

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

CARLA LUIZA OLIVEIRA

**“Basaglia” e a prática reabilitativa no Centro de Convivência**

Belo Horizonte  
2016

CARLA LUIZA OLIVEIRA

**“Basaglia” e a prática reabilitativa no Centro de Convivência**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Social

Linha de pesquisa: Política, Participação Social e Processos de Identificação.

Orientação: Profa. Dra. Maria Stella Brandão Goulart

Belo Horizonte  
2016

Nome: Oliveira, Carla Luiza

Título: “Basaglia” e a prática reabilitativa no Centro de Convivência

Dissertação apresentada ao Departamento de Pós-Graduação de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora

**Prof. Dr. Marcos Vieira Silva**

Instituição: Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ)

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Prof. Dr. André Luiz Freitas Dias**

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Prof. Dra. Cláudia Maria Filgueiras Penido (Membro suplente)**

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Profa. Dra. Maria Stella Brandão Goulart (Orientadora)**

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Assinatura: \_\_\_\_\_

À memória de Franco e Franca Basaglia e seus colaboradores.

Aos usuários e profissionais do Centro de Convivência.

A todos os militantes que lutam por uma reforma psiquiátrica antimanicomial.

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Maria Stella Brandão Goulart, ter me recebido de maneira tão receptiva e carinhosa desde nosso primeiro encontro. O respeito e a confiança no meu trabalho durante esses cinco anos que trabalhamos juntas. Pelas valiosas orientações que tanto contribuíram para a elaboração desta dissertação.

Aos professores Marcos Vieira Silva e André Luiz Freitas Dias, a disponibilidade em compor a banca de defesa. À professora Cláudia Maria Filgueiras Penido, ao aceitar o convite para membro suplente da banca.

Aos amigos e companheiros do LADHT: Aline, Camila, Marina, Hernani, Júlio, Vito, Eliane, Matheus, Áquila, Vanessa, Alice, Juliana, Leísa.

Às estudantes do meu estágio de docência, Camila, Marina e Paula, os tantos aprendizados.

Em especial ao Henrique, as tantas trocas de conhecimentos realizadas em nosso grupo de estudos.

A Nice; obrigado pelas agradáveis conversas pelos corredores da FAFICH.

Às amigas e amigos do Fórum Mineiro de Saúde Mental, Miriam Abou-yd, Rosimeire Silva, Maíra, Marta Elizabete, Eliana Moraes, Soraia Marcos, Lu Machado, Marconi, Guilherme, que, por meio da organização do evento em homenagem a Franco Basaglia, me proporcionaram um momento que me fez muito recordar e aprender... Agradeço ainda as discussões nas reuniões de preparação para o “18 de Maio” de 2015, em que o tema do desfile homenageava a vida e luta de Franco Basaglia.

Um agradecimento mais que especial a todos do Centro de Convivência, gerente, monitores, técnicos-administrativos e, principalmente, todos os usuários que tanto me ensinam e me fazem apaixonar cada vez mais pela área de saúde mental.

Um obrigado especial e cheio de carinho a Rosilene (Zila), o apoio e a amizade.

À professora Aline Mendes, minha orientadora da monografia, que me ajudou imensamente a começar essa história com Franco Basaglia.

À professora Vanessa Barros, os ensinamentos sobre história de vida, cárcere, sociedade, trabalho, que tanto me ajudaram a entender os escritos do Basaglia, e que, com certeza, levarei comigo por toda a minha história de vida, acadêmica e profissional...

Aos colegas da minha turma de mestrado que fizeram nossa turma ser inesquecível e digna de tantos elogios... Palmas! Agradeço aqui, em especial, aos amigos Onair e Cristiane a tudo, principalmente, os longos momentos de “desabafo” que aliviavam a alma.

À minha família, Luiz Carlos (pai), Marli (mãe) e Diogo (irmão), agradeço toda a compreensão e, principalmente, todo o apoio que foi indispensável durante esse processo.

Aos meus queridos “Leoninos”, Diogo, Hyrra, Victor, Felipe, Ramon, Ayesca, Gustavo, Vitória, Marcos, Pedro Henrique, Abner, Ramatullah, Vitor, Gabriel. Também ao Guilherme. Amigos que me ajudaram a aliviar muitas vezes o peso tão grande típico da etapa final de mestrado. Muito obrigado a cada momento juntos, tanto físico quanto virtual.

Um agradecimento especial à minha amiga Marcela Abreu que não me deixou desistir. Sem ela não teria persistido e nem conseguido entrar para esse mestrado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a concessão da bolsa de mestrado e o apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

Agradeço a tantos amigos e amigas que compreenderam minhas ausências e distanciamentos, como também todas as palavras de apoio e força que foram essenciais para a conclusão dessa etapa.

Enfim, agradeço a Deus me ter concedido a força essencial que tanto precisei para concluir esse trabalho.

“Se já teve Bombrilhão e também psiu psiu  
Foi por causa de Basaglia da Itália pro Brasil (refrão).

[...] Eu não sou se oba oba e não quero confusão  
Quero ser tratado apenas como um louco cidadão.  
Se Basaglia veio aqui pra poder me libertar  
Para quê retroceder se é necessário caminhar.

Eu chamava por xangô, por pajé e por tupã,  
Foi Basaglia quem chegou e me mostrou o amanhã.  
Impossível era o passado, o possível já chegou,  
Tratamento em liberdade minha vida começou.

[...] Para ir ao convivência tenho que me locomover  
Se não tem vale transporte como é que eu vou fazer?  
Já falta verba pro Arte e pra SRT,  
Usuário está com medo do que pode acontecer.”

(Trechos retirados do samba-enredo *Samba Manifesto*,  
composto para o “18 de Maio” de 2015. Autoria:  
Coletivo do Centro de Convivência Providência).

## RESUMO

Oliveira, C. L. (2016). “*Basaglia*” e a prática reabilitativa no Centro de Convivência. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

O tema da dissertação remete à área da Psicologia Social, particularmente, o campo da saúde mental. Busca-se compreender a perspectiva basagliana de reabilitação articulando-a com as práticas realizadas em um dos Centros de Convivência da rede de serviços em saúde mental de Belo Horizonte. O objetivo geral da pesquisa do mestrado foi problematizar as práticas reabilitativas da política de saúde mental mineira a partir da perspectiva basagliana de reabilitação. Esse objetivo geral se desdobrou nos seguintes objetivos específicos: 1 – investigar a perspectiva de reabilitação para Franco Basaglia a partir de seus escritos; 2 – descrever a experiência reabilitativa de um Centro de Convivência a partir das práticas desenvolvidas nesse serviço, como um caso empírico que propiciasse a abordagem da reforma psiquiátrica em Minas Gerais; 3 – revisar a discussão da reabilitação psicossocial por meio de seus principais teóricos; 4 – refletir sobre a prática de reabilitação psicossocial de um Centro de Convivência a partir da perspectiva basagliana. O referencial metodológico foi basicamente qualitativo. A busca da perspectiva de reabilitação em Basaglia realizou-se a partir do livro *Scritti II*, que é composto por textos basaglianos que compreendem o período entre 1968 a 1980. Para a análise desses textos, o estudo inspirou-se na realização de um esforço exegético. Para a imersão no campo, a pesquisa contou com o método de observação participante e construção de Diário de Campo. Com o estudo do livro *Scritti II*, foi possível compreender que não existe apenas um conceito de reabilitação basagliano, mas sim um conjunto de concepções a respeito desse conceito. Assim, a presente dissertação apresenta como resultado a reflexão das práticas reabilitativas do Centro de Convivência por meio dessas concepções. Ao realizar essa reflexão, a dissertação problematiza essas práticas e, assim, busca contribuir com a discussão acerca da reabilitação psicossocial. A dissertação integra a pesquisa de cooperação internacional *Modelos de reabilitação psicossocial: Brasil e Itália*, coordenada pelas professoras Maria Stella Brandão Goulart Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Bruna Zani da Università di Bologna (UNIBO). A mestranda faz parte da equipe de pesquisa em Belo Horizonte e concebeu o projeto a partir da pesquisa internacional e estudos sobre Basaglia.

Palavras-Chave: Franco Basaglia. Reabilitação psicossocial. Centro de Convivência. Saúde mental.

## ABSTRACT

Oliveira, C. L. (2016). "*Basaglia*" and the rehabilitation practice of the Social Center. Master's degree thesis, Program of Pós-Graduation in Psychology, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

The subject of this thesis refers to the field of Social Psychology, notably, the field of mental health. It is sought to understand the Basaglia's rehabilitation perspective, articulating them to the practices conducted in one of the Social Centers of the network of mental health services of Belo Horizonte. The general goal of this Master's degree was to problematize the rehabilitative practices of Minas Gerais' mental health's policy. This general purpose ended up unfolding into the following objectives: 1 - To investigate the perspective of rehabilitation of Franco Basaglia from his writings; 2 - To describe the rehabilitation experience of a Social Center from the developed practices in this service, with an empirical case that shows the approach of the psychiatric reform of Minas Gerais; 3 - To review the discussion about psychosocial rehabilitation through its main authors; 4 - To reflect about the practice of psychosocial rehabilitation of a Social Center from Basaglia's point of view. The methodological framework was mainly qualitative. The research of Basaglia's perspective about rehabilitation was realized through the book *Scritti II*, which is made with Basaglia's papers from the period of 1968 to 1980. To analyze these papers, this thesis was inspired by the realization of an exegetical effort. For immersion in the field, this thesis used the participant observation method and the construction of a Field Diary. By studying the book *Scritti II* was made possible to comprehend that there is not only one concept of Basaglia's perspective, but actually a set of conceptions about this concept. Thus, this thesis presents as result the reflection about the Social Center's rehabilitation practices through these conceptions. By making this reflection, this thesis problematizes these practices and therefore, looks to contribute with the discussion about psychosocial rehabilitation. This thesis composes the research of international cooperation "Models of psychosocial rehabilitation: Brasil and Italy", coordinated by the teachers Maria Stella Brandão Goulart from Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) and Bruna Zani from Università di Bologna (UNIBO). The researcher is part of the research's team in Belo Horizonte and conceived this project from the international research and studies about Basaglia.

Keywords: Franco Basaglia. Psychosocial rehabilitation. Social Center. Mental health.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Introdução metodológica .....</b>	<b>15</b>
<b>2 FRANCO BASAGLIA .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1 Experiência de Gorizia.....</b>	<b>26</b>
<b>2.2 Experiência de Trieste .....</b>	<b>29</b>
<b>2.3 Percurso de Basaglia no Brasil.....</b>	<b>30</b>
<b>2.3.1 Influência basagliana em Minas Gerais .....</b>	<b>33</b>
<b>3 ANÁLISE DO LIVRO SCRITTI II: (RE)DESCOBRINDO BASAGLIA .....</b>	<b>35</b>
<b>3.1 Ciência psi: o doente mental como objeto.....</b>	<b>37</b>
<b>3.1.1 Ideologias.....</b>	<b>37</b>
<b>3.1.2 Ciência positivista.....</b>	<b>39</b>
<b>3.1.3 Ciências Humanas .....</b>	<b>40</b>
<b>3.1.4 Formação universitária.....</b>	<b>42</b>
<b>3.1.5 Técnicas .....</b>	<b>44</b>
<b>3.2 Psiquiatria e justiça.....</b>	<b>45</b>
<b>3.2.1 Norma e desvio .....</b>	<b>46</b>
<b>3.2.2 Saúde e doença .....</b>	<b>49</b>
<b>3.3 Instituições psiquiátricas .....</b>	<b>53</b>
<b>3.3.1 Sistemas: modelo econômico e organização social.....</b>	<b>53</b>
<b>3.3.2 Instituições totais.....</b>	<b>55</b>
<b>3.3.3 Cárcere e manicômio.....</b>	<b>58</b>
<b>3.3.4 A função do técnico.....</b>	<b>61</b>
<b>3.3.5 As novas instituições: experiências europeias e norte-americana .....</b>	<b>66</b>
<b>4 A PERSPECTIVA DE FRANCO BASAGLIA PARA A REABILITAÇÃO .....</b>	<b>77</b>
<b>4.1 Experiência italiana.....</b>	<b>77</b>
<b>4.2 Transformações institucionais / controle assistencial / reabilitação.....</b>	<b>84</b>
<b>5 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E O CENTRO DE CONVIVÊNCIA .....</b>	<b>89</b>
<b>5.1 Reabilitação psicossocial: conceito geral.....</b>	<b>89</b>

<b>5.2 Descrição da imersão no campo .....</b>	<b>91</b>
<b>5.3 Descrição do Centro de Convivência.....</b>	<b>92</b>
<b>5.4 A equipe de funcionários .....</b>	<b>94</b>
<b>5.5 Os usuários.....</b>	<b>95</b>
<b>5.6 Descrição das práticas reabilitativas do Centro de Convivência.....</b>	<b>98</b>
<b>5.6.1 Oficinas.....</b>	<b>98</b>
<b>5.6.2 Educação de Jovens e Adultos (EJA).....</b>	<b>101</b>
<b>5.6.3 Atividades “extras”.....</b>	<b>101</b>
<b>5.6.4 As reuniões do Centro de Convivência: equipe profissional, usuários e familiares, supervisão clínica e microárea/matriciamento .....</b>	<b>106</b>
<b>5.6.5 Participação política do Centro de Convivência .....</b>	<b>109</b>
<b>6 REFLETINDO AS PRÁTICAS REABILITATIVAS A PARTIR DA PERSPECTIVA BASAGLIANA DE REABILITAÇÃO .....</b>	<b>110</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>118</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>122</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação integra a pesquisa de cooperação internacional *Modelos de reabilitação psicossocial: Brasil e Itália* (2012), coordenada pela professora da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) Maria Stella Brandão Goulart (Laboratório de Direitos Humanos e Transdisciplinaridade – LADHT) e pela professora Bruna Zani, em parceria com a Facoltà di Psicologia da Università di Bologna (UNIBO). A referida pesquisa objetiva explorar os atuais modelos e as características da reabilitação psicossocial envolvendo usuários, familiares, trabalhadores da saúde mental e voluntários (quando houver), nos contextos socioculturais e políticos de Minas Gerais – Belo Horizonte – e Região da Emilia Romana – Bolonha (Goulart, 2012, p. 4). Tal pesquisa é financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) e tem previsão de término em 2016.

