientae e a Rede de Alternativas à Psiquiatria, Ana Pitta e os sujeitos que vivenciaram esses processos traçam passos importantes no caminho do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. A construção desses passos é atravessada por questões de ordem política e se dá justamente a partir da implicação e consequente construção coletiva, elementos a serem abordados no próximo tópico.

2.2.3 Marcas da ousadia: dimensão criativa e criadora nos serviços de saúde

As primeiras intervenções no contexto da Reforma Psiquiátrica trazem a marca de pessoas e de grupos que ousaram criar e que inventaram uma série de mecanismos, quando ainda não existia o respaldo das portarias e normas instituídas. Neste ponto, serão trazidas experiências com esse teor, presentes na fala e na vivência de Ana Pitta, ao longo de sua trajetória.

Dos tempos da Divisão de Ambulatórios do Estado de São Paulo e frente a um contexto desfavorável, as iniciativas criativas para compor uma nova forma de cuidado se apresentaram em muitas situações. Em razão dos entraves referentes ao mínimo necessário para a organização do trabalho, uma série de negociações foi necessária; como exemplo, podemos identificar as dificuldades para a contratação de pessoas, elemento essencial para o funcionamento dos serviços:

Eu tive que negociar com o INAMPS [Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social] o dinheiro das AIS [Ações Integradas de Saúde] para fazer o primeiro concurso de psicólogos e demais profissionais, para compor uma equipe multiprofissional de ambulatórios, porque os ambulatórios eram um faz de conta. Às vezes tinha um psiquiatra, psiquiatra ainda tinha, mas de registro. Um psiquiatra, 10 funcionários administrativos, isso era um ambulatório.

Na dimensão da inventividade e também sobre o contexto dos trabalhadores, conta como se deu o início do processo de contratação dos supervisores clínico-institucionais, que, a princípio, acontecia mesmo sem a certeza da remuneração. Posteriormente, conseguiram criar uma espécie de licitação para essas contratações, aos moldes das licitações para compras no setor público, instrumento instaurado pela inexistência de outros mecanismos para esse tipo de relação. Ana Pitta cita ainda que,

ao assumir a direção da Divisão, soube da existência de dez profissionais da Fonoaudiologia que haviam sido contratados, via concurso público, mas que estavam até o momento sem alocação nos serviços; de pronto, comunicou que os fonoaudiólogos poderiam ser inseridos nos ambulatórios de saúde mental, algo que não era usual à época. Muitas das conquistas e avanços desse momento tinham arranjos de outra ordem que não a da gestão das políticas. A partir das dificuldades burocráticas em se conseguir materiais que, em uma visão biologicista, jamais poderiam ser considerados úteis ao cuidado em saúde mental, os vínculos e a composição com as pessoas se sobressaem:

[...] uma diretora de DIRES [Diretoria Regional de Saúde] que era minha colega favoreceu muito. Porque gostava de mim, não porque... “Como é que eu vou comprar máquina de costura num orçamento que cuida de remédios e fios cirúrgicos?”, pois é porque a gente precisa de máquina de costura e é terapêutico pra gente, “e essa bancada de marcenaria?”, diga que é também ou então diga que nós vamos fazer a manutenção do prédio.

O prédio que serviu de sede para o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) era, a princípio, a sede da Divisão de Ambulatórios, e sua permanência enquanto tal também teve de ser negociada, dado que, por se localizar em uma região bastante valorizada da cidade de São Paulo, foi cobiçada por outros setores e correu o risco de se transformar em centro de obras e engenharia do governo e centro de tratamento para epilepsia, no entanto, a defesa para que se mantivesse a casa foi vitoriosa, dentre outras coisas, por ter sido aquele imóvel doado pela família de um paciente esquizofrênico, para fins de cuidado de pessoas com transtornos mentais.

Durante todo esse contexto, as tentativas de se propor novas configurações eram precedidas e organizadas por meio de projetos, como o que tratava de instituir um Centro de Atenção a psicóticos, à semelhança do trabalho desenvolvido na Casa das Palmeiras. Esses projetos tiveram que ser defendidos em contextos onde se contava com a simpatia de algumas pessoas e em outros, nos quais a Psiquiatria tradicional e as ideias conservadoras se colocaram de forma muito explícita. Novamente, as tentativas de caminhos alternativos, os arranjos e encontros com pessoas igualmente dispostas tornam a realidade mais possível:

E aí nós fizemos, sim, tudo isso eram projetos, chegamos a escrever uma cartilha, juntei vários... porque você sabe que maluco só atrai maluco, que hoje são professoras titulares da Enfermagem: Sonia Barros, Toyoko Saieki, que está aqui em Ribeirão Preto, as duas enfermeiras, Marina Peduzzi, que está na Saúde Coletiva, tinha uma

Marina também Fonoaudióloga, sim, porque eu ia me aliando ao que tinha.

Sobre a experiência inaugural do CAPS, Ana comenta que havia feito uma tentativa anterior de construir um serviço desse tipo, mas, por questões político-administrativas, não havia sido possível concretizá-lo. Em 1987, não se encontrava mais à frente da Divisão de Ambulatórios, mas se sentia responsável por colaborar na construção de novos serviços e, sobretudo, por dar um destino coerente ao casarão da rua Itapeva. Nesse sentido, o nome CAPS é apresentado a Ana em uma visita que faz enquanto consultora da OPAS à Nicarágua, ocasião na qual teve contato com um serviço assim denominado, segundo ela, um lugarzinho pequeno, sem recursos e sem infraestrutura, que se organizava com a ajuda do psiquiatra Salvatore, que lá estava por conta da cooperação internacional italiana, sendo o trabalho com os pacientes desenvolvido através das atividades que eram possíveis, tais como a colheita de café. Ao retornar ao Brasil, traz o nome e a ideia de que aquilo pudesse ser possível também em nossa realidade.

A experiência desenvolvida aqui foi muito mais rica e abrangente, e muito de seu sucesso é atribuído à implicação dos sujeitos envolvidos e à capacidade da equipe de compor junto. Inaugurado em março de 1987, o CAPS iniciaria o atendimento ao público seis meses depois; do contexto de sua inauguração, Ana Pitta comenta que não houve consenso: enquanto alguns profissionais eram contrários à abertura, naquele momento, ela se colocava favorável, principalmente, por temer a perda do casarão no processo de mudança de gestão política. Da inauguração do CAPS, Ana nos brinda com algumas memórias, como o convite e a presença de Dona Corália, esposa de Luiz Cerqueira, e a homenagem prestada a ele, inclusive, por meio de um quadro com seu retrato, o qual seria levado tempos depois por um usuário e nunca mais localizado. Sobre a essência do trabalho que se desenvolveu desde os primeiros tempos, ela assinala:

Hoje a gente tá usando várias palavras, mas o que eu quero dizer é que a reabilitação psicossocial, no Brasil, ela nasce recovery, ela nasce com o compromisso de colocar o beneficiário direto, as famílias, como protagonistas, sempre isso esteve presente na cabeça de todo mundo que trabalhou isso. O CAPS Itapeva, o CAPS Luiz Cerqueira da Rocha, ele nasce recovery, ele nasce procurando isso. Claro que é muito mais fácil ser recovery no Canadá, que há orçamento previsto, as pessoas estão num nível de desenvolvimento cultural, educacional, que favorece esse tipo de proposta, a nossa, o nosso recovery era quase que parido a fórceps, mas sempre houve

esse interesse de colocar as pessoas como protagonistas, negociando a cidadania possível, e não como objeto das nossas técnicas mágicas.

As pessoas que trabalharam juntas nessa experiência são lembradas, tanto pela implicação que tinham como pelos aspectos de construção coletiva. Cada qual, com suas potencialidades, ia propondo coisas e somando ao projeto, especialmente porque o serviço foi se desenvolvendo através da concretude das ações, dado que não havia à época nenhuma portaria que sinalizasse os caminhos a serem seguidos. Experiências consideradas provocativas fizeram parte dos arranjos de trabalho, nos primeiros tempos de CAPS, festas e desfiles como estratégias de ocupação da cidade, oficinas de diferentes conteúdos organizadas a partir das habilidades dos membros da equipe, inclusive do vigia, Emiron, o qual, enquanto cabeleireiro, instituiu uma oficina denominada Toque Mágico, destinada aos cuidados pessoais. Ana Pitta atribui à potência dos encontros o sucesso dessa iniciativa:

O CAPS é uma experiência que deu sorte, porque aí essas pessoas vão se amando, vão criando juntas. O Sílvio [Yasui] era um ótimo condutor da oficina de música, tocando violão, o Jonas Melman criou esse projeto multiplacidades e cuidava dos familiares, foi presidente da Associação Franco Basaglia, cria-se a associação, a Sandra [Fischetti], de grande plasticidade, criou a Sabor Paulista, que o lugar era preciso, então colocamos um restaurante, até o Benedito [Saraceno] foi lá almoçar, comida ótima, fazíamos “quentinhas” para escritórios ali, e isso ia juntando recursos e isso ia facilitando, por exemplo, a remuneração de pacientes, que a gente não tinha como fazer.

A Associação Franco Basaglia foi criada, em 1989, por usuários, familiares e trabalhadores do CAPS Luiz Cerqueira, e teve um papel muito importante para as articulações naquele momento, especialmente em relação às ações que propunham a autonomia dos usuários. A chegada dos primeiros usuários ao serviço se deu de forma tranquila, segundo Ana Pitta, embora houvesse, por parte da equipe, um temor de que esse processo pudesse acontecer de forma violenta; porém, através da divulgação nos ambulatórios e serviços de saúde, os usuários foram chegando e o processo de recebê-los e pensar estratégias para o cuidado aconteceu de maneira tranquila, de modo que, aos poucos, a equipe pôde ir se estruturando, quanto ao processo de acolhimento:

Sempre fizemos PTS, Projeto Terapêutico Singular, para onde ir, explicar às pessoas, as comissões... Repare, 87 pra cá já tem o quê? Vai fazer 30 anos o ano que vem, pois é, essas coisas técnicas todas já estavam emergindo e não havia portaria, não havia financiamento, era o próprio vínculo das pessoas.

Outros elementos que foram destacados a propósito dos primeiros passos do CAPS dizem respeito à existência e frequência de assembleias, com a participação de todos os sujeitos envolvidos, em que “[...] o Jairo [Goldbeg] se notabilizou por uma condução absolutamente maluca, mas adequadíssima”, e a estratégia de não formalizar cargos, de maneira que diretores e supervisores, por exemplo, não recebiam a mais por isso, de sorte que a compensação se dava pela qualidade das ações, através do reconhecimento público da boa prática. Pouco a pouco, a experiência do CAPS extrapola os limites de São Paulo e é vista, inclusive, pelo Ministério da Saúde; aos poucos, os sujeitos envolvidos com o trabalho vão percorrendo o país, compartilhando e ajudando a construir experiências similares. Ana Pitta acredita que o sucesso de experiências concretas, como a do CAPS Luiz Cerqueira, e a Intervenção na Casa Anchieta, em Santos, na qual participou como consultora, são responsáveis pela criação das primeiras portarias ministeriais sobre os serviços. A respeito de como a experiência vai se constituindo e possibilitando mais encontros e novas articulações no cenário nacional, afirma:

[...] você vê como essas coisas se amalgamam, era uma Universidade, o Departamento de Medicina Preventiva era totalmente contra-hegemônico na Faculdade de Medicina, frágil, mas se juntou com profissionais do serviço que estavam querendo... implicados com a Reforma Psiquiátrica e essas coisas iam se articulando e criando esse amálgama, e aí Paulo Amarante me identificava, me chamava pra ir ao Rio de Janeiro, Pedro Gabriel, a gente foi criando essa rede solidária ideológica de contaminações.

Em relação ao que estamos chamando de dimensões criativas e criadoras, a história rememorada por Ana Pitta, a todo momento, explicita o que tentamos reforçar ao longo deste tópico, isto é, em um tempo onde não existiam aparatos legais, para orientar ou legitimar as práticas, o protagonismo e a iniciativa de sujeitos que se encontravam e se reconheciam foram determinantes para, anos mais tarde, se tornar possível o reconhecimento legal de uma outra forma de se pensar o cuidado em Saúde Mental. Contudo, convém não romantizar esse processo, e considerar todas as dificuldades e enfrentamentos que foram necessários e vivenciados por esses sujeitos. Ressalta-se, portanto, a indissociabilidade entre a vida e o trabalho, as dimensões teóricas e práticas e a orientação ética dessas escolhas existenciais:

Essas coisas da política, da técnica, da implicação no trabalho, na afetação, tanto no sentido do afeto, porque tínhamos uma rede de reconhecimentos, quanto no sentido também de nos cutucarmos, para encontrar soluções técnicas viáveis, isso eu acho que foi o que nos

pôs juntos, e jamais uma dissociação da prática concreta da atenção às pessoas e da reflexão teórica necessária a este trabalho.

2.3 De tudo se faz canção: considerações sobre o protagonismo e as escolhas no campo da Saúde Mental

Neste capítulo, tivemos como objetivo apresentar o protagonismo dos trabalhadores em saúde mental na construção do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, mas, além disso, tivemos a pretensão de explicitar que o movimento e a categoria trabalhador da saúde mental são compostos por sujeitos e suas individualidades. Nesse sentido, afetar-se, a ponto de trazer para a própria existência a defesa da dignidade no cuidado em saúde mental, implicar-se verdadeiramente na construção do novo, tudo isso é por nós considerado uma escolha de vida, assim, trouxemos a voz e a história de Ana Pitta para reafirmar tanto a trajetória e a memória desses momentos quanto a característica visceral do movimento. Ao tratarmos da noção de escolhas de vida, reproduzimos novamente a sua fala sobre as vicissitudes do caminho:

*Eu sinto apenas isso, nessa linha da vida vir em ondas como o mar, eu acho que eu surfei nas ondas que foram aparecendo, surfada na onda dessa coisa da politização mais radical da juventude da minha geração, depois surfada na Rede de Alternativas à Psiquiatria, depois surfada na forma de estudos psicanalíticos e depois na escolha do Departamento de Medicina Preventiva, então, eu acho que eu pude fazer isso, mas não é... **isso que eu queria dizer, não foi tão tranquilo não, porque era uma porradaria danada, eu tinha de conciliar com os filhos a culpa de não tá sendo a mãe.** (grifos nossos).*

Muito embora exista a clareza de que a história não se constitua de forma linear, o olhar para as construções individuais que, somadas, constroem os movimentos mais amplos, desvela a dimensão das subjetividades envolvidas, dos conflitos pessoais e das escolhas e renúncias feitas cotidianamente. Ao salientar a noção do indivíduo, não estamos propondo uma romantização do processo ou a eleição de um herói ou mártir: queremos, com isso, demonstrar que, para que fosse possível a implantação de uma série de mudanças, no contexto da saúde mental, muitos caminhos se entrecruzaram, muitas pessoas preteriam um caminho a outro e o que, por vezes, não aparece na historiografia mais geral são os custos dessas escolhas:

Porque, em todos esses lugares, eu vivi muito angustiadamente, com a percepção do que tinha a fazer e do quão pouco eu estava fazendo, então, isso me persegue a todo tempo.

Mas eu, o que eu sinto é um pouco o sentimento que eu deveria ter feito assim mesmo, poderia ter ousado mais, gostaria de ter ousado mais. E quando eu fico falando muito dessa metáfora da união, do amálgama das pessoas, é porque, nessas vezes que eu assumi assim esses lugares públicos, eu sofri uma solidão extrema, as pessoas, ao me botarem lá, achavam que tava tudo legal.

Ao recontarmos a história, por meio do olhar de uma personagem, entramos em contato diretamente com a sua percepção sobre as coisas; nesse sentido, embora a memória individual seja constituída historicamente e a partir das relações com outras pessoas, a narrativa individual colore o passado com os sentimentos de quem o vivenciou, testemunhou e construiu, de maneira que traz a dimensão da vida para as análises de conjuntura, de políticas e da sucessão de acontecimentos que comumente se abordam.

Sobre a perspectiva suscitada por Ana Pitta, podemos destacar a dimensão da invenção coletiva e, ao retomarmos as ideias de que, naquelas práticas, se criava o que hoje existe como prerrogativa, a exemplo dos Projetos Terapêuticos Singulares ou mesmo da noção de *Recovery*, chegamos a um ponto que parece ser crucial: a indissociabilidade entre as práticas de atenção e gestão. Essa temática tão cara aos serviços de saúde aparece de forma muito clara nas experiências recordadas, ou seja, os trabalhadores, na medida em que iam compondo os arranjos do serviço, iam também criando novas relações e novos sujeitos, no exercício cotidiano e na potência do coletivo, exercitando o governo e o autogoverno, em situações muitas vezes desfavoráveis, tais como as indefinições, a falta de financiamento ou de respaldo para o trabalho. A articulação entre a produção de serviços e de sujeitos (trabalhadores e usuários) se fazia por meio da coletivização da gestão: tateando o desconhecido, mas resguardados por posturas ético-políticas claramente definidas, esses trabalhadores ousaram inventar a mudança.

Ainda sobre a indissociabilidade entre a atenção e a gestão, ressaltamos que a própria trajetória de Ana Pitta, assim como a de outros atores sociais importantes para a Reforma Psiquiátrica, é marcada pela ocupação desses lugares, ou seja, a construção de sua postura é feita através dos papéis de gestora, trabalhadora e também acadêmica. Tais lugares são estratégicos para a produção da assistência em saúde mental, sendo essa uma característica tanto da Reforma Psiquiátrica brasileira quanto do processo que ocorre na Itália. Assim, os movimentos tiveram seu início marcado pelas denúncias

feitas pelos trabalhadores, os quais, posteriormente, como desdobramento do próprio movimento, ocupariam cargos de gestão. O fato de vincularmos a narrativa de Ana Pitta ao segmento dos trabalhadores corresponde a uma estratégia metodológica que objetiva compor a pluralidade da trajetória brasileira, no entanto, sua contribuição enquanto gestora e acadêmica é apontada também como extremamente valiosa, e as nuances dessa transição trabalho-gestão, na composição da trajetória do movimento da Reforma Psiquiátrica, serão abordadas em um outro momento do trabalho.

Mais um elemento importante a ser sublinhado é a dimensão dos vínculos, se concordamos que o movimento foi construído por sujeitos, a partir de escolhas e renúncias individuais, só pôde ser sustentado pela força do olhar de um outro, igualmente comprometido. É no reconhecimento dos pares que cotidianamente foi possível desconfiar do óbvio e, pelas margens, construir, para si e para o mundo, a mudança. A representação do amálgama, realçado inúmeras vezes por Pitta, em seu discurso, fala de combinações e misturas, remetendo à ideia de composição e, no cenário atual, é possível traçarmos um paralelo com a noção de rede. Atualmente o cuidado deve ser feito em rede, segundo a prerrogativa fixada pela Portaria 3.088, de 2011, da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), isto é, conta-se hoje com uma série de elementos que não só respaldam, mas também preveem a existência desses vínculos. Todavia, será que a legitimação dessa estratégia, através de uma normativa oficial, de fato, potencializa essas relações?

Retomando a noção da ambiguidade possível no contexto do trabalho em saúde mental que apontamos, quer nos escritos de Basaglia (1985), quer no relatório da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, o trabalhador, sobretudo no contexto dos manicômios e no período da emergência do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, poderia se identificar, por ingenuidade ou opção, enquanto instrumento da violência institucional, perpetuando dessa forma o estigma e a exclusão, ou reconhecer-se enquanto um agente de mudança, alguém que, de dentro, poderia construir a transformação, implicando-se com a construção da liberdade. Entretanto, o que faz com que um sujeito assumira uma postura, em detrimento da outra? E, ainda, que sustente essa postura por toda sua existência? Obviamente, não há resposta simples ou unívoca para essas perguntas; possivelmente, o contexto histórico e social tenha alguma responsabilidade sobre as escolhas, assim como a conscientização e o lugar que o sujeito ocupe, no mundo, influenciados pelos marcadores sociais que constituem sua

subjetividade, gênero, classe e etnia. No entanto, ainda assim, não seria tão fácil determinar essas respostas.

Em relação ao nosso estudo e à narrativa construída a partir da entrevista com Ana Pitta, sustentamos a noção de escolhas ética e politicamente orientadas, de uma escolha de vida mantida ao longo de toda a trajetória, com seus percalços e alegrias, salientando a importância de registrar não apenas a sua memória, porém, igualmente, as contribuições que, junto de seus companheiros e companheiras, deixou para as transformações no âmbito da assistência em saúde mental, no Brasil. Esta que é também constituída por milhares de sujeitos, daqueles tantos que foram violentados dentro dos manicômios deste país e dos que agora podem sonhar em liberdade; a propósito, talvez a escolha dos trabalhadores, por um lado, em detrimento do outro, tenha a ver com os sonhos, e os sonhos não envelhecem:

*[...] o determinismo político, os modelos imperativos, dominadores e cerceadores das decisões democráticas também não nos satisfazia, **porque nós sonhávamos com o mundo melhor**, uma sociedade mais justa, sonhávamos com a liberdade, com a cidadania para todos, sonhávamos com vários valores que as instituições existentes não estavam dando conta. (grifos nossos).*

*Eu já estou com o pé nessa
estrada
Qualquer dia a gente se vê
Sei que nada será como
antes, amanhã.
Que notícias me dão dos
amigos?
Que notícias me dão de
você?
Alvorço em meu coração.
Amanhã ou depois de
amanhã
Resistindo na boca da noite
um gosto de sol.*

Nada será como antes - Milton
Nascimento



Geraldo Peixoto e o filho André
Fonte: Jornal *O Estado de S. Paulo*⁵

⁵ Disponível em: <http://acervo.estadao.com.br/pagina/#!/20090621-42250-nac-24-ger-a24-not> Acesso em: 10 jul. 2017.

3. REFORÇANDO O MOVIMENTO E CONSTRUINDO A LUTA: O PROTAGONISMO DO USUÁRIO E DE SEUS FAMILIARES

A trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira ganha contornos ímpares, desde o momento em que, junto aos trabalhadores, outros atores sociais entram em cena. Atores estes representados aqui pelas Associações de Usuários dos Serviços de Saúde Mental e seus familiares, os quais provocam as relações e construções, no campo da política, na medida em que, através da cidadania do louco, outrora inimaginável, trazem para o centro das discussões depoimentos de quem vivenciou na própria pele a violência dos manicômios. A criação de inúmeras associações de usuários e familiares tornou ainda mais complexa a teia de relações institucionais, políticas e sociais da Reforma Psiquiátrica, exigindo a construção, por vezes tensa e conflituosa, de um espaço democrático e dialógico com quem experienciava a Loucura sob outra perspectiva.

O olhar dos usuários e de seus familiares sobre a história do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira mostra um caminho peculiar, composto por inúmeras dificuldades, mas também por conquistas e reconhecimentos. Nesse sentido, desde o início do desenho desta pesquisa, uma história específica salta aos olhos e um nome se sobressai: *Geraldo Peixoto* seria o nosso entrevistado. Contudo, a entrevista não pôde acontecer porque, em agosto de 2015, Geraldo faleceu, depois de dedicar trinta dos seus oitenta e dois anos à militância na Luta Antimanicomial. Geraldo Peixoto já havia sido contatado e tinha aceitado conceder uma entrevista a esta pesquisa; por conta disso, a decisão em manter sua narrativa neste trabalho, mesmo sem poder contar com a sua entrevista, se justifica pela dimensão singular de sua participação no movimento e ainda para que, em forma de homenagem, se registre publicamente sua trajetória. Assim, a fim de situá-la, serão arrolados, previamente, elementos que compõem o cenário da participação dos familiares e usuários dos serviços de saúde mental, no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira.

3.1 Os inumeráveis estados do ser político: a impensável participação Louca

Dois momentos na história da Reforma Psiquiátrica, no Brasil, podem ser identificados como marcos para se pensar a inserção dos usuários e seus familiares na discussão acerca do cuidado em saúde mental: o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental (Bauru/SP – 1987) e o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial (Salvador/BA – 1993). O primeiro, conhecido como Encontro de Bauru, corresponde à radicalização da discussão, através da defesa de uma sociedade sem manicômios, ao passo que o segundo representa a concretização da organização de um movimento social, em nível nacional. Ambos são também importantes, porque simbolizam a entrada desses novos atores sociais na trajetória da Reforma.

O II Congresso acontece em dezembro de 1987, como desdobramento das discussões extraoficiais entre os trabalhadores, durante a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que havia ocorrido em março daquele ano. O evento é sediado pela cidade de Bauru justamente porque, naquele momento, marcado pelo início da redemocratização do país, o município contava com uma administração eleita, progressista e engajada com os movimentos sociais, o que facilitou administrativa e politicamente a realização do evento. Em um clima de ampla discussão, participaram ativamente desse encontro não só os técnicos, mas também lideranças municipais, familiares e usuários dos serviços de Saúde Mental, o que ampliaria o escopo das reivindicações. Ou seja, se o movimento nasce através do questionamento das práticas manicomiais e das condições de trabalho, no contexto dos hospitais psiquiátricos, a partir desse momento, assume outros contornos ao radicalizar a crítica aos manicômios, entendendo-os como instituições irreformáveis. A participação dos novos atores sociais traz o tom da discussão da Loucura e da necessidade de levá-la para além do campo técnico e/ou acadêmico, considerando-a como intrinsecamente social. Assim, é marco desse encontro a criação do lema “Por uma sociedade sem manicômios”, e a instituição de 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial, ambos com o objetivo de fazer que “[...] a questão da loucura e do sofrimento psíquico deixe de ser exclusividade dos médicos, administradores e técnicos da saúde mental para alcançar o espaço das cidades, das instituições e da vida dos cidadãos, principalmente daqueles que as experimentam em suas vidas.” (AMARANTE, 1995, p. 95).

Em um documento conhecido como Manifesto de Bauru (1987), fica nítida a assunção da postura antimanicomial, à medida que se entende que “[o] manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo

de sociedade.” Esse documento não explicita o ponto que tentamos mostrar aqui, qual seja, o evento como marco da entrada dos usuários e seus familiares na Luta Antimanicomial. Silva (2003) pontua que, naquele tempo, a incorporação política desses segmentos era algo muito distante, dado que faltavam experiências históricas que provassem essa possibilidade, em nosso contexto. Além disso, o usuário e seus familiares, enquanto sujeitos políticos, ainda não estavam produzidos, posto que as relações “assistenciais” dos manicômios não levavam em conta a dimensão da autonomia e, quiçá, a da cidadania desses sujeitos.

Para Amarante (1995), esse período caracteriza uma transição na trajetória da Reforma Psiquiátrica, porque marca o fim da era sanitarista e o início da trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção. Outros acontecimentos também são importantes, nesse contexto, tais como as intervenções vanguardistas do CAPS Luiz Cerqueira (1987) e a experiência de Santos (1989), bem como a criação da Associação Loucos pela Vida (Juqueri) e a apresentação do Projeto de Lei 3657/1989, de autoria do deputado Paulo Delgado. Fato é que, ao romper com o nível exclusivamente técnico, desenham-se os contornos das dimensões sociocultural, jurídico-política, teórico-conceitual e técnico-assistencial da Reforma Psiquiátrica, concebida como processo social complexo. Dessa forma, ao passo que novos atores entram em cena, outros saem, sendo importante salientar que:

[...] se desfazia assim, pelo menos naquele primeiro momento, através da presença do discurso antimanicomial, a “frente ampla” profissional, de natureza crítica, aglutinada em torno do MTSM, descendo do bonde alguns burocratas meramente desejosos de uma racionalização dos usos do hospício, bem como outros, filantropos e caritativos, cujo incomodo com o hospício se resumia à exigência da cessação dos maus tratos e das violências em seu interior. (SILVA, 2003, p. 96).

De acordo com Vasconcelos (2008), a emergência das associações de usuários dos serviços e de seus familiares torna ainda mais complexa a trama de relações institucionais, políticas, sociais e técnico-profissionais da Reforma Psiquiátrica. Portanto, quando o louco sai de sua condição de objeto das práticas psiquiátricas para ocupar o lugar de agente de transformação da realidade, novas estratégias deverão ser criadas para viabilizar esse diálogo. A loucura, enquanto interlocutora política, provoca o instituído e traz ao movimento a necessidade de repensar o nível das relações travadas entre técnicos e usuários, no que tange aos aspectos de poder e não poder; desse modo,

o binômio tutela/autonomia deveria também ser radicalizado, em função da pretensão em alcançar a dimensão da cidadania e da participação social. Em última instância, a urgência desse fenômeno demonstra a necessidade de constantemente pensar “[...] o enraizamento da transformação da relação e do lugar dos usuários nos modos cotidianos de agir, e a qualidade da relação entre os profissionais e os usuários, na qual esses são reconhecidos como atores do processo, que inscrevem sua singularidade, história, recursos, conflitos, demandas e possibilidades.” (NICÁCIO, 2003, p. 97).

Com o surgimento e o fortalecimento dos serviços substitutivos, no final da década de 80 e início da década de 90, as novas relações de cuidado, no contexto da saúde mental, vão possibilitando a emergência desses novos sujeitos políticos, ao mesmo tempo em que o movimento da Luta Antimanicomial vai ganhando ainda mais força. Nessa perspectiva, em 1993, acontece em Salvador, na Bahia, o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, o qual contou com 550 inscritos, distribuídos em delegações de quase todos os Estados do Brasil, registrando-se ainda uma expressiva participação dos usuários e de seus familiares, cerca de 40% do público total. Esse evento é considerado um marco na trajetória da Reforma Psiquiátrica, porque, doravante, alguns aspectos da Luta Antimanicomial são instituídos, enquanto um movimento social organizado em nível nacional. Com a discussão de algumas propostas, deliberou-se a organização do movimento por meio de núcleos locais, os quais poderiam se organizar, em nível estadual; entretanto, com o objetivo de organizar a divulgação de informações e promover articulações, cria-se a Secretaria Executiva Nacional, que deveria ser ocupada, sucessivamente, por diferentes núcleos, cabendo ao eleito a responsabilidade pela organização do encontro seguinte. Nesse sentido, foi deliberada também a realização de encontros nacionais, a cada dois anos, ficando estes intercalados anualmente com o encontro de usuários e familiares, além de plenárias semestrais (LOBOSQUE, 2003).

Para Silva (2003), o Encontro de Salvador marca a defesa do Movimento Antimanicomial por uma postura autônoma em relação ao Estado, aos partidos políticos e às administrações públicas, possibilitando igualmente um espaço de interlocução importante entre usuários e familiares, visto que é realizada em Salvador uma reunião plenária com mais de 100 representantes de associações de todo o país. Cabe salientar que, em 1991, já havia acontecido o I Encontro Nacional de Usuários e Familiares do Movimento Antimanicomial, inclusive como atividade preparatória para a II

Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual ocorreria em 1992, no entanto, não teve o alcance e a representatividade de Salvador. Na plenária que acontece dentro do encontro de Salvador, pactua-se e organiza-se o II Encontro Nacional de Usuários e Familiares do Movimento Antimanicomial, que se daria ainda em 1993, na cidade de Santos, quando se tem a elaboração de outro documento histórico: *A Carta de Direitos e Deveres dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental*. Nessa carta, é explicitada a importância da assistência digna em saúde mental e o fato de a mesma não justificar, sob hipótese alguma, a violação dos direitos de cidadania, materializadas, sobretudo, nas práticas de tortura e violência dos manicômios. Foram, por conseguinte, consideradas características de direito do tratamento a sua realização em serviços abertos e a proibição de Psicocirurgia, Insulinoterapia, Esterilização involuntária, Superdosagem de medicamentos, Camisa de Força, Cella Forte e Eletrochoque.

Ao se colocarem como “autores do próprio destino”, os usuários e seus familiares ressaltam o direito à não discriminação, no que se refere ao mercado de trabalho, credos religiosos, manifestações culturais e de sexualidade, e sublinham o direito de ter acesso às informações sobre o próprio tratamento, sigilo, privacidade, individualidade e participação nas decisões. Quanto aos deveres, tanto dos familiares quanto dos usuários, preveem-se a necessidade do cuidado com o tratamento proposto e a colaboração com os serviços de saúde, sendo que estes deveriam exercer também um papel relevante em relação à organização e participação mais ampla dos usuários e seus familiares:

Os serviços de Saúde devem permitir e incentivar os usuários a organizarem-se em grupos, Conselhos Populares, Associações de Usuários, Familiares, Trabalhadores de Saúde Mental e Comunidade, que objetivem a transformação do preconceito sobre a loucura, na sociedade em geral, nas leis, na organização e na fiscalização dos serviços em geral. (ENCONTRO NACIONAL, 1993, s.p.).

O movimento dos usuários, no contexto da América do Norte e da Europa, especialmente Holanda e Inglaterra, tem início entre as décadas de 1960 e 1970. Vasconcelos (2000) assinala uma relação importante entre essa emergência e o desenvolvimento do Estado de Bem-Estar Social, tal como da cultura nórdica de inspiração protestante e caráter individualista. A partir dos anos 80, os usuários europeus e norte-americanos articulam encontros internacionais, contando com a construção de entidades nesse nível, como a *World Federation of Psychiatric Users*

(1991 – Cidade do México) e a *European Network of Users and Ex-Users* (1991 – Zantvoort). Sobre a composição de grupos e associações, existem aqueles compostos exclusivamente por usuários (em número menor, porém, mais ativos) e aqueles de composição mista, incluindo familiares e profissionais, mas com a maioria de usuários. Os objetivos giravam em torno de reverter a condição de marginalidade e consenso estabelecido, assim como “[...] inferir e mudar as políticas, os serviços, a legislação, a cultura profissional e a cultura mais ampla relacionada a doença e a saúde mental na sociedade, também construir grupos e serviços próprios e/ou dirigidos por usuários e ex-usuários.” (VASCONCELOS, 2000, p. 172).

Através de uma análise comparativa com os movimentos de usuários e familiares, na América Latina e no Brasil, considera-se que traços de nossa constituição cultural, econômica e política, marcada pelas nuances do capitalismo periférico e de uma cultura hierárquica, imprimem algumas características aos movimentos de usuários, sendo estes menos autonomistas e independentes, conseqüentemente, mais dependentes em relação aos profissionais e aos serviços. Quanto à relação entre a organização política dos usuários, tem-se que, em decorrência e a partir de suas participações nos serviços de saúde mental, justamente pelo fato de os últimos serem mais recentes, historicamente, o surgimento das associações e grupos também o é.

Em uma tentativa de sistematizar as informações sobre a atuação das entidades de usuários e familiares, no contexto da Saúde Mental brasileira, Vasconcelos (2008) realiza uma pesquisa quantitativa e avaliativa dessas instituições no país. Em uma abordagem mais ampla, apresenta essas entidades com o auxílio de algumas tipologias também presentes no contexto internacional. Desse modo, entende que podem possuir predominantemente as seguintes funções: Recuperação (*Recovery*), Dispositivos de cuidado de si, Ajuda mútua, Suporte mútuo, Defesa de direitos (*Advocacy*), Transformação do Estigma e Participação no sistema de saúde/saúde mental e militância social e política mais ampla. Através dessas características, é possível pensar o desenvolvimento do empoderamento dos sujeitos, em níveis maiores ou menores de complexidade, participação e dificuldade.

Nessa pesquisa, foram contatadas no Brasil, em 2007, 107 associações e dispositivos associativos ligados a saúde mental. Estes, por sua vez, relacionavam-se às mais diversas formas e objetivos, tais como os grupos de Alcoólicos e Narcóticos

Anônimos (A.A. e N.A.), núcleos e fóruns do movimento antimanicomial e Organizações Não Governamentais (ONGs). No que tange às associações especificamente associadas à Reforma Psiquiátrica, tem-se o seguinte perfil: a maioria das instituições foram fundadas a partir do ano de 1992 e são associações de composição mista (usuários, familiares e técnicos), foram criadas pela ligação com um CAPS e reúnem-se quinzenal ou mensalmente; majoritariamente, são também apoiadoras do processo da Reforma Psiquiátrica, expressando como missão a defesa dos direitos dos usuários e familiares, tendo dentre suas atividades ao menos um projeto de trabalho e geração de renda.

O fato de a maioria das entidades ser favorável à Reforma Psiquiátrica não significa que não existam aquelas defensoras do modelo manicomial. Amarante (1995) compreende que, historicamente, muitas delas serviram como instrumentos para os empresários e grupos interessados na manutenção dos manicômios. Nesse sentido, Souza (1999) traça um panorama das associações atuantes no Rio de Janeiro, entre os anos de 1991 e 1997, e aponta para essas características na organização da Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil (AFDM), entidade fundada em 1991, em razão de uma preocupação e postura contrária ao Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado. Tal postura é compartilhada por grupos como a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), setores do *lobby* empresarial hospitalar e parcela majoritária da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Sobre o posicionamento claramente contrário à Reforma Psiquiátrica, Souza (1999) demonstra, por meio de entrevistas com lideranças dessa associação, como se sentem responsáveis pela não aprovação do PL 3657/1989, à época, o que fica claro no seguinte depoimento:

E lá no Senado nós fomos, levamos famílias, e não passou. Nós conversamos com os deputados, mostramos nosso depoimento, levamos família mesmo e não passou. Foi a maior vitória da AFDM, o Projeto Paulo Delgado que não passou, única e exclusivamente por causa da AFDM, de nenhuma outra associação, não. E a AFDM daqui do Rio, a do Rio, a nossa (Entrevista V). (SOUZA, 1999, p. 134).

Voltando às associações favoráveis ao movimento da Reforma Psiquiátrica, uma informação importante se refere ao fato de que, em sua maioria, as entidades foram e são ligadas ao funcionamento dos serviços substitutivos em Saúde Mental. Vasconcelos (2008) propõe uma classificação para compreensão do funcionamento dessas relações:

ONGs, Associações de usuários, familiares e “amigos” não ligadas aos serviços públicos de Saúde Mental, Associações e grupos de usuários, familiares, trabalhadores e “amigos” ligados ao serviço de saúde mental, particularmente aos CAPS, as quais são subdivididas em: associações que surgem em lugares onde inexistiam esses serviços e o fazem justamente para reivindicá-los; associações formadas com base em serviços já existentes e fortemente dependentes dos mesmos; e outras que surgem através dos serviços, mas que posteriormente desenvolvem autonomia.

Algo que diferencia as associações do campo da saúde mental, tanto no contexto internacional quanto no brasileiro, das associações de outras áreas da Saúde é o fato de não se organizarem em torno de uma patologia específica, porque, “[...] no caso da saúde mental, o que se percebe é uma certa peculiaridade: as associações, em momentos e trajetórias distintas, formam-se ou concentram sua ação fundamentalmente em torno da assistência, da sustentação de serviços. Por isso é que a maioria apresenta o caráter misto de sua composição.” (SOUZA, 1999, p. 152).

Em relação ao contexto nacional e à forte ligação das associações com os serviços, entende-se que, a partir das experiências inaugurais dos serviços substitutivos, esse horizonte de participação se torna mais possível, em virtude de que, quando se tinha uma oferta de serviços exclusivamente manicomial, muitas das questões discutidas pelos usuários e seus familiares não eram sequer problematizadas. Nessa perspectiva, Silva (2003) assevera que essas experiências assistenciais, em um primeiro momento, tornam disponíveis essas relações e, em um segundo momento, demandam esses espaços coletivos como parceiros na construção de relações que eram novas também para os trabalhadores da saúde mental.