Considerando as leituras realizadas sobre Franco Basaglia, como também o trabalho em que a mestrandia realizou desde o início da pesquisa internacional anteriormente mencionada, surgiu a proposta de desenvolvimento de um projeto de mestrado com o tema: a perspectiva basagliana de reabilitação psicossocial e suas articulações com as práticas reabilitativas realizadas em um Centro de Convivência em Saúde Mental de Belo Horizonte.

Diante disso, surgiram as seguintes questões iniciais: por que retornar a Franco Basaglia? Qual a perspectiva de reabilitação de Franco Basaglia? Qual é o modelo de reabilitação que caracteriza as práticas nos Centros de Convivência de Belo Horizonte? Em que esses estilos de trabalho e pensamento se aproximam ou divergem? Quais são as contribuições da perspectiva basagliana para a discussão acerca da reabilitação psicossocial (proposta pela pesquisa internacional e de mestrado)?

Dessa forma, a pesquisa de mestrado, que ora concluímos e apresentamos, propõe a delimitação do conceito de reabilitação psicossocial de Franco Basaglia e a tenciona com as práticas realizadas no Centro de Convivência. Isso possibilitou o aparecimento de novas problematizações sobre a temática durante o desenvolvimento desta dissertação. Assim, a pesquisa possui como objeto teórico o conceito de reabilitação, construído a partir do marco teórico oriundo dos escritos de Basaglia e, como objeto empírico, as práticas reabilitativas realizadas no Centro de Convivência.

Assim, destaca-se o seguinte problema nesta dissertação: quais as articulações possíveis de serem realizadas a partir da perspectiva de reabilitação de Franco Basaglia, para contribuir com a discussão acerca das práticas reabilitativas do Centro de Convivência?

A investigação que ora compartilhamos possui como objetivo principal problematizar as práticas reabilitativas da política de saúde mental mineira a partir da perspectiva basagliana de reabilitação. Esse objetivo geral se desdobrou nos seguintes objetivos específicos:

- a) investigar a perspectiva de reabilitação para Franco Basaglia a partir de seus escritos;
- b) descrever a experiência reabilitativa de um Centro de Convivência a partir das práticas desenvolvidas nesse serviço, como um caso empírico que propicie a abordagem da reforma psiquiátrica em Minas Gerais;
- c) revisar a discussão da reabilitação psicossocial por meio de seus principais teóricos;
- d) refletir sobre a prática de reabilitação psicossocial de um Centro de Convivência a partir da perspectiva basagliana.

Franco Basaglia se destaca como um marco para a reforma psiquiátrica brasileira em grande parte da literatura sobre o assunto, porém pouco se tem aprofundado sobre a história desse homem e sobre sua trajetória de pensamento, vida e trabalho. A insuficiência de materiais bibliográficos traduzidos para o português frente à amplitude do processo de desinstitucionalização italiano tem dificultado o acesso mais amplo, fazendo com que o referencial basagliano seja compreendido de forma simplificada. Além do mais, estudar a história do movimento antimanicomial italiano torna-se relevante ao conhecermos melhor as origens que influenciaram nossas práticas em saúde mental para podermos ter melhor entendimento do processo de reforma no Brasil (Amarante, 2010; Goulart, 2007; Nicácio, 2003; Passos, 2009).

No período de desenvolvimento do mestrado, a pesquisadora teve a oportunidade de entender melhor o significado da figura de Franco Basaglia em Minas Gerais ao participar da organização dos seguintes eventos: Seminário dos 35 anos de Basaglia, realizado pelo Fórum Mineiro de Saúde Mental (movimento social da luta antimanicomial), em dezembro de 2014; e desfile político-cultural em comemoração ao “18 de Maio” – Dia Nacional da Luta Antimanicomial, em 2015. Além de participar da organização dos “35 anos de Basaglia” e das reuniões preparatórias para o desfile do “18 de Maio”, a mestranda disponibilizou o material de referência sobre o assunto e discutiu textos sobre Basaglia e a reforma psiquiátrica italiana com profissionais e usuários da rede de saúde mental.

Diante desse contato próximo com militantes da luta antimanicomial, profissionais e usuários, foi possível compreender a figura de Basaglia representada na forma de um mito, de um herói que fechou o manicômio, que é símbolo da liberdade.

Porém, a mestrandia também pode verificar com essas experiências que pouco se sabe sobre o pensamento e trajetória de trabalho desse psiquiatra italiano, nem mesmo de seus principais conceitos que nortearam suas ações até culminar no fechamento do manicômio.

A presente dissertação também busca contribuir para a discussão acerca da reabilitação psicossocial, ao identificar possíveis contribuições que a perspectiva basagliana pode oferecer à investigação das práticas reabilitativas. Segundo Venturini (2005), o verdadeiro reconhecimento da obra de Basaglia:

[...] como ele mesmo nos ensinou com sua vida, não reside no prazer intelectual da produção de saberes, mas na força de enlaçar os momentos da teoria e dos saberes com os das práticas e fins éticos inspiradores das políticas necessárias para realizar transformações úteis e duradoras. (p. 20).

Ou seja, a discussão que Basaglia apresenta em sua obra se demonstra ainda muito atual para reflexões e estudos da saúde mental nos dias de hoje.

Os Centros de Convivência, serviço reabilitativo (de inclusão social) que integra a rede de saúde mental de Belo Horizonte, compõem o campo investigativo empírico da pesquisa internacional anteriormente citada. Isso ficou estabelecido a partir da parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, por meio das gerentes dos Centros de Convivência, que também são colaboradoras da pesquisa que se define como pesquisa-participante. Sendo assim, um dos nove Centros de Convivência da Região Metropolitana constituiu o campo de pesquisa escolhido para o desenvolvimento da dissertação.

O Centro de Convivência pertence a uma ampla e diversificada rede de atenção psicossocial que, além de oferecer tratamento e cuidado à pessoa em sofrimento mental, também tem como premissa a promoção do convívio social de seus usuários e a garantia de direitos sociais e de cidadania.

Assim, o Centro de Convivência é um lugar de destaque na rede por ser considerado um potente serviço de promoção da saúde, de contato com a cultura e de inclusão social das pessoas em sofrimento mental (Nilo et. al., 2008). Isso, por meio do convívio e da produção cultural e artística dos usuários, respeitando as diferenças e o singular de cada um que frequenta o espaço, efetivando, assim, a meta de desinstitucionalização (Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2005).

A presente dissertação tem a seguinte estruturação, a partir desta Introdução que coloca as premissas metodológicas. Segue-se uma apresentação geral, no capítulo 2, *Franco Basaglia*, sobre a história de vida, luta e trabalho do psiquiatra italiano, com suas principais experiências, conceitos, acontecimentos. Esse resgate histórico foi possível por meio da utilização dos estudos realizados por autores (tanto do Brasil, quanto da Itália) sobre a história de Franco Basaglia e a reforma psiquiátrica italiana. Também, nesse capítulo, será brevemente contextualizado o início da reforma psiquiátrica brasileira, a partir das visitas realizadas por Basaglia ao Brasil, enfatizando sua influência no Estado de Minas Gerais.

O capítulo 3, *Análise do livro Scritti II: (re)descobrendo Basaglia*, traz os resultados da leitura aprofundada da obra dos anos 1970, de uma maneira que aponta as (re)descobertas autorais e conceituais ao retornar aos escritos basaglianos que, na época, não tinham a reabilitação (ainda) como um tema de destaque. Para a sistematização do pensamento basagliano, o capítulo foi organizado em três blocos conceituais, intitulados da seguinte forma: *Ciência psi: o doente mental como objeto*, *Psiquiatria e justiça* e *Instituições psiquiátricas*.

O capítulo 4, *A perspectiva basagliana para a reabilitação*, destina-se a destacar a construção do “ideal basagliano” para a reabilitação, a partir de seus diversos conceitos capturados por meio da análise da obra estudada: um amplo conjunto de seminários, conferências e artigos (inclusive de autoria coletiva). Ao buscar essa construção, verificou-se que não foi encontrado apenas um conceito de reabilitação em Basaglia, mas sim um conjunto de concepções que ajudam a pensar esse conceito.

O capítulo 5, *Reabilitação psicossocial e o Centro de Convivência*, realiza uma breve discussão sobre o conceito de reabilitação psicossocial utilizado na política de saúde mental, contextualizando o trabalho do Centro de Convivência estudado. Para a discussão, foram utilizados alguns dos principais teóricos que tratam o tema da reabilitação psicossocial no Brasil. Também nesse capítulo, o Centro de Convivência será apresentado a partir da imersão colaborativa no cotidiano do serviço realizada pela autora. Serão descritos: a história, o espaço físico, as atividades aqui chamadas na dissertação como práticas reabilitativas e os principais acontecimentos durante os cinco meses em que a mestranda atuou participativamente no serviço. Também serão abordados a equipe profissional e os usuários do serviço.

Já no capítulo 6, *Refletindo as práticas no Centro de Convivência a partir da perspectiva basagliana de reabilitação*, serão discutidas as práticas reabilitativas do Centro de Convivência a partir das concepções basaglianas de reabilitação. Ao refletir sobre essas

práticas à luz do ideal basagliano, além de encontrar as sintonias, busca-se também problematizar as possíveis discrepâncias entre os dois estilos ou modelos, com o objetivo de avançar nas discussões acerca da reabilitação psicossocial.

Nas *Considerações finais*, os objetivos específicos da pesquisa serão retomados e discutidos ao serem articulados com os resultados obtidos com a pesquisa de mestrado. Destaca-se que a presente dissertação também visa contribuir com a pesquisa internacional, ao trazer a perspectiva de Basaglia para o estudo dos Centros de Convivência e a reabilitação psicossocial. Dessa maneira, o tema desse mestrado não se esgota nessa dissertação. Assim, também serão delineadas futuras pautas de pesquisa, que poderão avançar mais a discussão realizada por essa dissertação para outras áreas da política de saúde mental e da reforma psiquiátrica antimanicomial.

Deseja-se, aqui, realizar algo que Basaglia propõe insistentemente ao longo de seu trabalho: realizar o exercício de reflexão sobre as práticas, sobre a produção dos saberes, sobre o que se realiza efetivamente hoje em saúde mental. Esse psiquiatra democrático nos deixa uma mensagem forte de que “é preciso estarmos atentos na ação que consideramos revolucionária, não criar ideologias e sim refletir sobre a prática que transformamos” (Carli, 1981, p. 4). Essa mensagem desafia a construção de saberes e de conhecimento na universidade, como também no cotidiano das práticas em saúde mental da rede pública. Ela é fonte de inspiração na caminhada rumo aos avanços no processo de reforma psiquiátrica.

## **1.1 Introdução metodológica**

A pesquisa no campo das ciências sociais implica enfrentar problemas postos, como impasses que demandam manejo e criação de teorias e instrumentos que contribuam para a criação de novos conhecimentos no campo da realidade social (Minayo, 2010).

Diante disso, a escolha da metodologia que orientou a pesquisa se fundamentou pelos métodos de: estudo de análise de textos (um esforço de exegese) e a imersão no cotidiano dos serviços do Centro de Convivência com construção de Diário de Campo, a partir dos princípios da pesquisa etnográfica do método de observação participante. Assim, escolheu-se pensar o desenvolvimento dessa pesquisa de maneira qualitativa.

A princípio, realizou-se um processo de investigação científica a partir de fontes bibliográficas sobre as seguintes temáticas: reabilitação psicossocial em Franco Basaglia e reforma psiquiátrica. Assim, a dissertação contou, de forma complementar, com as bibliografias de referência sobre os conceitos de reabilitação psicossocial utilizadas no

Brasil<sup>1</sup>, além de utilizar autores brasileiros<sup>2</sup> que escrevem sobre o processo de reforma psiquiátrica italiano.