Sobre a história e a fundação das primeiras associações, no país, cumpre destacar, em nível de informação, que a visita de Franco Basaglia ao manicômio de Barbacena, em Minas Gerais, mobilizou a discussão em torno da questão da assistência em saúde mental junto a familiares e trabalhadores. No entanto, a associação mais antiga de que se tem registro é a Sociedade de Serviços Gerais para Integral Social pelo Trabalho (SOSINTRA), fundada em janeiro de 1979, na cidade do Rio de Janeiro, a qual é formada a princípio por familiares de “problematizados” (termo cunhado e utilizado pela própria associação), visando a encontrar alternativas para lidar com os problemas decorrentes da insuficiência da assistência pública da época. Por muito

tempo, a SOSINTRA funcionou como local de encontro, solidariedade e ajuda mútua entre os familiares, porém, desde meados dos anos 1980, vai mudando suas características, à medida que inclui os próprios “problematizados” na discussão e também por conta das mudanças ocorridas no nível da gestão das políticas públicas de saúde, sendo que a sociedade civil passa a ser convocada a opinar sobre a construção dos serviços. Assim, essa associação desempenhou um importante papel de discussão junto aos familiares, técnicos e pacientes dos grandes hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro, sobretudo no período que antecedeu a I Conferência Nacional de Saúde Mental de 1987, em que participa com delegados eleitos e representando um grande número de pessoas (AMARANTE, 1995).

No contexto das associações que surgem com as experiências inaugurais da Reforma Psiquiátrica, destaca-se a Associação Franco Basaglia, fundada em 1989, em parceria com o Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira, em São Paulo, e a Associação Franco Rotelli, criada em 1991, no entorno da experiência santista de intervenção na Casa Anchieta, construção dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e de rede substitutiva.

Jairo Goldberg (1996), ao sistematizar a experiência do primeiro CAPS do país, ressalta que a criação da Associação Franco Basaglia, como parceria entre trabalhadores, funcionários, familiares e usuários do serviço, significou uma ampliação do campo de atuação do CAPS, principalmente do Núcleo de Projetos Especiais, que se ocupava de projetos concernentes a trabalho e moradia, não contemplados pelas políticas de Estado. Assim, significava uma implicação social da vida do usuário e a oportunidade de desenvolver ações independentes da gestão municipal. Jonas Melman (2001) também participou dessa experiência, a qual, inclusive, surge pelo trabalho com familiares que o autor desenvolveu por muitos anos, nesse serviço. Sobre a emergência do contato com os familiares, destaca que é justamente em função das experiências advindas da Reforma Psiquiátrica que isso se dá, porque só quando a assistência começa a acontecer na comunidade se torna necessário conhecer a realidade em que os sujeitos vivem e, conseqüentemente, estabelecer parcerias e destinar cuidado também aos familiares. Dentre a tipologia proposta por Vasconcelos (2008), a Associação Franco Basaglia se enquadraria entre as entidades que nascem a partir dos serviços, mas que, posteriormente, se autonomizam. Seu contexto de fundação é relacionado com a previsão de uma greve dos trabalhadores do CAPS, que interromperia o atendimento,

dessa forma, com a organização e a mobilização para ofertar atividades, durante a greve, a Associação se fortalece. Posteriormente, desenvolve uma ampla gama de atividades, como projetos de trabalho, moradia e direitos, participando ativamente não apenas de processos públicos de avaliação de hospitais psiquiátricos, como promovendo o intercâmbio com outros familiares e assessorando a construção de outras associações. Além de ações de cunho político e social, salienta-se igualmente a criação do Clube Basaglia e da organização de inúmeras festas, viagens e afins.

Fernanda Nicácio (2003) também nos conta, através da sistematização da experiência de Santos, sobre a importância da Associação Franco Rotelli para o sucesso daquele modelo. A Associação é fundada em outubro de 1991 e reuniu usuários, familiares e trabalhadores, a princípio vinculados ao NAPS da Zona Noroeste e, posteriormente, envolvendo sujeitos ligados às várias instituições do projeto de saúde mental da cidade. Tinha por objetivo articular o aprofundamento das discussões acerca das relações entre os familiares e o cuidado, no âmbito das novas instituições, contudo, trabalhou na aproximação entre a sociedade e a discussão da loucura, inclusive por meio de inúmeras ações expressivas e de divulgação de arte e cultura.

Não nos propusemos aqui uma longa explanação sobre todas as minúcias do desenvolvimento das Associações de Usuários, no campo da saúde mental, no Brasil; por sorte, sabe-se que existem inúmeras experiências exitosas que poderiam ter sido expostas neste trabalho. No entanto, entendemos que as informações trazidas são importantes e nos auxiliam na compreensão do contexto mais geral de inserção e participação desses novos atores sociais na trajetória da Reforma Psiquiátrica.

Vasconcelos (2008), em seus estudos comparativos entre a realidade brasileira e o contexto internacional, aponta que, além de esse tipo de participação promover uma série de mudanças significativas, no que diz respeito à autonomia dos sujeitos e suas construções de subjetividade, no Brasil, esses movimentos também são historicamente envolvidos com a luta por garantias mínimas no campo da cidadania social, dado que estas nunca foram estendidas para a população inteira. De todo modo, algo que opera uma provocação importante, no campo da política, é a presença de sujeitos, outrora silenciados e desconsiderados, enquanto capazes de dizer sobre si, expor suas experiências e opiniões, em função de uma organização lógica, que, por vezes, escapa ao nível da racionalidade considerada normal. Por conseguinte, a entrada desses novos

atores sociais faz com que o movimento crie alternativas de diálogo e novas estratégias de ação, as quais incluirão ações culturais, eventos e festas, em um movimento cada vez mais direcionado para fora, ou seja, caminhando rumo à desinstitucionalização e levando a discussão, progressivamente, para a sociedade, de maneira a buscar, em última instância, que a liberdade e a cidadania desses sujeitos figurem como imperativos éticos. Nesse sentido, sobre a dimensão do improvável ou impensável e suas consequências políticas, temos que,

[...] mais do que um fato político “natural”, a materialização dessa improvável possibilidade, de que os sujeitos tidos como loucos venham ter participação política ativa em um movimento social, trafegando pelas frágeis bordas de uma autonomia, até então sempre negada, constitui uma provocação desafiadora que exige uma revisão dessa história e um acerto de contas no plano do pensamento sobre os limites dos modos tradicionais de se pensar e fazer a política, bem como de suas consequências éticas. (SILVA, 2003, p. 85).

Cabe salientar que, muito embora os usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares sejam incluídos em um mesmo segmento político, o sentido da participação desses sujeitos é singular e intimamente relacionado com o nível de suas vivências. Amarante (1995) explicita que, no contexto internacional, há uma diferença significativa entre os movimentos compostos exclusivamente por familiares daqueles compostos exclusivamente por usuários, o que indica que possuem entendimentos diferentes a propósito de um processo que é compartilhado. Em linhas gerais, é comum que os familiares tenham uma compreensão da loucura mais pautada no determinismo biologicista, conseqüentemente, se implicam com a descoberta das causas desse fenômeno, com processos de medicalização e contenção do problema. Já os movimentos de usuários tendem a construir críticas mais radicais em torno do problema estrutural representado pela loucura.

A chegada dos familiares de sujeitos em sofrimento psíquico à trajetória da Luta Antimanicomial responde a um anseio frequente dessas pessoas que convivem de muito perto com a realidade dos transtornos mentais. Os familiares experienciam muitas dúvidas e angústias, ao lidar com um evento tão desestabilizador, concretizado pelo surto de um ente próximo. Assim, na tentativa de compreender aquilo que é incompreensível, geralmente experimentam insegurança e culpa e se sentem perdidos, diante de um fenômeno carregado de significados. O momento do surto torna-se, pois,

um divisor de águas na organização e estruturação da família do usuário dos serviços de saúde mental:

O surto psicótico de um filho, de um irmão ou de um companheiro rompe e desorganiza a vida de muitas famílias. O evento representa, de certa forma, o colapso dos esforços, o atestado da incapacidade de cuidar adequadamente do outro, o fracasso de um projeto de vida, o desperdício de muitos anos de investimento e dedicação. A doença mental continua sendo, com frequência, motivo de muita vergonha para os familiares. (MELMAN, 2001, p. 23).

A compreensão difusa e os preconceitos em torno do tema tornam a experiência do familiar ainda mais conflituosa; somada a isso, a vivência da internação psiquiátrica é outro fator desorganizador para as famílias. As práticas de isolamento, as excessivas medidas de “segurança” e a falta de informação, por vezes, levam o familiar a experienciar a hostilidade e a estranheza dos manicômios como mais um elemento de culpa. Cirlene Godoy (2003), a partir de sua experiência como esposa e mãe de paciente de saúde mental, assinala o sentimento de ambiguidade frente às internações, quando essas eram as únicas alternativas possíveis de tratamento: “Parecia não haver saída para o meu desejo de querer continuar cuidando deles, já que a única forma de tratamento que encontrava, o manicômio, tirava-me justamente essa possibilidade.” (p. 61).

A rotina de quem convive cotidianamente com pessoas em sofrimento psíquico grave, além de ser permeada por questões de cunho subjetivo, também é atravessada por encargos de níveis físicos, econômicos e sociais; justamente por isso, o suporte e apoio para essas pessoas é igualmente fundamental, como demonstra a experiência realizada por Melman (2001). Nesse sentido, os espaços coletivos dos familiares e usuários dos serviços são importantes, porque possibilitam, dentre outras coisas, a oportunidade de compartilhar e elaborar experiências e estratégias para lidar como os desafios postos à família. Na experiência do CAPS Luiz Cerqueira e da Associação Franco Basaglia, as potencialidades do grupo não ficaram restritas às elaborações simbólicas, pelo contrário, motivaram os sujeitos, para que, juntos, pudessem também propor mudanças na realidade objetiva das diferentes dimensões do cotidiano dos serviços e da sociedade, de modo geral. Conforme os familiares vão se envolvendo com a discussão no campo da Saúde Mental, o horizonte existencial desses sujeitos vai se ampliando, tornando possível o fortalecimento de vínculos com pessoas em condições semelhantes. Ao se reconhecer na história de um colega, impulsiona-se o desejo por mudanças na direção

de um tratamento em saúde mental digno e de qualidade, frente a tantas histórias de violência sofridas no interior dos manicômios. Assim, os familiares muitas vezes se veem envolvidos com atividades novas e incomuns, em seu dia a dia, a exemplo da própria organização de uma Associação, todavia, muitos deles permanecem na luta, por notarem em seu próprio cotidiano a diferença do cuidado proposto nos serviços substitutivos em relação à internação psiquiátrica por entenderem que, como familiares de usuários dos serviços de saúde mental, têm muito a ensinar a sociedade:

Nós que convivemos cotidianamente com seres humanos tão particulares aprendemos a encarar os comportamentos estranhos, diferentes, os momentos críticos, com mais tolerância e criatividade. Com certeza, isso nós temos a ensinar para o restante das pessoas. E perguntamos: será que haveria tanta discriminação, tanta violência no mundo se houvesse mais tolerância a tudo que é estranho e diferente? (GODOY, 2003, p. 64).

Se aqueles que convivem cotidianamente com a Loucura entendem que podem ensinar algo à sociedade, o que se pode pensar daqueles que a experienciam, em sua própria pele? A participação política dos sujeitos identificados como loucos reveste-se de importância, porque as denúncias de maus-tratos e violência, dentro dos manicômios, começam a surgir por narrativas em primeira pessoa, ou seja, os próprios usuários passam a falar sobre suas vivências e, através de seus depoimentos, denunciam os abusos de situações vivenciadas nas internações em hospitais psiquiátricos. Contribuem com o movimento, principalmente por serem capazes de se posicionar, de uma forma ímpar, em relação à avaliação sobre que tipos de tratamentos lhes são melhores.

A fala do usuário e a presença física da Loucura, nos espaços de discussão, levam para esses lugares uma “provocação desestabilizadora” (SILVA, 2003), e aquilo que outrora era impensável traz à história da Reforma Psiquiátrica uma complexidade ainda maior. O usuário historicamente identificado como objeto das intervenções psiquiátricas passa a reclamar seu papel de agente de transformação de uma luta que só faz algum sentido em razão de suas vivências de sofrimento. Palavras como *autonomia* e *protagonismo* deveriam deixar de ser conceitos distantes, para balizar a construção das relações, tanto no contexto do cuidado quanto na organização do movimento social. O termo inglês *empowerment* é trazido por Vasconcelos (2000) para a discussão da Reforma Psiquiátrica, no Brasil, e diz sobre algo importante para a participação dos usuários e a organização dos dispositivos associativos. Internacionalmente, o conceito é

associado com a criação de estratégias de fortalecimento de poder e autonomia para a auto-organização, nos planos pessoal, grupal e social. Sobre seu uso como ferramenta para a construção da participação política dos usuários, o autor argumenta:

Em saúde mental entendo este conceito como uma perspectiva ativa de fortalecimento do poder, participação e organização dos usuários e familiares no próprio âmbito da produção do cuidado em saúde mental, em serviços formais e em dispositivos autônomos de cuidado e suporte, bem como em estratégias de defesa de direitos, de mudança da cultura relativa à doença e saúde mental difusa na sociedade civil, de exercício do controle social no sistema de saúde, e de militância social e política mais ampla na sociedade e no Estado. (VASCONCELOS, 2008, p. 60).

O exercício pleno da cidadania dos usuários exige uma organização do movimento social que contemple as noções de horizontalidade, respeito às diferenças e emancipação. Para esses sujeitos, a participação e o envolvimento na Luta Antimanicomial abrem ainda a possibilidade de ressignificar algumas vivências, conferindo novo sentido à vida, através de atividades diferentes e, por vezes, novas, ou seja, além da perspectiva política, a participação também proporciona aos usuários um ganho subjetivo na elaboração de suas vivências. Sobre essas experiências e suas potencialidades para o sujeito, Richard Weingarten, enquanto usuário de serviço de saúde mental, nos Estados Unidos, explicita, a partir de seu próprio processo, como a experiência de construção, exposição e capacitação de outros usuários para elaboração de narrativas pessoais o ajuda em sua lida com o transtorno mental, ressignificando suas vivências e abrindo a possibilidade de mostrar ao público geral o contato com experiências tão singulares (WEINGARTEN; RESTREPO-TORO, 2012).

Conforme afirmado anteriormente, dadas as características do “tratamento” manicomial, única alternativa de cuidado ofertada por muitos anos, no Brasil, a participação desses sujeitos em espaços políticos foi algo extremamente novo. Com efeito, acerca da historicidade desse fenômeno e retomando o pioneirismo da SOSINTRA, destaca-se a história de Graça Fernandes, como única usuária associada a essa instituição, à época, e sua participação como primeira usuária eleita delegada para participação na I Conferência Nacional de Saúde Mental, levando a voz do usuário do serviço de saúde mental para discussões institucionais, no nível do Ministério da Saúde. Graça milita por muitos anos na Luta Antimanicomial, sendo membro da diretoria do Instituto Franco Basaglia e representante dos familiares, na Comissão Nacional de

Reforma Psiquiátrica; ademais, protagonizou um episódio pioneiro em que, por meio de um processo judicial promovido pela Associação, sua curatela foi suspensa, fato que repercutiu nas discussões jurídicas sobre o assunto. Registra-se também a participação, no episódio, do advogado José Souza de Paula, também associado da SOSINTRA, que ficou conhecido como primeiro advogado a defender profissionalmente os direitos de usuários e familiares, enquanto militância pessoal no movimento (VASCONCELOS, 2007).

A participação política dos usuários contribui ainda para a criação e o fortalecimento de vínculos: os companheiros e companheiras de luta se fortalecem, na medida em que reconhecem nos pares os mesmos anseios e dificuldades. A dimensão da coletividade potencializa a relação das pessoas, as quais, após terem sua liberdade restituída pelo tratamento fora dos manicômios, veem na militância no movimento antimanicomial um caminho quase natural que os implica numa aproximação com suas próprias questões. Como nos afirma o usuário Eduardo de Araújo: “E, nesse processo, vou crescendo e aprendendo que a loucura não pode ser tratada somente nos gabinetes e consultórios de psiquiatras, psicanalistas e psicólogos.” (ARAÚJO, 2003, p. 56).

Os sujeitos sociais que vivenciaram na pele o ciclo de internações e reinternações, gratos pela sua liberdade e cientes da possibilidade de construção de novas formas de estar no mundo, se permitem sonhar e, coletivamente, constroem saídas possíveis de vida e participação política, como conta o usuário Milton Freire Pereira: “Nesse grupo, fui conhecendo pessoas que tinham problemas semelhantes ao meu e discutíamos também politicamente as saídas institucionais. Para mim, a discussão política desse tema foi uma questão de sobrevivência. Dessa forma, fui me envolvendo, sonhando com um projeto.” (PEREIRA, 2003, p. 79).

A construção do movimento social da Luta Antimanicomial, a partir da entrada dos novos atores sociais, teve que se organizar contemplando a multiplicidade de reivindicações e posturas perante um fenômeno que é complexo por si só. Ademais, o campo da política, enquanto construção do comum, pressupõe inúmeros desafios, sobretudo, se consideradas as características brasileiras de um período envolto numa atmosfera de repressão e controle. Dessa maneira, a composição do movimento passa necessariamente pela construção do diálogo entre os diferentes segmentos e, pela perspectiva dos usuários, esse campo é assim entendido:

Por isso, se enfrentamos a responsabilidade social da luta política, não mais como um sonho, porém dentro de uma construção conjunta, aberta, dinâmica e criativa, com técnicos e familiares, é porque todos somos cúmplices de uma construção conjunta, aberta, dinâmica e criativa, com técnicos e familiares, é porque todos somos cúmplices de uma construção maior, de permanente invenção e reinvenção da existência, em uma sociedade que seja capaz de lidar melhor com sua própria loucura. (PEREIRA, 2003, p. 76).

Embora se tenha clareza da importância da atuação conjunta de trabalhadores, usuários e gestores na construção da Reforma Psiquiátrica, essas relações por vezes são geradoras de conflitos, em especial, a relação entre os técnicos e os usuários e seus familiares. Pode-se pensar que a passagem da participação que, a princípio, estaria mais ligada a uma noção clínico-assistencial para uma dimensão política de representações democráticas, traz dificuldades para ambos os lados, tendo em vista que os sujeitos carregam histórias e experiências diversas, no que se refere também aos níveis sociais e culturais. Se pensadas pela perspectiva dos usuários, historicamente, as relações estabelecidas com os profissionais da saúde, dentro da lógica manicomial, são marcadas por condições hierárquicas altamente verticalizadas, responsáveis inclusive por abusos de poder e violência. Ora, a condição histórica de tutela e subcidadania muitas vezes é atribuída à função do técnico e, a despeito de os trabalhadores da saúde mental implicados com a construção da Reforma Psiquiátrica serem justamente aqueles que não concordam com esse tipo de atuação, há um ranço. Um ponto problemático nessa questão se relaciona tanto com a noção de identidade quanto com o binômio autonomia/tutela, que são atravessados pelas lógicas de poder, constituindo:

[...] poderes médico-psicológicos, o poder policial do hospício, o poder dos saberes e das técnicas autenticados universitariamente, o poder normalizador da sociedade e da família etc., todas essas questões encontram livre fluxo para tematização e fazem parte, por assim dizer, da reserva ideológica do próprio Movimento Antimanicomial. (SILVA, 2003, p.105).

Sobre as dificuldades para o movimento, os conflitos advindos desse campo e as expectativas criadas em torno das identidades dos segmentos, convém ressaltar:

A impotência do Movimento, resultante de um amplo leque de questões que não podemos discutir aqui, mas que são vividas como relativas às expectativas depositadas nele pelos usuários, oferece amplo campo de frustração que igualmente vai ser direcionada para os

técnicos, esses aliados que têm mais poder e deveriam fazer as coisas acontecer. Questionados em suas identidades e intenções, “os técnicos do movimento” se veem em uma situação paradoxal na medida em que ficam equiparados, naquele momento, aos outros técnicos, aqueles que não são sensíveis ao movimento, que são autoritários, que fazem uso do poder profissional para o prevailecimento das suas posições. (SILVA, 2003 p.107).

Frente a essa peculiaridade da Luta Antimanicomial, registram-se momentos históricos em que esse conflito atinge níveis maiores, como a situação que aconteceu durante o V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, no ano de 2001, na cidade de Miguel Pereira, no Estado do Rio de Janeiro. Para Lobosque (2003), o crescimento quantitativo da participação dos usuários e familiares no movimento não é acompanhado, necessariamente, de preparo e formação política para tal, sendo que os encontros foram se tornando cada vez mais povoados, mas perdendo em nível de organização de propostas e deliberações sobre as mesmas. Por conta disso, no encontro de Miguel Pereira, foram levantadas algumas propostas, com o intuito de reorganizar o movimento, pretendendo-se espaçar os encontros deliberativos nacionais, destinados aos representantes eleitos de cada grupo/categoria/entidade, e intercalá-los com eventos de ordem cultural, abertos a todos os interessados. Na verdade, essas propostas foram sentidas por alguns grupos como excludentes, e a plenária final do V Encontro não chegou ao fim. No relatório desse encontro, é apresentada a saga para a apreciação de tais propostas e a proposição de duas outras plenárias, com esse objetivo. No contexto das indefinições, nesse documento, publicado já em 2004, ainda não haviam ficado definidas algumas questões relevantes para a organização nacional, tais como a eleição de uma executiva nacional e a responsabilidade da organização do evento seguinte.

A par das dificuldades na relação entre técnicos e usuários/familiares, outros problemas, como a personalização do movimento em algumas figuras e as disputas e rivalidades em torno da ocupação de cargos representativos, vão conduzindo para os anos 2000 novos impasses. Conforme Vasconcelos (2008), depois do encontro de Miguel Pereira, o movimento passa por uma “crise organizativa e política interna” sendo possível identificar duas correntes principais: Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RI) e Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA). Dada essa realidade, o movimento foi se reorganizando de forma bastante polarizada,

tornando-se difícil, depois dessa ocasião, encontros nacionais contemplando sujeitos identificados com as duas correntes.

Em que pesem os embates e dificuldades sentidos no movimento social, são inegáveis os avanços conquistados, a partir da inserção dos usuários e seus familiares na discussão em torno da loucura e da construção de espaços possíveis de convivência e cuidado, na comunidade. O exercício da cidadania e a dimensão política da vida em sociedade trazem conflitos de ordem demasiadamente humana e, em última instância, são importantes, porque relembram que o movimento da Luta Antimanicomial vai se construindo dialeticamente, à medida que seus atores e conflitos também vão se desenvolvendo.

3.2 Nada será como antes: a trajetória de Geraldo Peixoto

Fundamentados na compreensão da dimensão e do significado da participação dos usuários dos serviços de saúde mental e de seus familiares, na trajetória da Reforma Psiquiátrica e na construção do Movimento da Luta Antimanicomial, procederemos à exposição da narrativa de um familiar que dedicou parte significativa de sua vida ao cuidado com seu filho e à militância em saúde mental. Conforme afirmado anteriormente, desde o início desta pesquisa e, conseqüentemente, de seu desenho, Geraldo Peixoto havia sido escolhido para a entrevista do segmento dos usuários/familiares, uma escolha definida pela participação efetiva em inúmeros eventos e funções, durante toda a sua trajetória de luta. Todavia, mesmo tendo concordado com a concessão da entrevista, não foi possível realizá-la, devido ao falecimento de Geraldo Peixoto, em 10/08/2015.

A decisão de manter sua narrativa não foi tarefa fácil: se, por um lado, alteraria todo o traçado metodológico do trabalho, por outro, poderia significar uma homenagem modesta e o merecido reconhecimento por tantos anos de militância. Optamos por conservar sua narrativa, que será tecida tendo por base os seguintes materiais: uma entrevista concedida por ele, em 2015, ao Projeto Memória da Reforma Psiquiátrica Brasileira, vinculado ao Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental da Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz – que foi cedida para esta pesquisa; o capítulo

denominado “No meio do caminho tinha uma pedra”, escrito por Geraldo Peixoto e publicado no livro *Reabilitação Psicossocial no Brasil*, organizado por Ana Pitta e com primeira edição no ano de 1996; e o capítulo “Algumas considerações, com um pouco de história familiar sobre a relação entre a Loucura, a Ética e a Política no âmbito da Saúde Mental”, também escrito por Geraldo e inserido no livro organizado pelo Conselho Federal de Psicologia, no ano de 2003: *Loucura, Ética e Política: Escritos Militantes* – doravante denominados aqui como 1, 2 e 3. A estratégia de utilizar outros materiais escritos pelo “Seu Geraldo” se deu com o objetivo de enriquecer a construção da narrativa, de sorte que a transcrição da entrevista e os demais materiais foram analisados transversalmente, à procura de núcleos de sentido que serão expostos a partir de três momentos principais: *O encontro com a loucura e com o manicômio; A transformação e o encontro com o CAPS Luiz Cerqueira e O lugar do familiar e a militância antimanicomial.*

Para registrar de forma mais sistemática sua trajetória, explicitamos que Braz Geraldo Peixoto nasceu em 27/06/1933, no Rio de Janeiro, e, embora tenha se formado no curso de Educação Física, antes do adoecimento do filho André, trabalhou no setor de compras de grandes empresas multinacionais, sendo a última delas a Alcoa Alumínios. Após o adoecimento do filho, no final dos anos 1980, e em consequência de sua organização pessoal, deixa o trabalho, dedicando-se a uma escola de natação que montara nos fundos de sua própria casa, em São Paulo. Enquanto militante da Luta Antimanicomial, participou de todos os encontros nacionais do movimento, foi representante eleito dos familiares da 1ª e da 2ª Comissão Nacional da Reforma Psiquiátrica, atuou em inúmeras inspeções em hospitais psiquiátricos, por intermédio da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e do Ministério da Saúde, e esteve em muitos congressos, atos, encontros e atividades da Luta Antimanicomial, quer no Brasil, quer no exterior.

3.2.1 O encontro com a Loucura e com o Manicômio

Assim como na história da Psiquiatria, na trajetória de Geraldo Peixoto, a “doença mental” e o manicômio surgem concomitantemente. Diferente do trabalhador da saúde mental que tem compreensão da complexidade do seu “objeto” de estudo, o

familiar é tomado de assalto por algo de dimensão incompreensível, não se tratando de algo pensado: “*Nunca me passou pela cabeça que um dia eu iria ser militante de um movimento chamado movimento da Luta Antimanicomial.*”¹ Ao lidar com o processo de sofrimento psíquico do filho, muitos elementos de fora do cotidiano invadem a realidade da vida e vão transformando sua história e os entendimentos acerca de um fenômeno tão complexo, o qual, mesmo incompreendido, altera rotas:

*Não sei, até hoje, se ela [loucura] veio do céu ou do inferno, somente sei que ela transformou a minha vida. Cresci como pessoa. Quando me encontrei com ela, foi um espanto, pois nada sabia. Houve medo, muito medo, insegurança, uma sensação de desmoronamento, um vazio sem fim, como uma queda no vácuo, dor e descrença, um impacto contra alguma coisa gigantesca muito além de minhas forças, imensa perplexidade destruidora, a inacreditável tomada de consciência de nada saber, saber qualquer coisa, por mínima que fosse.*³ (grifos nossos).

Do contato com o que julgava esquisito até o momento em que fora violentamente agredido pelo filho, Geraldo passou por um processo de estranhamento, acreditando que algumas mudanças poderiam fazer parte da idade, André tinha entre 18 e 19 anos e surfava, o que o levou a pensar que poderia haver alguma relação com a maconha, o que não configurava um problema. No entanto, após um episódio de agressão, “*a luz acendeu*”¹ e, frente ao desconhecido, procurou ajuda, porém, foi por intermédio de um primo médico que chegou ao psiquiatra, o qual sugeriria a primeira internação do filho. Sobre esse momento, as lembranças permaneceram fortes, embora distantes no tempo: “[...] *junto com o André atravessamos a cidade inteira e o André delirando, delirando que ia pra Cabo Canaveral e eu segurando a conversa: ‘É nós vamos, sim’, mas nós fomos pro consultório.*”¹ No consultório do médico, a indicação de uma internação: até aquele momento, o contexto do tratamento psiquiátrico e dos manicômios era algo completamente desconhecido e a palavra do médico, uma autoridade absoluta:

*[...] eu tava até feliz na época, eu acreditava que tinha achado um lugar pro meu filho ficar. Por quê? Porque era um hospital e, além de ser um hospital, era um hospital psiquiátrico, eu falei: “É isso mesmo que ele precisa.” E aí que foi o grande equívoco da minha vida, porque depois eu fui conhecendo o que é um hospital psiquiátrico, principalmente o Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas.*¹

Na primeira visita ao filho internado, 15 dias depois, conforme exigência médica, a imagem do filho sujo, malcheiroso e *impregnado*¹ soma-se a elementos da cena cotidiana do manicômio, como as grades, as chaves e as pessoas vagando desorientadas, gerando um novo estranhamento: “*Será que é esse o lugar? É aqui que vão tratar do meu filho? Aí já começou o mal-estar.*”¹ Geraldo visitaria muitos outros manicômios, inclusive enquanto membro de comissões de avaliação da década de 90, no entanto, é à força dessa experiência que é atribuída a entrada e permanência no movimento da Luta Antimanicomial: “*Ele foi internado em um hospício e tudo começou quando, pela primeira vez, dolorosamente transpus aquele portão que separa e estigmatiza. Este, sem dúvida, foi um dos fatos mais marcantes de minha vida.*”²

Na trajetória de Geraldo Peixoto, as sucessivas incompreensões sobre uma vivência desconhecida não o paralisaram, pelo contrário, a caminhada que o leva à militância é pautada pelo desejo de compreender aquilo que o inquieta:

*Disseram-me que aquelas pessoas que ali estavam eram violentas e agressivas. Por esse motivo, tudo era trancado, muros altos, portões e mais portões, cadeados, correntes, grades, enfim, tudo o que separa e exclui. Muito estranho, pensava. Como tratar de uma doença dessa forma? Continuei comparecendo às visitas sem perder nenhuma, e fui observando e entendendo mais aquela rotina de “tratamento”.*³

Das tentativas em entender melhor o que acontecia com o filho, naquele ambiente inóspito, Geraldo destaca a primeira vez que ouviu falar de esquizofrenia, sob uma perspectiva que não aquela da periculosidade e da doença. Ao ler um jornal, ele se depara com a notícia de uma conferência que aconteceria, em São Paulo, acerca da história de um esquizofrênico que havia tido as obras expostas em uma exposição internacional; mesmo diante do fato de não saber ao certo do que se tratava, foi conferir: “*Eu não sabia o que era esquizofrenia ou esquizofrênico, palavra de honra. Eu não sabia mesmo o que era isso, não tinha a menor idéia.*”¹ A conferência em questão contava a história e expunha as obras de Arthur Bispo do Rosário, e este pode ser identificado como um momento em que seu estranhamento ganha legitimidade, encontrando reverberação:

E eu fui ver a conferência do esquizofrênico genial, e aí já começou mudar na minha cabeça o que era... sem saber nada. O simples fato de sair uma matéria desse tamanho, uma página inteira num jornal chamado Folha de São Paulo dizendo que um esquizofrênico

*brasileiro... e contando rapidamente a história do Arthur Bispo do Rosário, que ele ficou 40 anos internado.*¹

O encontro com a Loucura e com o manicômio, nessas condições iniciais de incerteza e insegurança, é aos poucos transformado, a partir do contato com outras formas de cuidado e com sujeitos igualmente inquietos. Ao longo de sua longa trajetória de militância na Luta Antimanicomial, suas compreensões acerca da loucura e do manicômio vão se tornando cada vez mais categóricas, dando origem ao entendimento da defesa radical da liberdade e singularidade das formas de existir e estar no mundo. Nesse sentido, o que também o faz permanecer na luta, apesar de seu filho, depois de ter sido acompanhado no CAPS, nunca mais ter sido internado, se relaciona à dimensão da alteridade: *“Não podemos jamais nos esquecer, enquanto estamos aqui em liberdade, daqueles que estão trancafiados dentro do hospício, sem terem cometido crime algum.”*³ Ao pensar na crueza das relações, no contexto manicomial, em sua compreensão, enfatiza:

*Tudo dentro do hospício é massificado, não existe a individualidade, não existe a pessoa. Tudo é feito em um único local, com autoritarismo e rigidez. Os grupos são grandes, as pessoas são tratadas da mesma forma, obrigadas a fazerem as mesmas coisas. Os horários são muito rigorosos. Todas as atividades são impostas, sem consulta alguma às preferências dos pacientes, sem se preocupar em saber se aquilo que está sendo feito é do seu interesse, ou não. São muitas as regras, não deixando espaço para que o imprevisível aconteça.*²

*O que acontece dentro do manicômio resulta de uma posição básica: lá, as pessoas não são tratadas, são vigiadas. Por qualquer infração, são punidas e, às vezes, todos nós sabemos muito bem, de forma violenta e desumana.*²

Ainda sobre as relações no contexto dos hospitais psiquiátricos, apesar de haver o entendimento da violência de suas práticas, o olhar para os trabalhadores não é culpabilizador. Desde os psiquiatras que o atenderam até a fala dirigida a estudantes da área da saúde deixam claro que, na sua compreensão, a problemática é estrutural e, embora o trabalhador seja, por vezes, responsabilizado, trata-se mais de despreparo do que de qualquer outra coisa: *“As pessoas que ali trabalham não sabem como lidar com a desordem e com o inesperado, elementos corriqueiros no dia a dia das pessoas com problemas de Saúde Mental.”*². Acrescenta: *“E, mais ainda, existe a violência do*

atendente despreparado, impaciente, sobrecarregado muitas vezes pelo número excessivo de pacientes.”²

Na medida em que as compreensões do “tratamento” manicomial vão se tornando mais claras, ficam mais nítidas também as relações de consequência entre as estratégias institucionais e a vivência do sujeito internado, a princípio pela perda da condição livre: “*A doença mental não autoriza ninguém a tirar a liberdade de seu semelhante.*”³ Essas construções vão se dando pela vivência do próprio processo, enquanto familiar de usuário de saúde mental, desde as observações que vai fazendo das internação de seu filho, às visitas que realizara e às comparações que posteriormente faz, quando André passa a ser acompanhado no CAPS Luiz Cerqueira:

Quem está trancafiado atrás dos muros dos manicômios, em geral, é considerado incapaz e estúpido. A verdade é que muitos terminam por ficar assim, porque lá dentro não existe tratamento adequado, aliás, não existe tratamento algum e, por essa razão, acabam ficando sem a menor chance de manifestar o seu potencial.³

A luta contra os manicômios permite a Geraldo ressignificar, seja as dificuldades iniciais frente à loucura, enquanto uma desconhecida, seja as formas possíveis de cuidado, o que o implica no movimento da Luta Antimanicomial. Em sua compreensão e também em sua trajetória, é a partir do momento em que o sofrimento psíquico deixa de ser algo ameaçador e passa a ser visto com outros olhos é que se torna possível pensar em outras estratégias para acompanhá-lo: “*Para se substituir os hospícios, em primeiro lugar, é necessário ter fé e confiança no doente mental, em sua criatividade e em seu potencial. Só assim poderemos ajudá-lo a superar a dor, a angústia e o desespero do sofrimento mental.*”³. A transformação que essas mudanças operam em sua postura e em sua vida é fortemente atravessada pela experiência com o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, tema a ser abordado no próximo tópico.