Na revisão bibliográfica, o principal esforço foi o de resgatar a perspectiva de reabilitação para Basaglia por meio de uma revisão de seus escritos de 1968 até 1980, ano de seu falecimento. Esse período escolhido torna-se fundamental para a busca da perspectiva de reabilitação em Basaglia, por compreender a experiência triestina e a concretização do projeto de desinstitucionalização.

Para isso, utilizou-se o livro *Scritti II*, que foi elaborado a partir da organização dos escritos do Basaglia e que compreende o período anteriormente citado. Essa organização foi realizada por Franca Ongaro Basaglia, esposa de Franco Basaglia e ativista da luta antimanicomial.

O livro não possui tradução para o português em sua integralidade. A leitura da obra em italiano foi um dos desafios mais significativos que a mestranda teve que enfrentar ao longo do mestrado. Mas, para facilitar e obter uma melhor compreensão dos textos, contou-se com a estratégia de criar um grupo de estudos para as discussões dos escritos em italiano. Identificou-se a tradução para o português de alguns textos que pertencem à coletânea de escritos<sup>3</sup> de Franco Basaglia organizada por Paulo Amarante. Ressalta-se que a tradução utilizada para a escrita dessa dissertação é de nossa integral responsabilidade.

Apesar das dificuldades da leitura da obra em italiano, essa escolha pelo livro *Scritti II* foi de fundamental importância. Ler a produção basagliana no original possibilitou que a compreensão sobre a experiência basagliana pudesse ser expandida, a partir do contato com a construção do pensamento de maneira mais detalhada e dos diversos conceitos trazidos pela obra. A compreensão que a mestranda tinha antes da leitura do *Scritti II* foi adquirida a partir dos estudos apresentados pelos autores brasileiros, de maneira mais resumida e compactada. Assim, com a leitura do *Scritti II*, foi possível destrinchar os principais conceitos e temas abordados pelos autores que escrevem sobre Basaglia.

Para se realizar o estudo dos escritos basaglianos, a pesquisa se inspirou no método exegético (interpretação de textos que circunscrevem um tema na obra de um autor). A Exegese é um cuidadoso estudo analítico muito utilizado em pesquisas teológicas. Compreende estudos que buscam fazer emergir o significado de um texto, conforme o autor original pretendeu transmiti-lo aos seus leitores. Assim, a pesquisa exegética é produzida a

---

<sup>1</sup> Guerra, 2004; Saraceno, 2001; Pitta, 2001.

<sup>2</sup> Nicácio, 1990; 2003; Barros, 1994; Goulart, 2007; Passos, 2009; Amarante, 2010.

<sup>3</sup> Basaglia, F. (2005). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Amarante, P. (Org.). (J. A. d'Avila Melo, trad.). Rio de Janeiro: Garamond.

partir de duas orientações principais: o pesquisador deve fazer sua interpretação do texto na língua original e comparar a sua interpretação com a de outros autores que abordam sobre o mesmo texto estudado (Zabatiero, 2007). Ressalta-se que a mestranda não seguiu exatamente essas orientações, somente se inspirou no estilo exegético. Seu estudo foi conduzido pelos conteúdos ainda não vistos pela mestranda encontrados nos escritos, pelos aspectos críticos da obra e principais discussões que foram identificadas como desafios ainda enfrentados na área de saúde mental na atualidade.

No decorrer da leitura do livro, a mestranda se norteou a partir das interpretações de autores que escrevem sobre Basaglia.

O foco inicial da leitura se tratava apenas do resgate da concepção de reabilitação de Basaglia, por meio da procura do termo “reabilitação” no decorrer da obra. Porém, esse termo aparecia nos textos muitas vezes, em razão da crítica de Basaglia à reabilitação dos internos do cárcere e do manicômio, entendida por ele, mais como uma ideologia, ligada a uma falsa justificativa para a existência desses tipos de instituições totais. Assim, foi se ampliando o foco para os diversos temas que apareciam nos textos e que se revelavam de extrema importância para as discussões atuais em saúde mental. Durante a leitura, demonstrou-se importante ampliar o foco de análise, até mesmo para se poder entender a complexidade e profundidade da produção basagliana. Assim, a inspiração do esforço exegético se colocou.

A partir da leitura analítica, foram construídos os fichamentos dos textos. Realizando um esboço de mapeamento dos principais conceitos encontrados na obra basagliana, foi possível organizar trechos dos fichamentos que remetiam a cada conceito específico. Isso facilitou a construção do capítulo 3 da presente dissertação, que apresenta os resultados da análise da obra.

Como anteriormente citado, a pesquisa de mestrado teve como campo de investigação empírica em um dos Centros de Convivência da cidade de Belo Horizonte, escolhido a partir de um acordo mútuo entre pesquisadores e gerentes dos serviços.

O Centro de Convivência é um serviço que se torna instigante para a pesquisa, por ser específico em relação ao restante dos serviços de saúde que compõem a rede de atenção à saúde mental de Belo Horizonte. É um espaço em que se prioriza as intervenções artísticas e culturais produzidas com os usuários. Assim, a equipe profissional, em sua maioria, é formada por artistas: bailarinos, músicos, atores, artesãos, artistas plásticos, entre outros (Soares, 2013). Esses profissionais se destacam por serem bem diversos dos trabalhadores tradicionais da área da saúde: médicos, psiquiatras, enfermeiros, técnicos de enfermagem,

psicólogos, terapeutas ocupacionais. Isso faz com que haja um trabalho diverso do encontrado nos demais serviços que compõem a rede de atenção psicossocial.

Para a investigação do Centro de Convivência, utilizou-se o método de observação participante. A respeito do método de observação participante, Bauman (1992, p. 155 citado por May, 2004) relata que “Um filósofo e um analista da sua época sai e usa os seus pés repetidas vezes. Perambular ainda tem sua utilidade” (p. 173). Assim, May (2004) explica que “‘Perambular’ nesse sentido é escutar, observar e experienciar e expor teorias e biografias para situações e relações sociais novas e não familiares, com vistas a ampliar o entendimento delas” (p. 173). Diante desse “perambular” do pesquisador, é possível recordar a frase em que Paulo Freire diz: “a cabeça pensa onde os pés pisam” (Betto, 2005, p. 51). Princípio fundamental da epistemologia e do trabalho em unir teoria e prática.

A observação participante, segundo May (2004),

[...] diz respeito ao engajamento na cena social, experienciando e procurando entendê-la e explicá-la. O pesquisador é o meio através do qual isso acontece. Escutando e vivenciando, as impressões são formadas e as teorias consideradas, refletidas, desenvolvidas e modificadas. A observação participante não é um método fácil de utilizar ou analisar, mas a despeito dos argumentos dos seus críticos, é um estudo disciplinado e sistemático que, se bem realizado, auxilia muito no entendimento das ações humanas e traz consigo novas maneiras de ver o mundo social. (p. 202)

O mesmo autor ainda acrescenta que:

[...] é importante participar das relações sociais e procurar entender as ações no contexto de uma situação observada. Por quê? Porque é argumentado que as pessoas agem e dão sentido ao seu mundo se apropriando de significados a partir do seu ambiente. (May, 2004, p. 175)

Apesar de não ser um método de fácil utilização, esse autor destaca que a observação participante

[...] é um dos métodos mais recompensadores, que gera compreensões fascinantes sobre os relacionamentos e as vidas sociais das pessoas e, de modo mais geral, ajuda a transpor a lacuna entre o entendimento dos estilos de vida alternativos das pessoas e os preconceitos com que a diferença e a diversidade defrontam-se com tanta frequência. (May, 2004, p. 181)

Na defesa do projeto de qualificação, foi sugerido pela banca que a utilização do termo “observação participante” fosse trocado para uma “imersão no campo”, entendendo que o desenvolvimento da pesquisa que a mestranda realizou no Centro de Convivência extrapolou o método de observação participante. Isso devido ao considerável grau de envolvimento que a

mestranda teve durante o período em que esteve no serviço. Participando ativamente das atividades do serviço com os usuários, bem como sendo uma colaboradora na organização de eventos, como a viagem para a praia, o Festival da Canção e a festa de fim de ano. Também essa “imersão no campo” diz de uma construção coletiva do conhecimento por meio das discussões com o serviço a respeito dos dados registrados durante essa imersão. Vale ressaltar que a mestranda possui vínculos até hoje com o Centro de Convivência, seja com a equipe profissional quanto com os usuários. Portanto, esse vínculo constituído extrapola o período de imersão delimitado pela pesquisa.

As informações coletadas durante a imersão no campo foram registradas no Diário de Campo e discutidas com a gerente do Centro de Convivência. Segundo Breakwell (2010), as técnicas de diário se tornam interessantes estratégias de coleta de dados ao “acarretar relatos de ações, pensamentos ou sentimentos, bem como explicações de contexto físico ou social” (p. 264).

Importante ressaltar que, assim como os relatos do Diário de Campo foram discutidos com a gerente, o relatório final de imersão no campo também foi discutido e elaborado conjuntamente, em uma das reuniões de equipe do serviço realizada no final do período em que a mestranda esteve no serviço. Assim, a construção desse relatório contou com a participação tanto da gerente, como dos monitores do serviço, tornando-se ainda produto que compõe a pesquisa internacional anteriormente mencionada.

A mestranda realizou, sim, uma “imersão” no Centro de Convivência durante os meses de agosto a dezembro de 2013 (totalizando um período de cinco meses no serviço), para conhecer e compreender a dinâmica, o funcionamento e as interações sociais que acontecem nesse serviço em seu processo de reabilitação psicossocial. Desta, resultaram as descrições das práticas reabilitativas realizadas no Centro de Convivência, que tomará forma no capítulo 5 desta dissertação. Durante esse período de campo, a mestranda também frequentou as oficinas que acontecem no espaço físico do serviço e também as aulas do projeto de Educação de Jovens e Adultos (EJA). Além disso, participou das reuniões de equipe, usuários e familiares e de microárea/matriciamento.

Houve também acompanhamento das atividades consideradas “extras”, como os Jogos da Primavera (torneio esportivo realizado em setembro, em que participa todos os Centros de Convivência), o Festival da Canção (evento de apresentação e premiação das melhores músicas inéditas de composição dos próprios usuários dos serviços, que foram previamente selecionadas por um processo de avaliação), uma viagem para a praia de Iriri (ES) e a confraternização de fim de ano. O serviço, além de contar com a participação da mestranda,

também contou com o apoio dela como colaboradora nessas iniciativas de passeios, viagens e eventos. Essas participações da mestrande possibilitaram que ela tivesse uma maior interação com os usuários e profissionais da equipe técnica do serviço.

O relatório final e os registros do Diário de Campo foram utilizados na elaboração do capítulo 5 desta dissertação, destinado à descrição da imersão no campo no Centro de Convivência.

Por fim, vale ressaltar que a pesquisa de campo no Centro de Convivência faz parte do projeto maior da pesquisa internacional que esse mestrado faz parte, possui a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP). Diante disso, não houve necessidade de fazer um novo encaminhamento para o COEP, por meio da Plataforma Brasil para o projeto de mestrado. Dessa forma, estão garantidos a privacidade e o anonimato dos sujeitos envolvidos na pesquisa, como também as informações confidenciais sobre a instituição serão resguardadas.

## 2 FRANCO BASAGLIA

Franco Basaglia, psiquiatra italiano, tinha em sua caminhada profissional uma busca por novas alternativas para os saberes e as práticas em saúde mental. Retornar à trajetória de trabalho de Basaglia significa conhecer melhor quem influenciou nossa forma de trabalhar em saúde mental, além de ser fonte de inspiração para guiar nossas práticas e teorias atuais. Dessa forma, será realizado nesta seção um retorno ao percurso de vida, luta e trabalho desse psiquiatra que possui fundamental importância para os pacientes e trabalhadores da saúde mental do Brasil e de outros países. Isso se dará, principalmente, a partir das contribuições de autores estudiosos de Basaglia e da reforma psiquiátrica italiana.

Basaglia nasceu em 11 de março de 1924, em Veneza, Itália. Pertencente a uma família rica, viveu uma infância e adolescência tranquila no bairro tradicional veneziano de San Paolo.

Terminando a educação básica, iniciou seu curso de medicina pela Faculdade de Medicina e Cirurgia da Universidade de Padova, em 1943. Desde sua juventude, era um estudante muito questionador e preocupado com sua formação humanística (Colucci & Vittorio, 2001).

Aprimorou ainda mais a sua preocupação humanística quando foi preso por seis meses ao lutar contra a repressão fascista na Itália. Na prisão, Basaglia aprendeu ainda mais a valorizar a vida e lutar pela liberdade. No final da Segunda Guerra Mundial, saiu da prisão e retornou à universidade para concluir sua graduação em medicina.

Formou-se em 1949 e passou a trabalhar como professor assistente da Universidade de Padova. Começou a frequentar a Clínica de doenças nervosas e mentais de Padova, onde trabalhou como assistente até 1961. Nesse período, Basaglia produziu uma sucessão de textos, publicações científicas sobre as mais diversas doenças encontradas em sua prática clínica. Esquizofrenia, casos obsessivos, hipocondria, depressão, síndrome paranoide, distúrbios relacionados ao abuso de álcool foram alguns tipos de doenças abordadas nessas produções científicas. Também durante esses anos, que ele começou a se apaixonar pela Filosofia, estudando em particular a fenomenologia e o existencialismo. Procura conciliar a psicopatologia tradicional com a psiquiatria antropológico-fenomenológica. Especializou-se em doenças nervosas e mentais em 1952. Um ano depois se casou com Franca Ongaro Basaglia, com quem também estabeleceu importante parceria na produção intelectual, sendo sua principal colaboradora na escrita de seus livros (Colucci & Vittorio, 2001). Assim, Basaglia

permaneceu na universidade como professor, totalizando 12 anos de vida acadêmica. (Amarante, 2010).

Segundo Goulart (2007), Basaglia não fazia progressos na carreira de professor em função de suas posições políticas e filosóficas, era um profissional sem esperanças de carreira num mundo universitário tradicionalista e conservador. Foi sob pressão que seguiu o destino dos que não tinham futuro na vida universitária hierárquica e autoritária italiana dos anos 1960:

Foi estimulado a assumir a direção do manicômio de Gorizia, que era uma localidade sem o menor destaque do ponto de vista político e acadêmico. [...] A Universidade, por sua vez, afastava de cena um professor cujo trabalho contrastava com o discurso dominante [...]. (Goulart, 2007, p.27).

Ao se retirar da universidade, Basaglia foi nomeado diretor do hospital psiquiátrico de Gorizia em 1961, vencendo o concurso para o cargo e se transferindo com toda a família para Gorizia (Colucci & Vittorio, 2001). Ao entrar pela primeira vez nesse manicômio, sentiu como se estivesse retornado ao tempo em que esteve na prisão. Sofreu intenso impacto com a situação em que se encontravam os internos do manicômio, fechados a chave dentro dos pavilhões e nas celas de isolamento. Ao recordar do período em que esteve na prisão, associação determinante para os princípios que nortearam sua vida, Basaglia se identificou profundamente com a realidade daqueles internos do hospital. Sua primeira atitude foi melhorar as condições de hospedaria e o cuidado técnico dos internos, fazendo com que o manicômio passasse por um processo de humanização (Amarante, 2010).

Durante a experiência no Hospital Psiquiátrico de Gorizia, Basaglia usou o seu poder de diretor do hospital e, assim, começou a seguir o modelo da “comunidade terapêutica”, emprestado da experiência de Maxwell Jones, na Escócia. Iniciaram-se novas regras de organização e comunicação no interior do hospital, reprovando categoricamente as contenções físicas e as terapias de choque, começando, sobretudo, a prestar atenção às condições de vida dos internos e as suas necessidades (Colucci & Vittorio, 2001).

Diante disso, Basaglia, apoiado por sua equipe, composta por jovens psiquiatras, começou a realizar duras críticas ao saber/fazer psiquiátrico vigentes na época e também às instituições psiquiátricas (Basaglia, 1991). Nesses anos, Basaglia continuou sua atividade científica e intelectual, participando ativamente de congressos nacionais e internacionais (Colucci & Vittorio, 2001).

Nesse contexto de mudanças no manicômio, foi desenvolvida a noção de “duplo da doença mental”, que diz respeito àquilo que não é próprio de estar doente, mas de estar institucionalizado, preso no manicômio e (sobre)vivendo em um lugar que não possui condições dignas de vida. Os internos do manicômio eram vistos somente como doentes, o que se “enxergava” era somente a doença. Percebido isso, Basaglia e sua equipe fizeram a seguinte inversão: colocaram a “doença entre parênteses”, para que surgisse a pessoa. Ao colocar entre parênteses a doença, o diagnóstico que o etiquetou, pretendeu-se com isso conseguir compreender a pessoa (Amarante, 2010).

Em 1968, Basaglia organizou o livro *A instituição negada*, que possui relatos dessa experiência realizada no Hospital Psiquiátrico de Gorizia. O livro alcançou na época um impacto positivo e uma significativa repercussão, inclusive internacional. Assim, se fez conhecer a experiência inovadora de Gorizia, como também marca o recém-criado movimento anti-institucional. Dessa forma, a obra tornou-se um livro-símbolo da contestação na Itália (Colucci & Vittorio, 2001).

Ao longo da experiência de Gorizia, Basaglia e sua equipe perceberam que a simples humanização do hospital não seria suficiente. Eram necessárias transformações profundas tanto na assistência, quanto na relação sociedade-loucura. Basaglia criticava a postura tradicional da cultura médica, que transformava o indivíduo e seu corpo em meros objetos de intervenção clínica. No campo das relações entre a sociedade e a loucura, ele assumia uma posição crítica em relação à psiquiatria clássica e hospitalar, por esta se centrar no princípio do isolamento do louco, sendo, portanto, excludente e repressora.

Dessa forma, em 1968, Basaglia liderou a iniciativa de fechamento do manicômio. Essa tentativa de superar o manicômio infelizmente faliu, por conta da resistência da administração local em dar lugar a uma assistência psiquiátrica no território (Colucci & Vittorio, 2001). A equipe técnica encaminhou à administração municipal uma reivindicação para que as atividades do hospital fossem definitivamente encerradas, o que foi rejeitado pelo poder local. Como resultado, a equipe deu alta coletiva aos internos e se demite em massa (Amarante, 2010; Barros, 1994).

A repercussão dessa experiência goriziana aconteceu quando também ocorrera um convite a Franco Basaglia para ser professor visitante de um dos Centros de Saúde Mental Comunitária do Maimonides Hospital do Brooklyn, Nova York (EUA), em 1969. Assim, Basaglia permanece por seis meses nos Estados Unidos onde teve a oportunidade de conhecer de perto a psiquiatria comunitária. (Colucci & Vittorio, 2001).

Em 1970, retorna à Itália e inicia uma nova e curta experiência em Parma. A convite de Mario Tommasini, assessor de saúde da Província de Parma, Basaglia assume a direção do Hospital Psiquiátrico de Colorno, em Parma. Assim, inicia um processo de transformação que se revelou breve, pelas numerosas dificuldades de ordem administrativas (Amarante, 2010; Barros, 1994; Colucci & Vittorio, 2001; Goulart, 2007). A comissão de esquerda da Província de Parma havia prometido apoiar Basaglia, mas na verdade esse apoio não aconteceu para que não fossem perturbados os equilíbrios políticos e os interesses econômicos locais (Colucci & Vittorio, 2001).

Diante disso, Basaglia encerrou sua breve passagem por Parma e tomou caminho até Trieste, a convite do prefeito, para dirigir o manicômio da cidade (Passos, 2009).

Em agosto de 1971, Basaglia foi nomeado diretor do Hospital Psiquiátrico de Trieste (Hospital de San Giovanni), com 1.182 pessoas internadas, sendo que 840 delas eram de forma compulsória e as demais involuntárias. O manicômio, de responsabilidade administrativa da Província governada por uma comissão de centro-esquerda liderada por Michele Zanetti, deu pleno apoio ao projeto de superação do manicômio e de organização psiquiátrica territorial, proposto por Basaglia e sua equipe (Colucci & Vittorio, 2001).

Dessa maneira, começaram a realizar um programa de profundas transformações, afastando-se definitivamente do modelo anglo-saxão da comunidade terapêutica. Pois, com a experiência de Gorizia e Parma, percebeu-se que a comunidade terapêutica não era suficiente. Precisava dar seguimento a um projeto político que não devia acabar com a humanização do manicômio, nem na simples transformação de suas dinâmicas de funcionamento interno, mas que questionasse a persistência pela existência da instituição total (Colucci & Vittorio, 2001).

Assim, Basaglia almejava o fechamento do hospital psiquiátrico. Devolver ao doente a sua liberdade e assim poder recuperar a sua dignidade e cidadania perdida no interior dos muros do manicômio. Em Trieste, Basaglia e sua equipe dão início à elaboração de um programa de profundas transformações que envolvia pacientes, familiares, profissionais, movimento estudantil e toda a comunidade, iniciando, assim, o processo de fechamento paulatino daquele hospital (Goulart, 2007).

Segundo Passos (2009), foi realizado um processo de substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento. Assim, “são construídos os primeiros serviços territoriais e o serviço psiquiátrico 24 horas no hospital geral” (p. 162). Também surgiram para compor essa rede, cooperativas de trabalho protegido, moradias assistidas, entre outros mecanismos de apoio. Assim, deu-se início ao projeto de desinstitucionalização basagliano.

Enfim, em Trieste, Basaglia e seus companheiros de luta estavam conseguindo realizar o que tanto desejaram: “derrubar” os muros do manicômio.

Em 1973, organizaram uma manifestação festiva nas ruas de Trieste, uma intervenção na cidade que mostrasse as transformações que estavam ocorrendo dentro do hospital. Internos, técnicos e simpatizantes eram acompanhados por Marco Cavallo, um enorme cavalo azul feito de madeira e papel machê elaborado pelos usuários nas oficinas artísticas do ateliê do hospital. A ideia de fazer o Marco Cavallo veio de alguns usuários que queriam homenagear um velho cavalo que trabalhava no espaço da instituição psiquiátrica, transportando a roupa suja do manicômio para a cidade e que tinha o nome de Marco. Transformou-se no símbolo da desinstitucionalização em Trieste (Passos, 2009).

O movimento de luta antimanicomial da Itália iniciou-se na década de 1960, porém foi denominado como Psiquiatria Democrática somente em 1973, em Bolonha (Itália). Assim, a Psiquiatria Democrática surgiu num segundo momento do movimento antimanicomial. Nesse momento, o movimento tinha como principais objetivos construir uma alternativa ao modelo psiquiátrico tradicional vigente na época, como também realizar uma maior organização e expansão das ações antimanicomiais que vinham acontecendo. Vários dos participantes que compunham o grupo fundador da Psiquiatria Democrática pertenciam à equipe de Basaglia, nos trabalhos realizados durante as experiências nos manicômios de Gorizia e Trieste. Também foi por intermédio da Psiquiatria Democrática que se criou a oportunidade de envolver diversos atores sociais ao movimento de reforma, por meio da construção de espaços discursivos (Goulart, 2007).

Segundo Goulart, o discurso crítico da Psiquiatria Democrática opunha-se:

[...] às práticas psiquiátricas européias que conservavam os aparatos assistenciais tradicionais (especialmente à psiquiatria de setor). Buscava refletir sobre o impacto político da instituição psiquiátrica, efetivando novos parâmetros de relacionamento entre técnicos (em saúde mental) e usuários dos serviços, com o objetivo de promover a reintegração social e a emancipação dos doentes mentais. (Goulart, 2007, p. 81)

No mesmo ano de 1973, “há o reconhecimento de Trieste como zona piloto da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a pesquisa sobre psiquiatria” (Passos, 2009, p. 132).

Em 1977, Basaglia, sempre utilizando a mídia como uma estratégia de transformação cultural, em uma coletiva à imprensa, comunicou, para o final do mesmo ano, o fechamento do hospital (Goulart, 2014; Passos, 2009).

Antes de suas visitas ao Brasil, abordadas mais adiante neste capítulo, Franco Basaglia participou da formulação da Lei 180, lei da reforma psiquiátrica italiana, como também trabalhou na sua aprovação, que ocorreu em 13 de maio de 1978, votada por quase unanimidade pelo parlamento italiano. A Lei 180, também conhecida como “Lei Basaglia”, estabeleceu a abolição dos hospitais psiquiátricos na Itália e encontra-se vigente até o presente momento (Amarante, 2010; Goulart, 2007; Passos, 2009; Barros, 1994).

Em 1979, Franco Basaglia deixou a direção do hospital em Trieste, sendo substituído por Franco Rotelli. Seguiu para Roma, onde assumiu o cargo de coordenador dos serviços psiquiátricos da Região de Lazio (Colucci & Vittorio, 2001).

Basaglia faleceu em 29 de agosto de 1980, em Veneza, de um tumor cerebral, (Colucci & Vittorio, 2001) aos 56 anos, deixando marcas inegáveis na história da saúde mental mundial.

Em 1981 e 1982, são publicados os dois volumes de seus escritos: *Scritti I e Scritti II*, respectivamente. Os volumes foram organizados por Franca Ongaro Basaglia (Colucci & Vittorio, 2001).

Contudo, diante dessa contextualização da reforma psiquiátrica italiana a partir da história de Franco Basaglia, considerado como seu principal líder, buscou-se demonstrar o início e o desenrolar das mudanças na assistência psiquiátrica italiana, principalmente, por meio das duas experiências bastante expressivas na história do movimento: nos hospitais psiquiátricos de Gorizia e Trieste. Assim, devido à importância dessas duas experiências, elas serão ainda um pouco mais detalhadas a seguir.