3.2.2 A transformação pessoal e o encontro com o CAPS Luiz Cerqueira

As construções de opinião e a militância de Geraldo Peixoto são feitas pela via da experiência, ou melhor, pela inquietude e disponibilidade em experienciar coisas

novas. Nesse sentido, durante a conferência de que participa, após ver a notícia do jornal, uma série de novos elementos são postos na sua caminhada, desde o sentir-se um estranho, em um ambiente majoritariamente acadêmico, passando pelo contato com outra concepção de doença mental, até um convite que recebe para conhecer o tratamento no CAPS:

*Lula Vanderlei e uma outra professora Lígia, esqueci o nome dela todo, e um japonezinho quietinho não falava nada, jovem, aí chegou a minha vez de eu falar quem eu era e com essa pinta que eu tenho os caras acharam que eu era psi também, né, aí eu falei não, eu tô aqui porque eu tenho um filho esquizofrênico, aí tchum!, toda atenção voltou-se pra mim, ah é, poxa vida, aí eu contei um pouco essa história que eu contei aqui, aí na hora de voltar que ia continuar a conferência, o japonezinho quietinho, me chamou ali do lado, falou: “Oh, Geraldo, eu ouvi aí com atenção a sua história e eu queria dizer pra você que tem um lugar aí, assim, que exatamente trata desses casos bastante graves de psicose, de loucura, de esquizofrenia e tudo.” **Aí que eu ouvi falar pela primeira vez desse lugar chamado Centro de Atenção Psicossocial** que abreviadamente a gente chama de CAPS, que, na época, ninguém sabia o que era, eles estavam inventando nessa época o CAPS da Rua Itapeva, foi um invenção mesmo de uns dez caras que trabalhavam lá. Não sei se vou lembrar de todo mundo, mas Ana Pitta, Jairo Goldberg, Jonas Melnan, Sandra Fischetti, Arnaldo Motta e Silvio Yasui, que é o japonezinho que tava lá e me deu o toque de levar o André pra lá¹ (grifos nossos).*

Ao enfatizar a noção da disponibilidade em experienciar o novo, alguns pontos podem ser destacados: o primeiro deles refere-se ao incômodo com a situação do tratamento manicomial – a busca por entender aquilo que não compreende, mas, sobretudo, com que não concorda, o impulsiona a abertura de horizontes e a procura, de fato, por estratégias para lidar com o sofrimento do filho. Assim, por mais linear que a trajetória possa parecer, é importante salientar que, a cada momento, uma escolha é feita e, por conseguinte, algumas consequências surgem. No primeiro contato com o CAPS, com André ainda internado, houve uma boa impressão e o início de um árduo processo para conseguir a possibilidade de levar o filho para lá: “*Ninguém acreditava: ‘Pô, Geraldo, mas que conversa é essa? Uma casa aberta na Avenida Paulista?’ Eles nem imaginavam que existia isso, era o 1º CAPS brasileiro que tava sendo montado, inventado, organizado.*”¹

Depois de muita conversa com os médicos, descobre a alternativa do setor de assistência social dentro do hospital e, ainda com muito esforço, consegue que uma

médica libere a assistente social para conhecer o serviço e, enfim, consegue a liberação de André do hospital psiquiátrico. Quando o filho começa a frequentar o CAPS, Geraldo também o faz, e sente a diferença de um modo tão profundo que não mais sairia, escolhendo definitivamente o seu lado da história: “*Eu vi o outro lado que eu desconhecia e eu falei: ‘Esse aqui é o meu lado.’ Aí o André ficou lá e eu fiquei junto, eu fiquei tão encantado com o que eu tava vendo ali, o contraste do CAPS Itapeva e do hospital Psiquiátrico.*”¹ Abaixo, uma outra comparação entre o manicômio e o cuidado em liberdade, relativamente longa, porém, carregada de sua sensibilidade:

*Enquanto um é lúgubre, em geral escuro, úmido e malcheiroso, o outro é leve, claro, ventilado e bem-cuidado. Enquanto um serve alimentos de péssima aparência e sabor, o outro serve uma alimentação saborosa, balanceada e nutritiva. Enquanto, em um, o paciente come com colher, sob o argumento de periculosidade, no outro, todos os talheres são usados, sem esse pressuposto. Enquanto um segrega e aprisiona por trás de altíssimos muros, o outro, de portas escancaradas, é a continuação da rua, e com ela se mistura. Ou será a rua que é continuação dele? Enquanto, em um, existe uma equipe distanciada do paciente, inatingível, “superior”, controlando e disciplinando, no outro, existe uma equipe circulando entre todos, interagindo todo o tempo pelos espaços da casa, sem a arrogância e prepotência do conhecimento científico. Lá dentro do hospício, o contato com o mundo exterior é mínimo. Aqui, o contato com o mundo é permanente e direto. O paciente é participante da vida, entrelaçado com os eventos do cotidiano.*²

A descrição comparativa entre as minúcias da violência manicomial e as possibilidades abertas pelo contato com o CAPS, em sua trajetória de familiar, fazem com que Geraldo reafirme a importância da luta, para que outras pessoas também possam ter acesso a esse tipo de relação. Ao considerar o “privilegio” de poder fazer parte de um processo em criação, explicita o quão difícil era, sobretudo no final dos anos 1980, ter acesso a qualquer outro tipo de tratamento que não a internação psiquiátrica. Com o envolvimento com a Associação Franco Basaglia, reafirma igualmente a importância da solidariedade e do contato entre os familiares: “*Queremos abrir um espaço de encontro onde nós, familiares, possamos partilhar cotidianamente da terapia dos nossos filhos e manter viva a esperança.*”²

Os encontros e as parcerias feitas no contexto do serviço, tanto com profissionais quanto com outros familiares, fortalecem a caminhada do cuidado e da militância e minimizam as dificuldades inerentes a ambos: “*Tive a felicidade de encontrar ali*

*peessoas maravilhosas que têm nos ajudado muito nesse caminhar. Hoje sou um outro homem e meu filho seguramente também é.*² A associação é também considerada como um importante canal de comunicação, sempre aberto, com os profissionais da saúde mental e, a partir disso, outra comparação com a qualidade das relações, no contexto do manicômio, é inevitável:

*Eu nunca podia dirigir-me ao psiquiatra. Era obrigado a aguardar que ele me chamasse. Muitas vezes, na minha ansiedade de ter notícias mais claras sobre a situação, era obrigado a pedir a interferência de algum funcionário, implorando um atendimento pessoal. Quantas e quantas vezes estive à espera, nos corredores e nas antessalas, aguardando uma possível passagem do médico para obter alguma informação. Se o CAPS e a Associação Franco Basaglia não tivessem surgido nas nossas vidas, provavelmente eu ainda estaria sentado lá, sem a consciência de que existem outras formas terapêuticas.*²

O movimento de comparação é algo marcante, na fala de Geraldo Peixoto, e isso se relaciona com algo que sempre foi destaque em seu posicionamento: enquanto familiar, pai de um usuário de serviço de saúde mental, faz questão de ressaltar que o seu conhecimento advinha da experiência, ou seja, do contato próximo com o manicômio e, posteriormente, com o CAPS, mas também com os sentimentos acarretados pelo processo de acompanhar alguém que, porventura, apresenta delírios e alucinações. Pelo nível do concreto, das dificuldades reais e da percepção de como esse processo pode ser mais ou menos violento, somados às alternativas que tornam o envolvimento possível, é levado a relações cada vez mais próximas com o Movimento da Luta Antimanicomial. Sobre o envolvimento e a construção coletiva dos projetos da Associação Franco Basaglia, assinala o caráter de escolha e como tal fato impacta nessa construção: *“O engajamento, em qualquer um deles, é opcional. E disto resulta muito entusiasmo e alegria nessa participação.”*²

Além de todos esses elementos da esfera do concreto, o que faz de sua trajetória algo singular se associa ao nível das escolhas, algo de ordem subjetiva, que faz com que todos esses fatores se materializem em um posicionamento: *“Foram as circunstâncias da vida que me obrigaram, não me obrigaram, eu não fui obrigado a nada, que me atraíram para esse movimento social brasileiro chamado movimento nacional da Luta Antimanicomial.”*¹ A transformação e as mudanças sobre as concepções de Loucura e do tratamento psiquiátrico não são restritas a isso, porque a opção em acompanhar o

filho implica também uma alteração radical no modo de organizar a vida, o que inclui inclusive a mudança de emprego e a construção de uma dedicação muito grande ao cuidado, de sorte que, ao comparar-se com outro sujeito, assevera: “*Como eu respeito o Ferreira Gullar, por exemplo. Com tudo que ele é, um poeta e tudo, mas ele é, nossa Senhora, ele é um cara que na minha concepção abandonou os filhos pela poesia, eu abandonei a vida de executivo que eu tinha pra cuidar do meu filho.*”¹

No domínio das escolhas, na medida em que avança em relação às vivências no movimento social, constrói cada vez mais parcerias e destaca que algo que tem início na própria realidade extrapola esse plano, tornando nítida a dimensão da alteridade, em um processo que o levaria a tantas experiências, como a representação do segmento dos familiares junto à Comissão Nacional da Reforma Psiquiátrica, a participação em inúmeros fóruns, congressos e debates, bem como as viagens que faz, com o objetivo de conhecer e avaliar a qualidade dos serviços. Dessa forma, a defesa de uma sociedade sem manicômios move a caminhada de Geraldo Peixoto, porque, para ele, enquanto alguém que ainda sofre com as internações psiquiátricas, é preciso lutar:

*Repito mais uma vez, com muita emoção, o que já disse outras vezes: essa descoberta que tanto mudou minha vida, esse crescimento, essa convivência tão rica e acolhedora, isso que me trouxe aqui, paradoxalmente, começou com o adoecimento do meu filho, André. Hoje são tantos outros, que não consigo enumerá-los; entretanto, não poderia de deixar de me lembrar de cada um, com sua história, cada um com seu destino, cada um com sua vida: Raimundos, Imaculadas, Conceições, Adrianos, Marcelos, todos eles cidadãos do mundo, que dão sentido à minha perplexidade e a minha indignação.*³

3.2.3 O lugar do familiar e a militância antimanicomial

O encontro com a Loucura e toda a transformação operada na trajetória de Geraldo mostram a importância da militância, em sua construção de vida: o encontro que transforma não acontece sem conflitos. Assim, entender-se enquanto um familiar engajado e consciente das questões antimanicomiais e ainda ocupar um lugar de fala junto a sujeitos que conheciam a mesma realidade, sob outra ótica, geram, a princípio, algum desconforto, justamente por significar uma ruptura com a trajetória que construía até então, enquanto um homem de negócios. Numa ocasião em que é convidado a compor uma mesa com outros palestrantes considerados por ele como *pessoas de peso*¹, tais como Ana Pitta e Dalmo Dallari, surge a insegurança em relação

ao que falar, ciente da ideia de que a ele não interessavam as teorias e os métodos de tratamento, mas sim aquilo que era do nível da experiência, da qual tem uma compreensão que aos poucos seria lapidada:

Eu tô falando do Geraldo que viveu profundamente e que sente profundamente até hoje. A Sandra Fischetti falou: ‘Geraldo, você fala da sua subjetividade’... puta, aí que piorou, mas como? Eu sou um cara objetivo, eu tinha uma vaidade de ser um executivo, sabia ganhar dinheiro. Por quê? Porque eu era um cara objetivo. Agora, a Sandra vem e me fala pra eu falar da subjetividade, aí que eu comecei a entender o que era subjetividade e abriu um espaço fantástico na minha vida, da subjetividade, das questões da subjetividade. Aí eu falei nessa mesa, eu tinha escrito um negócio, não li nada e comecei a falar da minha subjetividade, como eu entendia essa história da loucura, da doença mental e, principalmente, tendo essa história toda dentro da minha casa.¹

Através do envolvimento com o CAPS e a Associação Franco Basaglia, outras possibilidades surgem e Geraldo as vai acolhendo, tais como a participação na Câmara de Saúde Mental da cidade de São Paulo e nas comissões de avaliação de hospitais psiquiátricos, tudo isso em um tempo em que a participação da sociedade civil nesses mecanismos políticos era algo muito recente, tanto para a sociedade quanto para ele: *“Antigamente, era só técnico que fazia inspeção em hospital psiquiátrico, professor doutor, enfermeiro, psicólogo etc. Aí começou a abrir e aí eu fui visitar, outras pessoas foram também, não foi só eu, outros militantes também.”¹*

Paulatinamente, como resultado da sua construção pessoal e do tempo que passa, sobretudo, no desenvolvimento da Associação Franco Basaglia, concebe a importância da fala do familiar, redimensionando o objetivo do cuidado em Saúde Mental: *“[...] se deve tratar a pessoa que tem um sofrimento mental e não querer ficar colocando em prática teorias que muitas vezes são somente teorias.”²* À medida que se envolve com outras histórias para além da do filho André, ao participar da construção do cuidado no CAPS, percebe as especificidades da história de cada sujeito e a importância de pensar a singularidade, no que diz respeito aos aspectos socioeconômicos, familiares e culturais. Obviamente, compara essa perspectiva com o “tratamento” oferecido dentro dos hospitais psiquiátricos: *“Na valorização do ser humano, único, individualizado, que é o paciente, nisto repousa a diferença maior do que acontece no CAPS e na Associação Franco Basaglia.”²* Do lugar de familiar e enquanto partícipe do processo, considera a

importância fundamental do conhecimento advindo da experiência, para a discussão da saúde mental:

Tudo o que aqui se tem discutido acontece porque, em algum lugar do mundo, existe alguém que ouve vozes, tem visões, alucinações e delírios... e disso, senhoras e senhores, nós entendemos, porque temos uma pessoa ao nosso lado, durante as vinte e quatro horas do dia, sete dias por semana, trinta dias por mês... e quem não possui essa percepção deveria imaginar o que isso significa, pois, senão, iremos construir algum brilhante método ou teoria, mas que, na prática, não serviria para nada.³

O sentido da militância é especialmente lembrado pelos encontros proporcionados por ela, pela força que atribui ao coletivo e pelas pessoas as quais vão se tornando companheiras de luta, conhecendo e compartilhando os mesmos sonhos. A possibilidade de transmitir seus conhecimentos, através das assessorias propostas pela Associação Franco Basaglia, e a ocupação de espaços de posicionamento vão demonstrando a relevância dada à dimensão da política e, na trajetória composta por inúmeros capítulos, alguns momentos são lembrados como marcos representativos – por exemplo, a aprovação da Lei 10.216, em 2001:

Permaneci colado ao vidro da galeria, junto a alguns companheiros, até os momentos finais da aprovação. Percebi, então, qual a importância da política. Começava a ver um sentido em tudo o que havia sonhado e que fiz, movido apenas pela paixão e pela crença na mudança. Foi um gesto grandiosamente político de todos nós. Jamais poderemos perder de vista esse momento único! O que todos temos feito é uma doação, doação do que temos de mais íntimo, de mais solidário.³

Ao conceber a política enquanto elemento importante, no Movimento da Luta Antimanicomial, leva em conta as dificuldades e embates desse processo e destaca as tensões com os grupos sociais defensores do manicômio, como os movimentos de “familiares desinformados”³, mas especialmente daqueles cujo interesse na manutenção dos hospitais psiquiátricos tem raízes políticas, econômicas e ideológicas. Em relação a uma disparidade de forças, entende que o movimento nunca esmoreceu e que, apesar de árdua, a luta se fez incansável e permanente: “Para nós, só havia um caminho: a denúncia! Nós nunca esperamos que aquela antiquada forma de tratamento fosse abandonada voluntariamente.”³

A postura aguerrida de Geraldo e a participação ativa, por mais 30 anos como militante da Luta Antimanicomial, no Brasil, se dão ao mesmo tempo em que a sua vida pessoal também é transformada, novas relações são construídas, ao passo que outras são ressignificadas, a carreira de executivo é deixada de lado, para dar lugar a um trabalho que lhe possibilitasse estar mais próximo: transforma-se, então, em um professor de natação. Ao afirmar, por inúmeras vezes, como o seu contato com a loucura e a participação no movimento foram revolucionários em sua vida, conta na verdade como a ética antimanicomial reverbera naquilo que é seu, em sua forma de enxergar o mundo e no que se refere ao sentido que dá àquilo que é da ordem da vida humana em sociedade, em suas dimensões de liberdade e solidariedade:

Sabemos, por experiência própria, que existem outras formas de tratar. Sabemos que existem lugares abertos, com as portas abertas para a rua, onde as pessoas se misturam, sem que haja distinção entre elas, sem que se saiba quem é usuário ou quem é o atendente ou profissional. Lugar onde existe vida, com tudo que ela nos oferece: sonhos, brigas, amores, ciúmes, solidão, companheirismo, amizade, ternura e trabalho, enfim, todos os sentimentos que dão à existência o seu verdadeiro valor. Esse lugar é a continuação da rua, onde também não podemos distinguir as pessoas umas das outras.³

3.3 Resistindo na boca na noite um gosto de sol: considerações sobre o protagonismo dos usuários de saúde mental e seus familiares

Através de algumas reflexões sobre o significado da participação e protagonismo dos usuários e de seus familiares, na trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira, bem como da narrativa construída com base na experiência de Geraldo Peixoto, tivemos como objetivo ressaltar a importância dessa participação para o conjunto da obra da Luta Antimanicomial enquanto um movimento social.

Muito do que é próprio da Luta Antimanicomial, suas nuances e peculiaridades, foi-se construindo através de seu movimento, o qual, muito longe de ser linear, é composto por episódios novos, novos sujeitos e a construção de relações que sustentem tamanha empreitada. Nesse sentido, a entrada dos usuários e seus familiares, tanto na discussão quanto na participação do movimento social, simboliza muito dos preceitos que movem a Reforma psiquiátrica. O fato de esse segmento tomar para si a autonomia e a construção do próprio destino significa justamente aquilo que, enquanto teoria, deveria respaldar as relações de cuidado em saúde mental, isto é, a construção de

relações que progressivamente se afastem da tutela e se aproximem da dimensão da vida em sociedade, com suas parcerias, afetos e desafetos.

Embora, na ordem do simbólico, todas essas relações sejam entendidas como algo extremamente potente e revolucionário, a operacionalização dessa participação é coenvolta em uma série de elementos atravessados pelas dimensões da política, do saber, do poder e das próprias dificuldades advindas da convivência com os transtornos mentais graves. Todavia, em que pesem todos esses impasses, a presença dos depoimentos em primeira pessoa e do julgamento, também em primeira pessoa, daquilo que é ou não é útil para os sujeitos, traz à tessitura do movimento antimanicomial novas cores e formas, sendo que as composições feitas no enfrentamento dessas dificuldades devem se reportar constantemente aos princípios e aos porquês da existência de uma luta por uma sociedade sem manicômios:

Mais do que simplesmente demarcar obstáculos para constituir impossibilidade, o reconhecimento desses aspectos problemáticos pretende fazer deles pontos de partida para um pensamento sobre o desafio de se constituir uma política possível, que permita uma participação digna, honesta, verdadeira e que seja, ao mesmo tempo, útil para os processos vividos por estes sujeitos em direção à ampliação da sua autonomia bem como contribua para fazer avançar os objetivos comuns fundadores e a razão de ser do Movimento Antimanicomial. (SILVA, 2003, p. 110).

Ao nos debruçarmos sobre uma história particular e associarmos, através da narrativa, a trajetória de Geraldo Peixoto àquilo que é próprio da dimensão historicamente construída, como o surgimento das associações, a participação do segmento nos debates das mais diversas ordens e a institucionalização dessa participação são coloridas por meio da vivência de um sujeito singular, seus conflitos e suas escolhas.

O contato com a Loucura e com tudo o que dela advém, na verdade, transforma as pessoas sob inúmeras formas, porém, na história de Geraldo, essa mudança alterou significativamente a história da Reforma Psiquiátrica brasileira, pois, como um dos pioneiros na participação dos familiares na Luta Antimanicomial, esteve por mais de trinta anos em permanente construção. Depois do surto de seu filho, sua história se confunde com a história de um movimento social de cuja existência ele sequer sabia: as marcas feitas através da experiência com o hospital psiquiátrico foram tão profundas, a

ponto de alterar definitivamente suas concepções e seu modo de entender seu lugar no mundo:

Eu tenho 82 anos de idade e sou militante da luta antimanicomial desde os primórdios, do início da Luta Antimanicomial. Não estive em Bauru aonde começou a nossa militância e a militância por uma sociedade sem manicômios, porque, nessa época, eu tava internando o meu filho. Sou militante, usuário, familiar, parceiro e muito incomodado com tudo que um dia eu vi num hospício, por isso que eu estou aqui.¹

Outras tantas pessoas já se horrorizaram com a realidade em questão, todavia, o que faz esse incômodo se transformar em luta permanente se relaciona com a dimensão das escolhas de vida, escolhas subjetivas, éticas e políticas que impulsionam a um caminho, em detrimento de outro. Assim, na complexa teia que representam as relações familiares, Geraldo deixa sua vida de executivo e mergulha na loucura e nas suas consequências. A partir da ideia de que o movimento se constitui dialeticamente, à medida que também se constituem novos sujeitos, a narrativa desse sujeito singular nos apresenta a importância das relações com o coletivo, no desenvolvimento e fortalecimento da militância e da vida.

À Luta Antimanicomial, enquanto movimento social, a trajetória de Geraldo Peixoto deixa como legado a importância do saber advindo da experiência e o quanto é sensível o conhecimento construído cotidianamente, no contato com o usuário, sendo imprescindível ao diálogo para a superação dos manicômios e a construção do cuidado em liberdade. Na ocasião da morte do filho André, em 2011, Geraldo faz um balanço da caminhada conjunta e apresenta características particulares de sensibilidade, disponibilidade e persistência:

Tive um privilégio, uma graça de viver junto dele, essa experiência, absolutamente fantástica, nestes anos todos. Ele foi meu grande mestre, mostrou-me o caminho, o caminho que ele percorreu e que, apesar da violência das crises e das crises de violência, foi paradoxalmente delicado e extraordinário. A experiência foi “humana, demasiadamente humana”. Fui atirado à correnteza da vida e da psicose, deixando-me levar sem resistência, aceitando e usando-a a meu favor, sabendo, como bom nadador, que, se não o fizesse, iria apenas me exaurir. A correnteza, agora, queridos amigos, se diluiu, se desfez, deixando-me nadar livremente. A vida foi

*maravilhosa comigo, por ter-me permitido esse encontro. Valeu a pena, garoto! Valeu muito a pena!*⁶

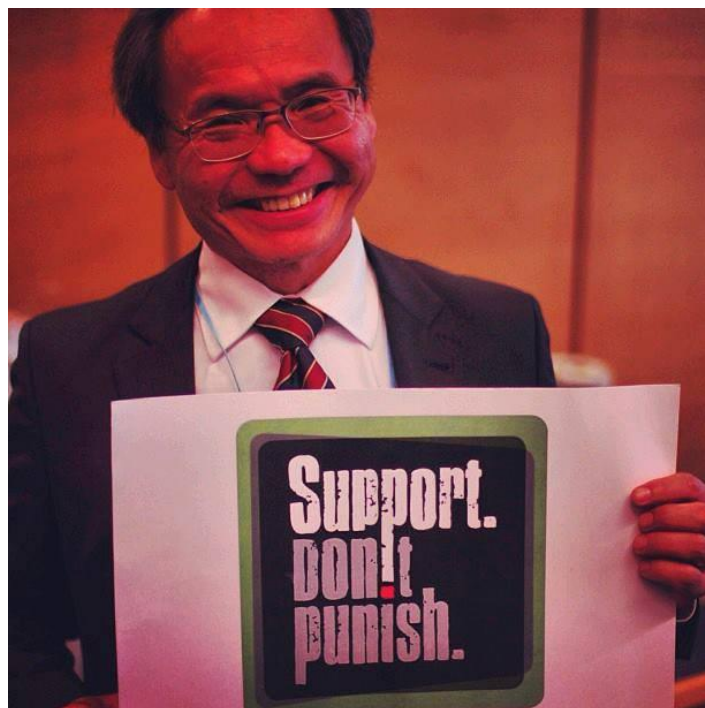
Geraldo Peixoto faleceu em agosto de 2015 e deixou, para todas as pessoas identificadas com a Reforma Psiquiátrica, a imagem de um militante aguerrido e incansável. Registrar e transmitir sua história pode simbolizar não só uma homenagem, mas a desnaturalização das conquistas desse movimento e a convicção de que ele é composto por rotas e histórias singulares. No caso de Geraldo, depois do alvoroço em seu coração, colocou de fato o pé nessa estrada – e nada foi como antes.

⁶ Carta de Geraldo Peixoto: “Tem um canto aí.” Disponibilizada na página da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME). Disponível em: http://www.abrasme.org.br/conteudo/view?ID_CONTEUDO=642&impressao. Acesso em: Jun. 2017

*Foi nos bailes da vida ou num bar
Em troca de pão
Que muita gente boa pôs o pé na profissão
De tocar um instrumento e de cantar
Não importando se quem pagou quis ouvir
Foi assim*

*Cantar era buscar o caminho
Que vai dar no sol
Tenho comigo as lembranças do que eu era
Para cantar nada era longe tudo tão bom
Até a estrada de terra na boléia de caminhão
Era assim.*

(Nos Bailes da Vida – Milton Nascimento)



Roberto Tykanori

Fonte: Campanha *Support. Don't punish.*⁷

⁷ Disponível em: <http://supportdontpunish.org/photoproject/35/>. Acesso em: Jul.2018

4. ENTRE A LUTA E A POLÍTICA: O PAPEL DA GESTÃO NO DESENVOLVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

A Reforma Psiquiátrica, concebida com fundamento na noção de processo social complexo, compreende os múltiplos arranjos necessários aos avanços em direção a uma sociedade sem manicômios. Nesse sentido, desde o início dos anos 1980 e da instauração de brechas democráticas, muitos sujeitos implicados com o movimento dos trabalhadores em Saúde Mental começaram a ocupar funções de gestão, na organização das diretrizes de assistência em saúde mental e nas instituições de Saúde. Assim, em meio a um clima, ora controverso, ora idealizado, a categoria dos *Gestores* se constitui enquanto ator social do movimento da Reforma Psiquiátrica.

A função do gestor em saúde é permeada por dilemas de ordem política, técnica e ética: sustentar a posição de representante do Estado, por vezes, significa uma inserção múltipla de um sujeito que pode trazer consigo a herança de outros papéis ocupados, no contexto da saúde mental, como ser ou estar trabalhador, pesquisador e/ou militante. A trajetória desse lugar institucional será contada a partir da narrativa construída com a entrevista de *Roberto Tykanori Kinoshita*, que traz em sua história marcas características dos processos porosos identificados pela ocupação de diferentes espaços na construção da Reforma Psiquiátrica brasileira, como a função de coordenador da política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde. Antes da narrativa, serão apresentados elementos que subsidiem a compreensão das relações entre a função gestora e o movimento da Reforma, no Brasil.

4.1 A Reforma da/na gestão: os caminhos da Saúde Mental

De acordo com Campos e Campos (2009), os termos *gestão* e *administração* são ocasionalmente tomados por sinônimos; no significado atribuído às palavras, encontram-se os sentidos de “governar pessoas e instituições”, ou seja, ações eminentemente políticas. No que se refere à administração enquanto campo do conhecimento, desde os estudos de Taylor, a partir do século XX, tentou-se separar tudo aquilo que diz respeito ao campo da subjetividade das práticas de gestão, visando à instauração de procedimentos exclusivamente técnicos. Desde então, os estudos no campo da Administração avançaram, quanto ao entendimento dos sujeitos, todavia, são ainda majoritariamente ancorados nos polos de controle e vigilância.

A gestão em saúde, por sua vez, é uma área que surge no início do que se convencionou chamar de Saúde Pública. Com vocação multidisciplinar, a Saúde Pública recorre a outras inúmeras disciplinas para compor seu campo de análise, de cujas colaborações surgem áreas como a epidemiologia e a *administração sanitária e de práticas em saúde*, precursora da gestão em saúde, a qual tinha as seguintes funções:

Encarregava-se de pensar a administração de um pedaço do Estado, os nascentes departamentos, escolas e laboratórios de saúde pública, mas, distinguia-se da Administração de Empresas porque procurava articular a gestão às “práticas” consideradas eficazes para debelar os problemas coletivos de saúde. Tratava-se, portanto, de uma área que procurava compatibilizar conhecimentos sobre administração pública com procedimentos sanitários considerados eficazes no combate a epidemias. A administração em saúde na medicina de mercado apresentava menos especificidades; em geral, adaptava elementos da teoria geral a hospitais e clínicas. (CAMPOS; CAMPOS, 2009, s.p.).

Quando são criados os primeiros Sistemas Nacionais de Saúde, os Estados passam a ser responsáveis tanto pelo financiamento quanto pela gestão de uma série de serviços de saúde e, além disso, a noção de novos modelos assistenciais faz com que o arcabouço teórico da administração sanitária se torne insuficiente, sendo necessários avanços em relação ao tema. Órgãos internacionais, como a Organização Pan-Americana (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), impulsionaram o desenvolvimento desse campo, a fim de superar a visão restrita às teorias administrativas e construir concepções mais coerentes aos projetos dos Sistemas de Saúde.

Historicamente, no campo da Saúde Mental, os manicômios foram geridos ora por leigos e/ou ordens religiosas, ora pelos ditames “científicos” da nascente Psiquiatria. A título de exemplo, o hospital psiquiátrico do Juqueri, inaugurado em meados do século XIX, teve seu primeiro diretor especializado apenas com a chegada do alienista Francisco Franco da Rocha, em 1893; respaldado por sua formação científica, sua palavra foi revestida de poder, o que o autorizou, inclusive politicamente, a implementar uma série de mudanças naquele hospital (CUNHA, 1988).

No período em que as críticas ao manicômio tomam corpo, no Brasil, a organização da assistência em saúde mental era sistematizada político-administrativamente por meio da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), entidade criada pelo Ministério da Saúde, nos anos 1970, em substituição ao Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM). A DINSAM seria extinta em 1990, já no contexto do Sistema Único de Saúde, o qual ofereceria as condições para a criação da

Coordenação Nacional de Saúde Mental, em 1991. Salienta-se que a transformação no âmbito dessas instâncias não se deu de modo simplificado e envolveu uma diversidade de atores sociais, como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

Frente a uma crise de ordem ética e financeira, no Ministério da Previdência Social (MPAS), que até então provia a assistência psiquiátrica às pessoas com vínculos previdenciários, por convênios público privados, para a compra de serviços hospitalares em uma lógica privatizante, tem-se um novo arranjo organizativo. Cabe destacar que, em relação ao Ministério da Saúde, o procedimento de compra de serviços era baseado nos mesmos moldes, no entanto, no início dos anos 1980, ocorre outro arranjo, dando início ao processo de cogestão entre os ministérios. Desde esse tempo, é feito um convênio de colaboração entre os dois ministérios, sendo que o da Previdência, ao invés de comprar serviços da Saúde, passa a participar da administração institucional da unidade, em cogestão. Essas mudanças estabeleceram um novo modelo de gestão, nos hospitais públicos, tornando suas administrações mais dinâmicas e descentralizadas. É nesse período também que há a inserção de sujeitos envolvidos com a crítica ao modelo manicomial vigente no aparelho do Estado:

A relevância da co-gestão advém do fato de que este processo torna-se um marco nas políticas de saúde, e não apenas de saúde mental. Um dos sinais desse marco está no fato de que este é o momento em que o Estado passa a incorporar setores críticos da saúde mental. É o momento em que os movimentos de trabalhadores de saúde mental decidem, estrategicamente, atuar na ocupação do espaço que se apresenta nas instituições públicas [...] (AMARANTE, 1995, p. 58).

Durante a experiência em questão, os hospitais vinculados à DINSAM se transformaram em unidades gestoras, o que viabilizou condições de alteração concreta desses espaços. Outros objetivos, tais como a universalização do acesso e a agilidade no que tange aos aspectos de financiamento, também foram oportunizados. Entretanto, destaca-se que, no decorrer do processo, esferas interessadas na continuidade da compra de serviços privados, representadas pelos empresários da Loucura, se manifestaram de forma contrária. Desse modo, os donos de hospitais psiquiátricos, ao vislumbrarem uma possível diminuição de seus lucros, se organizaram através do setor de Psiquiatria da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), acusando a estratégia de cogestão de estatizante e dispendiosa de recursos. No fundo, o que estava em jogo era a disputa entre dois modelos de assistência, um de caráter privatista e outro, de inspiração pública eficiente (AMARANTE, 1995).

Ainda como tática de enfrentamento da crise, em 1981, é criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), órgão composto por diferentes categorias, tais como trabalhadores e representantes governamentais, de Universidades e de entidades patronais. O plano CONASP, anunciado por essa entidade em 1982, significaria a ampliação, em nível nacional, das experiências da cogestão, tendo sido elaborado um plano geral para a saúde e outros dois específicos, um para a saúde oral e outro para a assistência psiquiátrica. As diretrizes que sintetizavam essa estratégia eram relacionadas à descentralização executiva e financeira, à regionalização e à hierarquização, o que transformaria cada unidade de saúde em gestora de seus próprios recursos (AMARANTE, 1995).

Nesse momento, uma grande quantidade de lideranças do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental encontra-se em cargos de gestão, a exemplo dos postos de chefia de programas estaduais e municipais, bem como à frente da direção de importantes hospitais. Tal fato representa, para o movimento, a possibilidade de tornar viáveis os serviços públicos, fazendo o enfrentamento à oposição política capitaneada pela FBH. Registram-se conexões, no campo da gestão, através dos encontros organizados como estratégia de articulação e criação de mecanismos para a qualificação das práticas. Assim, os Estados do Sudeste organizam, em setembro de 1985, o I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, que ocorre em Vitória-ES; posteriormente, o II Encontro aconteceria em abril de 1987, na cidade de Barbacena-MG. Esses eventos, além de possibilitarem o diálogo, foram importantes, na medida em que se compuseram enquanto fóruns de debate precedentes à 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que seria promovida também em 1987 (AMARANTE, 1995).

Para Vasconcelos (2008), a vitória de governos estaduais de oposição, em Estados importantes da federação, tais como São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, representados respectivamente pelas figuras de Franco Montoro, Tancredo Neves e Leonel Brizola, também pode ser considerada um fator importante para o contexto em questão. Nesse período, não se registra a criação de novos leitos hospitalares e, através das iniciativas de regionalização das ações em Saúde Mental, há uma maior integração entre os serviços, com destaque para os ambulatorios, os quais tiveram sua rede expandida.

As primeiras eleições democráticas e as propostas de descentralização foram igualmente relevantes para a construção das primeiras experiências extra-hospitalares da

Reforma Psiquiátrica brasileira. O governo eleito do Estado de São Paulo, por exemplo, implementaria as AIS, fazendo com que, ainda nos anos 1980, houvesse experiências interessantes em relação à assistência em saúde mental. No município de São Paulo, que aderiu a esse convênio, foi executado um projeto visando à integração e hierarquização dos níveis e serviços de saúde, organizado pela Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde. O projeto contou com a parceria da USP e de outros institutos de educação, além da participação de nomes importantes, como o de Luiz Cerqueira, registrando experiências inovadoras como aquelas dos bairros Freguesia do Ó e Butantã. No entanto, outro elemento importante para a análise das intervenções estabelecidas por parcerias político-administrativas é a fragilidade das mesmas, em um momento em que ainda não existia respaldo legal, como na experiência de São Paulo: “A partir de 1986, os novos governantes: municipal e estadual promovem uma total desarticulação dos projetos na área da Saúde Mental, desenvolvidos até aquele momento.” (LUZIO, 2003, p. 82).

Dentre as consideradas experiências inaugurais da Reforma Psiquiátrica brasileira, o projeto do município de Santos também se insere na intersecção com a gestão pública. Até o final dos anos 1980, não havia na cidade nenhuma política de assistência à saúde mental, sendo o único equipamento existente um hospital psiquiátrico privado, conveniado ao setor público, denominado Casa de Saúde Anchieta. À época e frente a denúncias de maus-tratos e irregularidades, a equipe de supervisão estadual havia conseguido intervir, fechando alguns manicômios do Estado, como os de Valinhos, Americana e Jundiaí. Todavia, especificamente na realidade de Santos, havia uma disputa de poder importante, por parte dos proprietários do manicômio, que eram pessoas influentes em nível local. Dessa forma, as medidas visando à interrupção desse ciclo partiriam da recém-eleita administração municipal, representada pela prefeita Telma Sandra Augusto de Souza (PT) e seu secretário de Saúde, David Capistrano Filho. A ação referente ao manicômio tomava contornos éticos, pois se associava a uma gestão progressista e contrária às opressões. Nas palavras de Telma, em 1989:

A loucura é questão do dia a dia de cada um de nós, numa sociedade absolutamente enlouquecida [...] quando você toma contato direto e quando você vê se concretizar, na sua frente, inclusive com a possibilidade de mudar essa situação, o fato toma outra perspectiva. [...] É inconcebível sermos cúmplices... não podemos permitir que isso aconteça. (SOUZA, 1989, apud BRAGA CAMPOS, 2000, p. 119).

De acordo com Kinoshita (2001), a especificidade da experiência santista pode ser sintetizada por dois elementos: o primeiro diz respeito ao processo de responsabilização da gestão municipal, que, decidindo pela intervenção em uma instituição privada, traz conotação política ao fato; o segundo é representado pelo direcionamento da intervenção, posto que, mesmo ao começar o trabalho no interior do hospital, se estabelece como objetivo a substituição total do aparato manicomial, com posterior construção de serviços que dessem conta de toda a demanda em saúde mental.

A partir do momento em que a Prefeitura inicia o processo de intervenção, em maio de 1989, tem início uma série de transformações que visavam a superar as condições em que se encontrava a Casa de Saúde Anchieta, ou seja, superlotada, tendo 500 pessoas internadas, para uma capacidade de 280 leitos, sem equipe de profissionais suficientes para o trabalho e contando ainda com estratégias de contenção arcaicas, como celas fortes e eletrochoques, além de condições precárias de higiene e alimentação. A situação, que havia inclusive sido denunciada pela mídia, começa a mudar, visto que se garantem as condições mínimas de dignidade em relação à assistência, de sorte que, em pouco tempo, seriam eliminados os leitos-chão, as condições de alimentação e higiene seriam melhoradas e chegariam ao trabalho novos técnicos. Em suma, tem-se o início da estratégia de comunidade terapêutica, aos moldes do que fizera Basaglia e sua equipe, em Gorizia, e anteriormente ao fechamento do manicômio de Trieste (BRAGA CAMPOS, 2000; NICÁCIO, 2003).

O trabalho da equipe de Santos contou com a inventividade dos envolvidos, porque se tratava de uma experiência-piloto, na realidade brasileira. Desse ponto de vista, Florianita Braga Campos (2000) destaca que os componentes da equipe que assumiriam a gerência da área possuíam tanto uma leitura crítica em relação à saúde mental quanto vivências na construção de modelos alternativos. As estratégias de trabalho no hospital passavam pela discussão coletiva, feita através de reuniões inclusivas e periódicas, as quais objetivavam construir outra forma de relacionamento com a loucura, culminando na construção de cinco Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), centros de convivência e outras iniciativas, ou seja, “[...] era do laboratório do ‘Anchieta sob intervenção’ que as instituições eram projetadas e construídas, era do manicômio e de seu processo de transformação que as mensagens culturais eram produzidas e emitidas.” (NICÁCIO, 2003, p. 30).

Figura 01: Equipe dirigente da Secretaria de Higiene e Saúde de Santos



Fonte: Memorial David Capistrano. Disponível em: <http://www.obore.com>. Acesso em: Agos. 2018

Embaixo (da esquerda para direita): Lídia Silveira, Marcos Calvo, Sergio Zanetta, Socorro Matos, Vera, David, Antonio Lancetti, Marcia Frigério, Melhado, Roberto Tikanory. Acima: Arthur Chioro e Elcy Pimenta.

Ainda no que se refere aos processos de gestão e intervenção, em Santos, ressalta-se a importante figura de David Capistrano Filho, filho de militantes do Partido Comunista Brasileiro (PCB), tendo sido seu pai, David Capistrano, um desaparecido político. David esteve envolvido com as causas populares, desde os tempos em que cursava Medicina no Rio de Janeiro, tendo inclusive sido preso durante a ditadura militar. Capistrano foi um dos principais mentores do SUS e, enquanto secretário de Saúde do município de Santos, no período supracitado, desenvolveu inúmeras iniciativas para além das referentes ao campo da saúde mental, posteriormente sucedendo Telma de Souza, na Prefeitura do município (MOROSINI, 2014). Acerca de suas concepções, na época da intervenção no Anchieta, destaca-se o caráter pragmático e político de sua postura:

Nós trabalhamos primeiro, pensando mais em luta política, em luta social, em luta cultural, em luta de idéias e menos em trabalho técnico especializado, por melhor que seja. Em segundo lugar, nós trabalhamos valorizando mais a iniciativa, a ação concreta, o exemplo, e menos a investigação, o inquérito, o plano, o programa, a exposição de motivos, mais fazejamento, menos planejamento. (CAPISTRANO, 1992, p. 35, apud BRAGA CAMPOS, 2000, p. 119).

David Capistrano morreria no ano 2000, em decorrência de uma leucemia e de problemas a ela relacionados; desde 2003, foi instituído, no âmbito nacional do SUS, um prêmio que o homenageia, levando seu nome. O prêmio David Capistrano tem

periodicidade anual e o objetivo de reconhecer publicamente as ações inovadoras, no contexto da humanização do SUS. Abaixo, uma charge elaborada por Laerte e publicada no jornal *Folha de S. Paulo*, por ocasião de sua morte:

Figura 2: Charge em Homenagem a David Capistrano Filho



Fonte: Memorial David Capistrano (<http://www.obore.com>)

As estratégias de descentralização político-administrativa, somadas à chegada de representantes da oposição ao governo, possibilitaram a construção das primeiras experiências inovadoras, no campo da saúde mental. Ora, o sucesso dessas experiências ancoradas no processo de municipalização da gestão em saúde respaldou a luta ideológica pela reforma psiquiátrica, de modo que seriam importantes também, porque influenciariam as primeiras normativas referentes às transformações da assistência, baseadas na concretude das ações desenvolvidas.

Em relação à produção normativa da política de saúde mental, Borges e Batista (2008) analisaram a criação e as transformações sofridas pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, em paralelo com o processo histórico e político do país e com os avanços atinentes à elaboração de portarias ministeriais, entre os anos de 1990 e 2004. Nesse sentido, em 1991, a criação da Coordenação vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde é entendida como abertura de um espaço importante de articulação política. A primeira pessoa a ocupar o cargo foi Domingos Sávio Alves, historicamente envolvido com as questões da reforma psiquiátrica, o qual ficou na função durante cinco anos e conseguiu articular tanto com setores do próprio Ministério quanto externos, com destaque para o diálogo proposto com gestores de outros níveis, organizando naquele momento o Colegiado dos Coordenadores Estaduais de Saúde Mental. Em 1997, devido a uma reorganização interna, foi criada a Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), tornando-se responsável por formular as políticas, o que consequentemente enfraqueceria a SAS; logo, nesse período, a coordenação de Saúde

Mental deixa de ser um instrumento de produção política, desarticulando-se e assumindo funções mais consultivas que deliberativas. A figura abaixo sintetiza as análises das autoras, tendo em conta a aprovação de normas e portarias e as mudanças na coordenação:

Figura 3: Quadro-síntese da política nacional de saúde mental entre 1990 e 2004.