## **2.1 Experiência de Gorizia**

Após a entrada em 1961 de Franco Basaglia no Hospital Psiquiátrico de Gorizia, cidade localizada ao norte da Itália, o hospital começou a passar por profundas mudanças institucionais: transformou-se em um verdadeiro “laboratório de experiências” de como se pensar e realizar novas formas de tratamento para a loucura. Além disso, possibilitava um ambiente propício, no qual se realizavam críticas teóricas e práticas à psiquiatria e ao seu local de ação, o manicômio. Tais mudanças eram inspiradas pelo conceito de Comunidade Terapêutica desenvolvido por Maxwell Jones na Escócia e a Psicoterapia Institucional francesa. Também houve influência dos trabalhos realizados pelos teóricos Foucault e Goffman, que foram integrados à formação existencial-fenomenológica que Basaglia possuía (Amarante, 2010; Basaglia, 2005). Apoiava-se, também, na cultura de esquerda marxista

italiana, com destaque para o materialismo histórico e, em particular, ao pensamento de Gramsci (Goulart, 2007).

O que os “gorizianos” negavam era o modelo psiquiátrico vigente na época e o saber pronto e acabado praticado como verdade absoluta. Possibilitaram a abertura de espaços para que pudessem vir à tona a criatividade e as invenções para que um novo tratamento se concretizasse a partir de um novo modo de olhar à loucura.

Nesse contexto, como dissemos, foi desenvolvida a noção de “duplo da doença mental”, que diz respeito às “incrustações”, ou seja, aquilo que não é próprio de estar doente, mas de estar institucionalizado, preso no manicômio e (sobre)vivendo em um lugar que não possui condições dignas de vida. Os internos do manicômio eram vistos somente como doentes, o que se “enxergava” era somente a doença. Percebido isso, Basaglia e sua equipe fizeram a seguinte inversão: colocam a “doença entre parênteses”, para que surja a pessoa. Ao colocar entre parênteses a doença, o diagnóstico que o etiquetou, pretendeu-se com isso conseguir compreender a pessoa e, principalmente, agir sobre ela, “já que se encontra destruído muito mais pelo que se considerou acerca da doença e pelas medidas de segurança impostas a partir de uma tal interpretação, que pela doença em si” (Basaglia, 2005, p. 66). Dessa maneira, abriu-se uma enorme perspectiva no lidar efetivamente com as pessoas em sofrimento, e não somente com suas doenças (Basaglia, 2005; Amarante, 2010; Oliveira, 2010).

Não pretendemos, porém, negar que o doente mental seja um doente. Entretanto – graças às recentes reviravoltas de uma instituição psiquiátrica -, o doente tem se revelado extremamente diverso daquilo que a instituição psiquiátrica e a própria psiquiatria consideraram até hoje. Muitos dos sintomas com os quais ele foi etiquetado desapareceram quando desmoronam as estruturas às quais esses sintomas estavam estreitamente ligados, a ponto de tornar-se necessário um trabalho gradual de separação entre o que se pode considerar produto da internação e o que deve ser entendido como núcleo da doença original. (Basaglia, 2005, p. 76)

Assim, o que Basaglia propunha não significava a negação da doença mental, e sim “uma recusa à aceitação da positividade do saber psiquiátrico em explicar e compreender a loucura/sofrimento psíquico” (Amarante, 2010, p. 80).

A experiência goriziana negava o manicômio como lugar que negava a vida por estar a serviço da morte. Lugar onde a violência habitava e abafava qualquer resquício de vida que pudesse existir. Local que servia como regulador social, pois se fazia morada para a exclusão e opressão de tantos marginalizados sociais, vítimas da estigmatização e do sistema capitalista. O manicômio não passava de um “depósito humano” que agrupava uma série de

peças que, entre muitos estigmas que carregavam, também eram ditas improdutivo para toda uma sociedade (Basaglia, 1981; 1991; Oliveira, 2010).

Em resumo, Amarante (2010) diz que:

[...] o trabalho em Gorizia concentra-se em três grandes linhas de intervenção que, na prática, estão cotidianamente presentes nas assembleias, nas discussões com os técnicos, nos contatos com os familiares e a sociedade: a origem do 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 social da psiquiatria, do manicômio e do técnico na constituição da hegemonia [...] (p. 73)

Com tantas mudanças, o manicômio de Gorizia se transformou em uma “comunidade terapêutica”, inspirado pelo modelo desenvolvido por Maxwell Jones, que se baseava em uma reorganização moderna no interior do hospital, criando serviços psiquiátricos alternativos, abolição da contenção física e do eletrochoque, assembleias gerais envolvendo internos e técnicos, entre outras transformações. Todas essas mudanças eram realizadas dentro do manicômio, com o intuito de “humanizar” o hospital e criar condições de vida aos internos por meio de suas necessidades concretas (Goulart, 2007; Passos, 2009; Amarante, 2010).

Amarante (2010) realiza um apanhado sobre os novos conceitos que emergem dessas práticas inéditas e formas de pensar a loucura:

[...] os conceitos se entrecruzam, relacionam-se entre si em um mesmo corpo teórico e, mais que isso, estão relacionados a questões concretas da prática que Basaglia está, em cada momento, experimentando e sobre ela refletindo. O conceito mais geral, que pode servir de base e linha condutora para o conjunto do texto, é o de desinstitucionalização que, desde o início, imprime as bases teórico-metodológicas do projeto de transformações. (p. 67)

Apesar de todas essas mudanças, Basaglia e sua equipe perceberam que não bastava essa transformação do hospital, era necessário o seu fechamento para que fosse devolvida a liberdade aos internos e a abertura de serviços comunitários ou territoriais.

Segundo Basaglia,

[...] a adoção da comunidade terapêutica, embora possa ser considerada um passo necessário na evolução do hospital psiquiátrico (necessário sobretudo pela função que teve, e ainda tem, de desmascaramento daquilo que o doente mental era considerado e não é, e pela identificação dos papéis antes inexistentes fora da dimensão de confinamento), não pode ser vista como a meta final a ser buscada, mas sim como uma fase transitória, na espera de que a própria situação evolua de modo a nos fornecer novos elementos de clarificação. (Basaglia, 2005, p. 114).

Assim, mais ao final da experiência goriziana, “A comunidade terapêutica é criticada por pretender tornar-se uma técnica com fim em si própria, que nada mais faz do que encobrir por intermédio de uma nova ideologia, as contradições sociais que tinha tentado tornar explícitas” (Amarante, 2010, p. 85).

O ideal de liberdade do projeto de desinstitucionalização de Basaglia não se concretizou em Gorizia. Apesar de a experiência ser o início do processo de desinstitucionalização, os “gorizianos” (Amarante, 2010; Goulart, 2007) não conseguiram concretizar nesse hospital psiquiátrico o tão almejado fechamento do manicômio e nem a abertura de serviços extramuros. Porém, a concretização desse ideal foi possível na cidade de Trieste, situada a nordeste da Itália.

## **2.2 Experiência de Trieste**

A experiência triestina iniciou-se em 1971, com a entrada de Basaglia na direção do hospital psiquiátrico da cidade. Para essa experiência, Basaglia e sua equipe possuíam o seguinte ponto de partida: tratava-se de uma superação do modelo de comunidade terapêutica, por meio do rompimento com o isolamento do manicômio em relação à cidade, para, assim, trabalhar com uma imediata projeção no território circundante (Colucci & Vittorio, 2001).

Fazia-se necessário, além de construir uma rede de serviços externos, deterem o fluxo de novas internações e prestar assistência às pessoas que recebessem alta do manicômio (Colucci & Vittorio, 2001).

Assim, houve a elaboração do projeto de desinstitucionalização: aos poucos o manicômio de Trieste foi sendo “destruído” e esse processo contava com a participação dos internos, familiares, profissionais, estudantes, artistas, comunidade. Para ser mais exato, o fechamento definitivo do manicômio de Trieste ocorreu “em setembro de 1977, acontecimento pioneiro no mundo” (Passos, 2009, p. 131). Durante o fechamento paulatino do manicômio, surgia a invenção de novas estruturas assistenciais e terapêuticas em saúde mental que substituíam o hospital psiquiátrico (Centros de Saúde Mental), dando origem a um processo de reabilitação (Basaglia, 1982; Barros, 1994; Oliveira, 2010; Passos, 2009).

É esse o propósito do processo de desinstitucionalização levado a cabo em Trieste. Os internos vão recebendo alta do hospital psiquiátrico e, quando não têm estrutura familiar de apoio, tornam-se ou “hóspedes” – no sentido de que passam a habitar em espaços do ex-hospital, não mais como internos –, ou passam a habitar em casas no meio da cidade. (Amarante, 2010, p. 96).

Também foram construídos em Trieste, à medida que o manicômio ia sendo desativado, centros de saúde territoriais que exerciam função básica de apoio aos pacientes, familiares e comunidade (Amarante, 2010).

Em 1973, por meio do reconhecimento jurídico, iniciaram-se as atividades da Cooperativa de Trabalhadores Unidos, primeira experiência de organização trabalhista que implicava os – agora – usuários dos serviços de saúde mental. Assim, surgiram as cooperativas que criam possibilidades de “trabalho real” para os pacientes, isso devido à posição que Basaglia tinha contra a exploração da “ergoterapia” aos internos dos manicômios (Amarante, 2010; Colucci e Vittorio, 2001; Passos, 2009).

Contudo, possibilitou-se a construção de uma rede de apoio para a realização da reabilitação dos ex-internos do manicômio triestino na própria cidade.

Segundo Nicácio (2003), a problematização do manicômio realizada por Basaglia, ao longo de todo o seu trabalho e de sua equipe, explicita,

[...] por um lado, o processo de institucionalização, privação e exclusão produzido nas instituições psiquiátricas e, por outro, a necessidade de produzir novas instituições e intervenções que possam viabilizar não apenas a saída do hospital, mas, e sobretudo, as condições materiais, subjetivas, sociais e culturais para construir e possibilitar o processo de reentrar no mundo da vida ou, ainda, a reentrada das pessoas com transtornos mentais nos intercâmbios e trocas sociais. (p. 59).

Ainda com Nicácio (2003),

Em síntese, a desinstitucionalização não se conclui com a superação do manicômio, mas “implica a transformação do paradigma cultural, teórico e científico da psiquiatria – que necessita como condição indispensável, mas não suficiente, o fim dos hospitais psiquiátricos” (ROTELLI, 2000, p.2). E, nesse percurso, produzir novos modos de pensar e agir que viabilizem os processos de “emancipação [...] que possibilitem a restituição da loucura à cidade, de forma contínua e interminável”. (p. 103).

Ainda durante a experiência em Trieste, Basaglia realizou visitas ao Brasil para compartilhar os desafios e conquistas que, até então, surgiam da reforma psiquiátrica italiana. Essas visitas de Basaglia aos brasileiros, que já havia forte inquietação por mudanças na área psiquiátrica do nosso país, a seguir serão mais bem apresentadas.

### **2.3 Percurso de Basaglia no Brasil**

A reforma psiquiátrica brasileira possui aportes internacionais do movimento de luta antimanicomial italiano, denominado Psiquiatria Democrática, que tinha como principal líder o psiquiatra italiano Franco Basaglia (Goulart, 2007; Passos, 2009). A influência italiana aconteceu de forma expressiva a partir dos anos 1970, quando ocorrem as visitas de Basaglia ao Brasil, realizando-se conferências e visitas a alguns manicômios, como também a criação de relações de colaboração entre os países, como o voluntariado ocorrido por brasileiros nos serviços de saúde mental da Itália, em especial, na cidade de Trieste (Goulart, 2014).

A reforma psiquiátrica brasileira possui como marco inicial os anos de 1960 e 1970. O início da reforma se desenvolveu ainda em tempos de ditadura militar, num momento histórico que tinha como característica bastante relevante o aparecimento dos movimentos sociais no país. Surge também nesse momento o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que buscava uma reformulação da assistência em saúde mental (Amarante, 1995).

Aproveitando essa contextualização do início do movimento de luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica brasileiros, será apresentado a seguir o percurso de Franco Basaglia no Brasil. Muitas informações que são aqui utilizadas foram retiradas do relatório final da pesquisa já concluída *História da Política de Saúde Mental: Minas Gerais e vínculos com Itália* (Goulart, 2014), em que a mestranda pertenceu à equipe de pesquisadores.

Franco Basaglia realiza uma primeira visita ao Brasil em 1978 (mesmo ano que ocorreu a aprovação da Lei 180 e já havia ocorrido o fechamento do manicômio de Trieste) para participar do I Simpósio Internacional de Psicanálise, Grupos e Instituições, na cidade do Rio de Janeiro (Goulart, 2007). Basaglia foi convidado por Gregório Baremlitt, psiquiatra e psicanalista argentino exilado no Brasil, e colegas do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que custearam a sua vinda. Esse Simpósio contou também com a participação de outros convidados internacionais, tais como Robert Castel, Erving Goffman, entre outros (Goulart, 2014).