1991 – Coordenação de Saúde Mental

1991-1996 – Momento germinativo:

- 5 Ministros;
- Articulação inter-níveis – Colegiado de Coordenadores Estaduais;
- Abertura de possibilidades;
- Ênfase no processo de desospitalização e qualificação.

1997-1999 – Momento de latência:

- Sem produção normativa;
- Atuação do Conselho Nacional de Saúde.

2000-2001 – Momento de Retomada:

- Espaços de construção de consensos.

2002-2004 – Momento de Expansão:

- Coordenador estável;
- Estratégia de redução de leitos e avaliação;
- Entrada de recursos estratégicos – mudanças de modelo;
- Política de expansão com ênfase na abrangência populacional.



Fonte: (BORGES; BATISTA, 2008).

Outras pessoas engajadas com a transformação da assistência em saúde mental também estiveram à frente da Coordenação Nacional de Saúde Mental, a exemplo de Ana Pitta, Pedro Gabriel Delgado e Roberto Tykanori. De certa forma, tal fato rememora algumas características importantes do processo da Reforma Psiquiátrica, no Brasil. Desde meados dos anos 1980, com a iniciativa da cogestão, representantes do movimento, o qual contestava a lógica manicomial, se inseriram na gestão dos serviços e na construção das políticas da área, de maneira que esse espaço acaba por se constituir enquanto uma síntese de pertencimentos anteriores, dado que, na trajetória da maioria dos protagonistas do processo brasileiro, se encontram diferentes inserções, passando pela condição de militante, trabalhador, acadêmico e gestor. Especificamente em relação à Coordenação a lógica, que, por muito tempo, regeu as sucessões, vinculava-se ao reconhecimento público e histórico do envolvimento com a causa, tendo um sentido de continuidade e legitimando politicamente o movimento:

Isso nos permite chegar a esse momento afirmando que desde o nascimento da política de saúde mental, sua coordenação não tem sofrido intempéries de outros critérios de nomeação que não aqueles de um alinhamento com o movimento informante da reforma psiquiátrica. Se os ideais deste movimento ainda não gozam do status

de hegemônico, por outro lado conseguiram firmar sua legitimidade na sociedade e no aparelho público. (BORGES; BATISTA, 2008, p. 463).

O rompimento dessa conjuntura acontece no ano de 2015, através de uma mudança na gestão do Ministério da Saúde, durante o conturbado clima político do segundo governo da Presidente Dilma Rousseff. Com a saída do ministro Artur Chioro, historicamente envolvido com a construção do SUS, há a entrada de Marcelo Castro, relacionada a concessões político-partidárias de governabilidade; conseqüentemente, houve a exoneração do coordenador Roberto Tykanori e o convite para Valencius Wurch assumir a função. Essa troca de coordenadores, diferentemente do que havia ocorrido desde a criação da coordenação, marcou uma mudança ideológica, posto que Valencius possuía, em seu histórico profissional, a ocupação do cargo de diretor do maior manicômio privado da América Latina, a casa de Saúde Doutor Eiras, localizada em Paracambi, no Estado do Rio de Janeiro, além de ter sido publicamente contrário à aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica (10.216/2001), alegando que ela tinha mais influências ideológicas do que científicas (PASSOS, 2017).

Frente a esse cenário, houve uma rápida e vigorosa resposta da militância antimanicomial: antes da nomeação de Valencius Wurch, foi encaminhada ao Conselho Nacional de Saúde e apresentada ao então ministro Marcelo Castro uma carta assinada por 656 movimentos e entidades nacionais e internacionais, contrários à nomeação de Valencius, não obstante, a nomeação aconteceria através da publicação no Diário Oficial da União da Portaria nº 2043, em 14 de dezembro de 2015. No dia seguinte, a militância ocupou a sala da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, em Brasília, tendo como pauta a exoneração de Valencius e do que sua nomeação representava, em termos de retrocesso no campo da saúde mental. Inúmeras outras manifestações se deram, em todo o país, durante esse período, registrando-se por parte da Luta Antimanicomial cartas de repúdio, abraços coletivos aos CAPS e demais equipamentos da rede (Abraça – RAPS), seminários, audiências e marchas. Obviamente, os setores historicamente contrários ao movimento também se manifestaram, a exemplo da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e sua entidade correlata, a Associação dos Amigos e Familiares dos Doentes Mentais (AFDM),⁸ que se colocaram favoráveis a Valencius.

⁸ Essas relações são esclarecidas no capítulo destinado à participação dos usuários e de seus familiares na construção da Reforma Psiquiátrica brasileira.

As redes sociais foram amplamente utilizadas como ferramentas do movimento antimanicomial, possibilitando maior pulverização das informações e articulação dos eventos; nesse sentido, Chaves (2016) apresenta análises do ponto de vista antropológico do emprego das redes sociais, por parte dos setores envolvidos nesse acontecimento. A ocupação, denominada “Fora, Valencius”, resistiria por três meses, sendo desmantelada pela Polícia Federal, em 15 de abril de 2016; já Valencius seria exonerado, devido a circunstâncias políticas, em 09 de maio de 2016. Toda essa situação demonstrou, mais uma vez, que a Reforma Psiquiátrica brasileira, pensada do ponto de vista da lógica antimanicomial, teve e tem opositores claros, os quais sempre se fizeram presentes no embate político. Portanto, entende-se que, para o movimento antimanicomial, tais eventos puderam significar a necessidade e as possibilidades de construção coletiva, mesmo diante das cisões pelas quais o movimento passa, no início dos anos 2000.

Em linhas gerais, a gestão em saúde mental constitui um setor relevante para o avanço das transformações na assistência em saúde, funcionando enquanto um *lócus* de construção política. Entretanto, salienta-se que, acompanhando as análises feitas por Merhy (2003), consideramos que todos os atores sociais envolvidos no processo podem governar a partir de suas escolhas e negociações cotidianas, porque a capacidade de negociação é uma função eminentemente política de qualquer prática de saúde. Em relação à ocupação de cargos de Estado, destaca-se a importância da habilidade em construir e implementar políticas coerentes, de forma que a atuação na gestão de um serviço, por seu turno, também corresponde a um trabalho, aquele de planejar a organização de outros trabalhos.

Enquanto processo social complexo, a trajetória de construção da Reforma caminha politicamente pela via das negociações conjuntas, do compromisso ético e da vontade política, tendo-se em vista as sutilezas e as dificuldades que permeiam a caminhada e especialmente o fato de que, concretamente, as transformações não dizem respeito apenas a uma categoria de atores sociais específicos:

Por vezes, quando encontramos gestores progressistas, desejosos de implementarem mudanças, descobrimos que a implicação e a vontade política são necessárias, porém não são suficientes para implantar e implementar transformações nos processos de trabalho de domínio dos trabalhadores. Normas, portarias, protocolos podem transformar-se em letra morta e não impactar em nada a assistência prestada. Por outro lado, podemos encontrar um quadro oposto: trabalhadores que buscam implantar transformações nos processos cotidianos de trabalho, mas que encontram dificuldades e obstáculos em administradores

burocráticos que não desejam nenhuma mudança. (YASUI, 2006, p. 181).

4.2 Nós estamos ganhando: a trajetória de Tykanori

Após serem explicitados alguns elementos, com o objetivo de esclarecer as ligações históricas entre a gestão em saúde mental e as estratégias da Reforma Psiquiátrica brasileira, será apresentada a narrativa construída a partir da entrevista realizada com Roberto Tykanori Kinoshita. Tykanori, como é conhecido, é médico psiquiatra e fez tanto a graduação quanto a residência em Psiquiatria na Universidade de São Paulo (USP); em suas experiências profissionais, ressalta-se a participação na vanguardista intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, tendo ocupado ainda diversos cargos de gestão, em que se evidencia a Coordenação da área técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde e o trabalho na coordenação de cidades importantes do país, como São Paulo. Tem também experiências como consultor da Organização Mundial de Saúde e com o trabalho em Universidades. O conteúdo de sua entrevista será exposto por meio de duas unidades de sentido: *Impacto e ressonâncias do inesperado encontro com Trieste* e *Dos acasos e das andanças: experiências criativas e criadoras*.

4.2.1. Impacto e ressonâncias do inesperado encontro com Trieste

A descoberta, por Tykanori, das questões da saúde mental se dá de certa forma ao acaso e, assim como muitos outros elementos de seu caminho, o entrecruzar-se de situações e pessoas ressoa em suas convicções e o porta a vivências particulares. A decisão de ir para a Itália, onde começa sua trajetória na Reforma Psiquiátrica, aconteceu devido a questões pessoais, pois um descontentamento em relação ao contexto dos últimos anos da graduação em Medicina o faz aceitar o convite de uma amiga para passar uma temporada viajando, arrumar algum trabalho que garantisse a estadia e a experiência em terras estrangeiras. Antes do plano de “[...] *colher uvas e depois dar um tempo, juntar um dinheiro e passar o resto do ano viajando*”, surge a proposta de conhecer um hospital: Tykanori irá para Trieste, sem ter a dimensão do que encontraria:

Nessas poucas semanas antes da viagem é que eu fui ter alguma introdução sobre Basaglia, tinha essa edição, primeira e única edição das conferências de Basaglia no Brasil, um amigo meu me mostrou, um psiquiatra e tal, me disse: “Olha pra ver se você interessa”, e ele me disse “É interessante esse lugar que você está indo, porque ali estão acontecendo coisas que só acontecem lá”. Eu não tinha a menor ideia do que se tratava. E, quando eu li as conferências de Basaglia, confesso que não entendi nada, mas dava a impressão de ser uma pessoa legal, tinha um conceito de ser médico, que, para mim, estava muito em xeque. E, de qualquer forma, o plano inicial era esse, chegar lá para ver... Até então, eu não tinha nenhuma intenção ou pretensão, nem nada, de me envolver na Psiquiatria, essas coisas.

As experiências de Trieste o afetam desde o caminho até lá. Assim, a longa viagem até o hospital psiquiátrico reservaria algumas surpresas, as conversas com um sujeito no trem, o qual, posteriormente seria identificado como ex-paciente do hospital, ao encontro com um baile de mascarados, próximo à íngreme colina que leva ao parco di San Giovanni, vão mostrando elementos de um lugar com relações diferentes de tudo o que conhecia até então. No âmbito das relações e do início do trabalho de voluntariado, os contatos vão mostrando mais características da experiência triestina:

No dia seguinte, nós fomos tentar falar com o Rotelli, você vai entrando na sala dele, e ele diz assim: “O que vocês querem?”, “A gente quer ser voluntário”, “Vocês já sabem aonde vão?”, “Não”, “Então vejam primeiro, e depois vocês me contem”. Aí eu falei: “Ah, mas nós somos estudantes de Medicina da USP, da Universidade de São Paulo”, e ele me olhando com uma cara de... nada, né. “Vá lá logo ver o que vocês querem fazer”, com um desprezo assim, impressionante!” [risos] E eu que vim de tão longe, né?

Quando você pensa na discussão da desinstitucionalização, quando você pensa na questão do que são as relações de poder, de força, são signos... Algo que, na hora, eu não tinha a menor ideia do que estava acontecendo, mas era uma ruptura, uma sensação de que estavam puxando o tapete e de que eu não estava entendendo nada muito grande. É que não tem hierarquia, não tem secretária que te pede, você fala, você se expõe, e as pessoas: “Bom, se você não falou nada, então dá licença, né?”. Sem muita parcimônia. [...] Isso chamava atenção, é algo estranho, é algo novo, que a gente não estava habituado. Então, a entrada nesse campo foi uma vivência muito pessoal, de ruptura, de impacto de vida, referências, afetivas inclusive, né? Você chega num lugar, e as pessoas: “O que você quer aqui”?

A desinstitucionalização vivenciada *in loco* acompanharia Tykanori, enquanto aprendizado e modo de lidar com as outras experiências que viriam depois daquele período. No trabalho como voluntário, não sentia nenhum tipo de pressão, pelo contrário, a inserção nas atividades era sentida como responsabilidade e interesse

daqueles que se colocavam dispostos a se inserir. Nessa perspectiva e após conhecer diferentes setores da experiência triestina, passa alguns meses no Centro de Saúde Mental de Domio, localizado à época em uma zona operária próxima ao núcleo central de Trieste. Dessa passagem, além do que apreende em relação ao cuidado em saúde mental, compreende que, também por arte do acaso, tem a possibilidade de conviver com trabalhadores jovens e oriundos de experiências importantes do contexto político italiano, o que traria certa radicalidade ao processo de Trieste e, particularmente, o inseriria em uma formação política mais densa:

No final dos anos 70, algumas dessas pessoas vão politicamente participar dessa convenção em Trieste⁹ e faziam um confronto muito duro com o Basaglia, tipo: quase chamando a gente de conservador. O Rotelli chama esses jovens para debater, discute bastante com eles, e isso acabava se incorporando ao processo. Técnica e politicamente, a ideia era de que alguns desses jovens trabalhavam no mesmo centro que eu estava lá, através de secretários, trabalhadores do centro, estávamos todos no mesmo lugar, tudo isso era muito intenso.

Bom, essa entrada também tem uma particularidade, porque, posso dizer assim, talvez eu seja o único a ter tido o privilégio de ter uma formação organizada por todos esses camaradas aí, jovens, no processo de Trieste. [...] Num certo momento da história, a juventude não tinha mais lugar na sociedade. Esses movimentos mais radicais dos anos 70 era um reflexo também da estagnação dessa sociedade italiana. E depois, eles fazendo uma autocrítica, essa radicalidade não levava a lugar nenhum, não tendo conseguido transformar nenhuma instituição, nem nada, eram protestos, protestos, que culminavam na violência e na luta armada, né? Eles, de certa forma, compreenderam, junto com Basaglia e Rotelli, que uma transformação das instituições, era uma estratégia viável de transformação mais ampla na sociedade, mais do que pelo confronto, pela violência [...]

Embora o cenário político dos anos 1980 fosse já um período mais brando da história italiana, persistiam os reflexos dos denominados Anos de Chumbo, vigoravam ainda leis de repressão que reverberavam no contexto dos movimentos, os quais tinham em sua composição sujeitos que possuíam ligações, mais ou menos próximas, com os diferentes grupos de esquerda organizados. Assim, o contexto do ingresso dessa geração de jovens traria novos contornos à experiência de Trieste: “A entrada dessa juventude introduziu na experiência triestina uma coisa da radicalidade para... que não era tão radical na política, foi tensionando a corda, e, se tensionar demais, a repressão da direita vinha pra cima.”

⁹ O III Encontro da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria (RESAU) acontece em Trieste, em 1977.

Muito do que Tykanori desenvolveu, em sua trajetória pelos caminhos da Reforma Psiquiátrica brasileira, segundo ele, tem raízes no aprendizado proporcionado pela vivência triestina, considerando que as aberturas e o próprio clima desinstitucionalizante que cercava aquela experiência são responsáveis pelas possibilidades de compreender a realidade e de criar alternativas, a partir do concreto. Suas futuras atuações enquanto construtor de políticas e estratégias de enfrentamento ao manicômio foram, portanto, aprendidas enquanto sentia na pele os debates, assembleias e reuniões com que teve contato, nos anos de Trieste:

*Quando eu estava em Trieste, eu tive um certo privilégio e intimidade com os que passaram por lá, de ter passado por lá e de ter tido companheiros que resolveram compartilhar a formação política, e que, em particular, esse grupo pequeno, tinha muito acesso, na verdade, éramos muito parceiros, muitos próximos do Rotelli. Então, da minha segunda metade do período para frente que fiquei mais próximo a isso, o tipo de discussão de debate que eu passei a ter, de informação, e que também não era exatamente para trabalhar, era para gerar os processos, para remanejar os processos. **Óbvio que não era um curso disso, você vive, você vê, você assiste, como público, como faz, e você vai aprendendo.** (grifos nossos).*

Aos poucos, você vai aprendendo, vai ficando bravo com uns, você vai se identificando mais com outros, mais com um grupo, mas nada de ficar cultivando muito ódio, não. Acabou? Vai beber, vai comer pizza. Esse é um exercício de aprendizagem para nós, pelo menos para mim, em termos de Brasil, você ter a paciência, aprender a ter paciência, de manter o debate vivo e tensionar, não necessariamente ter que ter razão, porque ficávamos na mesa cinco horas e não chegávamos a lugar nenhum, era o próprio processo de debater só.

Tendo em vista ainda a potência que vivenciar o processo de desmontagem de um manicômio e construção de alternativas pode exercer sobre a trajetória profissional de um trabalhador da saúde mental, ele entende que, por vezes, aquilo que se vivencia é de uma dimensão tão forte que se localiza mais no âmbito experiencial e corpóreo do que daquele vinculado à racionalidade tradicional, por conseguinte, esses processos afetam e constroem a vida, tanto dos sujeitos internados nessas instituições quanto daqueles que ali trabalham, sendo inexplicáveis por alguns pontos de vista:

Acho que, voltando lá nos meus primeiros dias de Trieste, traz uma afetação, uma ruptura, que você não consegue dar uma explicação para aquilo, porque, depois, como é que isso funciona? Então, eu vejo isso muito análogo quando as pessoas falam que tiram gente do manicômio para o SRT [Serviços Residenciais Terapêuticos]. Uma menina lá do Rio Grande do Sul me fala assim: “Gente, eu trabalho com essa pessoas há 30 anos, e em uma semana eu vi coisas que eu nunca tinha visto!” – da mudança das pessoas, das atitudes, do

prazer de estar junto e tal, mas também delas, né? As pessoas vão se transformando no processo, e aí a explicação vai se dar dentro dos moldes mais tradicionais, e não explica.

O impacto do encontro fortuito com Trieste seria determinante para a construção pessoal e profissional de Tykanori. Ora, a experiência na Itália, que, a princípio, seria um tempo de viagem com uma amiga e acaba se transformando em um grande divisor de águas, durou cerca de um ano. O retorno ao Brasil e o início de sua trajetória na Reforma brasileira se constitui por decisões difíceis, em uma conjuntura de afetações, mas também de incertezas:

Vim pra São Paulo, até para me formar na faculdade, também eram decisões difíceis, porque, na época, eu queria ficar lá. Eu conversava bastante com uns camaradas lá, me falavam “Ah, se você ficar aqui vai demorar uns 6, 7 anos para recuperar sua faculdade, vai saber se você vai conseguir ser médico aqui... volta para o Brasil, seja médico, volta e faz as coisas por lá”. Bom, vou voltar, mas vou voltar sozinho, porque não tem nada para fazer lá. O Rotelli me falou assim: “Ah, o Lenin fez uma revolução em país muito maior que o seu, então, não enche o saco.” [risos].

Podemos compreender que o descobrimento, ao acaso, de uma das mais significativas experiências de transformação do modelo manicomial, no mundo, abre as possibilidades para uma série de encontros e aprendizados que imprimem marcas importantes, as quais o acompanhariam em seus modos de pensar e agir, no que tange a suas consideráveis contribuições como protagonista da Reforma Psiquiátrica brasileira. Destaca-se, no entanto, que a casualidade desse encontro alcança elementos pessoais que ressoam nas suas posturas éticas e políticas.

4.2.2 Dos acasos e das andanças: experiências criativas e criadoras

Na ocasião do retorno ao Brasil e após a conclusão de seu ciclo de estudos, outros encontros vão acontecendo e abrindo as possibilidades de ação concreta e de reflexão. Nesse sentido, a primeira ida para a cidade de Bauru, onde Tykanori daria início ao trabalho na saúde mental, também é entendida como um quê de coincidência:

Também foi uma coisa assim, as coisas de caminhos cruzados... eu estava contando para um colega da faculdade... assim, na faculdade de Medicina da USP tinha uma célula de estudantes que o mentor deles era o David Capistrano, aí, quando o David se tornou secretário em Bauru, algumas dessas pessoas foram para lá e tal. Então, esse meu amigo estava trabalhando em Bauru com o David, aí

ele falou: “Achei sua experiência na Itália interessante, não quer ir lá contar em Bauru?”

Na historiografia da Reforma Psiquiátrica, Bauru é lembrada por ter sediado, em dezembro de 1987, o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental ou Encontro de Bauru, como ficou conhecido. Esse é também o momento em que o movimento tem sua primeira manifestação pública, incorporando outros setores para além dos trabalhadores e membros da universidade, afinal, no Manifesto de Bauru assume-se o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, radicalizando a proposta ética da luta antimanicomial. Através de suas memórias, Tykanori nos brinda com lembranças que humanizam e trazem as singularidades para esse percurso. Recordar-se, com bom humor, do clima presente nos momentos que precederam a concepção e a organização do Encontro de Bauru, a exemplo do evento no qual foi criada a Plenária dos trabalhadores em saúde mental de São Paulo, em um contexto de contestação das iniciativas estatais:

[...] e havia muito medo, né? “Quem levanta os cartazes?” Como eu não era servidor, eu era residente, então: “Você segura o cartaz aqui!” [risos]. E quem estava com o cartaz tinha que ficar de frente, né? Então, esse é o clima de um certo receio e tal. Mas essas tensões dos trabalhadores e a direção e a Secretaria geram uma divisória, uma divisão, na verdade, que é da onde surge a tal Plenária de trabalhadores da saúde mental.

Em face das conversas que precederam a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental e as divergências entre alguns setores, especialmente do governo, houve uma iniciativa de convocar uma reunião com os trabalhadores de saúde mental de todo o país interessados na construção de discussões em nível nacional: “A reunião é um fracasso, porque, na prática, a leitura é essa, muitas pessoas já tinham ido pros governos, estavam ocupando cargos, fazendo isso. Então, essa reunião nacional juntou menos de 15 pessoas, e esse é um problema histórico, porque, eu não lembro de todo mundo que estava lá.” Da memória, Tykanori resgata alguns nomes, tais como os de Marcus Vinicius de Oliveira, Pedro Gabriel Delgado, Fernanda Nicácio e César Campos; dada a conjuntura de desarticulação, as discussões giraram em torno da construção de novas estratégias de mobilização:

[...] em 86 que fui num evento, foi o último encontro da rede de alternativas na Europa, em Sevilha. E nesse ano teve, em Sevilha, teve esse evento que foi uma dissolução da rede, mas uma das coisas interessantes desse encontro de Sevilha é que o encontro se chamou “Por uma sociedade sem manicômios”. Aí, eu falei: “Oh, eu acho que

a gente devia tentar relançar uma outra coisa, para tentar colocar um horizonte mais amplo, mais largo em relação à questão daquilo que está sendo colocado, e lançar essa ideia de uma sociedade sem manicômios. Acho que a ideia de não ter hospital psiquiátrico é muito polêmica, mas se a gente deixar que não é para já, que é para frente, talvez a gente consiga seguir conversando...” Eu sei que pairou uma certa tensão: será que sim, será que não? O César Campos, que eu acho que era o mais velho da gente, falou: “Eu acho que é isso mesmo, que nós temos que criar um novo movimento, uma nova pauta e começar a agregar coisas em torno disso.”

Desde esse momento, coletivamente, amadureceram a ideia de mobilizar o maior número de pessoas possíveis, para a realização de um evento onde pudesse ser trabalhada esta proposta. O evento em questão seria o encontro de Bauru, o qual aconteceu na cidade, por conta de uma confluência de fatores:

Ao longo desse tempo, eu tive na ideia de que eu iria encontrar com colegas aqui e ali e que a gente devia tentar se concentrar em uma cidade, uma cidade média, que pudesse servir a uma experiência concreta, de fechamento e abertura de uma rede real. Digamos que ninguém topava muito sair de casa, mas, como eu já tinha ido para Trieste, eu estava mais descolado, desapegado com essas coisas. Quando eu fui lá para Bauru, com o secretário que falou “Vem pra cá e tal”, eu achei que era uma possibilidade de eu ir para a cidade tentar fazer alguma coisa próximo daquilo que seria uma experiência concreta de superação do hospital. E, nessa ida, a gente estava querendo fazer o evento, então o prefeito falou: “Façam aqui, a gente dá todo o suporte.”

Bauru seria também o lugar onde Tykanori, a partir da experiência de Trieste, pôde desenvolver suas primeiras ações, no sentido da construção de serviços de saúde mental. Relembra tanto da atuação na seleção e treinamento da equipe do nascente NAPS, que montaria com o apoio da Secretaria de Saúde, quanto do funcionamento do serviço em parceria com a Universidade, tendo as internações psiquiátricas como algo a ser evitado a todo custo. No domínio da vida e de seus encontros, Bauru seria também o palco da aproximação com David Capistrano, parceria que teria continuidade na intervenção da Casa de Saúde Anchieta, em Santos:

Essa aproximação com Bauru foi mais ou menos por acaso também, mas, no tempo que eu fiquei lá é que eu comecei a conviver mais com o David e tal, a gente voltava toda sexta-feira, então nós ficávamos quatro horas no carro conversando, e depois, quando terminou o governo lá, em 88, em 89, ia começar o governo de Santos e eu fui convidado pra vir pra cá, aí ele me ligava e falava: “Oh, aqui tem um hospital, vamos tomar esse hospital, fica pronto, fica pronto!”

Acerca do período que precede a intervenção em Santos, ele se recorda de que, em uma de suas idas costumeiras a São Paulo, acontece uma reunião na companhia de David Capistrano, Antônio Lancetti e Wiliam Valentin. A conversa duraria o dia todo e o assunto era as estratégias a ser desenvolvidas na intervenção, que, a princípio, existia apenas enquanto projeto e desejo do grupo:

Foi muito maluco esse negócio, conspiração de doido, porque ainda a Prefeita nem estava convencida do que seria feito. Nesse sábado, nós passamos a noite conversando sobre isso, uma passagem bem legal é que alguém lembrou da história da data, então, tem um livro Dez dias que abalaram o mundo, de um americano, John Reed, que fala da Revolução Russa. E fala do dia, do período da conspiração de Lenin para tomar o Palácio de Inverno, todos os cálculos que o cara fazia [...] Lancetti se levanta, pega o livro do John Reed e lê solenemente essa passagem... “Então, vai ser dia 3 de maio!” Dia 29 era sábado, em tese, eu tinha que voltar para casa em Bauru, daí o Davi falou: “Não, fica mais um pouco aí, na segunda feira a gente vai fazendo reunião”.

Ainda sobre o período pré-intervenção, traz memórias irreverentes das importantes figuras que compuseram aquele momento histórico para a Reforma Psiquiátrica brasileira:

[...] não fui para Bauru, fiquei na segunda, aí na terça teve uma reunião maior ali com a equipe da direção da Secretaria, na terça à noite, na verdade, 2h da manhã da quarta-feira, o David disse: “A Prefeita tá vindo aqui e nós vamos decidir agora sobre a intervenção para amanhã cedo.” Então, David chega, ele fala assim: “Olha, vocês têm que se demonstrar extremamente seguros, com certeza do que vamos fazer, se não souber, mintam” [risos]. É que a Prefeita estava na dúvida, tinha uma parte do governo que achava muito ruim uma intervenção dessas. “Então, vocês tem que mostrar muita firmeza, muita convicção.” A Telma vem, olha pra gente assim de cima a baixo: “O que vocês vão fazer?” Então, estava decidido, iríamos fazer a intervenção. No dia seguinte, 10 horas da manhã/8 horas da manhã, a gente estava entrando no hospital.

Dos tempos da intervenção propriamente dita, pontua a força de uma ação pautada em uma decisão política de governo, recordando-se de que o processo de contratação e relocação de trabalhadores para o projeto não foi difícil, porque se tratava de uma decisão unânime. Com David Capistrano à frente da equipe, todo o *staff* da Secretaria de Saúde se deslocaria para o Anchieta, sendo que a Prefeita Telma também acompanharia de perto os trabalhos desenvolvidos. As assembleias, a exemplo do que vivenciara em Trieste, eram importantes ferramentas de trabalho e aconteciam regularmente. Estar na gestão de um hospital em desmontagem requeria, dos

envolvidos, decisões concretas; nesse sentido, lembra-se de que as escolhas eram feitas sempre na perspectiva de construir o novo, para além do manicômio, ou seja, dar suporte às equipes, famílias e serviços em construção eram ações privilegiadas, em detrimento de reformas na estrutura física e mobiliária do hospital. A administração eleita de Santos representava as ideias progressistas e de oposição do nascente Partido dos Trabalhadores (PT), por conta do compromisso ético com as causas sociais, de maneira que, além da intervenção no manicômio Anchieta, outras iniciativas importantes aconteceriam, por meio de suas demais secretarias, o que fez com que a cidade vivesse anos de efervescência política, social e cultural.

De um ponto mais avançado em relação a sua caminhada pessoal e considerando os diferentes espaços que ocupou, com o passar dos anos, entende a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde como espaço privilegiado e estratégico para a visualização dos avanços da Reforma Psiquiátrica, diante das dimensões do país:

Acho que a experiência que eu queria dizer e que é muito particular é a experiência de se estar no governo federal, porque é muito difícil das pessoas terem algum parâmetro, é um enorme privilégio você estar num governo federal, onde se tem acesso a uma visão do que é o Brasil, que só quem está na máquina pública consegue ter, seja em termos de dimensão, seja em termos da diversidade e, ao mesmo tempo, do lado da reforma é uma coisa bem interessante, como tem uma afetação positiva ... no interior do Acre, Roraima... Roraima eu não fui lá, mas tinha uma menina do Ministério que foi e falou: “Oh, Tykanori, o tal do Oiapoque existe, e tem CAPS.”

Sobre o trabalho em Brasília, além de ter uma visão integral e das especificidades do desenvolvimento, em termos de saúde mental, salienta que pessoalmente gosta de situações em que são postos desafios e problemas. Especialmente se sente satisfeito em saber “[...] de coisas materiais, também da satisfação de pensar em pessoas que estariam mortas e que estão há 25, 30 anos em uma rede, sendo cuidadas.”

As andanças aqui representadas pelo itinerário Bauru, Santos e Brasília demonstram a disponibilidade e a abertura de Tykanori às novas experiências, na construção de projetos implicados com uma nova lógica de atenção à saúde mental. Os desafios e os imprevistos da caminhada simbolizaram, por vezes, a necessidade constante de inventividade, e explicitam o compromisso com o trabalho, na perspectiva de uma sociedade sem manicômios.

4.3 A alma repleta de chão: considerações sobre o protagonismo e a gestão em saúde mental

Este capítulo teve como pretensão localizar a gestão em saúde mental e, conseqüentemente, as pessoas que ocuparam tais lugares, na história da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para além disso, entendemos que focalizar a trajetória de um sujeito que ocupou o cargo mais alto da gestão em saúde mental, no país, mostra que o movimento é construído por pessoas e por suas rotas singulares de vida.

A partir do momento histórico e político em que se torna possível a ocupação de espaços institucionais destinados à construção e a implementação das políticas de Saúde Mental, por parte de sujeitos envolvidos com as transformações, no contexto da assistência em saúde mental, tem-se a constituição de um importante aliado na busca por uma sociedade sem manicômios. Embora seja claro que a composição da trajetória da Reforma Psiquiátrica é multifacetada e não depende exclusivamente de uma única categoria, seja ela a de trabalhadores, seja a de usuários ou gestores, quando existe articulação e vontade política, a ocupação desses espaços institucionais representa importante aliado.

Na narrativa de Tykanori, o sentido do acaso é muito presente, desde a viagem para a Itália até as idas para Bauru e Santos; todavia, outro elemento que, por vezes, aparece em segundo plano é a disponibilidade e a abertura para o imprevisível, revelando a implicação com o desejo de construir aquilo que é concebido como o certo. Estar aberto a experiências novas acarreta escolhas de vida ética e politicamente orientadas, assim como preferir um caminho a outro gera conseqüências que chegam junto dessas escolhas, sinalizando sentidos de existência. As andanças de Tykanori na construção do projeto da Reforma Psiquiátrica foram, por vezes, acompanhadas de situações inusitadas:

Eu cheguei em Santos com uma muda de fim de semana, e demorou uns três meses para a minha mudança ir para Santos. As minhas amigas empacotaram e mandaram minhas coisas. Mas é isso, eu não tinha lugar para morar, eu morava um pouco no hospital, ficava na casa de alguém, às vezes ia para a casa da minha namorada, que é minha esposa hoje, em São Paulo, foi uma correria intensa, durante meses.

Entrar em contato com a história narrada por quem a vivenciou traz à luz algumas sutilezas que escapam às historiografias mais gerais sobre o tema. Ora, detalhes importantes da história da Reforma Psiquiátrica brasileira, como a escolha do lema “Por

uma sociedade sem manicômios” e o próprio motivo de o encontro de Bauru ter sido especificamente realizado naquela cidade ganham sentido, através do desvelamento das conexões entre os personagens, que, em um contexto histórico específico, se encontram e, a partir de suas próprias singularidades, participam da construção política e ideológica de um processo vivo. Ao dar ênfase à narrativa dos sujeitos e identificá-los, não se pretende eleger heróis ou mártires, pelo contrário, objetiva-se historicizar os caminhos percorridos, salientando que, para além das portarias e normativas, o componente principal dessa trajetória são as pessoas, seus encontros e articulações.

Contar a história de um dos Coordenadores da área técnica da Saúde Mental nos auxilia na compreensão de que a figura do gestor não é neutra, nem tampouco relacionada exclusivamente a negociações administrativas, políticas e burocráticas. Põe em discussão um elemento que tentamos apontar, ao longo deste trabalho – a porosidade entre os papéis ocupados pelos atores sociais do processo da Reforma – e ainda sinaliza para um tema muito caro à construção do SUS: a importância da indissociabilidade entre os processos de atenção e gestão.

As competências e habilidades necessárias para a função em questão são desenvolvidas singularmente, por meio de vivências específicas e de horizontes éticos muito claros. A pedido e analisando os motivos pelos quais se mantém atuante na história da Reforma Psiquiátrica, a resposta de Tykanori mostra objetividade e leveza:

*Por que eu não paro? Porque estamos andando para frente, as coisas estão se transformando, eu entendo o seguinte, pessoalmente, para mim, é muito divertido... quando eu fui chamado para Brasília, tem um amigo meu que falou: “Você quer ir lá trabalhar comigo? É um parque de diversões, tem problema para a gente se divertir até!”. Pessoalmente, porque eu gosto dessas coisas que fazem problemas transformar, mudar e tal. **E acho que a gente não desiste, porque, no geral, estamos ganhando.** (grifos nossos).*

Analisar as vitórias e as batalhas pelas quais o movimento passa, durante todos esses anos, revela um pouco da face do próprio movimento: seus opositores, aqueles interessados na manutenção do modelo manicomial, nunca se ausentaram, e os desafios colocados a cada etapa explicitam a capacidade de reação dos defensores de uma ideia, a qual, desde o final da década de 1970, se mantém forte e capaz de incorporar novos sujeitos. Na verdade, a ausência de ritos institucionalizantes não faz da implicação algo menor, haja vista que seu desenvolvimento diz de suas próprias características:

Eu acho que o ato ético é prescrito lá no começo, não tem uma instância que diz que você é parte ou não é parte. [...] as pessoas se

sentem parte e vão entrando e entrando, sem ter uma autoridade que diga “Ok, você está abençoado, pode entrar”, isso é bem legal. Acho que tem que desinstitucionalizar mesmo, acho que esse é um aspecto que eu nunca vi alguém ficar refletindo mais sobre isso. Não sei nem se as pessoas se dão conta disso! Eu acho, minha perspectiva é essa. Ah, tem hierarquia de idade, né? Eu estou pra fazer 60 anos! [risos] É uma hierarquia da natureza. Não acho que tem patrão!

Dessa forma, destaca-se que, desde os primórdios do processo de redemocratização do país, as alianças político-administrativas e a ocupação de cargos de gestão por sujeitos interessados na Reforma Psiquiátrica abriram novas frentes de discussão e de possibilidades concretas, na implementação de serviços e construção do modelo psicossocial. No entanto, refazer esses caminhos nos colocou diante da informação de que a produção científica especificamente sobre a gestão em saúde mental é escassa, considerando conseqüentemente a importância e a necessidade de outras pesquisas que se debrucem especialmente sobre essa faceta do movimento da Reforma Psiquiátrica.

Em relação à trajetória e à narrativa apresentada, considera-se que diferentes rotas, acasos e encontros estiveram no centro da construção dos avanços da política de saúde mental, que, com enfrentamentos e tensionamentos importantes, se constituiu enquanto uma referência de descentralização e capilarização dos serviços de saúde. Vale lembrar que toda essa trajetória é sustentada por sujeitos e suas escolhas de vida, os quais, assim como Tykanori, por ventura ou desventura, muita gente boa pôs o pé na profissão.

*Nas escolas, nas ruas
Campos, construções
Somos todos soldados
Armados ou não
Caminhando e cantando
E seguindo a canção
Somos todos iguais
Braços dados ou não*

*Os amores na mente
As flores no chão
A certeza na frente
A história na mão
Caminhando e cantando
E seguindo a canção
Aprendendo e ensinando
Uma nova lição.
(Pra não dizer que não falei
das flores – Geraldo Vandré)*



Da esquerda para direita: Marisa Letícia, Luiz Inácio Lula da Silva, Pedro Ranciaro, Cassia, Mario Tommasini, Jonas Melman.
Abaixo: Franco Rotelli

5. A REFORMA PSIQUIÁTRICA ITALIANA E SUAS REPERCUSSÕES NO BRASIL

Pra não dizer que não falei das flores ou um pequeno prelúdio

O conteúdo do capítulo a seguir é resultado da incursão teórica e pessoal nos meandros da intersecção entre as Reformas Psiquiátricas brasileira e italiana. Como parte desta pesquisa, foi pleiteada uma bolsa de estudos junto à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), na modalidade de doutorado sanduíche no exterior, a fim de compreender como o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira era percebido pelos atores sociais italianos que estiveram ligados às experiências de construção e intercâmbio, nesse campo, visando a contribuir com o resgate e a construção da memória desse processo, no Brasil.

O projeto inicial foi gentilmente aceito pelo professor Massimiliano Minelli, vinculado ao Departamento de Filosofia, Ciências Sociais, Humanas e da Formação da Università degli Studi di Perugia, em Perugia, na região central da Itália. Dentre os meses de setembro e dezembro de 2017, a pesquisa seguiu com a coorientação e as preciosas reflexões oportunizadas pelo professor Minelli.

O objetivo primeiro desta investigação se direciona à construção da memória da Reforma Psiquiátrica brasileira, viabilizada não mais por documentos e portarias oficiais, mas recontada por sujeitos que a vivenciaram, juntamente com seus dramas e conflitos. Dos levantamentos preliminares sobre os grandes eventos desse movimento, em nosso país, as vindas de Franco Basaglia, em 1978 e 1979, figuram dentre os principais marcadores do início da Reforma Psiquiátrica brasileira, ao lado de uma série de outros elementos atinentes às influências do processo italiano em nossa realidade. Frente a isso, entender como, na Itália, as pessoas olhavam para a trajetória brasileira parecia levar a uma outra perspectiva, trazendo novos elementos para a análise.

Passado o longo processo burocrático que concederia a bolsa, viabilizando a pesquisa na Itália e já nos preparativos da viagem, imaginava um cenário bastante diferente daquele encontrado. Embora envolvida com a discussão das políticas públicas de saúde desde os tempos da graduação, minha trajetória se deu, em maior proporção, em função de caminhos fora do contexto de sala de aula, especialmente através

do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET - Saúde) e das reflexões que me foram possíveis, por meio da participação em pesquisas, eventos e disciplinas de outras áreas, sobretudo da Enfermagem. Lembro ainda que li *Instituição Negada*, de Franco Basaglia, não pela indicação de algum professor ou discussão de sala de aula, mas porque, passeando pela biblioteca, achei interessante aquele sobrenome que se parecia com o meu. De lá para cá, tenho construído a caminhada, procurando parcerias que não são tão óbvias ou fáceis, com base em minha realidade. Nesse sentido, a oportunidade de desenvolver a pesquisa sobre a Reforma Psiquiátrica, na Itália, de onde saíram muitas dessas referências, seria para mim a oportunidade de estar em um cenário onde, majoritariamente, as discussões versassem sobre a saúde mental pública. Não foi. Lá como aqui, encontrei muitas pessoas extremamente comprometidas com a saúde pública e a saúde mental, mas também discursos e cenários muito preocupantes. Talvez sejamos sempre marginais, o que não necessariamente significa algo ruim.

Antes de começar o período sanduíche, sistematizei as leituras que tinha sobre o processo italiano e busquei outros autores que me permitissem uma aproximação maior com o campo – destaco o trabalho de Maria Stella Brandão Goulart (2007), no livro denominado *As raízes italianas do movimento antimanicomial*, que, em língua portuguesa, apresenta um pouco da complexa construção e desenvolvimento do movimento italiano. Sobre o processo em Perugia, enfatizo dois importantes documentários: *Fortezze vuote* (1975), de Gianni Serra, e *Dentro le proprie mura* (2009), de Carlo Corinaldessi.

Desde os primeiros encontros com o professor Minelli e o contato com diferentes literaturas sobre as experiências locais, bem como de um aprofundamento sobre o contexto histórico daquele movimento, foi possível perceber o nível da complexidade e a multiplicidade de vozes que compuseram o que, no Brasil, conhecemos genericamente como Psiquiatria Democrática italiana. Ou seja, a linearidade do projeto inicial perdia densidade, à medida que outros elementos entravam em cena, sendo um dos primeiros achados da pesquisa o fato de que uma grande parcela das pessoas envolvidas com a Reforma Psiquiátrica italiana pouco ou nada sabia sobre o processo brasileiro. Sobre essas histórias e descobertas e, a partir delas, firmo o compromisso de organizar esse material.

Foram muitas as histórias desse período: das conversas informais que tive nos pontos de ônibus, estações e viagens de trem pela Itália, eu me lembro do espanto de algumas pessoas, ao ouvirem que eu estava ali estudando algo que era referência para o Brasil. Assim, dentre olhares desconfiados e respostas orgulhosas, recordo-me de um senhor que me disse, sorrindo: “Isso é verdade, aqui na Itália nós fechamos todos os manicômios, os loucos que sobraram nós colocamos no *Palazzo di Montecitorio*...”¹⁰ Ou ainda da coincidência de ter estreitado laços com uma psiquiatra, durante um *vernissage* em Modena, a qual também não conhecia nada sobre a Reforma psiquiátrica brasileira.

Pelas conversas formalizadas por meio de quatro entrevistas para esta investigação, organizo o material que se segue, apresentando meus interlocutores, seus lugares de fala e pertencimento geográfico. Antes disso, traço um panorama do movimento da Reforma Psiquiátrica, na Itália, em razão do que julgo diferente do que já se conhece no Brasil, na intenção de dar conta do objetivo proposto para este período de estudo, qual seja, pensar o processo de intercâmbio entre as experiências dos dois países e o compromisso em divulgar elementos históricos, visando a melhor compreensão do movimento.

5.1 Somos todos iguais, braços dados ou não: sobre as influências basaglianas na Reforma Psiquiátrica brasileira

Em 18 de junho de 1979, durante uma conferência proferida no Instituto Sedes Sapientiae, em São Paulo, Franco Basaglia diria ao público participante: “*Eu não vim até aqui para dar soluções imperialistas; não vim trazer uma receita europeia aos problemas brasileiros. Eu creio que os brasileiros é quem devem procurar as soluções para os seus próprios problemas.*” (BASAGLIA, 1979, p. 26). De fato, Basaglia não deixaria nenhuma solução mágica, atento ao que posteriormente denominaria como “ideologia de recambio”, representada pela produção do que seriam comportamentos desviantes, por parte de países de economia avançada e posterior exportação acrítica desses conceitos para aqueles em situação periférica; afirmava que a experiência de Trieste não deveria ser importada como um modelo a ser seguido, podendo contribuir

¹⁰ O *Palazzo di Montecitorio* é um prédio histórico localizado em Roma e sede da Câmara dos Deputados da República Italiana.

enquanto referência construída em razão de uma experiência prática (AMARANTE; ROTELLI, 1992; AMARANTE, 1996).

Embora ciente dessas limitações, as vindas de Basaglia ao Brasil influenciaram sobremaneira a construção da Reforma Psiquiátrica brasileira. Paulo Amarante e Franco Rotelli (1992) salientam que seria inoportuno afirmar que a presença de Basaglia e a experiência italiana tenham sido as únicas influências sofridas pelo processo brasileiro, todavia, salientam ser mais importante para aqueles que pretendiam uma verdadeira transformação da instituição psiquiátrica, como o então nascente Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

Benedetto Saraceno (2014), depois de mais de dez anos à frente do Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS, sinaliza que visitar um manicômio em qualquer que seja sua localização traz uma experiência igual e repetitiva. Lugares iguais, na apresentação dos internos, nos procedimentos burocráticos, na organização arquitetônica, no odor e nas condições de higiene, nas grades e nos cadeados. As variações se apresentam apenas em relação ao grau de pobreza dos ambientes, o que aponta que a globalização da miséria manicomial parece ignorar as diferenças políticas, econômicas, sociais e culturais entre os países: “Essa homogeneidade nos diz que a miséria e a violência da instituição psiquiátrica têm um poder tão forte, a ponto de anular as diferenças geossocioculturais e, ao menos em parte, também aquelas econômicas.” (SARACENO, 2014, p. 98, tradução nossa).

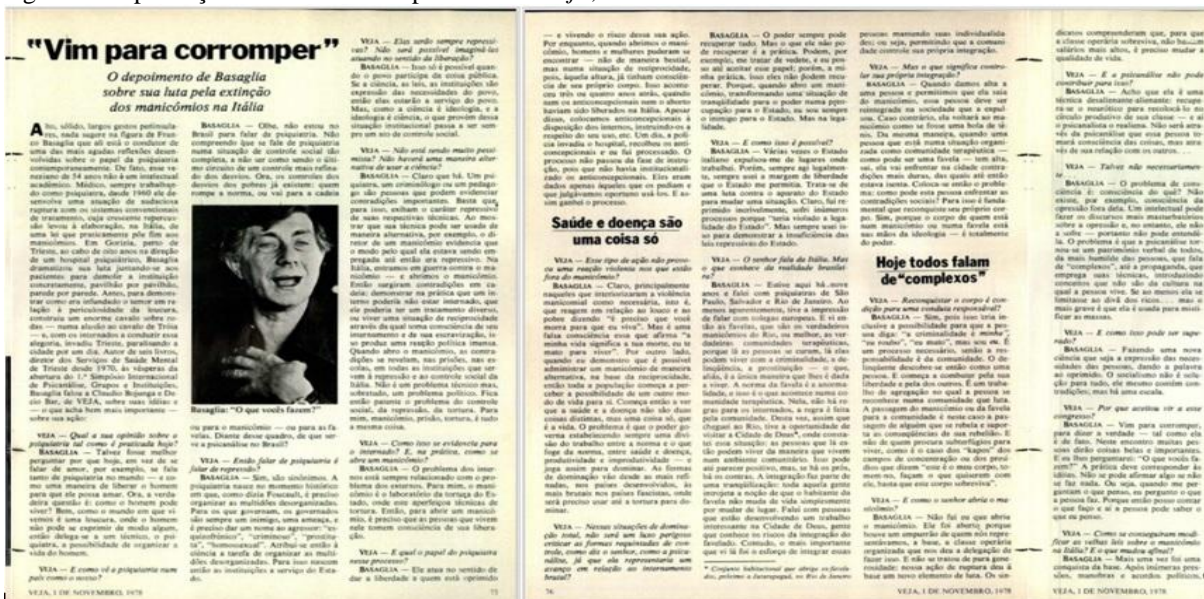
Muitos desses hospitais psiquiátricos seriam visitados por Basaglia e outros italianos em todo o mundo e, a partir do credenciamento da experiência triestina pela OMS, em 1973, as viagens internacionais passariam a ser ainda mais frequentes. A proposta de Trieste viria a ser vista sob outra perspectiva, e a insistência no fechamento dos manicômios deixava de ser *bizzaria italiana* [bizarria italiana], para se transformar em modelo de referência internacional (SARACENO, 2014).

Em 1975, Basaglia viria pela primeira vez ao Brasil, em uma passagem da qual se têm poucos registros e quase nenhuma repercussão. Em outubro de 1978, retorna para o Rio de Janeiro, a fim de participar do I Simpósio Internacional de Psicanálise, Grupos e Instituições, evento promovido pelo IBRAPSI (Instituto Brasileiro de Psicanálise, Grupos e Instituições) e que contou também com as presenças internacionais de Robert Castel, Michel Foucault, Erving Goffman e Félix Guattari.

Durante essa passagem, Basaglia visitou algumas instituições no Rio de Janeiro e pôde conhecer algumas comunidades, tais como a Cidade de Deus, além de articular encontros da Rede de Alternativas à Psiquiatria (*Resseau*). Vale salientar que o Brasil se encontrava, nesse momento, em pleno período da ditadura militar, e eventos desse teor timidamente ressurgiam no cenário brasileiro. Nesse sentido, a revista *Veja*, um dos periódicos semanais mais tradicionais e com maior circulação no país, dedicou oito páginas de sua edição de 01 de novembro daquele ano ao Simpósio do IBRAPSI, denominado “Três dias de Loucura”. Dentro da reportagem, apresenta as entrevistas com Basaglia e Guattari: o primeiro é assim definido pela revista: “Alto, sólido, largos gestos peninsulares, nada sugere na figura de Franco Basaglia que ali está o condutor de uma das mais agudas reflexões desenvolvidas sobre o papel da Psiquiatria contemporaneamente”. A análise pormenorizada do discurso e do conteúdo da entrevista daria por si só outra pesquisa, porém, em função dos objetivos aqui propostos, destaca-se a resposta de Basaglia à seguinte pergunta: “E como vê a Psiquiatria num país como o nosso?”

Olhe, não estou no Brasil pra falar de Psiquiatria. Não compreendo que se fale de Psiquiatria numa situação de controle social tão completa, a não ser como sendo o último circuito de um controle mais refinado dos desvios. Ora, o controle dos desvios dos pobres já existe: quem rompe a norma, ou vai pra cadeia ou vai para o manicômio – ou para as favelas.

Figura 4: Reprodução da matéria feita pela revista *Veja*, em 1978



Fonte: *Veja* (2018)

A próxima vinda de Basaglia ao Brasil aconteceria entre os meses de junho e julho de 1979, quando, a convite da Associação Mineira de Psiquiatria, do Instituto de Psiquiatria Social e da Sociedade de Psicodrama, realiza conferências nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte. A partir de uma postura dialógica em relação à plateia composta por profissionais da saúde e saúde mental, estudantes e sindicalistas, o italiano apresentava a sua experiência e a produção de uma nova realidade, a transformação e a função política do manicômio e da Psiquiatria. Em uma tentativa de síntese das possibilidades abertas através desses encontros, Fernanda Nicácio, Paulo Amarante e Denise Dias Barros (2005), que participaram dos eventos, explicitam:

É difícil qualquer tentativa de sintetizar a riqueza das discussões: a possibilidade de superação do manicômio, a prática de negação da objetivação das pessoas, a utopia de transformação da realidade. Franco Basaglia abriu um novo horizonte ético, teórico, prático, cultural [...] (NICÁCIO; AMARANTE; BARROS, 2005, p. 196).

A transcrição dessas conferências daria origem ao primeiro livro de Basaglia em português, *Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*, publicado ainda em 1979 pela Editora Brasil Debates (São Paulo). O texto é traduzido pela primeira vez na Itália, em 1984, com o título *Conferenze Brasiliane*; mais recentemente, no ano 2000, é publicada nova edição, contendo todas as 14 conferências proferidas por Basaglia, no Brasil. Em nota para essa edição Franca Basaglia considera que, nesses escritos, se encontram as reflexões mais maduras e apaixonadas de Franco em relação à empreitada de sua vida, levando em consideração que seria também uma das últimas possibilidades de expressão pública de Basaglia, o qual morreria precocemente, em 1980. No prefácio à edição de 2000, publicada pela editora Raffaello Cortina (Milão), Maria Grazia Giannichedda, ao introduzir o livro, discorre sobre as relações estabelecidas no Brasil:

O conteúdo destas conferências resulta assim, em grande parte, inesperado, mas não só porque é muito menos especialista e disciplinar do que se poderia esperar dos títulos. É o mesmo desenrolar do discurso: entre as apresentações e os debates, há uma particular tensão interna e se transmite a sensação de que estava acontecendo alguma coisa entre Basaglia e os brasileiros, e dos brasileiros entre eles, que se estava jogando com relações reais, das quais quem lê pode perceber, às vezes, a dificuldade, a distância e outras vezes a implicação moral, o clima de cumplicidade ou

explicitamente afetuoso. (GIANNICHECKDA, 2000, p. 03, tradução nossa).

Ainda em 1979, a visita de Basaglia ao manicômio de Barbacena teve repercussão na mídia nacional: à transcrição da conferência proferida em Belo Horizonte, no dia 01 de julho de 1979, é acrescentada uma explicação prévia, dado que Franco estava totalmente deprimido, pois, frente ao que foi visto, abriu-se a possibilidade da participação, na plateia, para todo o público interessado. No mesmo ano, publicações como a de *Nos porões da Loucura*, de autoria de Hiran Firmino, bem como do documentário *Em nome da razão*, de Helvécio Ratton, levam o debate para além do contexto dos técnicos e do setor acadêmico, transformando a discussão a partir de contornos ético-políticos.

As relações de intercâmbio com a experiência de Trieste tornaram-se cada vez mais fortes, de modo que muitos estudantes e profissionais brasileiros aceitaram o convite feito por Basaglia, durante sua passagem pelo Brasil: *Venite a vedere* [Venham ver], dizia ele. Como parte da pesquisa “A Política de Saúde Mental: Minas Gerais e vínculos com Itália”, coordenada por Maria Stella Brandão Goulart, na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), foi realizado um levantamento e análise do perfil dos voluntários brasileiros que estiveram junto ao DSM (*Dipartimento di Salute Mentale*) de Trieste, para desenvolver atividades de formação profissional. Essa experiência era feita também por interessados de outros países; dentre os brasileiros, destacam-se nomes importantes no processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, como os de Roberto Tykanori, Fernanda Nicácio, Paulo Amarante, Ana Pitta e Denise Barros (BALIEIRO et al., 2015). Para Foot (2014), locais como Gorizia e Trieste podem ser considerados como “lugares de peregrinação de massa”, dado que historicamente atraíram um grande número de pessoas interessadas em aprender um modo diferente de pensar e agir, favorecendo o fomento de novas ideias e práticas.

Franco Rotelli, Franca Basaglia e outras pessoas envolvidas com a experiência triestina vieram ao país, nos anos subsequentes, fortalecendo esse intercâmbio. Nesse sentido, algumas observações de ordem histórica podem ser necessárias: os diálogos entre a tradição basagliana e a realidade brasileira datam de um momento específico do conjunto da obra de Basaglia e seus colaboradores, no final dos anos 1970, quando a experiência de Gorizia já havia sido concluída – com seus avanços e desafios –, o

trabalho em Trieste estava bem estruturado e a famosa Lei 180 já havia sido aprovada. Assim, a partir de uma leitura rasa da história, pode parecer que todo esse processo foi desenvolvido de modo consensual e unilateral, na realidade italiana.

5.1.2 As flores no chão e a história na mão: sobre as diferentes vozes da Reforma Psiquiátrica italiana

Ao tomar a Reforma Psiquiátrica italiana como sinônimo de Psiquiatria Democrática ou, ainda, pela personificação da importante figura de Franco Basaglia, perde-se de vista a trama desenvolvida em um país com características culturais, políticas e científicas específicas. Os complexos anos do pós-Segunda Guerra Mundial viram nascer, em diversos pontos do mundo, experiências inovadoras no campo da Saúde Mental, de sorte que, nessa perspectiva, compreender o movimento italiano carece minimamente de informações acerca dos diferentes processos e personagens envolvidos nessa construção.

Para Fiorani (2014), os estudos referentes à história da Psiquiatria, na Itália, podem ser considerados fragmentados, sendo que faltam aqueles especificamente relacionados à construção das alternativas e práticas territoriais. Segundo o autor, a maioria dos estudos é analisada tendo como crivo a Lei 180, não havendo uma correlação com as raízes do movimento, nos anos 1960, nem com os efeitos observados após a promulgação da lei, em 1978. Tais fatos reforçam, no imaginário coletivo, a ideia de que uma Psiquiatria sem manicômios tem início somente com a aprovação da lei, quando, na realidade, antes disso, algumas províncias já possuíam seus serviços territoriais devidamente organizados e diferentes entre si. Sobre as especificidades desse período, alerta:

Além disso, as várias experiências italianas caracterizam-se pela sua heterogeneidade, dada por um longo período que se estabelece após a Segunda Guerra Mundial. Cada uma se insere em uma peculiar tradição e em um peculiar contexto. **Não existe um modelo de Psiquiatria italiana e muito menos de Psiquiatria anti-institucional.** É necessário, portanto, tentar se mover continuamente entre o geral e o particular, procurando não tomar uma experiência por modelo universal capaz de definir as fronteiras de referências gerais. (FIORANI, 2014, p. 32, tradução e grifos nossos).

Os anos que sucedem o final da Segunda Guerra Mundial (1939-1945) compõem o terreno sobre o qual se erguem as principais experiências de transformação, no então hegemônico modelo manicomial. Na saída do totalitarismo, os países deveriam se reconstruir socialmente, e o fizeram, com um olhar atento aos desastres humanos decorrentes do Nazismo. A Itália, por sua vez, havia perdido a guerra e, conseqüentemente, teve maiores dificuldades na reconstrução pós-bélica, além disso, contava com um sistema assistencial e sanitário herdado do período fascista. Cabe lembrar que a história da Psiquiatria italiana tem ainda a influência de figuras como a de Cesare Lombroso (1835-1909), médico e criminologista, o qual, com base em seus estudos, determinaria uma tipologia de criminosos natos, com alterações morfofisiológicas que comprovariam a hereditariedade para o crime. Outro italiano, Ugo Cerletti (1877-1963), ficaria mundialmente conhecido por desenvolver o choque eletroconvulsivo ou eletrochoque e aplicá-lo pela primeira vez, em Roma, em 1939 (PASSOS, 2009; PULINO, 2011).

Por conta desse cenário, a Itália começa tardiamente suas discussões sobre a modernização da assistência psiquiátrica, se comparada com países como França, Inglaterra e Estados Unidos, experiências que posteriormente cruzariam os caminhos do processo italiano. Ainda nos anos 1950, os países supracitados começariam a desenvolver novas técnicas terapêuticas e avanços significativos, no que tange à modernização ou humanização dos hospitais psiquiátricos. As experiências de Comunidade Terapêutica, desenvolvidas por Maxwell Jones, na Inglaterra, apostariam na democratização das relações, no interior dos hospitais, e levariam o debate para o campo legislativo, sendo que, em 1959, a conformação da assistência psiquiátrica passa a figurar no *National Health Service*, organizando os elementos de tratamento voluntário e obrigatório, além de diversificar a tipologia das estruturas assistenciais. A experiência francesa, construída a partir da noção territorial de setor, enquanto elemento organizativo dos serviços dentro e fora do hospital psiquiátrico, envolveria a intelectualidade da França, levando à aprovação da política de setor, enquanto uma circular ministerial, em março de 1960 (PULINO, 2011).

Nos anos do pós-guerra, a Itália passa por um processo de transição; um país de economia agrária e estrutura tradicionalista e religiosa, sofre, por influência do capital estrangeiro, um processo de rápida industrialização, o que geraria uma migração interna muito grande em direção ao Sul, além do crescimento e fortalecimento da nascente

classe operária. Com um processo recente de unificação (1870) e tendo sofrido grandes impactos decorrentes das consequências da guerra e dos anos de governo fascista, o quadro político italiano dos anos 1950 é composto por inúmeros conflitos, caracterizados por lutas sindicais, fortalecimento das pautas emancipatórias, a exemplo das feministas, e do fortalecimento dos partidos de esquerda, como o Partido Comunista Italiano (PCI) e o Partido Socialista Italiano (PSI). No ano de 1948, entraria em vigor a nova Constituição da Itália; correspondendo a um novo pacto social e político entre as forças que haviam participado do processo da resistência contra o nazi-fascismo, o texto constitucional recompunha os direitos civis e políticos que haviam sido suplantados e introduzia ainda os direitos sociais. A partir desse contexto, alguns elementos do modelo manicomial passariam a se tornar insustentáveis e, vindas de inúmeras direções, começavam a surgir críticas, também de teores diversos, a respeito dos manicômios. No entanto, o caminho que levaria à aprovação da Lei 180, em 13 de maio de 1978, marco histórico da Reforma Psiquiátrica italiana, não seria nada linear:

O processo italiano será, portanto, muito mais conflituoso e multifacetado que o de outros países europeus, por diversas razões: uma realidade psiquiátrica mais arcaica; uma tradição histórica de pluralismo, independência e auto-afirmação cultural e política de cada região do país, que inviabilizariam uma política centralista nacional; mas, principalmente a perspectiva radical das mudanças propostas. (PASSOS, 2009, p. 127).

No legislativo, a questão manicomial era regulada por uma Lei de 1904 (Lei Giolitti), a qual considerava a doença mental como um item de ordem pública, as internações, por consequência, eram compulsórias e, durante o período fascista, os internos deveriam também ser previamente fichados nas delegacias. Ou seja, a identidade do dito doente mental figurava entre a delinquência e a Loucura, de forma que eram, portanto, considerados perigosos e irrecuperáveis, tendo que contar necessariamente com a tutela do Estado. A Psiquiatria, por seu turno, era constituída sobre bases organicistas e positivistas fundadas no tecnicismo e no empirismo, destacando-se ainda que a Psiquiatria sequer existia enquanto uma disciplina autônoma, sendo unificada com a neurologia, por meio das estruturas universitárias de *Cliniche delle malattie nervose e mentali* [Clínicas das doenças nervosas e mentais]. A Sociedade Italiana de Psiquiatria era de tal modo conservadora que acabaria por estimular o

nascimento de inúmeros grupos de formação externos às Universidades (GOULART, 2007).

Com a pauta da modernização, a influência dos processos internacionais e o teor dos direitos postos através da recém-proclamada Constituição, os setores progressistas começam a questionar a assistência psiquiátrica no país, bem como a Lei Giolitti. Em relação ao aspecto político-legislativo, ainda nos anos 1950, algumas propostas de mudanças começam a surgir, como as de Mario Ceravolo e Arialdo Banfi, no entanto, sequer chegariam a ser discutidas no parlamento. Vale salientar que, à época, tais mudanças tratavam de um acompanhamento das descobertas científicas e sugestão de modernização ou *aggiornamento* do sistema manicomial, a fim de transformá-lo em digno de um país civil, não tocando ainda nos direitos dos internos (PULINO, 2011).

As comparações entre as condições dentro dos hospitais psiquiátricos e os campos de concentração nazistas já haviam sido feitas, em outros países europeus. Na Itália, o lançamento do filme *La fossa dei serpenti* (The Snake Pit – Anatole Litvak - 1948), em 1949, no festival de Veneza, levaria até mesmo os jornalistas mais conservadores a se manifestarem sobre o assunto; além disso, o “censo” realizado pelo jornalista histórico Angelo Del Boca, nos manicômios italianos, sob o nome de *Manicomi come leager* (Manicômios como Campos de Concentração), em 1965, sinalizavam para uma mudança da opinião pública a respeito do assunto. Todavia, é a declaração de mesmo teor do então ministro da Saúde, Luigi Mariotti, levado ao cargo por meio de uma coalizão entre o Partido Socialista Italiano e a Democracia Cristã, que colocaria o assunto na ordem do dia. Toda essa trama, por um lado, apontava as condições não humanas dos manicômios e, por outro, explicitava a articulação de uma rede de instituições usadas como descarga dos pobres e daqueles que destoavam da norma, anulando, assim, qualquer possibilidade de pensar benefícios da realidade manicomial (FOOT, 2014).

É a partir do contexto de mudança na opinião pública e impulsionada pelas experiências reformistas que já faziam parte do cenário italiano, como aquelas de Gorizia, Perugia, Varese, que é aprovada, em 1968, a Lei 431 (Lei Mariotti), introduzindo a noção de admissão voluntária nos manicômios e a possibilidade de transformação da internação obrigatória em voluntária, segundo critérios do médico psiquiatra. Embora seja um avanço em relação à legislação anterior, apontava

timidamente para a construção de serviços territoriais, além de não tocar na questão do manicômio enquanto modelo dominante de tratamento. No período entre 1963 e 1968, o primeiro que conta com o PSI no governo do país, outras reformas importantes seriam alcançadas, como a modernização do sistema educacional e a criação de um sistema de saúde nacional – *Servizio Sanitario Nazionale (SSN)*.

Era 1968, ano mundialmente afetado pela efervescência política e social, quando explodiam movimentos como a Primavera de Praga e o Maio Francês, com sua histórica greve geral. Questionavam-se as opressões, repressões, o modelo do *American way of life* [estilo de vida norte-americano] e também as estruturas arcaicas e burocráticas da família e da Igreja, bem como dos partidos e sindicatos. Culturalmente, surgiam os movimentos *Hippie* e *Black Power*, nos Estados Unidos, e a música como protesto se fortalecia. As máximas “É proibido proibir” e “Sejam realistas: exijam o impossível” resumem a vivacidade cultural e política do fatídico ano de 1968 (PONGE, 1998).

No que diz respeito às inovações no campo da assistência psiquiátrica, na Itália dos anos 1960, as lógicas da Psiquiatria de Setor francesa e das Comunidades Terapêuticas Inglesas figuraram como as principais fontes de inspiração para as primeiras experiências. Em relação à primeira tendência, cita-se a experiência de Varese, capitaneada por Edoardo Balduzzi e seu grupo, os quais haviam estreitado laços com o pensamento francês e contavam com médicos de orientação psicanalítica na equipe. Quanto à influência das Comunidades Terapêuticas, exemplifica-se com a experiência de Basaglia e sua equipe, no manicômio de Gorizia, em que houve uma democratização das relações através da eliminação das contenções e barreiras físicas, abertura das alas e ampliação das relações com a comunidade externa, levando à reflexão sobre os direitos do sujeito internado. Muitas outras iniciativas acontecem, nesse período, influenciadas por elementos diversos e características próprias em um país, como já dito, de unificação recente e fortes características de regionalismo. Em pesquisa realizada nos anos 1980, a Direção Geral dos Hospitais do Ministério da Saúde italiano dividiria essas experiências segundo os seguintes critérios:

[...] é possível identificar pelo menos três modelos inspirados em princípios diferentes, que orientariam essas tentativas de transformação: a ideia de promover uma reforma da assistência, partindo do dismantelamento do hospital psiquiátrico e da concomitante criação de serviços no território; a Psiquiatria de “setor” de inspiração francesa; e, enfim, uma orientação de tipo “territorial”,

que se baseava na criação de serviços externos sem nenhuma ligação com o hospital psiquiátrico. (PULINO, 2011, p. 54, tradução nossa).

Sobre a estratégia de criação de serviços externos não vinculados ao hospital psiquiátrico podem ser citados os casos da região de Reggio Emilia, onde o trabalho territorial tinha por objetivo evitar as internações e intervir na natureza social dos problemas psiquiátricos; por sua vez, a província de Terni, por ser uma das únicas a não possuir um hospital psiquiátrico, desenvolveria seus serviços territoriais sem ligação com o manicômio.

Outro importante elemento para se analisar essas experiências inaugurais diz respeito à relação com os setores político-administrativos. Por conta das discussões que extrapolavam os espaços técnicos e acadêmicos, os partidos políticos promoveram, internamente às suas estruturas, eventos para pensar as possibilidades referentes as mudanças no campo da assistência psiquiátrica, como, por exemplo, o evento organizado em 1964, pelo PCI, em Bologna, com o nome de *Processo al manicomio*. Fato é que, por mais progressistas que fossem as pautas dos partidos de esquerda, não houve, nem no nível das províncias, nem no nível nacional, um consenso fácil concernente à Reforma Psiquiátrica. Tal premissa pode ser exemplificada por meio das diferentes relações havidas entre os setores administrativos e os manicômios em transformação; em Gorizia, por exemplo, a equipe não dispunha de nenhuma simpatia por parte da administração provincial, enquanto, em Parma, embora contando com a simpatia de membros do PCI na administração local, o trabalho de Basaglia não seria levado adiante, por conta de uma série de exigências de cunho burocrático-administrativo. Ademais, em outros casos, como o de Perugia, é justamente a partir das denúncias e propostas organizativas da parte de membros da administração pública que tem início o processo de transformação na assistência (FOOT, 2014; FIORANI, 2012).

Um aspecto que diferencia as propostas italianas daquelas provenientes de outros países é o questionamento do hospital psiquiátrico enquanto instituição de tratamento. Em agosto de 1964, três anos após o início da experiência de Gorizia, Basaglia participaria do 1º Congresso de Psiquiatria Social realizado em Londres, ocasião na qual apresenta um trabalho denominado “A destruição do hospital psiquiátrico como local de institucionalização”. Além de apresentar ao mundo a primeira experiência de comunidade terapêutica na Itália, pontuava as limitações desse

modelo e trazia a importante provocação sobre a necessidade de destruir o manicômio como passo primordial ao tratamento digno. Ou seja, as experiências em curso, para além de proporem novas formas e arranjos de tratamento, denunciavam a violência dos manicômios e explicitavam a relação estreitamente política entre as instituições psiquiátricas e a sociedade, críticas que se estendiam a outros setores da organização social e que convocavam outros atores sociais para a discussão. Nessa perspectiva, tornam-se um pouco mais compreensíveis os motivos da complexidade e multiplicidade do processo, na Itália:

O caráter polêmico e conflituoso da reforma italiana, que por isso mesmo se mantém como processo aberto e tenso, interna e externamente (em suas repercussões para fora do país) deve-se ao fato de ser um projeto de redefinição da Psiquiatria em sua função social muito mais que a mera reforma de um modelo ou gestão de serviço. (PASSOS, 2009, p. 134).

A ampliação do debate para além dos setores técnicos e acadêmicos tinha por objetivo a construção de um novo senso comum, de um novo lugar social para Loucura também no imaginário coletivo. Alguns momentos da história transformam-se em marcos do envolvimento da sociedade com essa discussão, a exemplo do documentário dirigido por Sergio Zavoli, *I giardini di Abele* [Os Jardins de Abel], gravado em Gorizia, em 1968, e transmitido em um sábado de uma noite de 1969, em um dos canais de maior audiência da televisão italiana, a RAI 1. O documentário transportou os espectadores para dentro de um manicômio e os apresentou às transformações de Gorizia e à figura de Franco Basaglia. Na mesma perspectiva e igualmente em 1969, o ensaio fotográfico feito por Carla Cerrati e Gianni Berengo, nos manicômios de Gorizia, Colorno e Firenze, seria lançado por Franca e Franco Basaglia como um foto-livro-político, levando o nome de *Morrire di classe* [Morrer de Classe]. Com efeito, essa produção “[...] não propunha imagens de esperança ou de transformação. A mensagem era seca: estes lugares serão fechados.” (FOOT, 2004, p.172). Ainda em 1968 sairia a primeira edição de *A Instituição Negada*, onde a equipe de Gorizia organizaria sua experiência, através de um livro que venderia 50.000 cópias em poucos meses, alcançando um grande público interessado na atmosfera revolucionária que cercava aquela experiência.

A *Instituição Negada* seria também um elo importante com o movimento estudantil, em que se registra um diálogo profícuo com Basaglia. Os jovens estariam presentes nas ocupações dos manicômios de Collegno (1968) e Colorno (1969), por parte dos estudantes de Torino e Parma, respectivamente. As ocupações provocavam o instituído e figuravam entre as notícias da mídia local, trazendo os olhares da sociedade para a situação. A ocupação do manicômio de Colorno envolveria também os assessores da província de Parma e as figuras de Franco Basaglia e do então membro do PCI e estreito colaborador, Mario Tommasini; duraria mais de um mês e ganharia o apoio dos familiares, internos e técnicos do manicômio, proporcionando um estreitamento dos laços entre o Movimento Estudantil e o PCI local. Outras ocupações aconteceriam em outros pontos da Itália, no entanto, o que vale salientar é que, enquanto estratégia, o movimento italiano apostou em um “[...] uso inteligente dos meios de comunicação de massa, [que] será um dos elementos de distinção do movimento dos operadores psiquiátricos em relação às experiências de Psiquiatria alternativa que nasciam no resto da Europa e nos Estados Unidos.” (PULINO, 2011, p. 45, tradução nossa).

Nota-se que a trajetória da Reforma Psiquiátrica italiana até a aprovação da Lei 180, em 1978, é acompanhada por uma série de eventos de cunho histórico, político e cultural. Nessa trama complexa, aparecem igualmente atores sociais de proveniências distintas e interessados naquilo que se transformaria em uma pauta da sociedade, relacionada aos direitos e liberdades humanas, à violência, à pobreza e à opressão. As experiências que buscavam materializar essas críticas aconteciam segundo características teóricas e políticas diferentes, mas semelhantes na perspectiva de transformar a assistência psiquiátrica.

Nesse sentido, em 1973, na cidade de Bologna, registra-se a criação da Psiquiatria Democrática Italiana enquanto uma associação civil que expressava um momento de identificação do movimento antimanicomial. Após alguns encontros preparatórios, a associação nasce, procurando fortalecer os aspectos políticos do movimento, sem se reportar, necessariamente, às diferenças das experiências regionais. Enquanto discurso, a postura da Psiquiatria Democrática (PD) se opunha à manutenção dos hospitais psiquiátricos e buscava refletir acerca do impacto político dessas instituições sobre os internos, os técnicos e a sociedade como um todo. A partir de um desenho que indicava maior nível de representatividade e organização com respeito a

essas discussões, em diferentes níveis, sugeria a auto-organização nacional do movimento:

Por seu intermédio foram abertos espaços de discussão: fóruns públicos nos quais dialogavam técnicos, leigos, doentes mentais ou usuários dos serviços psiquiátricos, comunidade, administradores públicos, psicanalistas de esquerda, intelectuais de formação sociológica progressista, planejadores, defensores dos direitos civis, professores e estudantes de centros universitários progressistas e diversas instituições envolvidas no desafio da reforma que se configurava. (GOULART, 2007, p. 81).

De acordo com Foot (2014), a história da aprovação da Lei 180, em 13 de maio de 1978, é composta por muitos mitos, pois se tratava de fato de um período conturbado da história italiana. O ano de 1977 é um marco importante na história da Itália, balizado pelo que se denomina *Movimento del '77* que representa o fortalecimento de grupos de esquerda extra parlamentares, compostos a partir de críticas aos partidos e sindicatos estes coletivos autônomos de trabalhadores e estudantes preconizavam a ação direta e se opunham veementemente aos tradicionais representantes da esquerda do país. Com o recrudescimento destas tensões, composto inclusive por episódios de violência explícita, um deputado representante da Democracia Cristã, Aldo Moro, havia sido sequestrado e seu cadáver seria encontrado quase dois meses depois, pouco antes da aprovação da lei. Por conta desse episódio, os olhos do mundo estavam postos sobre Roma. A aprovação da Lei contaria com a participação de diversos nomes da política, em que se destacam Paolo Cirino Pomicino e Susanna Angeli, mas, especialmente, Bruno Orsini, psiquiatra e deputado pela Democracia Cristã, o qual foi o primeiro signatário e promotor da lei. Orsini fazia parte da Associação dos Médicos e Hospitais Psiquiátricos Italianos (AMOPI), de postura muito mais moderada, em comparação com a Psiquiatria Democrática Italiana. Frente a uma conjuntura tumultuada, as discussões e debates em torno da Lei não foram realizados nas salas parlamentares, mas naquelas da Comissão de Saúde. Basaglia participaria dessas discussões, assim como outros representantes de organizações profissionais e psiquiatras mais moderados. Em suma, a aprovação da Lei 180 é o resultado das alianças entre os partidos políticos, especialmente o Partido Comunista Italiano e a Democracia Cristã, e diversas entidades profissionais.

Do ponto de vista político e frente ao apelo popular que a questão manicomial tomou, na Itália, não aprovar a Lei implicaria um desgaste certo. A aprovação da Lei

significaria um avanço, mas deixaria uma série de lacunas, a exemplo da falta de previsão para o financiamento, de forma que seu conteúdo seria incorporado e submetido à Lei 833, de 23 de dezembro de 1978, que instituiria o Serviço Sanitário Nacional. Cumpre destacar que as transformações no aspecto legal, por mais que representassem um passo importante do movimento, não garantiriam o fechamento instantâneo dos manicômios, que dependeria ainda de muitos esforços:

Muitos manicômios italianos não haviam sido sequer tocados pelo movimento da reforma, para fechá-los verdadeiramente, seria preciso enormes recursos e uma força de vontade política. [...] Franca Ongaro, em particular, dedicaria o resto da sua vida à defesa das leis 180 e 833 e a uma campanha incansável a favor de suas aplicações, as quais se chegariam apenas no final dos anos noventa, depois de longas batalhas e forte resistência. (FOOT, 2014, p. 284, tradução nossa).

A legislação italiana de 1978 previa medidas inéditas em todo o mundo, tais como a desativação progressiva de todos os hospitais psiquiátricos, a proibição tanto da construção de novos exemplares quanto da reutilização desses espaços para hospitais gerais, devendo o tratamento ser completamente substituído pelos serviços territoriais. Outro diferencial da Reforma Italiana é sua característica de construção e expansão, por meio da desmontagem dos manicômios, ao invés da implementação de uma política nacional prevendo o estabelecimento de outro tipo de tratamento.

Assim, ainda hoje na Itália existe uma heterogeneidade no que diz respeito à concretização das Leis, havendo lugares onde se tem uma rede de saúde mental altamente organizada e outros nos quais faltam diversos equipamentos, apresentando uma disparidade entre províncias e regiões que historicamente são habituadas ao poder local. O fato de não haver uma planificação uniformizadora para o país, por um lado, resulta em tais discrepâncias, mas, por outro, garante relativa autonomia a partir de cada realidade local (PASSOS, 2009).