Basaglia retornou ao Brasil em 1979, para a realização de conferências e visitas aos manicômios no Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte (Goulart, 2007) nos meses de junho e julho (Basaglia, 1979; 2000). Os responsáveis pela articulação de sua segunda vinda ao Brasil foram Darcy Antonio Portolose, Pedro Mascarenhas, Gabriel Roberto Figueiredo e Maria Aparecida Albertini e as instituições: Sindicato dos Médicos, Sindicato dos Trabalhadores das Indústrias Químicas e Farmacêuticas, Núcleo de Estudo em Psicologia e Psiquiatria Social do Instituto Sedes Sapientiae, Associação Mineira de Psiquiatria, Instituto de Psiquiatria Social (Diadema/SP) e Sociedade de Psicodrama de São Paulo (Goulart, 2014).

Nas conferências, Basaglia relatava suas experiências no processo de desinstitucionalização italiano, bem como o fechamento do manicômio da cidade de Trieste (Basaglia, 1979; 2000). Assim, suas conferências encorajavam e mobilizavam os brasileiros sedentos por mudanças na assistência psiquiátrica.

Nessa primeira vinda de Basaglia a Minas Gerais destaca-se a importância de suas idas aos hospitais psiquiátricos de Belo Horizonte e Barbacena, que faziam parte da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), devido ao impacto que gerou na opinião pública com as denúncias realizadas após essas visitas. Em Belo Horizonte, visitou os hospitais psiquiátricos Galba Velloso e Instituto Raul Soares. Em seguida, partiu para Barbacena, sendo que sua visita ao Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena foi marcada pelo imenso desgosto que causou ao nosso visitante por conta das precárias e desumanas condições em que se encontravam os pacientes naquele lugar. Basaglia ficou tão horrorizado com a realidade daquele manicômio que o comparou a um “campo de concentração nazista”. (Basaglia, 1979). Antônio Soares Simone, ao falar como foi a experiência de Basaglia ao visitar os hospitais psiquiátricos mineiros, relata que “os dois primeiros [hospitais Galba Velloso e Raul Soares] já o impressionavam, deixando-o muito abalado. A visita ao terceiro [Barbacena] teve sobre ele um impacto tão violento que o deixou profundamente deprimido” (Basaglia, 1979, p. 136).

Nesse mesmo ano de 1979, Basaglia retorna a Belo Horizonte para participar do III Congresso Mineiro de Psiquiatria. Essa participação de Basaglia foi custeada pela Associação Mineira de Psiquiatria. Segundo registros, o III Congresso ocorreu durante os dias 17 a 21 de novembro (Goulart, 2014).

A participação de Basaglia no III Congresso se caracteriza pela motivação em busca de alternativas para as mudanças na assistência psiquiátrica. A realização do III Congresso se debateu as denúncias aos manicômios mineiros, também realizadas por Helvécio Ratton, em seu documentário *Em nome da razão* (Goulart, 2010), e por Hiram Firmino, com a série de reportagens *Nos porões da loucura*, para o jornal *Estado de Minas* (Firmino, 1982). Assim, todos esses acontecimentos no ano de 1979 se tornaram marcos da reforma psiquiátrica em Minas Gerais.

As vindas de Basaglia ao Brasil deram visibilidade a uma série de denúncias sobre os abusos e maus tratos realizados aos internos pela assistência psiquiátrica da época. Esses acontecimentos proporcionaram impulso ao movimento de luta antimanicomial brasileiro já existente (Amarante, 2008; 2010; Basaglia, 1979). Assim, a partir dessa influência basagliana, a reforma psiquiátrica brasileira seguiu o seu caminho aprofundado pelo lema “Por uma

sociedade sem manicômios”. Lema este idealizado durante o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, evento realizado em Bauru-SP no ano de 1987. Nesse contexto de desenvolvimento da reforma, a reabilitação psicossocial surge como uma das formas de resposta ao antigo modelo manicomial (Amarante, 2008; Nicácio, 1990).

Atualmente, a reforma psiquiátrica conta com os serviços substitutivos ao manicômio que compõem a rede de atenção psicossocial, como os Centros de Convivência, por exemplo. As práticas desenvolvidas dentro desses serviços são norteadas pela reabilitação psicossocial, que possui inspiração na experiência italiana.

Esses serviços e suas práticas visam possibilitar a inserção social dos usuários de saúde mental na sociedade, bem como uma nova possibilidade de assistência e tratamento, que possuem como característica fundamental, serem contrários à lógica manicomial.

### ***2.3.1 Influência basagliana em Minas Gerais***

As visitas de Basaglia a Minas Gerais também são marcantes para a história da reforma psiquiátrica desse Estado por possuírem relevante representatividade no início do processo de transformações realizado na política de saúde mental mineira (Goulart, 2014).

A rede pública de saúde mental de Belo Horizonte, criada em 1993, possui forte inspiração na experiência triestina de desinstitucionalização. Boa parte dessa inspiração se deu por meio do contato dos profissionais mineiros com a experiência de reforma ocorrida em Santos-SP, em 1989. As transformações na assistência psiquiátrica de Santos contaram com a colaboração da prefeitura da cidade e também com a colaboração de brasileiros recém-chegados da Itália, que tiveram contato com a experiência triestina. Assim, foi iniciado o processo de transformações na área da saúde mental em Santos (Goulart, 2014; Nicácio, 1990).

Os profissionais em Minas Gerais, ao tomarem conhecimento das mudanças ocorridas em Santos, inclusive com o fechamento da Casa de Saúde Anchieta (hospital psiquiátrico particular da cidade), começaram a se mobilizar para conhecer de perto a experiência. Assim, em 1990, César Rodrigues Campos, coordenador da saúde mental da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG), propõe que se façam grupos de profissionais em Belo Horizonte para conhecer a experiência santista. Ao verem de perto as mudanças ocorridas em Santos, os profissionais mineiros voltaram com a certeza de que era possível fechar o manicômio e criar serviços que pudessem substituí-lo (Goulart, 2014).

A partir de toda essa apresentação sobre Franco Basaglia e sua participação na reforma psiquiátrica italiana e brasileira por meio dos autores que possuem estudos sobre os assuntos abordados, segue no próximo capítulo a análise realizada pela mestranda a partir do estudo do livro *Scritti II*, que se refere mais particularmente ao período de Trieste e da efetivação da desinstitucionalização. A análise da obra basagliana se revelou como uma verdadeira (re)descoberta e (re)encontro com o pensamento e práticas basaglianos.

### 3 ANÁLISE DO LIVRO *SCRITTI II: (RE)DESCOBRINDO BASAGLIA*

Para o desafio de resgatar a perspectiva de reabilitação para Basaglia proposto para esta pesquisa de mestrado, foi escolhido o livro *Scritti II* sobre o qual foi realizada uma leitura e análise crítica dos artigos que compõe esse volume.

Franca Ongaro Basaglia, esposa de Franco Basaglia e companheira da luta antimanicomial, ao organizar a coletânea que compõe a obra *Scritti*, dividiu os artigos em dois volumes. O primeiro volume, publicado em 1981, compreende o período de 1953 a 1968, com textos desde a Psiquiatria Fenomenológica, que marca as discussões realizadas por Basaglia ainda como professor na Universidade de Padova, até os textos elaborados durante a experiência no manicômio da cidade de Gorizia. O segundo volume, publicado no ano seguinte, tem como período os anos de 1968 a 1980, que compreende os escritos sobre o final da experiência goriziana, o processo de abertura do manicômio de Trieste, até o final com a discussão da nova lei de assistência psiquiátrica (Lei 180/1978) e da organização dos serviços externos.

Para esse volume analisado, Franca Basaglia seguiu (em sua maioria) uma ordem cronológica dos textos de acordo com o ano de publicação. São textos, em geral, que foram publicados em revistas, outros são apresentações orais em encontros e também há textos escritos para a introdução e prefácio dos livros de autores que foram importantes para a trajetória da reforma psiquiátrica italiana, como Maxwell Jones, Erving Goffman, Robert Castel<sup>4</sup>.

O segundo volume possui o total de 28 artigos de Franco Basaglia, sendo que quinze textos são de autoria exclusiva de Basaglia e se tratam, na maioria (dez textos), de apresentações orais (comunicações e uma entrevista) proferidas por ele e que foram transcritas. Os treze textos restantes do volume contam com a colaboração de demais autores: dez textos têm a contribuição de Franca Basaglia; um contou com as colaborações de Franca Basaglia e Maria Grazia Gianichedda; outro texto apenas com a colaboração de Maria Grazia Gianichedda, ambos os textos foram apresentados em comunicação oral; e um texto, além de contar com a colaboração de Maria Grazia Gianichedda, teve também contribuições de outros trabalhadores de Trieste.

---

<sup>4</sup> Jones, M. (1970). *Ideologia e prática da psiquiatria social*. Milano: Etas-Kompass.

Goffman, E. (1969). *Asylums*. Torino: Einaudi.

Goffman, E. (1971). *Il comportamento in pubblico*. Torino: Einaudi.

Castel, R. (1978). *Lo psicanalismo*. Torino: Einaudi

Todos os textos são de autoria de Franco Basaglia, porém nem todos são apenas de sua autoria conforme a descrição anterior. Essa informação demonstra-se relevante por mostrar que se trata de uma produção coletiva tanto do ponto de vista intelectual, quanto do prático, e não apenas de um autor. Não é somente uma produção realizada por Franco Basaglia. Principalmente, no que se refere à colaboração de Franca Basaglia em onze textos, que se faz presente no interior do volume do início até o final. Nos textos que fazem referência à experiência triestina, além de contar com a colaboração de Franca Basaglia, dois textos tiveram contribuições de Maria Grazia Gianichedda (socióloga) e um texto dos colaboradores de Trieste. Assim, fica demonstrado que não se trata de uma construção de pensamento e nem de atitudes práticas apenas de Franco Basaglia, mas se trata de algo coletivo, de múltiplos autores e atores sociais que participaram dessa experiência de reforma psiquiátrica na Itália abordada por este trabalho. Quando se fala aqui em Basaglia, se fala de um coletivo, de múltiplos, de um plural, e não apenas de algo singular.

Dessa forma, com a imersão cuidadosa na obra basagliana, em sua língua original (italiana) e a partir dessa leitura analítica, evidenciou-se também a descoberta de vários conteúdos que contribuíram para a “desmistificação” da figura do líder do movimento antimanicomial italiano, Franco Basaglia, dando origem ao que se intitula como (re)descoberta. Com o aprofundamento dos temas, das discussões e das referências que contribuíram para o desenvolvimento do pensamento e da prática que caracterizam o trabalho basagliano, ficou evidenciado que se conhece pouco sobre os caminhos percorridos até o épico momento do fechamento do manicômio de Trieste, em 1977. Apenas os resultados da famosa experiência triestina e os principais momentos históricos e heroicos que são bastante conhecidos pela maior parte de militantes e estudiosos da reforma psiquiátrica antimanicomial brasileira.

Durante a leitura, evidenciou-se uma produção extremamente crítica e de significativa referência marxista que os autores trazem para as discussões na área da saúde, em especial da saúde mental. Destacando sempre as discussões de forma complexa e analisando a partir dos contextos econômicos, sociais e políticos, Basaglia, o principal autor, consegue ampliar a discussão da saúde mental e, assim, levantar uma grande diversidade de temas.

O foco inicial da leitura, que se tratava do resgate da concepção de reabilitação de Basaglia, foi se ampliando por conta da quantidade de outros temas relevantes e de extrema importância para as discussões atuais em saúde mental que, no decorrer da leitura, foram sendo revelados. Assim, demonstrou-se necessário, ao longo da leitura analítica, explorar também a discussão dos demais temas levantados pelo livro, além da concepção de

reabilitação – até mesmo para se poder entender a profundidade e a riqueza da produção basagliana.

Durante a análise do livro, foram encontrados diversos temas relevantes que se mostraram de extrema importância ao marcarem o pensamento e a prática basaglianos na década de 1970. Assim, foram organizados em três blocos intitulados como *Ciência psi: o doente mental*<sup>5</sup> como objeto; *Psiquiatria e justiça*; e *Instituições psiquiátricas*, que serão apresentados e discutidos a seguir<sup>6</sup>.

### **3.1 Ciência psi: o doente mental como objeto**

Aqui visa discutir a ciência positivista e a universidade como produtoras de ideologias responsáveis pela violência destinada ao doente mental ao torná-lo objeto nas relações institucionais. Basaglia realiza uma crítica ao comprometimento do intelectual com os valores da classe dominante e às teorias consideradas “vazias”, devido ao afastamento da universidade com a prática.

As principais referências encontradas nos escritos sobre o assunto foram Jean-Paul Sartre, Karl Marx, Michel Foucault e Karl Jaspers. Segundo Colucci e Vittorio (2001), as críticas de Basaglia sobre a psicopatologia e os saberes psiquiátricos tradicionais também tiveram influências dos estudos de Ludwig Biswanger, além de Karl Jaspers.