Não tivemos por objetivo uma extensa explanação sobre todas as minúcias do movimento da Reforma Psiquiátrica Italiana, contudo, nós nos propusemos apresentar alguns elementos que demonstram a complexidade e a pluralidade desse movimento, que, por vezes, nos chega como algo personificado e idealizado. Entendemos que desmistificar o processo italiano, em última análise, pode colaborar com um olhar para o próprio processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, também repleto de conflitos e

tensionamentos. Em termos mais gerais, pode-se pensar no encontro entre os trabalhadores da saúde mental, a cultura italiana e os movimentos sociais que compunham o cenário dos anos do pós-guerra, como responsável pelo desvelamento das relações violentas da Psiquiatria e de sua instituição correlata, o manicômio. Ao politizar aquilo que concerne à sociedade, e não apenas aqueles próximos à questão da Saúde Mental, busca-se operar uma transformação nos modos de pensar e se relacionar com a Loucura. As internações psiquiátricas não se sustentariam em face dos contornos éticos e políticos do movimento italiano, o que daria origem ao que Norberto Bobbio chamaria de única e verdadeira reforma da história da Itália, que segue como o único país do mundo a ter abolido os manicômios.

5.2 Quem sabe faz a hora, não espera acontecer: diálogos possíveis

Neste ponto do trabalho, serão apresentadas as narrativas compostas com o conteúdo das entrevistas feitas durante o período de estágio na Itália. Antes de cada narrativa, é proposto um pequeno histórico da reforma na assistência psiquiátrica, referente ao lugar onde as entrevistas foram realizadas, estratégia que tem como intuito expor a multiplicidade das experiências que compõem o processo italiano e suas especificidades.

6.3 Perugia: Etrusca e Comunista

Figura 5: Mapa da Itália com destaque para Umbria



Fonte: Elaborada pela autora.

Perugia é a capital da Umbria, região localizada na porção central da Itália e rodeada pelos Apeninos. Sua história remonta ao século IV a.C.; de origem etrusca, a cidade viveu inúmeras batalhas, tendo pertencido ao Império Romano, passado pela Idade Média e suas pestes, sendo incorporada à influência do Papado e, posteriormente, se rebelado contra esse poder. Desde 1965, Perugia também foi palco de uma das mais importantes experiências de reorganização da assistência psiquiátrica na Itália, desenvolvendo um papel vanguardista na construção de instituições extramanicomiais no território.

As atividades do complexo psiquiátrico de Santa Margherita, manicômio de Perugia, têm início em 1824, em um local onde anteriormente se localizava um monastério da ordem dos beneditinos. O espaço era composto de inúmeros pavilhões e funcionava quase que autonomamente, constituindo-se, como em outros casos, em uma cidade dentro da cidade. Nesse contexto, destacam-se outros agravantes: dentre os anos de 1904 e 1965 a direção do manicômio ficaria a cargo de uma mesma família (Agostini), justamente pelo fato de ser considerada uma instituição importante na

cidade. Ademais, em 1953, havia sido aprovado o projeto para a construção de outro manicômio na província, sendo que as obras deveriam começar em 1966 (FOOT, 2014).

O movimento que levaria Perugia a construir uma rede de serviços no território, antes mesmo da aprovação da Lei 180, tem seu marco inicial no ano de 1965. A região contava com administrações progressistas desde 1945, no entanto, foi a partir da visita de Ivano Rasimelli (PCI) ao hospital de Santa Margherita que as articulações em torno das transformações daquele lugar começariam. De acordo com Foot (2014), é a convite do psiquiatra e amigo Carlo Manuali que Rasimelli conheceria o manicômio. Em janeiro de 1965, fazia uma primeira visita, acompanhado do então diretor do hospital, porém, não convencido pelo que havia visto, retornaria no dia seguinte, sem aviso prévio, podendo conhecer de fato a realidade daquele hospital. Rasimelli, que havia sido preso por duas vezes por atividades antifascistas, decide que não poderia desenvolver com dignidade suas funções de presidência da província, caso ignorasse aquela situação.

Em junho do mesmo ano, foi nomeado um novo diretor para a instituição e, em setembro, aconteceria a primeira assembleia pública, a fim de denunciar a situação do hospital psiquiátrico. As primeiras respostas ao caso vieram no sentido de reorganizar o hospital, incluindo mudanças em relação à carga horária dos trabalhadores e outras ações, tais quais as citadas por Polcri e Flamin (s.d.):

Vieram modificados, por exemplo, os horários das refeições, de modo que funcionassem em horas “normais”, não dependendo da simples comodidade de organização dos turnos dos cozinheiros; foram introduzidos talheres de metal no refeitório dos pacientes; foram eliminados os uniformes dos doentes; foram abolidos os horários de visita, de modo que os visitantes pudessem entrar vinte e quatro horas por dia; os pavilhões foram reformados e pintados; os dormitórios divididos em quartos; foram refeitas a cozinha e a lavanderia, em geral toda a estrutura foi reorganizada e melhorada, empregando para isso também o pessoal da enfermagem. (POLCRI; FLAMINI, s.d., tradução nossa).

Uma característica importante do movimento perugino se relaciona a seu caráter iminentemente prático, ou seja, à elaboração de respostas e ações referentes às necessidades urgentes. Após a fase inicial, foi também incluída a prática de assembleias de participação aberta aos internos e à comunidade, onde se discutiam, sobretudo, problemas de ordem prática, a exemplo das altas hospitalares e seus percursos na comunidade. Nesse cenário, o progressivo trabalho de saída dos pacientes do hospital,

somado à diminuição das novas internações, fez com que os técnicos e administradores locais se implicassem na construção de práticas alternativas ao tratamento, desenvolvidas especialmente no território.

Assim, em fevereiro de 1970, é inaugurado o primeiro *Centro di Igiene Mentale* (CIM) e, em pouco tempo, seriam nove centros espalhados por toda a província. Tais práticas reafirmavam a importância dada ao território, em detrimento do manicômio, registrando-se que os centros eram diversos entre si, caracterizando uma pluralidade, tanto teórica quanto prática, que, em certa medida, representa o movimento em Perugia. Havia ainda uma preocupação com o processo de “manicomialização” dos CIM, o que expandiria o trabalho para além das instituições ditas de saúde, a exemplo das escolas e fábricas, com o objetivo de levar a discussão cada vez mais perto da sociedade. O processo todo ocorre de modo muito rápido e, em pouco tempo, restariam apenas pacientes “residuais” no interior do manicômio. A inovação desse movimento relaciona-se com essa dimensão temporal, mas especialmente com a vanguarda na construção dos serviços extra-hospitalares: “Em julho de 1974, a administração provincial perugina, pela primeira vez na Itália – e depois de uma série de assembleias de consulta popular que contaram com ampla participação dos cidadãos em muitas cidades da região – delibera oficialmente o Regulamento dos Centros de Higiene Mental.” (POLCRI; FLAMINI, s.d., tradução nossa).

Podem ser consideradas peculiaridades do movimento, em Perugia, a ação conjunta de técnicos, administradores e órgãos vinculados à esquerda, o fato de as ações serem desenvolvidas sempre com base em situações e problemas concretos, o que se associa com a luta pela construção de soluções alternativas, a presença e a participação de pessoas com diferentes posições políticas e ideológicas e a circunstância de a superação do manicômio estar diretamente ligada a um projeto maior e contrário a todas as formas de exclusão social. Para Tulio Seppili (2009), que participou ativamente do processo perugino, tanto na administração pública e no PCI quanto na Universidade, desenvolvendo pesquisas sobre temas imprescindíveis à Reforma, a complexidade do movimento da Reforma Psiquiátrica italiana só pode ser analisada a partir das perspectivas e experiências locais, as quais, somadas, trazem sempre algum ensinamento sobre o processo como um todo. Em suas palavras:

Pequenas e grandes experiências. Que nos levavam sempre mais adiante e nas quais as posições renovadoras que haviam alimentado o

movimento – a antropanálise e a psicanálise, a “comunidade terapêutica” e a “Psiquiatria de setor”, o catolicismo progressista e as ideologias libertárias, o marxismo etc. – faziam concretamente as contas e se misturavam com os problemas postos frente à prática reformadora. Crescia, assim, a consciência de que os manicômios não poderiam ser melhorados, e muito menos “reformados”, necessitando radicalmente serem eliminados, sem ilusão [...] (SEPPILLI, 2009, p. 93, tradução nossa).

Para Foot (2014), o trabalho de Perugia pode ser considerado um exemplo perfeito, porém, a experiência não tem notoriedade e nem popularidade, nos registros sobre o tema, sendo relegada a notas de rodapé ou ao simples esquecimento. Há quem diga que isso se deve à marginalização da região, no que se refere aos aspectos demográficos, industriais e políticos do país. De fato, à época, os peruginos não publicaram suas inovações e não se comunicavam muito com outras experiências, talvez mais preocupados com outras questões. Todavia, destaca-se a importância das pesquisas que versem sobre o assunto, a fim de que a memória seja preservada, para que seja possível aprender com ela.

5.3.1 Conversando com Dalila

A entrevista com Dalila Ingrande aconteceu por aproximadamente 40 minutos, enquanto tomávamos um café, em um dia frio do outono perugino, de frente para a vista dos Apeninos, em conversa que aconteceu em português. Dalila é antropóloga de formação e seu interesse pelo Brasil tem início com o olhar para a cultura dos índios e para o subsistema de saúde indígena. Suas pesquisas de Mestrado e Doutorado foram desenvolvidas por intermédio de parcerias entre universidades italianas, Siena e Perugia, respectivamente, com a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). No Mestrado, estudou a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), ao passo que, no Doutorado, pesquisou as relações entre a Atenção Básica e a Saúde Mental. O conteúdo da entrevista será exposto em consonância às duas unidades de sentido que foram construídas com amparo no sentido de sua fala: *Movimentos sociais, construção da Reforma e participação popular e Memória histórica e outras comparações entre Brasil e Itália.*

5.3.2 Movimentos sociais, construção da Reforma e participação popular

Por meio das experiências proporcionadas pelos períodos de pesquisa no Brasil e de sua singularidade, Dalila constrói uma narrativa sobre alguns fenômenos da história brasileira. Sob seu ponto de vista, por exemplo, o significado dos movimentos sociais nos contextos europeu e brasileiro trazem algumas diferenças referentes ao próprio contexto cultural e econômico das diferentes realidades:

De qualquer forma, os movimentos sociais aqui mesmo, não só da saúde, mas no geral, não entendem de serem europeus, ou seja, de ter e de ser portador de privilégios, mesmo fazendo a crítica da crítica da crítica.

O preconceito de, digamos, olhar a nossa posição nas relações pra ver nossos privilégios. Mas eu acho que, se você não for em um outro país ou não se deslocar totalmente fora do seu papel, não entende que também pode ser, continuar a ter relações de poder iguais àquelas que você tá criticando. Então, eu acho que a diferença com os brasileiros é que lá não tem esta... este problema do poder tão forte como aqui, porque aqui somos europeus, não tem nada que se possa fazer.

Sobre o lugar social de europeia em contato com a realidade brasileira, comenta que, por sua vivência, nas relações, sentia no olhar do outro a exigência por cumprir determinado papel, de uma pessoa vinda do “primeiro mundo” e, conseqüentemente, detentora de algumas verdades e condições de vida: *“Então, tinha todas essas coisas, que a gente encarna um privilégio, mas depois todo mundo achava estranho, porque tinham coisas que não entendiam, a gente tava a pé, não usava quase nada do status de um europeu.”*

Essas análises surgem, ao traçar paralelos entre a construção e a permanência do movimento social que dá sustentação às transformações, no campo da assistência psiquiátrica. Assim, percebe que os trabalhadores da saúde mental com os quais teve contato lhe pareceram mais próximos à luta antimanicomial do que aqueles do contexto italiano; para isso, sugere como possíveis razões o distanciamento no tempo dos dois processos históricos e o fato de, em sua realidade, encontrar trabalhadores brasileiros mais jovens: *“Mas, nas entrevistas no Brasil, sempre saía essa coisa de que, no Brasil, todo mundo se identificava com o movimento, como se fizesse parte do movimento. Isso, se não foi durante as entrevistas, era durante uma conversa, mas, digamos, analisando os dados, isso depois de um tempo saiu.”*

Ainda sobre essas observações, produz um ponto de vista interessante, quanto à conjuntura inicial e à construção dos movimentos em ambos os países. Ao mencionar a organização da sociedade civil contra a ditadura no Brasil, em detrimento da organização político-partidária do contexto italiano, aponta para possíveis consequências na organização posterior dos movimentos:

Entendi que o valor da Reforma brasileira foi muito grande também por causa da ditadura. Então é, digamos assim, a diferença historicamente mais importante com a Itália. No sentido que, na Itália, as reformas foram feitas, mas não tinha esse clima de... de sair da ditadura e precisar de uma renovação geral. Tinha um problema de normas sociais, então, eles fizeram vários avanços com lutas civis, mas eu acho que esse ponto é...

Eu acho que talvez pode ser o que faz a diferença também entre agora, de agora, entre aqui e lá. Porque agora o partido aqui não tem mais e tem uma sociedade totalmente desestruturada que não tem... passou do partido a um nada, então, até a capacidade dos movimentos sociais de reproduzir é pouca, porque eles sempre pegam conceitos que não têm mais sentido, mas são os únicos conceitos que têm. Lá eu acho que tem uma capacidade de pensar, além dessas estruturas, muito maior.

5.3.3 Memória histórica e outras comparações entre Brasil e Itália

Ao correlacionar as experiências brasileira e italiana na assistência à saúde mental, tece algumas reflexões sobre a diferença evidente da existência ou não do manicômio, no sentido de esse crivo alterar a própria construção das expectativas dos trabalhadores, bem como do manejo dos casos, frente ao que é possível ser feito:

[...] na verdade, eu vi que é claro que o fato que a Itália fechou os manicômios é um ponto que não pode ser comparado com outros países, porque a ausência de um sistema manicomial é evidente. No sentido que, quando a gente foi no Brasil, a gente viu a presença do manicômio, em Araraquara, tem o... como se chama, Cairbar Schutel, que abrange o território de Araraquara, São Carlos e acho que outros 5 ou 6 municípios, então, é um território bem grande, então, tem toda essa tentativa de internar por qualquer coisa e é claro que isso aqui não tem.

Ainda no plano da assistência, salienta que as experiências vivenciadas no Brasil mostraram uma abertura maior das equipes de trabalho em relação às discussões e opiniões diferentes, compreendendo essa abertura como parte de um processo maior de engajamento e de memória histórica: “Os operadores lá eram sempre conscientes de tudo, é claro que tem aquele um pouco menos envolvido, mas as pessoas que cuidavam

dos serviços eram todas super empolgadas, isso eu gostei muito, porque acho que aqui falta muito. Falta a história, se lembrar da história do sistema de saúde, a história das batalhas que foram feitas.”

Em relação a essa comparação, acredita que, no Brasil, é como se as pessoas convivessem permanentemente com o clima de que as políticas públicas pudessem ser perdidas, ao passo que, na Itália, por uma distância temporal um pouco maior, essa sensação não existe, muito embora as políticas sociais daquele país venham sofrendo continuamente redução de investimentos e investidas privatizantes.

Ao que aqui estamos denominando memória histórica, quanto à sua presença mais perceptível na realidade brasileira e sua relativa ausência na realidade italiana, alguns comentários são tecidos a respeito do próprio processo de desarticulação da memória e dos movimentos coletivos propostos por governos de cunho neoliberal:

Mesmo que as pessoas se lembrem da história, tem uma trama tão feita de coisas, de pressões políticas, pressões administrativas, a questão nacional, a questão regional, que muitas pessoas se sentem paradas, de mãos atadas.

Eu acho que tem a ver com todo um processo geral, de esquecimento geral, de liberalismo, políticas, Berlusconi por vários anos, enfim, todo um processo de distanciamento das pessoas. Não que eu acredito que os partidos políticos de esquerda sejam a solução, é um processo de desmantelamento a todo nível, ou seja, o liberalismo entrou no nosso modo de pensar e não tem partido, não tem nada. Só que claramente a inauguração dessas políticas foi mais evidente com o Berlusconi etc. Mas, no nível nacional, tem um processo de desmantelamento de qualquer forma de relação coletiva. Então, eu acho que também é difícil pras pessoas, mesmo na formação.

Ao trazer a reflexão para o ponto da memória, surgem algumas considerações sobre a importância do processo perugino e seu relativo desconhecimento, quer em relação à realidade nacional, quer à internacional. Dalila é siciliana e vive há pouco tempo em Perugia, de maneira que, para ela conhecer tal experiência e entender os motivos de seu relativo desconhecimento, é um processo complexo:

[...] parte regional, eu ainda discuto com Max, porque a história perugina é tão desconhecida. Porque depois todo mundo fala: “Descubra.” Tem John Foot que escreveu, tem livros, mas ninguém conhece a fundo... Até eu acho que nem os próprios peruginos, talvez. E eu falo: “Por que vocês são tão fechados sobre as vossas coisas?” Porque tem um monte de saberes aqui ocultados e não se sabe por quê. Uma vez saiu um livro sobre a história da desinstitucionalização

umbra, eu falei: “Onde se acha?”, “Não, não está na livraria”. Como posso aprender isso, se não acho esse livro, entendeu?

Em sua opinião, ainda não consegue analisar os meandros desse processo, relacionando-o talvez com a característica de uma região de população bastante fechada quanto a muitas coisas e sobre seus aspectos positivos. Acredita que sua contribuição para a discussão do tema desta pesquisa seja parcial e subjetiva, baseada em seus estudos e leituras, no entanto, as experiências de intercâmbio entre esses dois universos a fazem crer na importância das trocas, para a construção de melhorias possíveis e necessárias ainda para os nossos tempos:

[...] eu tô vendo que, quando a gente fez a parceria entre brasileiros e italianos, quando eles vieram aqui, em 2014, quando os profissionais falam entre eles das diferenças de experiências, apesar, digamos da, do tamanho da história de desinstitucionalização, eles entendem que tem que ter uma troca muito ampla de conhecimentos, de saberes, não só entre a equipe, mas entre pessoas de diferentes países, pra ver efetivamente o que a gente tem o que a gente não tem.

Através das reflexões feitas sobre a história e o papel da memória para os desafios atuais, julga que a importância da história reside no resgate de construções exitosas, e as trocas deveriam ter o objetivo de ajudar na construção de soluções para o nosso tempo, em detrimento de uma visão que fique no passado.

5.4 Bologna: La Dotta, La Grassa, La Rossa

Figura 6: Mapa da Itália com destaque para Emilia Romagna



Fonte: Elaborada pela autora

Bologna é a capital da região da Emilia Romagna e se localiza no norte da Itália; a cidade é um importante polo populacional do país e tem uma história repleta de conflitos e personagens notáveis. Seu apelido, composto pelas palavras do subtítulo, revela algumas referências de sua cultura: *La Dotta* é uma alusão ao aspecto do conhecimento, relacionado com a *Università di Bologna* (1088), considerada a mais antiga do mundo ocidental, por onde passaram figuras ilustres, como Dante Alighieri e Nicolau Copérnico; *La grassa*, ou “a gorda”, em português, é uma menção aos aspectos da gastronomia local, conhecida internacionalmente, a exemplo da famosa mortadela bolognesa; *La rossa* faz referência ao vermelho presente em sua estrutura arquitetônica, mas também à orientação política da cidade, tradicionalmente à esquerda, tendo o PCI governado a cidade por muitos anos, contando ainda com o apoio de outras cidades da região.

O processo de asilamento de Bologna se deu de uma forma um pouco diferente: até o ano de 1867, os ditos doentes mentais de toda a província eram encaminhados ao Hospital Santa Orsola, um hospital geral, que possuía uma repartição específica para esses casos. Por conta de alguns problemas, sobretudo da ordem da gestão, a partir de

1869, a direção do instituto psiquiátrico é separada do corpo administrativo do hospital, e suas atividades são transferidas ao que seria denominado Manicômio Provincial, localizado em um ex-convento. Registra-se ainda que o crescente número de internos fez com que fosse necessária uma parceria com a congregação de caridade de Imola, para onde seriam encaminhados os pacientes sobressalentes. Com a morte de seu primeiro diretor, em 1906, o manicômio passa a levar seu nome, em homenagem, passando a se chamar Hospital Psiquiátrico Provincial Francesco Roncati (SARTÓRIO, 2010).

No contexto mais geral do movimento italiano, dois eventos importantes são sediados na cidade de Bologna. O primeiro deles, o Congresso Nacional de Psiquiatria Social, acontece ainda em 1964, ao passo que o último, já em 1973, registra o nascimento da Psiquiatria Democrática Italiana enquanto uma associação. Assim, o primeiro Congresso Nacional de Psiquiatria Social teria como título *Processo al manicomio* e ocorreria no mês de abril de 1964, a organização do evento foi feita pelo PCI e contou com a participação de representantes de toda província e do Ministro da Saúde. Tanto o assessor de saúde da província, Mario Cennamo, quanto o professor da Universidade de Bologna, Gian Franco Minguzzi, haviam estado em Paris e conhecido de perto o funcionamento da Política de Setor e, por consequência, o encontro teve o seguinte teor:

O congresso é uma ocasião para discutir algumas possibilidades de mudança na assistência e se concluiria com o reconhecimento do valor do hospital psiquiátrico, mas com uma ideia substancial a favor de uma organização dos serviços territoriais, com base no modelo dos setores franceses. (PULINO, 2011, p. 83, tradução nossa).

Gian Franco Minguzzi foi também o primeiro secretário do movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, que tem como marco de abertura o encontro que acontece igualmente em Bologna, em 1973. Antes de assumir a cátedra de Psicologia na Universidade, em 1964, entre os anos de 1953 e 1963, Minguzzi teria uma experiência como médico assistente no manicômio Francesco Ronconati. Durante esse período, passa por uma temporada, na França, onde estabelece contato com Foucault, Guattari, Deleuze e Sartre, conhecendo o desenvolvimento da experiência da Psiquiatria de Setor, através da proximidade com o trabalho de Georges Daumézou e Henri Duchêne, que inclusive estariam presentes no Congresso de 1964. Participaria ainda da inauguração do primeiro *reparto aperto* do manicômio de Bologna, em 1957, divisão destinada aos pacientes que iam voluntariamente ao hospital e que passariam, então, a ser

considerados como pacientes menos graves. Proporia também um projeto, desenvolvido entre os anos de 1964 e 1967, de denominação *Villa Olimpia*, baseado na noção dos setores, territorialização dos serviços e no trabalho de equipe (GRAZIADEI, s.d.).

Por intermédio de Mario Tomasini, Mínguzi conheceria Basaglia e seu trabalho, o que o colocaria em diálogo com outras experiências que aconteciam no território italiano, a exemplo da passagem de Basaglia por Parma, também na região da Emilia Romagna. Além disso, no final dos anos 1960, houve uma tratativa junto às lideranças do PCI, a fim de que Basaglia assumisse a direção do manicômio de Bologna, porém, tal proposta não seria aceita. Salienta-se que a questão manicomial não foi um ponto consensual dentro dos partidos, levando-se em consideração arranjos e características regionais (GOULART, 2004).

5.4.1 Conversando com Ardigò

A conversa com Ardigò Martino aconteceu numa manhã fria de Bologna, em uma entrevista feita em língua portuguesa. Ardigò nasceu na Calabria, mas, além de dominar muito bem nossa língua, conhece nossas questões culturais e políticas. Sua formação é em Medicina, com residência em Medicina Preventiva, tendo realizado pesquisa de Doutorado sobre os determinantes da saúde mental relacionados ao processo migratório, a partir da experiência de um centro sociocultural de Bologna. Atualmente, é pesquisador na Universidade de Bologna, onde desenvolve projetos que dialogam com a realidade brasileira, sobretudo da perspectiva da atenção básica e da saúde comunitária. Ardigò já esteve no Brasil inúmeras vezes e tem parcerias com várias universidades brasileiras, como as Universidades Federais do Rio de Janeiro (UFRJ), da Bahia (UFBA) e do Rio Grande do Sul (UFRS). O conteúdo de sua entrevista será exposto através de duas unidades de sentido, construídas a partir de sua fala: *Construindo espaços comuns: sobre redes e relações internacionais* e *Ativismo e política como fundamentos da saúde*.

5.4.2 Construindo espaços comuns: sobre redes e relações internacionais

Em resposta à pergunta disparadora da entrevista, acerca do intercâmbio entre o Brasil e a Itália, quanto à construção da Reforma Psiquiátrica brasileira, Ardigò

contextualiza e traz algumas informações a respeito do teor daqueles encontros, durante a década de 1970, ressaltando que as trocas se davam entre parcelas específicas dessas populações:

Então, não é a história do processo brasileiro nos olhos dos italianos, na minha percepção, tinha um pancomunismo, um internacionalismo comunista que fazia essa comunidade trocar ideias, porque não foi só o Basaglia que foi pro Brasil, foi o Berlinguer também, que o Berlinguer era o responsável da reforma da saúde italiana, mas também pelos mesmos motivos, Foucault foi lá.

Porque tinha os comunistas brasileiros que chamavam as pessoas de fora, tinha um intelectualismo que construía uma... parceiras fortes. Isso aconteceu também no campo da música, porque, se você pensa no Chico Buarque, na Itália, pensa os contatos com o Toquinho que morou aqui e todas as contribuições, parcerias que se fizeram no campo artístico, foram construídos a partir do intelectualismo, que não era o Brasil inteiro e não era a Itália inteira.

Ardigò identifica outro processo de troca e cooperação semelhante àquele dos anos 1970, o qual pode ser percebido através dos intercâmbios proporcionados por eventos do porte do Fórum Mundial Social, encontro que teve sua primeira edição em 2001, em Porto Alegre, e que atualmente está na décima sétima edição, tendo sido sediado por outros países ditos periféricos, como a Índia, o Quênia e a Tunísia. Novamente, ressalta o fato de que tais trocas acontecem entre grupos com interesses comuns e particulares, em detrimento de trocas entre Estados-Nações específicos.

Ainda sobre essas trocas e tendo em conta seus diálogos e parcerias com o contexto brasileiro, Ardigò entende que a construção desses espaços passa pela vontade política e insistência dos grupos interessados, especialmente, em momentos desfavoráveis do ponto de vista da organização social:

E acho que também nós temos que voltar nessa questão do internacionalismo na área da saúde, que passa pelo ativismo. Então, acho que é responsabilidade de todos nós continuar com muita força as parcerias que temos no Brasil, ainda mais agora nesse momento que é difícil de crise econômica. Mas, outra vez, com uma proposta de ativismo, porque, claro, quando o Brasil era em crescimento econômico, convidava desde a Itália, tinha dinheiro pra tudo, pagar passagem, pagar hospedagem: “Vamos fazer um congresso, aqui, o Ministério banca, não se preocupe...” por quê? A Itália tinha um crescimento de 1% e o Brasil, de 12%.

A cooperação em questão, repete-se, não é pensada por intermédio de territórios geográficos ou Estados Nacionais, mas de territórios existenciais, considerando a perspectiva da globalização, sendo a última entendida a partir da necessidade de uma *contaminação do povo*, visando à construção de uma rede solidária como alternativa de combate à fragmentação dos processos de trabalho e da vida em comunidade:

Então, acho que isso que nos falta muito, construir essa internacionalização como um bem coletivo, não como uma coisa da Itália ou do Brasil. Porque nós estamos enfrentando um espaço globalizado que gera símbolos. E, como diria Bourdieu, vai exercendo um poder simbólico na sociedade, porque o desejo do iPhone é um desejo de todos os lugares, de todas as classes sociais, e você não vai fugir disso. Enquanto isso, não tem desejo de Direitos Humanos. E cabe a quem? Aos italianos? Aos brasileiros? Aos franceses? Ou cabe a nós, que podemos desejar um smartphone, que é pan-nacional, e não podemos desejar, de forma pan-nacional, os direitos? Então, essa é um pouco a questão, se entender que nesse contexto globalizado nós estamos existenciais, não estamos mais em territórios geográficos.

5.4.3 A política e o ativismo na construção da saúde e da vida

Posicionamento político frente ao mundo, ativismo e construção de realidades dignas e solidárias são elementos que se inter cruzam, no pensamento e no discurso de Ardigò. No âmbito das transformações da assistência à saúde mental, na Itália, relembra e destaca as características de constituição de um encontro político entre atores sociais, em um momento histórico específico, pontuando, por exemplo, o quão políticas eram as estratégias de acompanhamento dos sujeitos, em detrimento de perspectivas exclusivamente técnicas. Para tanto, traz à memória as célebres entrevistas de Basaglia e as histórias contadas por seus amigos e amigas que participaram das transformações ocorridas em Bologna:

*Elas falam como psiquiatra, como psicóloga, de repente, a gente começou fazer processos de abertura, de tudo, e as pessoas começaram a surtar, surtavam, surtavam, surtavam. Aí os enfermeiros e outros médicos chegavam lá, dizendo: “Tá acontecendo o quê? Será que a gente não tem que fazer, não tem que voltar?” E nós **segurávamos só na fé política**, mas elas falam que tinham horas que “a gente fechava a porta do nosso escritório e a gente chorava se abraçando”. Por quê? Não tinha técnica naquilo, a gente não sabia, a gente fingia saber. Mas claro que era só um projeto político, a técnica e o conhecimento chegou depois, na hora em que entendemos que a crise era um momento, porque estávamos mudando a estrutura da sociedade, porque entrava em crise a família, entrava em crise ele, tudo que era estabelecido, e os desequilíbrios que eram produzidos na sociedade desacomodavam a sociedade inteira. (grifos nossos).*

As reflexões em torno da função política do trabalhador da saúde figuram em suas preocupações com as características da formação profissional. Dessa forma, assinala que o neoliberalismo implica um nível tão forte de esvaziamento dos processos de estudo que os elementos da técnica, representados pela hiperespecialização e setorialização, são postos em evidência, em contraposição a quaisquer outras características importantes para o trabalho no campo da saúde. Nesse sentido, cita importantes programas de formação para a saúde, no Brasil, como o VER-SUS, e as iniciativas de implantação desses modelos na Itália. Pensando o desencontro entre formações tecnicistas e as exigências do processo de Reforma, enfatiza:

Aí entende como com uma proposta tão pobre fica difícil sustentar uma reforma como aquela psiquiátrica ou como uma geral, na área da saúde? Com os profissionais que são esvaziados de outras dimensões que não é só a dimensão técnica. Isso é muito difícil. Então, isso também é importante, desenvolver grupos dentro da formação, fazer os estudantes se sentirem parte de uma equipe e também eles como pessoas, e não só como técnicos lá no centro da cena.

Ao analisar os momentos atuais, tanto da Reforma psiquiátrica italiana quanto da brasileira, compreende que, frente a uma conjuntura de crise econômica e consequente corte de gastos, nas políticas sociais e ameaça aos direitos conquistados, faz-se necessária a reconstrução de uma identidade política dos trabalhadores, levando em consideração que a crise que se apresenta como econômica tem também características éticas e sociais, sendo, portanto, impossível de ser combatida apenas do ponto de vista técnico:

Porque precisa de movimentos políticos, como Basaglia entendia, mas, então, você tem que ser como Basaglia, tem que ser um político primariamente e depois um técnico. Mas a grande maioria dos profissionais da área da saúde são técnicos que não têm política. Aí você ter que lidar todas as vezes com processos sociais, de um lado, é frustrante, do outro lado também, vai produzindo uma representação do seu trabalho como um trabalho incipiente e muito limitado, que não faz a diferença pras pessoas.

Não podemos convidar técnicos nesse processo, ou pelo menos, só técnicos, nesse processo de reconstrução de um espaço de saúde, desenvolvimento em um espaço de saúde, que não é só da saúde mental, é mesmo da saúde em si, com pessoas que não têm uma clara visão política. Porque acho que é do DNA da reforma psiquiátrica, mas é também do DNA da reforma da saúde e tem que ser do DNA da construção do bem-estar social. A gente tem que ter isso muito claro.

O ativismo, por sua vez, é concebido como importante agente de transformação, na medida em que o coletivo é tomado como foco produtor de forças sociais; dessa maneira, acredita que desenvolver o ativismo, principalmente em tempos difíceis, prepara os grupos em nível de conhecimento, ética, estratégia e capacidades para ação, no momento propício, momento de abertura de uma *janela de oportunidade política*. Sobre as relações entre os planos individuais e coletivos e o ativismo, ele se coloca da seguinte maneira: “*Se você acha que o ativismo é uma coisa do indivíduo, vai morrer, se você percebe que o ativismo é um coletivo, pode morrer como ativista muito cedo, se você quiser, pode se aposentar muito cedo, não é problema. Mas, quantos ativistas você gerou?*”

Em relação à formação de novos ativistas, a memória dos processos históricos de luta é compreendida como algo que pode contribuir, ao passo que representa uma grande capacidade de convocação. Ou seja, ele vê como relevante a preservação da memória, de forma ativa, como instrumento para mobilização das pessoas: “*Portanto, a questão de preservar a história é recolher a memória: como colocar em um museu ou colocar como uma semente na sua sociedade e manter continuidade? **E preservar a continuidade do desejo e não a história do desejo. É a história como ferramenta de produção de futuro, não como simplesmente cristalização do que já aconteceu.***” (grifos nossos).

Ao abordar esses conteúdos, relembra as experiências de sua atuação junto ao Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Internacional e Intercultural da Universidade de Bologna, no qual fora feita busca ativa das pessoas que haviam participado de movimentos sociais:

*E quando você vê duas gerações que têm 50 anos no meio, de diferença, porque tem um cara que tem 70 com um cara que tem 20 se abraçando e chorando juntos, porque um fala: “Ah, eu tô cansado da vida, eu fiz tudo, agora não consigo mais, eu não tenho força pra ir pra frente, e na época que terminei de fazer as coisas rapidamente foi esquecido e ver que vocês jovens me chamaram para ter atenção no que eu fiz, me deixa chorando.” E o jovem que fala: “Eu não entendia que tudo que tenho agora era pelo esforço que uma geração fez.” Então, esse é o momento, **não é a preservação da história, é produzir, induzir coletivos, produzir pontes entre as gerações, e essa é uma atividade que é muito importante nessa nossa época.** (grifos nossos).*

Em resumo, suas concepções sobre a política como produção do comum, produção de redes solidárias e de territórios existenciais e afetivos apontam para um

caminho potente: “A gente faz esperança, não tem que esperar. E quando se fala que o ativista tem uma expectativa de vida maior das pessoas que não são ativistas é porque a esperança prolonga a sua vida. A gente faz esse... volta a ser dona do destino... e funciona.”

5.5 Trieste: *La Bora* e os bons ventos transformadores

Figura 7: Mapa da Itália com destaque para Friuli-Venezia Giulia



Fonte: Elaborada pela autora

Trieste é uma cidade italiana localizada no extremo Nordeste do país, atualmente é a capital da região de Friuli Venezia Giulia e, por ocupar uma posição geográfica estratégica, foi palco de inúmeros conflitos. Antes de pertencer ao reino da Itália, Trieste esteve sob domínio do Império Austro-Húngaro, porém, com o fim da Primeira Guerra Mundial e depois de dois anos de ocupação do exército real italiano, a cidade é anexada ao reino. Durante a Segunda Grande Guerra, foi ocupada pelos alemães e em seu território funcionou o único campo de concentração nazista com forno crematório do país. Com o final da guerra, têm início as disputas territoriais entre Itália e Iugoslávia, especialmente pelo valor comercial do porto triestino, impasse que levaria a cidade à condição de Território Livre de Trieste, entre os de 1947 e 1953; ainda hoje, as línguas oficiais da cidade são o italiano e o esloveno. Trieste é, portanto, um lugar

peculiar, localizado entre fronteiras geográficas e culturais, região a qual tem ainda outro elemento interessante, um vento de tipo catabático que chega a atingir 180 quilômetros por hora, fenômeno conhecido como *La Bora*. Outros ventos importantes agitavam também o hospital psiquiátrico da cidade, transformando a história da Psiquiatria.

Descrever a experiência de Trieste é, a um só tempo, fácil e difícil. Se, por um lado, as publicações sobre o tema estão em maiores quantidades e são também mais acessíveis ao leitor, por outro, a experiência triestina tem, no Brasil, um peso icônico e quase mítico. Das possibilidades em se conhecer essa experiência, através da literatura, destacam-se livros escritos com base na experiência dos dois entrevistados em Trieste: em *Non ho l'arma che uccide il leone: La vera storia del cambiamento nella Trieste di Basaglia e nel manicômio di San Giovanni*, Peppe Dell'Acqua apresenta sensivelmente diversas histórias e transformações singulares transcuradas na Trieste dos anos 1970; já em *L'istituzione inventata. Almanacco 1971 – 2010*, Franco Rotelli mostra uma produção organizada com inúmeras fotos, notícias, personagens e relações estabelecidas com a experiência de Trieste. Também em língua portuguesa, a história triestina é narrada com qualidade, a exemplo da coletânea de textos *Desinstitucionalização*, organizada por Fernanda Nicácio, e do livro *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*, escrito por Denise Dias Barros, dentre tantas outras produções importantes sobre o assunto, no Brasil. Cabe salientar que, para entender a experiência de Trieste, é imperioso ainda conhecer aquela de Gorizia, narrada, por exemplo, no livro *Instituição Negada*, organizada pelo próprio Franco Basaglia. Com este adendo, não pretendo me eximir da responsabilidade de recontar Trieste, salientando apenas que existem outros materiais que se atêm detalhadamente ao processo que aqui é exposto, de maneira bastante resumida e com o objetivo específico de situar a complexidade e as especificidades das diferentes experiências ocorridas na Itália.

O hospital psiquiátrico de Trieste foi inaugurado em 1908, quando a cidade ainda era vinculada ao império austro-húngaro, localizando-se, à época, em uma grande área relativamente afastada do núcleo urbano, constituído por cerca de 40 prédios. Franco Basaglia chegaria a Trieste em 1971, depois do término da experiência em Gorizia e de sua rápida passagem pelo manicômio de Colorno, em Parma. Michele Zanetti, então presidente da província, assim como outros administradores da época, colocaram-se contrários à violência manicomial: Zanetti era membro democracia cristã e havia garantido a Basaglia autonomia total e apoio incondicional ao seu trabalho, na

direção do manicômio. Na realidade, os tempos eram outros, se pensadas as experiências anteriores de Basaglia e sua equipe:

Trieste foi muito diversa de Gorizia e Colorno. Basaglia possuía uma cobertura política total, sua equipe estava já pré-constituída e poderia se apoiar em uma massa de ativistas e voluntários. Sessenta e oito já havia acontecido. E, além disso, embora não faltasse oposição política na cidade, não havia pistas de nenhum outro projeto alternativo. Trieste era uma cidade grande e multiétnica, com universidade, relações internacionais e um movimento operário: não era uma cidadezinha. (FOOT, 2014, p. 267, tradução nossa).

O manicômio seria, de fato, reformulado aos moldes de Gorizia, mas somente pelo tempo suficiente à sua desconstrução, de sorte que as primeiras ações, aproximadamente entre 1971 e 1974, foram guiadas com esse intuito. Assim, o hospital seria redividido, não mais por graus nosográficos, mas por pertencimento geográfico, sendo abolidas também as divisões das alas por gênero. As assembleias, tradicionais ferramentas do movimento, foram paulatinamente substituídas por reuniões menores, realizadas a fim de se discutir política e estratégias. Durante os anos 1970, o hospital seria transformado em um campo de experimentações, contemplando as artes, debates, congressos e concertos. Aos poucos, foram chegando os voluntários, italianos e estrangeiros de toda parte, os quais tinham por objetivo conhecer e aprender com a experiência já famosa: “Trieste se transforma em um ímã para a esquerda de toda Europa e de outros países.” (FOOT, 2014, p. 266, tradução nossa).

Ainda nos primeiros anos da experiência triestina, foram criadas as casas-família ou grupos-apartamentos, oferecendo a possibilidade de grupos de internos, então transformados em hóspedes, viverem de maneira mais autônoma ainda dentro do manicômio. A partir de 1975, esse trabalho respaldaria as iniciativas de moradia construídas no território, sendo que a reivindicação de subsídios públicos representaria um passo importante para essa estratégia. Em 1972, seria constituída a primeira cooperativa de trabalho – trabalhadores unidos – sendo o trabalho significativo outra ferramenta importante do processo triestino. Em 1973, a Organização Mundial da Saúde cadastraria Trieste como projeto-piloto para a construção da assistência em saúde mental, tendo em seus trabalhadores consultores internacionais para questões referentes ao cuidado.

Desde 1975, entram em funcionamento os Centros de Saúde Mental (CSM), os quais foram espalhados pela cidade, a partir de uma lógica territorial; dois anos depois, tem início a experiência de pronto-socorro psiquiátrico em hospitais gerais,

denominados posteriormente como Serviço Psiquiátrico de Diagnóstico e Tratamento (SPDC). Com essas estratégias e à medida que uma grande porcentagem dos internos vão deixando o hospital e sendo inseridos nesses projetos, traçam-se os contornos da desinstitucionalização, baseada em perspectivas teórico-práticas construídas pela equipe de trabalho. Com o desenrolar do processo, o espaço do manicômio vai-se abrindo cada vez mais à comunidade e ganhando outras feições, ao passo que a complexidade do acompanhamento terapêutico passa a ser construída no território, pelos Centros de Saúde Mental que funcionariam sete dias por semana, 24 horas por dia:

A complexidade de situações ou da assistência sociopsiquiátrica desenvolvida faz dos CSM triestinos estruturas que, segundo o momento e a necessidade de cada pessoa, adquirem um caráter de serviço médico-ambulatorial, enfermaria de breve permanência, centro de permanência diurna (hospital-dia) ou noturna (hospital-noite), serviço socioassistencial (alimentação, subsídios, administração, facilitação econômica), ponto de partida para visitas ou intervenções domiciliares, culturais e esportivas do bairro. É ainda o lugar no qual se trabalha a crise e onde são geralmente realizados os tratamentos sanitários obrigatórios. (BARROS, 1994, p. 89).

Em Trieste, a equipe de trabalhadores era muito maior do que nas experiências basaglianas anteriores e, além de inúmeros voluntários, contava com um maior número de categorias profissionais, incluindo sociólogos, músicos e outros artistas. As relações com a cidade também são marcas interessantes desse movimento: episódios como o desfile dos pacientes em companhia de Marco Cavallo, uma estátua de papel machê azul carregada de papéis com os sonhos dos pacientes, pelas ruas da cidade, assim como o sobrevoo organizado pela equipe, em companhia dos pacientes, festas e exposições representam o diálogo com a cidade. Após apenas seis anos de trabalho, em 1977, Basaglia convocaria uma coletiva de imprensa para comunicar que o manicômio seria fechado; o fechamento em si levaria ainda algum tempo, contudo, o hospital de Trieste “[...] pode gabar-se de ser o primeiro manicômio do mundo a ser fechado por motivos políticos e morais, porque quem fazia sua gestão o considerava um lugar abominável, um campo de concentração.” (FOOT, 2014, p. 258, tradução nossa).

Conversas em Trieste

As entrevistas com Franco Rotelli e Peppe Dell'Acqua aconteceram em língua italiana, durante intervalos do “The right and opportunity to have a whole life”, um congresso internacional que aconteceu em Trieste, entre os dias 15 e 17 de novembro de 2017. Serão expostas através de duas narrativas, cujos excertos serão apresentados tanto em italiano quanto em português, a fim de que não se percam as marcas de oralidade dos entrevistados; ademais, a opção pelo traçado individual das narrativas se deu pelo entendimento de que cada qual possui pertencimentos e particularidades distintas.

5.5.1 Conversando com Dell'Acqua

Giuseppe Dell'Acqua é proveniente de Salerno e se formou em Medicina, na Universidade de Napoli, tendo conhecido o trabalho de Gorizia por intermédio das discussões sobre *A Instituição Negada*, a partir de um contexto muito específico de professores e amigos que, de forma marginal, discutiam materiais desse cunho. Em 1971, encontra-se com Basaglia em Parma e, no mesmo ano, comporia a equipe que assumiu o trabalho em Trieste, onde permanece até hoje. Atualmente, trabalha como professor de Psiquiatria Social na Universidade, tendo atuado por 17 anos na direção do Departamento de Saúde Mental da cidade. Em seus 47 anos de trabalho triestino, acumula vasta experiência, tendo participado de atividades de cooperação internacional e publicado livros, como *Non ho l'arma che uccide il Leone* e *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia*. O conteúdo da entrevista de Dell'Acqua será exposto através das seguintes unidades de sentido: *Escolhas de campo e outras histórias* e *I ragazzi de 1980: memórias do Brasil*.

5.5.2 Escolhas de campo e outras histórias

Peppe Dell'Acqua vive em Trieste, desde os primeiros dias da experiência de Basaglia, naquele manicômio, sendo o caminho que o portaria até aquele lugar traçado através de muitas escolhas. A opção em fazer Medicina e ser psiquiatra, por exemplo, é contada em relação com a história de sua família e da juventude transcorrida nos anos 1960. Dell'Acqua cresceu entre as influências do pai, maquinista de trem e comunista, e

da mãe, uma pessoa bastante religiosa. No contexto da saída da guerra e com muito empenho, em uma atitude que considera heroica, os pais conseguiram oportunizar a formação universitária aos cinco filhos:

[...] 68-69 e, portanto, sem entender, não? Sem racionalizar. Mais sobre o plano emotivo, sobre o plano da paixão, me dava conta que tinha que fazer alguma coisa, e foi difícil deixar, como posso dizer, a minha veia católica tradicional, não? Porque minha mãe seguramente havia me educado neste caminho, e tomar aquele da contestação, da ideia de um outro mundo possível, da revolução e assim por diante... e isso aconteceu, sem que eu entendesse nada, mas acontecia nesses confrontos, nas manifestações na universidade... Dali eu havia escolhido fazer Medicina, porque os meus amigos faziam Medicina, não que eu pensasse quem sabe o que...¹¹

Sobre a escolha pela Psiquiatria, pensa que, no momento em que vivia, e através das análises feitas na universidade, a especialidade aparecia como o local onde a Medicina exercia o máximo do poder objetivante, embora acredite que essa compreensão foi sendo construída aos poucos e que, na época, eram apenas algumas inquietações. Somado a isso, classifica como sorte o encontro com Basaglia, primeiro por meio das discussões e depois, pessoalmente:

É como se Basaglia tivesse encontrado uma maneira de acolher esta jangada, digamos, não? Dos refugiados de 68, que procuravam uma colocação. O que aconteceu naquele momento para nós, jovens formados em Medicina, por exemplo. Que aqueles que foram, eu digo sortudos, cada um pode dizer aquilo que acredita, tiveram a possibilidade, por exemplo, com Basaglia, de encontrar um trabalho que permitisse continuar a perseguir um ideal... e aquela profissão não buscava, de minha parte, uma separação entre ser médico e ser político, era tudo uma coisa só, e assim sempre foi, isso era fascinante, era rico e me totalizava.¹²

Ao analisar sua trajetória, enfatiza que essa oportunidade fez com que ele e outros colegas pudessem desenvolver, ao longo do tempo, um senso de pertencimento e

¹¹ [...] il 68-69 e quindi purtroppo senza capire, no? Senza razionalizzare. Ma ecco sul piano emotivo, sul piano della passione, mi rendevo conto che c'era da far qualcosa e io ho fatto fatica a lasciare, come dire, la mia vena tradizione cattolica, no? Perché mia madre sicuramente mi aveva educato su quella strada e prendere invece questa della contestazione, della idea di un altro mondo possibile, della rivoluzione e così via...e questo è accaduto, senza che io capissi niente ma accadeva nel fuoco di questi scontri, le manifestazioni all'università... Da lì, da lì io avevo scelto di fare medicina perché i miei amici facevano medicina, non che io pensassi chissà cosa.

¹² È come se Basaglia avesse trovato un modo di accogliere questa zattera, diciamo no? Di profughi del 68, che cercavano una loro collocazione. Che cosa è successo in quel momento per noi ragazzi laureati in medicina, per esempio.. che quelli che sono stati , io dico fortunati, poi ognuno può dire quello che crede, hanno avuto la possibilità, per esempio con Basaglia, di trovare un lavoro che ci permettesse di continuare a perseguire un ideale... e quella professione non pretendeva da me una separazione tra il fare il medico e fare il politico, era un tutt'uno, ed è stato sempre tutt'uno, e questo era affascinante, era ricco, mi totalizzava.

identidade em relação ao próprio papel no mundo, diferentemente de outros companheiros de universidade, os quais tomaram outros rumos, afastando-se das discussões mais políticas. Para Peppe, o que denomina como escolha de campo implica escolher um caminho em detrimento de outro, o que se relaciona com opções individuais vinculadas a um pertencimento, além de técnico e profissional, cultural e político:

Esta escolha de campo é uma escolha que, em algum momento da sua vida, se transforma em dor, porque você é obrigado a abandonar todas as suas seguranças, todas as certezas advindas de ser psiquiatra, ser psicólogo, de usar da terapia comportamental, do uso dos fármacos, tudo! Tudo aquilo que sou, que está à disposição, alguns instrumentos, entra tudo em crise e você mesmo deve entrar em crise... com o seu papel, com o poder relacionado ao papel que ocupa. E isso é uma dificuldade, essa é uma escolha e conseguir vivê-la, por favor, não negando a si mesmo, não se anulando... não desaparecendo, mas abrindo uma nova frente de contradição. Os amigos brasileiros, os jovens dos anos 80, tiveram que enfrentar essa contradição.¹³

Sobre os primeiros registros do processo brasileiro, cita o retorno de Basaglia de suas viagens ao Brasil, lembra que Basaglia contava do quanto intenso eram esses encontros e de como era levado de um lado para o outro, de modo muito rápido, construindo para Peppe uma imagem muito irreverente do Brasil. Traz a memória que, no retorno da última viagem ao Brasil, aconteceria um jantar de despedida de Basaglia que assumiria o trabalho em Roma, ocasião em que toda equipe junta se reunia para conversar:

Tinha essa ideia um pouco jocosa, pelo menos minha, deste Brasil, mas não havia ainda tido a dimensão política que assumiria depois, digamos, que talvez eu comecei a entender um pouco mais com a primeira leitura das conferências brasileiras, não na versão que temos agora, mas em alguns impressos, das primeiras coisas que vinham de fora. Depois se transformou em mais consciente o meu conhecimento de Basaglia no Brasil, porém, Basaglia não estava mais entre nós.¹⁴

¹³ *Questa scelta di campo Natalia, per capirci, è una scelta che in alcuni momenti della tua vita diventa dolorosa perché sei costretto ad abbandonare tutte le sicurezze, tutte le certezze che ti provengono dall'essere psichiatra, dall'essere psicologo, dal fare la terapia cognitivo-comportamentale, dall'uso del farmaco, tutto! Tutto quello che sono, che è la disposizione, come dire, degli strumenti, va tutto in crisi e tu stesso devi andare in crisi... con il tuo ruolo, con il tuo potere legato al ruolo, e questo è una fatica, ecco, una scelta è questa, riuscire a viverla, per carità non negandoti! non azzerandoti! Non scomparendo, ma aprendo un nuovo fronte di contraddizione. Gli amiccini brasiliani i ragazzi dell'80, hanno dovuto affrontare questa contraddizione.*

¹⁴ *C'era questa idea un po' giocosa, almeno mia, insomma di questo Brasile, però non avevo ancora colto lo spessore, come dire politico, che poi avrebbe assunto, diciamo che forse ho cominciato a capirlo un poco di più con la prima lettura delle conferenze brasiliane, non nella versione che abbiamo adesso*

Na perspectiva dos processos de cooperação internacional sente-se feliz, ao saber que a experiência de Trieste alcança tantos lugares diferentes, porém, ao mesmo tempo se entristece, ao pensar que essas intervenções não sejam suficientes para transformar a realidade de outros países, levando em consideração fatores específicos desses países, como questões políticas e culturais:

Eu sempre avaliei com um pouco de tristeza tudo, porque tenho a impressão de que um trabalho que se vai propor a esses nossos amigos, a esses outros países, um trabalho... enfim, uma maneira de ver, um jeito de pensar... não sei que coisa pode provocar, talvez cause um pouco de depressão, um pouco de... como faremos isso? Porque, se eu for, agora, no Chile ou no Brasil, e falo do que acontece aqui... eu digo sobre algo que tem quase cinquenta anos de vida e, portanto... os dados, isso que você vê aqui tem uma história de cinquenta anos, não? Então, eu vou... e essas nossas passagens, no Brasil mais que em outros países, eu sempre tenho medo de que não produzam nada.¹⁵

Sempre vou embora com um sentimento de insatisfação, pensando no que vai acontecer, depois eu também disse que o Brasil, talvez, foi um desses países que nos deu... fez algo a mais, no sentido de que o que aconteceu no Brasil é muito particular, porque acho que seja o único país em relação com Trieste, do qual estiveram realmente dezenas, dezenas e dezenas de jovens: alunos, universitários, pós-graduados, políticos, administradores, que também estiveram por bastante tempo, que cultivaram uma relação aqui e que finalmente conseguiram também implementar algo em seu país; então, talvez o Brasil realmente nos faça sentir um pouco mais orgulhosos.¹⁶

Sobre as relações estabelecidas com o Brasil, considera que o fato de Basaglia ter visitado o país, em um momento em que já havia desenvolvido as experiências de Gorizia e Trieste, garantiu ao público brasileiro um contato com o pensamento mais maduro e desenvolvido de Basaglia sobre a Psiquiatria e o manicômio; comenta que

ma in degli stampati, in delle prime cose che venivano fuori, eh si! Poi poi è diventata più consapevole la mia conoscenza del Basaglia in Brasile, però intanto Basaglia non c'era più.

¹⁵ *Ho sempre valutato con un po' di tristezza tutto no, perché ho l'impressione che un lavoro, che si va a proporre a questi nostri amici, a questi altri paesi... un lavoro... insomma, un modo di vedere, un modo di pensare... non so cosa può provocare, provoca forse un po' di depressione, un po' di come faremo no? Perché se io vado adesso, in Cile o in Brasile o dico di quello che accade qui... dico di quello che accade qui... dico qualcosa che ha quasi cinquant'anni di vita, e quindi, ciò che è... il dato, ciò che tu vedi qui ha, ha una storia di cinquant'anni no? E allora vado... e... questi nostri passaggi ecco, in Brasile piuttosto che in altri paesi ho sempre paura che, non producano niente.*

¹⁶ *Sono sempre andato via con un senso di insoddisfazione pensando cosa accadrà, poi ho anche detto che il Brasile, forse, è stato uno di quei paesi che ci ha ...ci ha dato, mi ha... come dire, ha fatto qualcosa di più, nel senso che quello che è accaduto in Brasile è molto particolare, perché credo che sia l'unico paese in rapporto con Trieste, in cui ci sono stati veramente decine, decine e decine di giovani: studenti, laureandi, specializzandi, politici, amministratori, che sono stati qui anche per dei tempi lunghi, che hanno coltivato un rapporto qui e che alla fine sono riusciti anche a mettere in atto qualcosa nel loro paese; quindi forse il Brasile effettivamente ci fa sentire un po' più orgogliosi.*

também para Trieste esse intercâmbio fora importante, na medida em que os fortalecia e os motivava para seguir adiante. Ademais, atribui às constantes idas de voluntários brasileiros para Trieste o desenvolvimento de uma reforma forte, no Brasil, que se constitui não a partir da modernização dos manicômios, como em outros países, mas a uma tentativa de superação dessas instituições:

Eu soube depois, mas parece formidável, e aqueles que estavam lá entenderam, entenderam uma coisa, o que foi: fazer a luta contra o manicômio, e isso não é uma coisa de nada, os brasileiros entenderam, mas não entenderam isso, nos outros países, nos outros, entenderam que tinham que fazer inspeções, a saúde mental territorial, o centro de saúde mental e tem o hospital psiquiátrico que, se o esvaziarmos, o tornamos mais bonito, na Suíça, Áustria, Alemanha, em todos os lugares... bem como nos países da América Latina, que, obviamente, quanto mais pobre são os países e mais e mais... mas não é que eles sejam piores, eles são piores, porque há miséria.¹⁷

5.5.3 *I ragazzi* de 1980: memórias do Brasil

Muito do que Peppe conhece da Reforma Psiquiátrica brasileira tem por intermediários *i ragazzi* dos anos 1980, a forma carinhosa com que se refere aos jovens voluntários brasileiros que estiveram em Trieste, nesses anos. Nomes como os de Tykanori, Ana Pitta, Fernanda Nicácio e Paulo Amarante são frequentes, no discurso de Dell'Acqua e, segundo ele, a convivência com os voluntários era muito prazerosa, sobretudo porque, assim como ele, eram todos jovens em início de carreira; diferentemente de voluntários de outras nacionalidades, considera que os brasileiros eram mais abertos à experiência:

[...] tinham e têm uma ligação muito mais fraca com as tecnologias, a psicanálise... os argentinos são psicanálise, a psicanálise, não? Onde que eles estejam: eu sou psicanalista, psicanalista, todos têm necessidade, depois se diz que têm necessidade disso, porque eles tiveram esse trauma terrível etc. Mas os brasileiros me pareciam menos, menos tocados por essas fantasias, ambições ou crenças, enfim, então, eles eram mais... mais livres, mais limpos, mais dispostos, enfim, não? A um caminho que também exigia o sacrifício de algo de... técnico-profissional.¹⁸

¹⁷ *L'ho saputa dopo ma mi sembra formidabile, e quelli che erano lì hanno capito, hanno capito una cosa, quale cosa: che era da fare la lotta contro il manicomio, e questo non è una cosa da niente, lo hanno capito i brasiliani, ma non l'hanno capito negli altri paesi, negli altri hanno capito che devono fare la roundsman, la salute mentale, territoriale, il centro di salute mentale e c'è l'ospedale psichiatrico che se si svuota lo facciamo più bello, in Svizzera, in Austria, in Germania, ovunque... come pure nei paesi dell'America Latina; che poi ovviamente più poveri sono i paesi, e più e più... ma non è che sono peggiori, sono peggiori perché c'è la miséria.*

¹⁸ *[...] avevano, e hanno, un legame molto più debole con le tecnologie, le psicoanaalisi... gli argentini sono psicoanalisi, psicoanalisi no? Tu ovunque vai cos'ah! Io faccio lo psicanalista, psicanalista, tutti*

Sobre seu conhecimento a respeito do processo brasileiro, chamam-lhe a atenção aspectos relacionados à popularização do movimento, especialmente quanto às grandes manifestações públicas, a exemplo daquelas vinculadas ao Dia Nacional da Luta Antimanicomial, além da capacidade de integração popular do movimento:

Uma experiência que envolveu não só os profissionais de saúde mental, mas, pelo que pude ver, ouvir, houve um movimento também muito grande de pessoas que estavam envolvidas, e isso sempre me fez pensar que era uma coisa extraordinária, quando depois ouvi em alguns encontros, por exemplo, Paulo Amarante contar sobre desfiles e festas partidárias, de manifestações muito numerosas do cavalo que dança o samba. Enfim, eu sempre pensei que, na verdade, isso... como posso dizer, esse impulso à mudança, não sei quanto à reforma em termos legislativos, mas a mudança certamente teve uma base popular.¹⁹

Peppe visitaria posteriormente o Brasil, trazendo à memória a participação de atividades docentes na Fiocruz, a convite de Paulo Amarante, bem como uma visita a Brasília, em um dos momentos de discussão da Lei 10.216. Acerca das experiências práticas, ele se lembra de sua visita a Santos, à época da intervenção na Casa de Saúde Anchieta e do trabalho dos *ragazzi brasiliani*:

De fato, em Santos, eu estive em alguns... eu estava com os amigos de Santos em alguns centros de saúde mental que estavam nascendo, o que depois seriam os CAPS, mas eram todos garotos que foram formados aqui, que procuravam fazer um centro de saúde mental mesmo em uma situação muito, como dizer... que precisava um pouco de resistência, porque havia uma escassez, por assim dizer, dos recursos, muito óbvia.²⁰

hanno bisogno poi si dice io ne ho bisogno perché hanno avuto questo trauma terribile eccetera eccetera però i brasiliani mi sembravano meno, meno toccati da queste fantasie o da queste ambizioni o da queste credenze insomma no, per cui erano più... più liberi, più puliti, più disposti insomma no? A un percorso che pretendeva anche il sacrificio di qualcosa che... tecnico professionale.

¹⁹ *Un'esperienza che ha coinvolto non solo gli operatori di salute mentale, ma da quello che ho potuto vedere, sentire, c'è stato un movimento, anche molto largo di persone, che sono state coinvolte e questo mi ha fatto sempre pensare che era una cosa abbastanza straordinaria, quando poi ho sentito in alcuni incontri, per esempio Paulo Amarante, raccontare di cortei di feste, di manifestazioni anche molto numerose del cavalo che balla la samba, beh insomma ho sempre pensato che effettivamente questa... come dire, questa spinta al cambiamento, non so quanto alla riforma in termini legislativi, ma al cambiamento sicuramente aveva una, una base popolare diciamo.*

²⁰ *[...] infatti a Santos sono stato in alcuni... sono stato con gli amici appunto di Santos, in alcuni centri di salute mentale che nascevano no? Che poi sarebbero stati Caps, ma loro erano tutti ragazzi che si erano formati qui, che cercavano di fare proprio un centro di salute mentale anche in una situazione molto, come dire... che faceva un po' di tenerezza perché c'era una carenza come dire, di risorse, molto evidente.*

Ainda referente ao trabalho desses jovens brasileiros, entende que, após o período que passaram em Trieste, desenvolveram no Brasil uma série de atividades nos mais diversos campos, como na gestão, docência, organização de eventos e publicação de livros e que, assim como não esperavam a repercussão da experiência triestina, também não imaginava o que aconteceria no Brasil:

*Alguns jovens tiveram depois a capacidade, a habilidade e a sorte, porque houve uma transformação política, a ditadura tinha acabado, estava acabando... agora começa de novo, eu não sei! [risos]. Mas, em suma, houve um momento em que esses jovens puderam começar a se expressar na universidade, na administração pública, por fim, no ministério, isso nos pareceu uma coisa muito importante.*²¹

*Nós não poderíamos pensar, com os jovens brasileiros que vinham aqui... não se podia imaginar que depois aconteceria alguma coisa, repito!... Você sabe melhor do que eu, porque algumas coisas aconteceram, eu não sei, não sou especialista em história, em política e em antropologia brasileiras, o que eu sei é que o número de pessoas foi considerável, muitos jovens vieram, com continuidade.*²²

Por ocasião do congresso internacional que acontecia em Trieste, havia muitos brasileiros, inclusive Fernanda Nicácio, a qual fazia parte do grupo dos *ragazzi* dos anos 1980 e que tinha participado como conferencista na cerimônia de abertura do evento, o que leva Peppe, outra vez, a olhar com carinho para todos esses anos de um intercâmbio que começa com Basaglia e permaneceria por todo esse tempo, destacando ainda o fato de que muitas outras pessoas importantes da experiência triestina desenvolveriam laços com o contexto brasileiro:

*Espero que no Brasil os jovens continuem a ler essas conferências brasileiras... mas, para mim, é absolutamente esclarecedora, desoladora, diria, essa noite em Barbacena... ali está e quem quisesse entender, entendia ... o que posso te dizer, ele foi e teve que ficar em silêncio. E lá pra mim foi uma escolha que não... eu soube depois...*²³

²¹ *Alcuni giovani hanno avuto poi la capacità, l'abilità e la fortuna, perché c'è stata una trasformazione politica, è finita la dittatura... stava finendo... ora ricomincia, non lo so! [risos]. Ma insomma c'è stato un momento in cui questi ragazzi hanno potuto incominciare ad esprimersi nell'università, nell'amministrazione pubblica, perfino nel ministero insomma no, questo ci è sembrata una cosa molto importante.*

²² *Non lo potevamo pensare, con i ragazzi brasiliani che venivano qui ... non si poteva immaginare che poi sarebbe accaduto qualcosa, ripeto!... voi sapete meglio di me perché certe cose sono accadute, io non lo so, non sono un esperto della storia, della politica e dell'antropologia brasiliana, quello che so è che il numero di persone è stato cospicuo, sono venuti molti ragazzi, con continuità.*

²³ *Io spero che in Brasile i ragazzi continuino a leggere queste conferenze brasiliane... ma per me è assolutamente illuminante, straziante, si direbbe, questa serata a Barbacena... lì è e chi voleva capire capiva... cosa posso dirvi... ah sei stato ..e che ti dico... devo tacere. E lì per me è stata una scelta che non... io l'ho saputa dopo, non è che poi uno ah sai lui è stato zitto.*

A outra coisa, que eu acho que não é pouco, é que vocês tiveram a sorte de encontrar um Franco Rotelli, que foi muito capaz de manter relações, não apenas para formar teoricamente, mas também para dar sugestões contínuas sobre o que fazer. Os amigos de Santos sempre estiveram em contato com Franco, sobre o que se fazer, quase como um consultor que não era consultor oficial, mas que era consultor, e, por isso, ia ao Brasil conversar com os parlamentares, e esse foi outro ponto que deve ser reconhecido. Depois houve outros, Venturini, Saraceno.²⁴

5.5.4 Conversando com Rotelli

Franco Rotelli formou-se em Medicina e, especializando-se em Parma, começou a trabalhar na equipe de Basaglia ainda em Parma e, em 1972, passa a compor o grupo de Trieste. Com a transferência de Basaglia para Roma, em 1979, assume a direção daquele hospital e permanece no cargo até 1985, quando assume a direção do Departamento de Saúde Mental de Trieste. Desenvolveu, por muitos anos, atividades de cooperação internacional junto à Organização Mundial de Saúde, em países como Brasil, Argentina e República Dominicana. Esteve diversas vezes em nosso país e tem estreitos laços de amizade com muitos dos protagonistas da Reforma Psiquiátrica brasileira. Após me conceder a entrevista, fez um pedido de que, junto a sua fala, gostaria que constasse a foto que havia tirado com o presidente Lula, no Brasil, o que faz parte da abertura deste capítulo. O conteúdo de sua fala será explorado, através da unidade de sentido *O Brasil foi o lugar onde perdi a palavra*.

5.5.5 O Brasil foi o lugar onde perdi a palavra

Assim como Dell'Acqua, Rotelli soube da condição brasileira em relação à assistência psiquiátrica através das narrativas de viagem feitas por Basaglia; desses retornos lembra o cansaço de Basaglia e afirma que também o sentiria, em suas posteriores vindas ao Brasil:

Quando ele voltou, voltou destruído, porque acredito que ele tenha sido espremido como um limão e voltou muito cansado, nunca o havia

²⁴ *L'altra cosa che secondo me non è da poco, è che voi avete avuto la fortuna di trovare un Franco Rotelli che è stato capacissimo di tenere relazioni, di non solo di formare sul piano teorico, ma anche di dare suggerimenti continui sul da farsi... gli amici di Santos sono stati sempre in contatto con Franco, sul che si fa, quasi come un consulente che non era un consulente ufficiale ma che era un consulente, per cui poi si andava in Brasile a parlare con il parlamentare, e questo è stato un altro punto che va riconosciuto. Poi ci sono stati altri, Venturini, Saraceno.*

visto assim! Mas, absolutamente, muito contente, muito impressionado e muito envolvido pela condição brasileira... então, ele depois voltou de muito bom grado. Foi para ele uma experiência entusiasmante, acredito que tenha ajudado muito também a ele ser ainda mais forte em suas convicções, nos últimos anos.²⁵

Eles o levaram de um lugar para outro, a uma velocidade louca, e ele falando... centenas e centenas [de pessoas], então, eu o imagino por aquilo, eu também vivi um pouco desse jeito... que foi arrastado para todos os lados, foi um pouco como arrastado por uma tempestade!²⁶

Sobre o intercâmbio entre a experiência triestina e a brasileira, Rotelli acredita que foi igualmente de muita ajuda para a equipe de Trieste, não só pelo fato de muitos brasileiros haverem trabalho junto deles, por muito tempo, mas principalmente porque afirma que saber da existência da experiência brasileira, conhecê-la e vê-la, em ato, era algo entusiasmante para todos. Entende ainda que esse relacionamento se fez tão profícuo, porque havia semelhanças e respeito mútuo:

[...] faz de nós um pouco brasileiros, e os brasileiros se permitiram estarem atentos a nós, olharam a nós, porque acredito que temos em comum a visão de uma vida não separada, em que trabalho e vida privada não são muito separados, onde o compromisso que se coloca nessa questão é global, porque você se coloca no jogo como pessoa e não apenas como profissional ou como trabalhador ou operador, então, é um trabalho totalizante, e essa totalização é muito brasileira... e, então, eu acho que houve esse reconhecimento mútuo e respeito mútuo.²⁷

Rotelli considera a experiência da Reforma Psiquiátrica brasileira, junto com a italiana, como as mais importantes do campo da saúde mental. Destaca que, em nenhum outro país, houve tantas pessoas e tamanha energia empregada na discussão dessa questão como no Brasil. Acredita que o acolhimento de Basaglia e de sua discussão, no país, é possibilitado por um clima específico, ou seja, o momento em que tem início o

²⁵ *Quando è tornato, è tornato distrutto perchè credo l'avessero spremuto come un limone e ed è tornato proprio stanchissimo, mai visto così! Però assolutamente molto contento..molto impressionato e molto..molto coinvolto dalla condizione brasiliana... quindi dopo ci è tornato molto volentieri insomma... è stata per lui un'esperienza entusiasmante, credo che abbia... l'abbia aiutato molto anche a lui ad essere ancora più forte nelle sue convinzioni negli ultimi anni.*

²⁶ *[...]lo portavano in giro da un posto all'altro ad una velocità pazzesca e... lui si trovava a parlare... centinaia e centinaia poi me lo immagino per quello, ho vissuto anche io un po' questo modo...e chee.. è stato trascinato dappertutto, è stato un po' come trascinato da una tempesta!*

²⁷ *[...] ci fa a noi un po' brasiliani e ai brasiliani ha consentito di... stare attenti a noi, hanno guardato a noi, perchè credo che abbiamo in comune una visione di una vita non separata dove lavoro e vita vita privata non sono troppo separate dove l'impegno che metti in questa questione è globale perchè ti metti in gioco come persona e non soltanto come professionista o come lavoratore o come operatore, quindi è un lavoro totalizzante e questa totalizzazione è molto brasiliana ...e quindi credo che ci sia stato questo riconoscimento reciproco e rispetto reciproco.*

movimento da reforma brasileira coincide com um período político e cultural de muita vontade de se transformar as coisas e de uma expectativa enorme em relação ao futuro. Sobre o fato de, por vezes, se espantar com a energia brasileira, lembra-se de um diálogo com David Capistrano:

*Uma coisa que sempre me impressionou muito... quando, talvez, eu tenha expressado algum espanto por isso, por essa energia brasileira, por esse desejo de mudança, eu lembro que Capistrano me disse que não havia nada de estranho: “Certamente, para vocês, europeus, é difícil de entender, porque vocês estão há centenas e centenas de anos na caminhada e nós estamos apenas começando, nós estamos apenas começando e, então, estamos cheios de energia, porque acabamos de começar, ao contrário de vocês, que já estão velhos”.*²⁸

Ainda sobre os elementos que mais lhe chamam a atenção, no que se refere ao intercâmbio com a história brasileira, traz memórias de eventos com uma quantidade muito grande de participantes e das manifestações que ocorrem nas ruas do país, além da afetividade que nutre, tanto pela experiência quanto pelos vínculos que fez com os brasileiros:

*O que sempre me impressionou no Brasil foram as multidões! Quão numerosos eram os participantes nos encontros, nos congressos, nas conferências, nos debates e quanto eram apaixonados, quanto participavam todos os presentes! Assim como manifestações extraordinárias em Belo Horizonte, quando do aniversário do Dia da Luta Antimanicomial, os cortejos, os desfiles pelas praças e ruas, algo que ninguém na Itália jamais viu, nem em nenhum outro lugar do mundo. Então, esses fenômenos de massa são os que mais impressionam, ao lado, obviamente, da forte afetividade, a forte amizade, o forte laço de afeto que eu pessoalmente tenho neste assunto.*²⁹

Do ponto de vista da prática, relembra a importância da experiência de Santos, como a demonstração da possibilidade de ação conjunta entre técnicos e políticos, na construção de resultados efetivos. Ao fazer uma análise atual da Reforma Psiquiátrica

²⁸ *Una cosa che mi è sempre rimasta molto colpita... quando io magari manifestavo qualche stupore per questa...per questa energia brasiliana, per questa... voglia di cambiamento,mi ricordo che da li Capistrano, mi disse cioè non c'è niente di strano, certo per voi europei è difficile capire, perchè voi sono centinaia e centinaia di anni che siete in pista e noi abbiamo appena cominciato, noi abbiamo appena cominciato e quindi siamo pieni di energia perchè abbiamo appena cominciato invece voi siete già vecchi.*

²⁹ *La cosa che mi ha sempre colpito in Brasile sono state le... le folle! Quanto numerosi fossero i partecipanti agli incontri, ai convegni, a... alle conferenze, ai dibattiti e quanto appassionati e quanto partecipi, quindi tanti e presenti. Così Come straordinarie manifestazioni a Belo Horizonte, quando l'anniversario, del... del il giorno della lotta antimanicomiale, i cortei, i cortei per le piazze e per le strade, cosa che in Italia nessuno ha mai visto, in nessun'altra parte del mondo, quindi questi fenomeni di massa sono quelli che più colpiscono accanto ovviamente al alla forte affettività, alla forte amicizia , al forte legame di affettivo, che ho personalmente in questa questione.*

brasileira, ele a compara com outras realidades latino-americanas que vivenciam uma *fragilidade do tecido político*, o que implica uma fragilidade das experiências que ficam suscetíveis, à medida em que são subordinadas às gestões político-partidárias, além de considerar elementos como a desigualdade social e a pobreza:

*O Estado é devorado pela política, a política muda, muda o Estado, muda o nível das coisas muito facilmente, portanto, especialmente nos Estados brasileiros, se pode passar de uma situação muito interessante, muito avançada, muito propositiva, a situações muito retrógradas, pela simples mudança de governo local, e este é um fator de grande fraqueza.*³⁰

*Então, nasceu um movimento de pessoas e operadores, profissionais também, absolutamente extraordinário e superior a qualquer outro país, por outro lado, essa fragilidade do tecido político que sempre torna as transformações um pouco fracas e junto com isso, bem, as condições sociais particularmente contraditórias, no Brasil, esses imensos bolsões de pobreza, esses imensos bolsões dificuldade... que são despejados, quando um olhar cuidadoso a essas condições é abordado, uma espécie de grande inundação, de grandes tsunamis que se derramam sobre os serviços... serviços ainda fracos, porque um sistema de saúde pública nacional que está mais no papel do que na realidade.*³¹

Acerca de seu antigo envolvimento com a causa antimanicomial, Rotelli diz que, em certa ocasião, também Basaglia havia sido questionado sobre isso, e que respondera que faria aquilo pela vida toda, por não saber fazer de outra maneira: considera que a resposta também serve para ele. Sobre suas vindas ao Brasil, além do estupor causado pelos grandes eventos e pela multidão de pessoas, ele se lembra da ocasião em que estivera em Brasília, para a discussão da lei da Reforma Psiquiátrica no Senado e que, devido ao clima da cidade, sofreria com a desidratação, sendo, por sorte, auxiliado por um amigo italiano que já havia passado pela mesma situação:

Me levaram para o Senado para conversar, eu não me lembro como se chamava o senador que era chefe da comissão que examinaria a

³⁰ *O Stato viene divorato dalla politica, la politica cambia, cambia lo Stato, cambia lo stato delle cose troppo facilmente, quindi soprattutto negli stati brasiliani si può passare da una situazione molto interessante, molto avanzata, molto anche...em propositiva a situazioni molto arretrate, per il semplice cambio del governo locale, e questo è un fattore di grandissima debolezza.*

³¹ *Quindi è nato un movimento di popolo e di operatori, professionali anche, assolutamente straordinario e superiore a qualsiasi altro paese, dall'altro questa fragilità del tessuto politico che rende sempre un po'... deboli le trasformazioni ee insieme a questo vabbè le condizioni sociali particolarmente... contraddittorie in Brasile, queste enormi sacche di povertà, queste enormi sacche di... di difficoltà e di...che si riversano poi quando appena appena ..si rivolge uno sguardo attento a queste condizioni, una specie di... di grande alluvione, di grandi tsunamis che si riversa sui servizi... servizi ancora deboli perchè un sistema sanitario pubblico nazionale è più sulla carta che nella realtà.*

lei, a lei não me lembro como foi chamada. E eu estava dentro do Senado, só que Brasília é aquela maldita cidade que é... por sorte, eu estava junto com um amigo italiano que trabalhava no Brasil, que é o Francesco Ripa di Meana, que trabalhava para uma cooperação italiana, em Salvador, fazia muitos anos, ele havia me acompanhado ao Senado, e assim que acabei de sair da reunião com o senador, a desidratação... eu estava completamente perdido, havia perdido a fala, eu não conseguia falar. Eu estava completamente afásico, se não fosse por esse amigo que me levou para o hotel, me encheu de soro, ele imediatamente entendeu o que era, me hidratou a noite toda, demorei quatro ou cinco horas antes de... talvez mais, antes de recuperar as palavras! O Brasil também é o lugar onde eu perdi minha palavra.³²

5.6 Acreditam nas flores vencendo o canhão: considerações sobre as entrevistas na Itália

As narrativas apresentadas a partir das entrevistas realizadas na Itália trazem uma pluralidade de vozes e concepções. Trata-se de sujeitos com formações e inserções distintas no movimento, mostrando-nos, sob diferentes pontos de vista, considerações importantes sobre o desenvolvimento do movimento brasileiro da Reforma Psiquiátrica. O olhar estrangeiro, tão discutido nas ciências humanas, permite análises diferenciadas, não isentas, tão pouco melhores ou piores, mas traçadas sob olhares diferentes.

Nesse sentido, pode redimensionar algumas certezas, a exemplo da grandiosidade atribuída tanto ao desenvolvimento do processo brasileiro quanto ao próprio Sistema Único de Saúde (SUS), constantemente atacado pela mídia e por setores envolvidos com o *lobby* da saúde.