#### **3.1.1 Ideologias**

As ideologias são amplamente discutidas no decorrer da obra. Basaglia utiliza a referência marxista de ideologia por meio de seu significado de “falsa consciência” (Basaglia, 1982, p. 3). As ideologias, em especial as científicas, são sempre destacadas a partir da preocupação em relação ao encobrimento das contradições que surgem a partir do questionamento da realidade.

“Realidade” e “utopia” existem ambas como faces – só aparentemente diversas – da ideologia, que é uma falsa utopia realizada unicamente para benefício da classe dominante. A “realidade” em que vivemos é ela própria uma ideologia, no sentido que não corresponde ao concreto, ou como diria Marx, ao verdadeiro na prática, mas é o produto de medidas tomadas pela classe

---

<sup>5</sup> O termo “doente metal” está sendo usado nessa análise por ser a nomenclatura utilizada por Basaglia em sua obra.

<sup>6</sup> Como foi explicada na parte metodológica desta dissertação, a tradução utilizada na escrita desse capítulo é de nossa integral responsabilidade.

dominante em nome da comunidade. E, por não responderem às exigências da comunidade, mas às da classe dominante que as impõe, tais medidas agem como instrumento de domínio. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 340).

Basaglia, ao utilizar a enunciação de Sartre que diz “as ideologias são libertadoras enquanto se fazem, são opressoras depois de feitas” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 3), quer dizer que, enquanto as ideologias estão sendo criadas, elas estão abertas para a discussão. Mas, quando já estão postas, se fecham em si, viram verdades quase inquestionáveis e fecham as discussões. Diante disso, Basaglia demonstra seu cuidado em alertar que as contradições expostas enquanto se discute podem ser tamponadas por uma nova ideologia, tornando-se uma forma de opressão.

Basaglia entendeu essa referência sartreana como uma perfeita correspondência ao significado teórico realizado cotidianamente durante a transformação do manicômio de Gorizia em comunidade terapêutica<sup>7</sup>. Para Basaglia,

A comunidade terapêutica se torna libertária enquanto se faz, ou seja, no processo de transformação que co-envolve a toda comunidade através de seu único projeto: a destruição da realidade manicomial e o recusa da funcionalidade da instituição psiquiátrica ao sistema social em que é expressão. Mas, torna-se uma opressão quando se fecha em si mesma, em um esquema fixo que – através da estereotipização da dinâmica inicial – recobre todas as contradições surgidas com a explicitação da negação inicial. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 65).

Essa preocupação com as ideologias se apresentou recorrentemente em toda a discussão feita por Basaglia ao longo da década de 1970, principalmente, no que corresponde às seguintes ideologias: médica (psiquiátrica), sociológica, jurídica, comunitária, do desvio e da punição/cárcere. Como fica exemplificado no trecho a seguir, quando Basaglia fala sobre essas ideologias específicas que mascaram e encobrem a verdadeira função político-social das instituições totais, como o manicômio e o cárcere:

[...] para o manicômio a ideologia médica que encontra na definição de irrecuperabilidade da doença a justificção da natureza da instituição; para o cárcere, a ideologia da punição; o preso paga pela sua falta causada pelos danos à sociedade; o doente, paga por uma falta não cometida e o preço que se paga é desproporcional à “culpa”, por fazê-lo viver uma dupla forma de alienação que provém da total incompreensão e incompreensibilidade da situação que se encontra forçado a viver. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 189).

Essas ideologias específicas citadas anteriormente aparecerão melhor detalhadas ao longo dessa análise.

---

<sup>7</sup> Será discutida mais adiante sobre essa concepção de comunidade terapêutica utilizada por Basaglia.

### **3.1.2 Ciência positivista**

Ao longo dos textos, Basaglia também realiza uma ampla discussão crítica sobre os saberes científicos produzidos nas universidades da época, dizendo que teriam pouco a contribuir de fato na prática de desinstitucionalização realizada dentro das instituições psiquiátricas.

Denuncia que a ciência estaria extremamente ligada aos valores da classe dominante, explicitando, assim, qual seria a política que constitui essa ciência que possuía forte caráter classista.

Diante disso, realiza forte crítica à ciência positivista e conservadora da época que se baseava na suposta neutralidade e objetividade ao se dedicar aos assuntos ligados à psiquiatria. Assim, seus métodos científicos que garantiam a validade e fidedignidade de suas verdades científicas foram colocados à prova pela explicitação das contradições entre teoria e prática. “A abstrata neutralidade da ciência vem então a se desmascarar sob o plano prático, ficando explícita a ruptura pragmática entre o terreno de elaboração teórica e o terreno do trabalho prático” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 82).

Ainda a respeito desses métodos da ciência positivista, Basaglia diz que

Distanciando e afastando o doente de nosso mundo, se afasta e elimina a sua realidade, chegando a fazer dele um objeto isolado de sua própria história, do seu ambiente, da sua própria vida: recrudescendo, então, à condição de puro objeto da nossa agressividade [...] reduzindo o doente, ao máximo, a um puro objeto de contemplação: um caso interessante! [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 51).

Dessa maneira, ao realizar essas denúncias sobre a ciência da época, Basaglia expõe a relatividade das hipóteses e dos pressupostos científicos na relação com os doentes mentais, e também o quanto a ciência estava a serviço dos interesses da classe dominante e de suas ideologias.

Assim, Basaglia questiona a tendência em “absolutizar” as próprias hipóteses, realizada pela ciência:

Agora, essa necessidade de absolutizar as próprias hipóteses é expressão da necessidade de refugiar-se em uma ideologia que encobre as novas contradições surgidas das nossas discussões? Ou também é expressão daquilo que o sistema social em que vivemos faz a cada movimento subversivo que surge em seu interior? Se a negação se mantém, corre o risco de ir

além do próprio campo específico e de atacar as estruturas em que o sistema se funda: nesse sentido é mais prudente, para o sistema, converter a negação em uma afirmação reformada (isto é, aceitar as mudanças implícitas na primeira fase de negação implementada) absorvendo em sua dinâmica tudo que possa nascer de subversivo, reduzindo, assim, seu alcance e extensão. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 4).

Com essa discussão, Basaglia evidencia o elemento subjetivo-interpretativo de quem define e determina o que é a loucura:

[...] a ciência, que, em sua ação classificatória e discriminante, se reporta ao conceito de norma como valor absoluto, nitidamente definível; e a sociedade, a qual, baseada nas indicações dadas pela ciência, constrói a imagem social da doença mental que se revelará determinante no desenvolvimento da própria doença. Trata-se do resultado de um preconceito que, uma vez acionado, consegue justificar-se, fazendo a realidade combinar com sua própria hipótese. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 33).

Dessa maneira, fica evidenciada a crítica de Basaglia em relação à neutralidade da ciência e ao uso dessa ciência como uma forma de racionalização das contradições sociais levantadas pelo debate crítico.

### ***3.1.3 Ciências Humanas***

A partir dessa crítica realizada ao que se denomina como “ciência ideológica”, Basaglia discute as Ciências Humanas, em que:

[...] a nítida divisão entre lugar de trabalho prático e lugar de elaboração teórica consente e facilita a ausência de verificação real para cada tipo de ideologia; por isso a distância entre práticas e ideologia se revelam insuperáveis, colocando em evidência o caráter político da ideologia que tende a cobrir as contradições da realidade. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 82).

Assim, Basaglia justifica essa distância entre teoria e prática ao dizer que

No campo das ciências humanas, muitas vezes enfrentam-se temas teórico-científicos que não nascem de uma problemática prática, mas que – importados como problemas típicos de outras culturas (com diferentes níveis de desenvolvimento socioeconômico) – são inseridos num terreno no qual, a muito custo, se consegue reconhecer as premissas ou identificar os sinais de sua presença. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 127)

Dessa maneira, Basaglia aponta um importante problema a ser enfrentado em relação a essa distância entre o lugar de elaboração teórica e o terreno do trabalho prático apontados

anteriormente, por esse distanciamento não permitir o que Basaglia vem a chamar de uma verificação real da ideologia psiquiátrica.

A partir desse contexto crítico sobre as ciências, Basaglia destaca a psiquiatria no interior das Ciências Humanas, enfatizando seu real significado e sua função.

[...] a psiquiatria – enquanto ciência designada à análise e ao tratamento do comportamento – encontra a sua posição mais precisa em sua necessária aprovação a uma norma, já definida dentro do campo político-social antes que do técnico-científico, através das ligações com os valores da classe dominante. Cada ação técnica, aceita dentro do nosso sistema, assume automaticamente o papel de proteção da manutenção do status quo geral. No momento em que uma ciência, que deveria ser crítica, torna-se ortopédica, só pode produzir instrumentos apropriados à adaptação dos indivíduos às normas e aos valores dominantes. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 83).

A psiquiatria torna-se, diante da análise basagliana, uma ciência classista como qualquer outra ciência, que estaria intimamente ligada a “preconceitos científicos”, ao definir o doente mental. Preconceitos estes que foram disfarçados por meio da neutralidade científica que os garantia legitimidade e confiabilidade, mas que na realidade apenas defendiam os valores da classe dominante.

Diante dessa crítica à objetividade e neutralidade da psiquiatria, as classificações e os etiquetamentos começaram a ser questionados devido à ausência de uma verdade científica.

Isso significa que falta uma base concreta sob a qual fundar os nossos princípios, frente a um doente que se apresenta, ao mesmo tempo, como um problema particular e científico, nós temos apenas uma suposta série de denominações (correspondentes a uma série de sintomas) que sedam a nossa ansiedade em relação a um problema que não sabemos resolver. A classificação das síndromes psiquiátricas corresponderia, então, ao sinal da nossa impotência, de um lado, e da nossa agressividade, do outro, a respeito de uma doença que nos escapa: ou seja, o reconhecimento dessa impossibilidade do psiquiatra sustentar o doente mental como problema aberto e não resolvido, e da necessidade de cobrir esse fato com uma descrição puramente quantitativa dos sintomas. Nesse sentido, a instituição psiquiátrica satisfaz a sua função de cobertura ideológica de uma ignorância técnico-científica. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 48).

Assim, Basaglia discute sobre a realização dos diagnósticos psiquiátricos na época:

Por isso que o diagnóstico psiquiátrico incorporou o significado de um juízo de valor, de um etiquetamento, porque – de frente a impossibilidade de compreender ou dialetizar um problema – só resta descarregar a agressividade acumulada sobre o objeto provocador que não se deixa compreender. Isso significa que o doente foi isolado e colocado entre parênteses pela psiquiatria, para que se pudesse ocupar da definição abstrata de uma doença, da codificação da forma, da classificação dos sintomas, sem se implicar com a parte de uma realidade que, desse modo, estava sendo negada. Agora, mergulhados nesse castelo de entidades mórbidas, etiquetamentos, definições, somos forçados a colocar entre parênteses a “doença” como

classificação nosográfica, se quisermos ver o rosto do doente e seu distúrbio real. O doente mental é um problema que não foi enfrentado, mas apenas negado. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 50)

Dessa maneira, Basaglia sinaliza que a prática realizada dentro dos hospitais psiquiátricos denunciava que a ciência não estava a serviço do doente.

A ciência usa os seus achados técnicos para eliminar o doente, excluí-lo, trancá-lo, isso quando se trata de um doente que, por sua classe de pertença, não possui poder econômico nem cultural para poder se opor à intervenção terapêutica dita feita em seu favor. A prática confirmou que a medicina em geral e a psiquiatria em particular, não são ciências neutras que se dedicam ao tratamento dos doentes, porque, caso contrário, os curaria e nós teríamos muitos perturbados mentais recuperados e reinseridos no contexto social, assim como é comum que aconteça aos membros da classe dominante. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 357)

Mais adiante neste capítulo serão discutidas, de maneira mais detalhada, as técnicas científicas que Basaglia menciona na citação anterior, que são utilizadas pelos profissionais na prática psiquiátrica.

### ***3.1.4 Formação universitária***

Em uma conferência realizada na Universidade de Roma, em 1975, Basaglia sugere a seguinte reflexão com os presentes que assistiam à sua apresentação:

Eu creio que ninguém de nós, sabendo-se doente, gostaria de acabar no manicômio. Cada um de nós, tendo a possibilidade, recusaria tal tipo de instituição. No hospital psiquiátrico se entra, mas não sabe se sai e quem é internado não pode exprimir e viver a própria doença. O médico deve conhecer o que é a doença mental para a nossa cultura, entender porque a única resposta a ela é a internação, que é em definitiva, apenas um ato de violência desumana; entender quem são os sujeitos que acabam indo para as malhas institucionais e porque outros escapam; entender porque para alguns é possível e orçado a recuperação e para outros não, e portanto, entender em qual modo e com qual finalidade essa intervenção técnica se traduz em uma matança em massa legalizada. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 356)

Assim, Basaglia propõe uma série de provocações que devem ser feitas à formação universitária dos psiquiatras da época.

Para Basaglia, a formação universitária fica comprometida por estar distanciada da prática.