A pluralidade das vozes se relaciona diretamente com a complexidade também plural da Reforma Psiquiátrica italiana, de forma que trazer o debate para o campo das diferenças daquele contexto ajuda, do nosso ponto de vista, a desnaturalizar uma história que, por inúmeros fatores, nos chega de modo formatado, mas principalmente pode ser útil, uma vez que possibilita a reflexão acerca das divergências existentes no

³² *Mi hanno portato in Senato, a parlare con, non mi ricordo come si chiamava, il senatore che era a capo della commissione che voleva esaminare la legge, la legge non mi ricordo come si chiamava. E sono stato dentro il Senato solo che appunto... Brasilia è quella maledetta città che è... per fortuna che ero insieme ad un amico italiano che lavorava in Brasile, che è... Francesco Ripa di Meana che lavorava per una cooperazione italiana a Salvador da anni, che mi aveva accompagnato in Senato... e appena uscito dall'incontro con il senatore... la disidratazione... ero perso completamente, avevo perso la parola, non riuscivo più a parlare... ero completamente afasico, se non era per questo amico che mi ha portato in albergo, mi ha riempito di flebo, ha capito subito cos'era, mi ha idratato tutta la notte, ci ho impiegato quattro o cinque ore, prima di... forse di più prima di incom...di ritrovare la parola! Il Brasile è anche il posto dove ho perso la parola.*

contexto brasileiro, especialmente se analisadas as cisões pelas quais o movimento passa e a necessidade urgente de defesa das políticas sociais que se encontram, mais do que nunca, em risco, dado a investida privatizante e a conjuntura de perda de direitos.

Acerca das entrevistas feitas em Trieste, ressalta-se a importância do intercâmbio com os voluntários estrangeiros, sobretudo os brasileiros, para o vigor da experiência triestina. Considera-se que na medida em que os voluntários, a partir de suas práticas, constroem alternativas ao modelo manicomial em diferentes contextos políticos e culturais retroalimentam a potência do movimento.

A palavra *política*, que aparece em diferentes situações, mas em todas as narrativas, nos lembra o que de mais inovativo a experiência italiana deixa como herança, ou seja, a politização das relações de poder e a utilização desse princípio para a análise de situações complexas e aparentemente insolúveis.

6. PARA NÃO CONCLUIR OU SOBRE A IMPORTÂNCIA DA LUTA ANTIMANICOMIAL

No início deste trabalho, tive como objetivo o resgate da trajetória histórica do movimento social que deu origem às transformações na assistência em saúde mental no Brasil e, embora a história da Reforma Psiquiátrica já houvesse sido contada outras vezes e com outras finalidades, faltavam, do meu ponto de vista, alguns detalhes e miudezas que explicitassem o caráter essencialmente humano do movimento, porque as mudanças nas políticas de governo e a reprodução da história contada apenas a partir dos avanços institucionais poderiam minimizar a importância da atuação do movimento social para os progressos alcançados no contexto da Reforma psiquiátrica. Frente a isso, a estratégia utilizada buscou a história por meio das fontes mais primárias possíveis, a voz das pessoas que estiveram presentes nos momentos mais marcantes desse enredo, de maneira que escutá-las representou entrar em contato direto com o clima da época, suas tensões e desafios. Desse ponto deriva um objetivo secundário, mas essencial a esta pesquisa, qual seja, a identificação explícita dos entrevistados, considerando suas singularidades e os sentimentos que os acompanharam, nas trajetórias da vida e do envolvimento com a construção da Reforma Psiquiátrica. Registrar os nomes, os pertencimentos e as opiniões pessoais configura a ideia de humanizar o processo e enfatizar que o movimento é feito de gente, de sonhos, de luta e de escolhas.

Especificamente sobre as narrativas construídas no Brasil, optou-se pelo arranjo metodológico por intermédio da divisão em três categorias: trabalhadores, Associações de usuários e familiares e gestores, em face da necessidade de concluir o trabalho. Porém, consideramos que outras categorias poderiam ter sido contempladas, a exemplo da função e do papel da Universidade e de outros setores, os quais representam grupos que participaram ativamente na construção dessa trajetória. Pondera-se ainda que a divisão proposta foi, antes de tudo, uma estratégia metodológica e que a realidade não é passível de divisões tão determinantes, devido ao fato de que as linhas que separam uma categoria da outra são extremamente tênues, e é característica do processo brasileiro a assunção de diversos papéis, em diferentes momentos, por parte de uma mesma pessoa, a exemplo dos entrevistados Ana Pitta e Tykanori, os quais, em momentos distintos, ocuparam funções de trabalho, gestão e ensino.

A respeito das trajetórias analisadas, reitera-se sua inserção no contexto mais amplo dos movimentos sociais, nesse sentido, a participação em um movimento social

atua produzindo novas socializações, de modo que o espaço da militância pode ser considerado como produtor de sentidos e valores. Assim, muito embora não seja possível tratar da militância a partir de uma perspectiva individual, percebe-se que esta age em constante ligação com as histórias pessoais de cada sujeito, à medida que tangencia, por exemplo, as conexões com a família e com outros espaços do domínio da vida individual, especialmente quando concerne à necessidade de posicionamento. Ao salientar a noção da construção de sentido, destaca-se ainda o espaço coletivo como um lugar de reconhecimento entre os pares e acolhimento das angústias e revoltas. Dessa forma, os níveis individual e coletivo se interceptam, cotidianamente, na construção dos movimentos sociais: “Militantes produzem e são produzidos pela militância continuamente, o que faz com que não possamos esmagar e dicotomizar a dimensão individual e subjetiva dos processos coletivos.” (FARIAS-VINADÉ; GUARESCHI, 2007, p. 69).

Nesse deslocamento entre as dimensões coletiva e individual, as histórias que recontamos apontam para a importância das redes de suporte coletivo e dos afetos positivos para a sustentação da permanência no movimento, mesmo diante do cansaço e outras adversidades. A noção do coletivo se fez importante, no que diz respeito ao trabalho em saúde mental, especialmente em relação à inventividade necessária para a construção de outros modos de se relacionar com o cuidado, no momento em que o manicômio deixava de ser a única referência de assistência, mas também nas estratégias desenvolvidas pelos usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares, que, com a convivência oportunizada pelas associações, puderam empoderar-se, fortalecendo-se uns aos outros e trazendo importantes contribuições para a Luta Antimanicomial.

Ao tratarmos da inventividade, destaca-se que muito dos preceitos que hoje orientam as portarias e referências para o campo da saúde mental foram inventados em momentos em que a criatividade e a implicação eram as únicas ferramentas disponíveis para o trabalho; nessa perspectiva, noções como as de Projeto Terapêutico Singular, oficinas terapêuticas e mesmo as estratégias de gestão compartilhada se originam e se fortalecem através do protagonismo das pessoas que, à época, não se contentaram com métodos que simbólica e concretamente operavam violentamente no contato com a Loucura, ousando inventar a mudança.

Outro elemento trazido pela fala de todos os entrevistados e que merece destaque é a atuação constante de grupos interessados na manutenção do modelo manicomial, no Brasil. Desde as primeiras iniciativas de cogestão e às dificuldades do

longo processo, até a aprovação da Lei 10.216, em 2001, os setores envolvidos com os altos lucros da Indústria da Loucura se fizeram presentes e atuantes. Nesse sentido, identificar essa tensão e o posicionamento historicamente contrário de certas entidades, como a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e mesmo da entidade de usuários patrocinada pela ABP, Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil (AFDM), implica, em termos claros, que, se há uma Luta Antimanicomial, é porque existe outra Luta, a qual é Manicomial – esta última não deve ser subestimada, pois segue organizada e atuante, o que pôde ser notado de maneira explícita no episódio da nomeação de Valencius Wurch para a coordenação da área técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, em 2015.

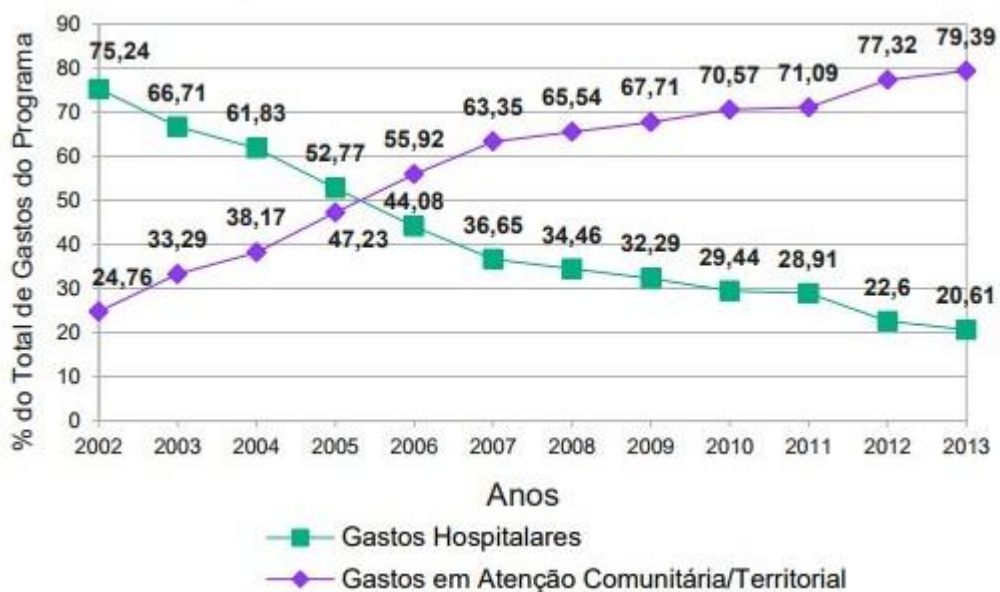
Mesmo enfrentando adversários poderosos, em toda a sua trajetória, o movimento da Luta Antimanicomial, aguerrida e coletivamente, afrontou muitas etapas, a fim de que fosse possível alcançar a condição atual. Mostramos, ao longo do trabalho, os marcos históricos dessa trajetória, como os primeiros encontros e congressos, as experiências inaugurais e a árdua caminhada até a aprovação da Lei 10.216, em 2001. Através da memória dos protagonistas entrevistados, foi possível conferir tons mais reais ao colorido dessa trama: com Ana Pitta, tivemos acesso às estratégias improvisadas via licitação para a contratação dos primeiros supervisores clínico-institucionais, aos moldes dos documentos feitos, à época, para a compra de materiais; soubemos também que o prédio com localização privilegiada em São Paulo, que ainda hoje aloja o CAPS Luiz Cerqueira, foi alvo de inúmeras disputas. Com Geraldo Peixoto, pudemos sentir o clima de ansiedade e companheirismo que cercou o dia 6 de abril de 2001, quando finalmente foi aprovada a lei da Reforma Psiquiátrica, a qual tramitou por 12 anos no Congresso. Com Tykanori, entramos em contato com os bastidores do Congresso de Bauru e descobrimos a origem do lema “Por uma sociedade sem manicômios”.

A interface entre as memórias individual e coletiva, conforme nos aponta Bosi (2003), permite a aproximação com a história, na medida em que a primeira contribui para a construção da última, operando também no reconhecimento dos pares e dos grupos envolvidos em momentos específicos. Nessa perspectiva, a memória é entendida igualmente como um processo ativo: rememorar implica reviver cenas e momentos importantes, possibilitando a confirmação de determinadas escolhas, porque, além de

refazer o passado, a memória é geradora de futuro, porque a lembrança se localiza justamente no futuro do passado.

Todos os embates que compuseram a trajetória analisada nos porta a um cenário bastante diferente daquele do final dos anos 1970, no início da trajetória da Reforma Psiquiátrica. Concordamos com a afirmação de Tykanori de que estamos em vantagem nessa luta, ou seja, em que pesem as inúmeras dificuldades, um novo modelo de assistência é realidade, no Brasil, sendo que os serviços comunitários de saúde mental estão presentes na imensa maioria dos municípios do país, constituindo uma rede altamente capilarizada. Se, no final dos anos 1970, do orçamento público destinado à área, 97% eram aplicados nos hospitais psiquiátricos, é à força do movimento da Luta Antimanicomial, em todos os seus segmentos, que se credita uma guinada marcante, nesse setor, posto que, desde meados dos anos 2000, há uma inversão nessa lógica e atualmente se tem maior porcentagem de investimento nos serviços territoriais, como mostra a figura abaixo:

Figura 8: Proporção dos recursos federais destinados à saúde mental.



Fonte: BRASIL, 2015.

Considerando o contexto das experiências desenvolvidas em outros países, Saraceno (2014), depois de mais de dez anos à frente do Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da Organização Mundial de Saúde (OMS), apresenta em seu livro *Discorso globale, sofferenze locali* – uma análise comparativa das formas com que os países, sobretudo os que denomina como de baixa renda, organizam a assistência em saúde mental, pontuando que, globalmente, o movimento de saúde mental se reduz à

globalização do modelo biomédico da Psiquiatria. Considera que, mesmo a OMS se constituindo como uma entidade por vezes contraditória, desde o ano de 2001, quando se estabelece o Dia Mundial da Saúde Mental (7 de abril), foram construídos cada vez mais espaços para o movimento global de discussão sobre o tema. Por ter tido a oportunidade de acompanhar de perto a estrutura da assistência, em diferentes realidades, traz dados e detalhes das experiências de inúmeros países e destaca a relevância do processo brasileiro, em termos internacionais, ressaltando as dimensões territoriais do Brasil e os enfrentamentos necessários, ante uma resistência organizada por parte dos empresários:

Isso explica o porquê da ênfase posta sobre a experiência do Brasil, que talvez seja a única experiência que tenta ser complexa (ou, na verdade, envolver todas as partes do sistema) e simultânea (alcançar a realidade de todo o país). Mesmo se essa for mais uma tendência do que uma realidade conquistada, não existem dúvidas de que o Brasil pode ser considerado o país-modelo entre aqueles de média e baixa renda e, também, por certas vezes, um país capaz de ensinar coisas muito úteis aos países de alta renda, embora estes se orgulhem de ter as políticas e as organizações de saúde mental mais avançadas que o resto do mundo. (SARACENO, 2014, p. 110, tradução nossa).

Antes de trabalhar na OMS, Benedetto Saraceno, assim como outros atores sociais do processo da Reforma Psiquiátrica italiana, esteve no Brasil e foi inclusive lembrado por Ana Pitta, em sua entrevista, na ocasião em que experimentou as refeições produzidas por uma iniciativa de geração de renda, no contexto do CAPS Luiz Cerqueira. Todos os casos e as trocas entre Itália e Brasil, no que tange a saúde mental, dariam por si só outra pesquisa; como exemplo, citamos a trajetória de Tykanori, a qual começa “acidentalmente” em Trieste – na verdade, pensamos inclusive ser necessário o desenvolvimento de mais trabalhos sobre essa questão, dado que são escassos os estudos que versam especialmente sobre essa intersecção. De minha parte, de alguém que, em outro momento histórico que não aquele do auge das transformações, foi à Itália pesquisar estas relações, considero importante salientar que a trajetória do movimento, naquele país, é extremamente complexa, heterogênea e multifacetada e que se, por aqui, tivemos inúmeras conflitos na construção do movimento, eles também o tiveram. Outro dado relevante se relaciona ao fato de que o conhecimento da Reforma brasileira é circunscrito à tradição basagliana e à experiência de Trieste.

Nossos entrevistados italianos colaboraram com o olhar de fora, aquele do estrangeiro, sobre o processo vivenciado no Brasil. Na conversa com Dalila, pudemos

observar como o envolvimento e a militância dos trabalhadores da saúde mental, em nosso país, se faz notável, assim como o impacto que provoca na visão de quem vem de fora. Com Ardigò, a politização dos processos nos fez lembrar a principal característica do movimento italiano e de suas conexões com o Brasil. As conversas em Trieste nos conectam com acontecimentos históricos vistos por outra perspectiva, a exemplo das memórias de Rotelli e Dell'Acqua, envolvendo o cansaço e a empolgação dos retornos das viagens de Basaglia ao Brasil. Ademais, ambos nos dizem que os laços que ligam os dois países são também afetivos, a exemplo do modo carinhoso com que Dell'Acqua se refere aos jovens brasileiros que estiveram em Trieste, nos anos 1980, e do apreço especial que Rotelli dedica aos protagonistas da Reforma Psiquiátrica brasileira, inclusive a Fernanda Nicácio, outra protagonista de nossa história, a qual gentilmente intermediou o contato para a realização das entrevistas em Trieste.

Sobre as trajetórias específicas de Peppe Dell'Acqua e Franco Rotelli, implicados com a experiência triestina, desde o início, no começo dos anos 1970, e por nós considerados como protagonistas do processo italiano, retomamos histórias de um envolvimento com a questão antimanicomial, a qual ultrapassa os limites do tempo. Rotelli afirma que, assim como Basaglia se mantém atuante desse lado da luta, porque não saberia fazer outra coisa, já Dell'Acqua nos conta que se trata de uma escolha de campo.

A dimensão das escolhas de vida ética e politicamente orientadas que tentamos enfatizar, no transcorrer das narrativas, nos ajuda a compreender os porquês da permanência de determinadas pessoas, no movimento da Reforma Psiquiátrica. Entendemos que a aproximação com a temática e a concordância com o fato de que historicamente os hospitais psiquiátricos promoveram violência de todos os tipos não constituem algo difícil de acontecer, dado que tocam em elementos morais e em direitos humanos fundamentais. No entanto, o que tentamos destacar é que essa trajetória é composta por pessoas que não desistiram e que, portanto, escolheram livremente continuar. Nesse sentido é que nos perguntamos: se a aproximação com o movimento da Reforma Psiquiátrica não é um processo difícil de compreender, como poderíamos entender a permanência nesse movimento?

Liberdade e Escolhas são temas centrais no pensamento de Sartre (1978, 2009) a quem recorreremos na tentativa de desenvolver a ideia de escolhas de vida. Para o pensador francês, a existência precede a essência, e é através da Liberdade que o sujeito se constrói no mundo. Considerando essa premissa, não se pode aludir a nenhum tipo de

determinismo, isto é, é por sua existência, seu viver e sua história, que o sujeito se caracteriza em sua essência, a qual é construída a partir de sua Liberdade e de suas escolhas, ao longo da existência. Diferentemente do simples arbítrio, a Escolha para Sartre remete à construção de ações para o futuro, na direção do que denomina como projeto; essas escolhas, por sua vez, implicam ações e responsabilidades, de modo que é por meio da ação que o sujeito vivencia a experiência de sua liberdade. Ao levar em conta a responsabilidade, constrói-se a noção de escolhas possíveis, como aquelas que, uma vez feitas, se apresentam ainda como passíveis de serem feitas novamente. Em relação ao nosso objeto de estudo, a continuidade das escolhas pode estar relacionada a uma escolha também para o outro, na construção de um novo mundo possível, conforme as palavras de Sartre:

Ao afirmarmos que o homem se escolhe a si mesmo, queremos dizer que cada um de nós se escolhe, mas queremos dizer também que, escolhendo-se, ele escolhe a todos os homens. De fato, não há um único de nossos atos que, criando o homem que queremos ser, não esteja criando, simultaneamente, uma imagem do homem tal como julgamos que ele deva ser. Escolher ser isto ou aquilo é afirmar, concomitantemente, o valor do que estamos escolhendo [...] (SARTRE, 1978, p. 6).

No dicionário *Aurélio* (2004), ao verbo *escolher* é dado o sentido de selecionar, separar segundo a qualidade, eleger, marcar ou delinear. Assim, acrescenta-se que, no processo de escolha, está presente a dimensão da alteridade e, no caso específico que pretendemos desenvolver, da escolha de vida ética e politicamente orientada dos protagonistas da reforma psiquiátrica, deve-se ter em vista também a implicação com a construção de uma ética de responsabilidade e convivência com a diferença. Ao entender a vida ética como um acordo entre as subjetividades individuais e os processos culturais, cremos que as escolhas de vida, no campo da Luta Antimanicomial, relembram o conceito desenvolvido por Yasui (2006) da Reforma como processo civilizatório. Ou seja, através da ética libertária do movimento e do modelo de atenção psicossocial, provoca-se a sociedade, no que tange aos modos de se relacionar com o outro, apontando possibilidades para a construção de relações mais dialógicas e menos violentas. Somado a isso, o sentido eminentemente político das escolhas em questão aponta para a política enquanto construção do comum, de possibilidades emancipatórias de vida associadas ao exercício da cidadania e da Liberdade.

Segundo tentamos enfatizar, ao longo do trabalho, não se pretende a romantização do processo e, por consequência, entendemos que as escolhas de vida

operadas pelos significaram também renúncias e não constituíram processos fáceis. Dessa maneira, retomamos a entrevista com Dell’Acqua, no ponto das Escolhas de Campo (*Scelta di campo*), para demonstrar que o abandono de algumas certezas faz parte do processo:

Esta escolha de campo é uma escolha que, em algum momento da sua vida, se transforma em dor, porque você é obrigado a abandonar todas as suas seguranças, todas as certezas [...] Tudo aquilo que sou, que está à disposição, alguns instrumentos, entra tudo em crise e você mesmo deve entrar em crise... com o seu papel, com o poder relacionado ao papel que ocupa. E isso é uma dificuldade, essa é uma escolha e conseguir vivê-la, por favor, não negando a si mesmo, não se anulando... Não desaparecendo, mas abrindo uma nova frente de contradição. (grifos nossos).

Assim, tentamos concluir, apontando que, para a construção coletiva do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, muitas escolhas foram feitas e, no caso das histórias dos protagonistas aqui apresentadas, entendemos que se trata de escolhas de vida ética e politicamente orientadas as quais perduram por toda a existência. Ao longo do trabalho, tentamos também identificar outros protagonistas, através do conhecimento de seus nomes completos e da sinalização de que estiveram juntos na construção desse trabalho – a exemplo de Paulo Amarante, Fernanda Nicácio, Denise Dias Barros e Jairo Goldberg, Florianita Braga Campos. As narrativas apresentadas, embora extremamente ricas, não alcançam o todo de tantos acontecimentos que compõem o movimento em questão; por isso, não fosse a necessidade em finalizar este trabalho, poderíamos ouvir e registrar a história de tantos outros protagonistas. Além disso, destaco que este trabalho foi orientado teoricamente também pelo olhar de um importante protagonista dessa história, professor Silvio Yasui, esteve presente em muitos dos momentos aqui apresentados e contribuiu tanto com suas memórias quanto com sua implicação ética, política e afetiva com o tema.

Espero que, em última instância, a leitura da história aqui registrada seja útil para as novas gerações da Luta Antimanicomial, um movimento que se mantém forte e segue com características desinstitucionalizantes, sendo capaz de incorporar novas pessoas, sem que, para tanto, sejam necessários ritos de passagem. A permanência e a necessidade da existência de um movimento firme e atuante se deve ao fato que apontamos, ao longo do trabalho, ou seja, os setores organizados em torno da manutenção da lógica manicomial não descansam; para além disso, vivemos em um tempo de retomada do conservadorismo, com expressões de violência e incapacidade de

lidar com a diferença, presentificadas através da xenofobia e dos preconceitos: justamente por isso se faz ainda mais importante a luta **Por uma sociedade sem manicômios!**

REFERÊNCIAS

- ALBORNOZ, S. **O que é Trabalho**. São Paulo: Brasiliense, 1992.
- AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- _____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- _____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- _____. **Teoria e crítica em Saúde Mental: textos selecionados**. São Paulo: Zagodoni, 2015.
- _____.; ROTELLI, F. Reforma Psiquiátrica na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: AMARANTE, P.; BEZERRA, B. (Org.). **Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 41-55.
- ARAÚJO, E. O Mundo vivido de Eduardo de Araújo. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Loucura, Ética e Política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- BALIEIRO, H. G.; VENTURINI, E. ; OLIVEIRA, C. L. ; BRANDÃO, M. S. G. . **A Histórica Experiência do Voluntariado de Trieste: Venite a vedere!** 2015. (Apresentação de Trabalho/Comunicação).
- BARROS, D. D. **Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste**. São Paulo: EDUSP, 1994.
- BASAGLIA, F. **A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Debates, 1979.
- _____(Coord.). **A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- _____. **Conferenze Brasiliane**. Milão: Raffaello Cortina, 2000.
- BASTOS, O. **História da Psiquiatria em Pernambuco e outras histórias**. São Paulo: Lemos, 2002.
- BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 2, p. 456-468, fev. 2008.
- BOSI, E. **Memória e Sociedade: lembrança de velhos**. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

_____. **O tempo vivo da memória: ensaios de Psicologia Social.** São Paulo: Ateliê, 2003.

BRAGA CAMPOS, F. C. B. **O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos.** 2000. Tese (Doutorado) – Faculdade Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final. 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: **Coletânea de textos da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

_____. **Saúde Mental em Dados** – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015.

CAMPOS, G. W. S.; CAMPOS, R. O. Verbetes: Gestão em Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde** – Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gessau.html> Acesso em: 10 jun. 2018.

CHAVES, L. L. Modelos de assistência e identidades engendradas: notas sobre política e saúde mental no Brasil. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 30., **Anais...**, João Pessoa/PB, 2016.

CONGRESSO NACIONAL DE TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL, II. **Manifesto de Bauru.** Bauru, dez. 1987. Disponível em: www.capufpr.files.wordpress.com/2007/12/manifesto-debauru.doc. Acesso em: 10 jun. 2017.

COSTA, J. F. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico.** 5. ed. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2006.

CUNHA, M. C. P. **O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DELL'ACQUA, P. **Non ho l'arma che uccide il Leone.** La vera storia del cambiamento nella Trieste di Basaglia e nel manicomio di San Giovanni. 3. ed. Merano: Alpha Beta, 2014.

ENCONTRO NACIONAL DE ENTIDADES DE USUÁRIOS E FAMILIARES DA LUTA ANTIMANICOMIAL, III - **Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental.** Santos, 1993.

ENGELS, F. **O papel do trabalho na transformação do macaco em homem.** 4. ed. São Paulo: Global, 1990.

FARIAS-VINADÉ, T.; GUARESCHI, P. Inventando a contra-mola que resiste: um estudo sobre a militância na contemporaneidade. **Psicol. Soc.**, v. 19, n. 3, p. 68-75, 2007.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo dicionário eletrônico Aurélio**, vs. 5.0, 2014.

FIORANI, M. **Follia senza manicomio**: assistenza e cura ai malati di mente nell'Italia del secondo Novecento. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane, 2012.

FOOT, J. **La “repubblica dei mati”**: Franco Basaglia e la psiquiatria radical em Itália, 1961-1978. Milão: Feltrinelli, 2014.

FREUD já não explica. **Revista Veja** [Rio de Janeiro], 01 nov. 1978. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/acervodigital/home.aspx>>. Acesso em: 31 mar. 2018.

GIANNICHELLA, M.G. Prefácio. In: BASAGLIA, F. **Conferenze Brasiliane**. Milão: Raffaello Cortina, 2000.

GODOY, C. O. Loucos por você. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Loucura, Ética e Política**: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

GOHN, M. G. **Teorias dos movimentos sociais**. Paradigmas clássicos e contemporâneos. 8. ed. São Paulo: Loyola, 2010.

GOLDBERG, J. **Clínica da Psicose**: um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: Té Corá – Instituto Franco Basaglia, 1996.

GOULART, M. S. B. **De profissionais a militantes**: a luta antimanicomial dos psiquiatras italianos nos anos 60 e 70. 2004. Tese (Doutorado em Ciências Humanas: Sociologia e Política) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG, Belo Horizonte, 2004.

_____. **As raízes italianas do movimento antimanicomial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. (Coleção História da Psicologia no Brasil/Coordenadora: Regina Helena de Freitas Campos).

GRAZIADEI, A. **Biografia di Gian Franco Minguzzi** – I primi studi. s/d. Disponível em: <http://www.risme.provincia.bologna.it/mente-salute-mentale-percorsi/minguzzi/gian-franco-minguzzi-01.html>. Acesso em: 10 abr. 2018.

GUATTARI, F. A trama da Rede. In: GUATTARI, F. **Revolução Molecular**: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1987. p. 124 -127.

KINOSHITA, R. T. **O outro da reforma**: contribuições da teoria da autopoiese para a problemática da cronicidade no contexto das reformas psiquiátricas. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2001.

LOBOSQUE, A. M. Loucura, Ética e Política: Algumas questões de ordem da Luta Antimanicomial. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Loucura, Ética e Política**: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

LUZIO, C. A. **A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio porte**: ressonâncias da reforma psiquiátrica. 2003. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2003.

MAZARINA, I. Trabalhador de saúde mental: encruzilhadas da loucura. In: LANCETTI, A. **Saúde e Loucura I**. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 69-74.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de História Oral**. São Paulo: Loyola, 2002.

MELMAN, J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2001.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 71-112.

_____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: Apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 15-36.

MOROSINI, L. David Capistrano: um gênio da luta pela Saúde. **Radis: Comunicação e Saúde**. 01 ago. 2014. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/143/reportagens/david-capistrano-um-genio-da-luta-pela-saude>. Acesso em: 10 jul. 2018.

MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL (MNLA). **Relatório Final do V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial – Luta Antimanicomial 2001: Como estamos? O que queremos? Para onde vamos?** Rio de Janeiro: Miguel Pereira, 2004.

NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.

_____. **Utopia da realidade**: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. 2003. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

_____; AMARANTE, P.; BARROS, D. D. Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários. In: AMARANTE, P. (Coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau, 2005. p.195-214.

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

PASSOS, R. G. Luta antimanicomial no cenário contemporâneo: desafios atuais frente a reação conservadora. **Sociol. em Deb.** Pelotas, v. 23, n. 2, p. 55-75, jul./dez. 2017.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R.: Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, v. 11, n. 2, p. 241-258, maio-ago. 2004.

PEREIRA, M. F. A participação dos usuários. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Loucura, Ética e Política**: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

PITTA, A. M. F. Cuidando de Psicóticos. In: GOLDBERG, J. **Clínica da Psicose: um projeto na rede pública**. Rio de Janeiro: Té Corá – Instituto Franco Basaglia, 1996. p. 153-168.

_____. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, dez. 2011.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 1, p. 75-91, 2003.

POLCRI, C.; FLAMINI, S. La ricerca sul movimento umbro di auto riforma. **Revista di Antropologia Medica**. Fondazione Angello Celli per una Cultura della Salute, Perugia: s.d.

PONGE, R. (Org.). **1968, o ano das muitas primaveras**. Porto Alegre: Unidade Editorial da Secretaria Municipal de Cultura da Prefeitura Municipal, 1998.

PULINO, D. **Costruire una riforma**. Amministratori, operatori, istituzione psichiatrica prima della legge 180 (1968-1978). 2011. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Università degli Studi di Sassari, 2011.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org) **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

_____. **L'istituzione inventata/Almanaco Trieste 1971-2010**. Merano: Alpha Beta, 2015.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SADER, E. **Quando novos personagens entraram em cena: experiências falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo (1970-1980)**. 3. reimpr. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. Porto: Afrontamento, 1987.

_____. **Pela mão de Alice: o Social e o Político na Pós-Modernidade**. 7. ed. Porto: Afrontamento, 1999.

_____. **Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática**. Volume: A crítica da razão indolente – contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2001.

SARACENO, B. **Discorso globale, sofferenze locali: analisi critica del movimento di salute mentale globale**. Milão: Il Saggiatore, 2014.

SARTÓRIO, B. **Gli archivi degli ospedali psichiatrici dell'Emilia-Romagna**. Bologna: Carta da Legare, 2010.

SARTRE, J. P. **Existencialismo é um Humanismo**. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Coleção Os Pensadores – v. XLV).

_____. **O ser e o nada**. Ensaio de ontologia fenomenológica. Petrópolis RJ: Vozes, 2009.

SCARCELLI, I. R. **O Movimento Antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: A experiência do município de São Paulo 1989 – 1992**. 1998. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

SEPPILLI, T. Per un breve profilo del movimento antimanicomiale italiano negli anni 60-70. In: LUPATELLI, P. (Org.). **I Basagliati: Percorso di liberta**. Perugia: Crace, 2009.

SILVA, M. V. O. O movimento da Luta Antimanicomial e o movimento dos usuários e familiares. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Loucura, Ética e Política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

SOUZA, W. S. **Associações de usuários e familiares frente à implantação da política de saúde mental no município do Rio de Janeiro (1991-1997)**. 1999. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.

VALENTE, M. A luta contra os manicômios e a exclusão social. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 17-19, 1988.

VASCONCELOS, E. M. Reinvenção da Cidadania, *Empowerment* no campo da saúde mental e estratégia política no movimento dos usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental e sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

_____. Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil. **Revista Vivência**. Natal, n. 32, p. 173-206, 2007.

_____. (Org.). **Abordagens Psicossociais**. V. II: Reforma Psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo: Hucitec, 2008.

WEINGARTEN, R.; RESTREPO-TORO, M. E. Recovery narratives: “see how far I’ve come”. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 448-452, 2012.

YASUI, S. CAPS: aprendendo a perguntar. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde Loucura**. São Paulo: Hucitec, 1989. p.47- 59.

_____. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. 2006. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira: considerações a partir da experiência de seus protagonistas

As informações contidas nesta folha, fornecidas por Natália Aparecida Barzaghi, têm por objetivo firmar acordo escrito com o(a) voluntária(o) para participação da pesquisa de Doutorado acima referida, realizada junto à Universidade Estadual Paulista (UNESP), campus de Assis, sob orientação do Professor Dr. Silvio Yasui.

Natureza da pesquisa: Esta pesquisa tem como finalidade apresentar a trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira, a partir das experiências das pessoas que estiveram, historicamente, envolvidas com esse processo.

Envolvimento na pesquisa: Ao participar desta entrevista e conseqüentemente deste estudo, você está sendo convidado(a) a contribuir com suas experiências acerca da temática em questão. Você tem liberdade de se recusar a participar e ainda de se recusar a continuar participando, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para você. Sempre que quiser, poderá pedir mais informações sobre a pesquisa, por telefone e/ou *e-mail* da pesquisadora.

Sobre as entrevistas: As entrevistas serão realizadas em locais confortáveis e seguros para essa prática e serão prontamente interrompidas e/ou encerradas, caso o(a) entrevistado(a) se sinta desconfortável. Riscos e desconforto: Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – Brasília – DF. Os possíveis riscos são desconfortos de caráter subjetivo e, caso os sinta, a entrevista pode ser interrompida ou encerrada, assim que solicitar; caso haja algum desconforto, serão tomadas as medidas necessárias para acolher e, se necessário, encaminhar para uma assistência especializada.

Confidencialidade: Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente relevantes e, por tratar-se de uma pesquisa de cunho histórico, a sua escolha enquanto entrevistado(a) se deu pela importância de sua atuação para a área, de modo que se solicita que seu nome seja explicitado nos resultados e análises. Benefícios: Ao participar desta pesquisa, você não terá, necessariamente, nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo contribua com informações que devam acrescentar elementos importantes à literatura, sendo que a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos.

Pagamento: Você não terá nenhum tipo de despesa, ao autorizar sua participação nesta pesquisa, bem como nada será pago pela participação. Liberdade de recusar ou retirar o consentimento: Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem penalidades.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para permitir sua participação nesta pesquisa. Portanto, preencha os itens que seguem:

Eu, _____, RG _____ após a leitura e compreensão destas informações, entendo que a minha participação é voluntária, e que posso sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confirmando que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

(Data, local e Assinatura).

Contato da pesquisadora: Natália Aparecida Barzaghi. Telefones (44) 99843-6051 (44) 33544095. *E-mail:* nanabarzaghi@hotmail.com; nabarzaghi@gmail.com. Endereço: Rua Osaka, 383, Jardim Imperial II – Maringá – Paraná – Brasil.

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO EM ITALIANO

Modulo di Consenso

Titolo dello Studio: Il Movimento della riforma psichiatrica brasiliana: considerazioni a partire dall'esperienza dei suoi protagonisti

Le informazioni contenute in questo modulo, fornite da Natália Aparecida Barzagli, hanno come obiettivo la firma del documento scritto di accordo con il(la) volontario(a) necessario alla partecipazione nella ricerca di dottorato sopra menzionata, realizzata in collaborazione tra l'Università Statale Paulista (UNESP – Brasil) e l'Università degli Studi di Perugia con la supervisione del Prof. Dr. Silvio Yasui e la co-supervisione del Prof. Massimiliano Minelli.

Scopo della ricerca: La ricerca intende presentare la traiettoria della Riforma Psichiatrica Brasiliana a partire dall'esperienza delle persone che sono state coinvolte storicamente in questo processo.

Coinvolgimento nella ricerca: Partecipando a questa intervista e in senso più ampio a questo studio, Lei è invitata a contribuire con la sua esperienza riguardo al tema in questione. A tale riguardo, Lei può liberamente rifiutarsi di partecipare già all'inizio o in qualsiasi successiva fase dello studio, senza che ciò possa causare danno o conseguenze negative nei suoi confronti. Inoltre potrà ottenere dalla ricercatrice chiarimenti o informazioni concernenti la sua partecipazione, per telefono e/o e-mail.

Sulle interviste: Le interviste saranno realizzate in luoghi confortevoli e sicuri e potranno essere prontamente sospese e/o interrotte se l'intervistato(a) non dovesse sentirsi a suo agio.

Rischi e Disagi: I procedimenti utilizzati in questa ricerca rispetteranno i criteri di "Etica della Ricerca con Esseri Umani" secondo la risoluzione n. 466/2012 del Consiglio Nazionale di Salute brasiliano (Brasília – DF - Brasil). I possibili rischi che potrebbero derivare dall'intervista sono disagi di tipo soggettivo e qualora questi vengano avvertiti l'intervista può essere sospesa o interrotta immediatamente. Se dovesse manifestarsi qualche inconveniente o disagio saranno comunque prese le dovute misure affinché questo venga accolto e, se necessario, indirizzare l'intervistato a un'assistenza specialistica.

Riservatezza: Tutte le informazioni raccolte in questo studio riguardano strettamente il tema della ricerca e saranno adeguatamente trattate in una indagine di tipo storico, la sua scelta come intervistato(a) è dovuta alla importanza della sua partecipazione in materia, per questo motivo, si richiede che il suo nome compaia nei risultati e nelle analisi.

Vantaggi: Dalla partecipazione a questa ricerca Lei non trarrà necessariamente alcun beneficio diretto, tuttavia ci aspettiamo che questo studio possa contribuire ad aggiungere nuove informazioni ed rilevanti elementi alla letteratura sull'argomento, giacché la ricercatrice si impegna a pubblicare i risultati ottenuti.

Pagamento: Autorizzando sua partecipazione in questa ricerca Lei non avrà alcun tipo di spesa e inoltre non è previsto alcun compenso per la sua partecipazione.

Libertà di Partecipazione: La sua partecipazione a questo studio è del tutto libera e può essere ritirata in qualunque momento senza alcuna penale.

Dopo questi chiarimenti, richiediamo il suo consenso in forma libera in modo che sia possibile la sua partecipazione alla ricerca. La invitiamo perciò a compilare la seguente dichiarazione.

Io _____ Sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ il ____/____/____ dichiaro di accettare la proposta di
partecipare alla ricerca descritta nel presente documento. Mi è stata data l'opportunità di
leggere le informazioni contenute nella parte informativa di questo documento e di
porre domande circa gli scopi e le metodiche dello studio, i benefici e i possibili rischi e
i miei diritti come partecipante alla ricerca. Confermo che mi è stata consegnata copia
del presente documento informativo e di consenso.

Firma _____ Data _____

Contatti:

Natália Aparecida Barzaghi

Telefono: +55 (44) 998436051

E-mail: nanabarzaghi@hotmail.com

nabarzaghi@gmail.com