Mas aqui [na universidade] não se pode ensinar, aqui se pode ensinar apenas palavras. O estudante hoje não pode conhecer nada da psiquiatria, porque não conhece a prática psiquiátrica. Ele aprende apenas as definições com as quais classifica a esquizofrenia, a

psicose maníaco-depressiva, a histeria, e assim por diante. Quando depois se torna médico e no seu ambulatório lhe é encaminhado um “louco”, a única coisa que sabe fazer é mandá-lo diretamente para o manicômio se é pobre ou para uma clínica privada se tiver condições de pagar. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 354)

Assim, longe da prática, Basaglia denuncia a formação de psiquiatras que são incapazes de identificar e responder as necessidades da pessoa em sofrimento, por desconhecerem a complexidade do problema e por, de fato, não o conhecerem como um todo. Por isso, Basaglia propõe à comunidade acadêmica sair da universidade, “ir para fora”, ensinar a psiquiatria dentro do manicômio (que na época era o único local destinado à maioria dos doentes mentais, por ser pobre), para que os estudantes possam conhecer os doentes e entender seus problemas. Até mesmo, para que “os próprios docentes sejam questionados diante daquilo que é a prática da ciência que professam.” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 355).

É, portanto, necessário enfrentar a problemática do doente mental lá onde ele exprime o próprio sofrimento, lá onde é jogado para ser tratado, onde se diz que interna para tratá-lo e onde, de fato, é simplesmente internado e destruído; é necessário conhecer verdadeiramente o que é a prática psiquiátrica para entender em que medida essa ciência é puramente ideológica. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 356)

Basaglia, por meio dessa análise crítica das universidades, explicita a divisão existente dentro da própria psiquiatria: a psiquiatria universitária e a psiquiatria manicomial.

O longo e inútil *training* universitário, o jogo de poder da escola, das ideologias, o mito da carreira, do prestígio impecável da neutralidade científica, o silêncio das bibliotecas onde os cientistas dedicam aos seus estudos, o respeito obsequioso dos doentes intimidados dessa ciência, os ombros protegidos pelo fantasma do diretor ao qual se deve respeito e dedicação, os trabalhos científicos sob “um caso de ‘tratado com’...”, as comunicações aos congressos onde existe sempre um público disposto a escutar e aplaudir alguém pertencente à categoria: essa é a pequena psiquiatria universitária onde produzem os grandes psiquiatras, cujos resultados clínicos e científicos são implícitos na definição da incompreensibilidade da doença. [...] Mas, a grande psiquiatria (como vem chamada em jargão técnico, a psiquiatria manicomial) é uma outra coisa, e a ela são até agora reservados aos psiquiatras inferiores, aqueles que não conseguiram encontrar outras sistematizações em outros lugares: porque o manicômio pode oferecer segurança, proteção, custódia, sem pedir em troca qualquer preparação especial. [grifo do autor] [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 210)

Ainda dentro dessa discussão, Basaglia destaca o papel dos cientistas que agem no âmbito da psiquiatria tradicional, dominada pelo discurso técnico, mas que se encontra fora de cada problema político-social. Diante disso, Basaglia também explicita a existência de uma divisão entre cientistas e técnicos:

Hoje nos encontramos, de fato, diante de um lado as pessoas que se consideram “cientistas” (no sentido que consideram fazer um discurso neutro, que enfrenta com neutralidade a problemática da doença) e, do outro, técnicos que propõem uma série de problemáticas que levam em conta as implicações políticas presentes em cada intervenção técnica. A separação é ainda nítida, sendo esses últimos acusados de fraca credibilidade científica. E, todavia, seria importante entender o que é a “ciência”, que vem assim firmemente defendida pelos “cientistas”. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 354)

Contudo, Basaglia considera que, quando se ensina psiquiatria na universidade, se aprende, portanto, apenas a ideologia, como expressão da cobertura das contradições que o doente representa. Essas contradições e o seu sofrimento não são considerados e nem conhecidos, e nem mesmo são indagados. Assim, se sabe pouco ou nada da doença mental, que, além de tudo, se definia como incompreensível. Segundo Basaglia, as pesquisas científicas são orientadas a partir da causa da doença, “porque a causa está envolvida apenas com o doente. Mas, nunca sobre o significado da doença, pois isso já envolveria o terapeuta e o sistema de valores em que faz referência.” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 209).

Diante disso, abre-se a discussão sobre a elaboração e a utilização das técnicas que são os instrumentos dos técnicos no campo prático.

### ***3.1.5 Técnicas***

São constantes as críticas realizadas por Basaglia sobre as “técnicas especialísticas”, por serem elaboradas ideologicamente. Ou seja, por elas serem elaboradas a partir de uma ideologia científica e se tornarem instrumentos válidos para a concretização do encobrimento das contradições existentes na realidade. No entanto, Basaglia não se considerava um participante do movimento de antipsiquiatria. Alguns autores como Amarante (2010) e Goulart (2007) o denominam antitecnicista ou antiespecialístico.

Basaglia possuía uma preocupação constante com a elaboração e utilização das técnicas no campo psiquiátrico. Principalmente, quando não se explicita o significado político existente em cada solução técnica que surge. “A solução puramente técnica se limita a reformar a fachada das instituições, sem afetar seu conteúdo, continuando a realizar sua função no sistema, então, o uso político que o sistema faz dela” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 11).

E mais,

A única resposta técnica ao problema psiquiátrico se limitaria a modificar as asperezas mais evidentes da realidade asilar, conservando o significado mais profundo de sua funcionalidade no sistema. Todavia, possui a possibilidade de colocar, ao mesmo tempo, à luz aquelas que são as contradições mais ocultas do próprio sistema: isto é, a impossibilidade de propor soluções puramente técnicas, dentro de um sistema que exige respostas e ações políticas. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 13)

Contudo, Basaglia propõe que “apenas tomando em conta o nível duplo – técnico e sociopolítico – em que se movem os problemas, é possível projetar e executar passos que possuem sentido em nossa realidade” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 13). Dessa maneira, para se evitar que uma técnica impeça uma ação de renovação, “deve ser evidenciado o significado político que subjaz cada ação técnica”, para que a técnica não se torne

[...] um puro tecnicismo que se limitaria a tocar nos aspectos marginais do problema deixando aqueles fundamentais. Por isso, é inevitável sair do próprio campo específico, colocando em discussão a relação e a função que a instituição psiquiátrica e a psiquiatria possuem no nosso contexto social. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 13)

Assim, para Basaglia,

[...] a tarefa do técnico, no interior desse sistema, é a de usar as propostas técnicas como meios de evidenciar as contradições em que se vive. Sem esse desmascaramento, que vem a assumir um significado essencialmente político, cada ação técnica se reduz a agir como cobertura dos problemas. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 13)

A discussão feita por Basaglia sobre o papel do técnico na área psiquiátrica será abordada mais adiante neste capítulo, na parte denominada *Instituições psiquiátricas*.

### **3.2 Psiquiatria e justiça**

O tema “Psiquiatria e justiça” foi abordado em grande parte das discussões realizadas por Basaglia ao longo da década de 1970. O que se discute é a relação de reciprocidade, historicamente constituída, entre a psiquiatria e a justiça penal. Ao questionar o modelo de custódia dos hospitais psiquiátricos, houve o rompimento da ligação dita “essencial”, em que foi estabelecida entre doença mental e periculosidade social (Barros, 1994). A principal referência encontrada nos escritos sobre esse assunto foi a de Karl Marx.

Durante essa discussão sobre “Psiquiatria e justiça”, Basaglia aborda dois outros temas importantes: “norma e desvio” e “saúde e doença”. A seguir, trataremos separadamente desses dois tópicos.

### 3.2.1 Norma e desvio

Basaglia, ao realizar essa discussão sobre “Norma e desvio”, inicia situando o que é considerado norma:

Normas, módulos de comportamento, parâmetros ou esquemas de conduta, delimitações do que é lícito, adequado, apropriado, oportuno, correto ou compatível, marcam, definem e dão significado à nossa vida cotidiana. Melhor: determinam e criam o significado na nossa vida cotidiana. Cada ato nasce sob o sinal do “se deve” ou “não se deve”, em nome de uma realidade social que precisa ser respeitada. No respeito à liberdade dos outros está a nossa liberdade; na aceitação das regras gerais de bem estar do singular e da coletividade; na adequação à norma comum, a garantia de uma convivência civil. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 149)

Diante desse significado, Basaglia realiza os seguintes questionamentos: “Mas, como nascem as normas, as regras de comportamento? Quem as estabelecem e as definem, e em base de quais critérios? Em resposta a quais necessidades? E com quais finalidades?” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 149).

A partir dessas questões, Basaglia começa a problematizar essa norma vigente considerando que

Isso se reporta às primeiras formulações das normas de conduta que podem ser consideradas – no original – um instrumento de transformação social, que é claro que se trata da racionalização do comportamento e dos valores da classe dominante: as regras do saber viver são as codificações do viver burguês, proposta como norma geral em que toda a sociedade deve adaptar-se. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 149)

Diante disso, Basaglia realiza uma importante sinalização, ao destacar que, quando são construídas essas normas de conduta, elas são elaboradas a partir da imagem de uma realidade determinada, que é aquela do poder, resultando, assim, em “expressões das necessidades e exigências particulares que não correspondem as necessidade e exigências dos demais” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 149).

Dessa maneira, Basaglia alerta que, quando uma regra não é correspondente à necessidade,

[...] só pode agir como um instrumento de opressão, e então, de controle sob um grupo de pessoas em que vem imposta, se propondo como uma categorização abstrata que não encontra justificação, a não ser na imposição e nas sanções implícitas para quem não se adéqua. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 149)

Diante disso, Basaglia considera que “a norma (se não responde a uma necessidade geral) é sempre uma regra de adaptação à qualquer coisa artificiosa que deve traduzir-se em uma conduta, exatamente como a regra institucional deve produzir o comportamento institucional a essa correspondente” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 149). Assim, ao falar da regra institucional, Basaglia enfatiza que ela não responde as necessidades dos sujeitos para quem a instituição foi criada, mas sim a sobrevivência das organizações e do papel em que desempenha no sistema social.

A conduta social “coincide com um comportamento através do qual tende – e deve tornar-se comum a todos – a nivelar e a destruir cada experiência que, enquanto não previsível e, portanto, não categorizável, possa escapar do controle” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 149).

Essa norma estabelecida, explica Basaglia, é defendida por se tratar

[...] sempre dos valores da classe dominante, a qual controla ao absorver na sua lógica a classe dominada, que – se não chega a satisfazer as próprias necessidades primárias – vem também enfraquecida por sua adaptação a uma norma de comportamento a eles estranha, que reduz a urgência das suas necessidades e a agressividade ao querer satisfazer-las. Na lógica capitalista não existe uma resposta direta às necessidades primárias do homem, mas o domínio se perpetua através da criação de necessidades artificiais que devem e podem ser satisfeitas e a organização institucional das necessidades primárias em que não as responde. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 150)

Sobre a divisão de classe da sociedade, Basaglia considera que

O estado burguês se fundamenta sob uma divisão artificial (ou seja, produzida, historicamente determinada) que vem imposta e assumida como divisão natural: a divisão em classes. A aceitação dessa divisão como fenômeno natural envolve uma série de regulamentos e de instituições que, aparentemente destinam-se em resolver as contradições naturais, porém servem de fato a manter a originária divisão sob a qual se repousa a estrutura econômico-social. Além disso, não é natural o regulamento (e a estrutura do qual é garantia) ainda mais violento e repressivo, porque não responde à necessidade (isto é, à contradição natural) para qual é aparentemente instituído, mas à manutenção do artifício que o próprio regulamento tende a cobrir. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 229)

Basaglia ainda sinaliza que “as normas de comportamento, como conjunto de codificações abstratas que não respondem à vida real da maioria, agem, então, como freio e controle seja através do nivelamento e achatamento da experiência, seja através da ameaça de sanções para os transgressores” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 150).

Mas quem são os transgressores das normas? Basaglia afirma que são “sempre a pessoa ou a categoria de pessoas cujas necessidades não respondem, sendo a resposta as necessidades de outros, forçada a incorporar como próprias” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 151).

Assim,

[...] quanto mais a norma for distante das necessidades da maioria, muito mais serão válidas e eficazes as sanções para os infratores, e muito mais será certa que a classe de pertença dos transgressores será aquelas das quais as normas criadas e transgredidas tendem a não satisfazer as necessidades. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 151)

Basaglia, então, enfatiza a ligação entre a lógica científica e a lógica econômica ao propor respostas à doença mental por meio da segregação:

A doença é incurável e incompreensível; seu sintoma principal é a periculosidade ou a obscenidade, donde a única resposta científica é o manicômio onde ela pode ser tutelada e controlada. Esse axioma, porém, coincide com outro nele implícito: a norma é representada pela eficiência e pela produtividade; quem não corresponde a esses requisitos deve encontrar para si uma colocação num espaço onde não atrapalhe o “ritmo social”. Nesse sentido, ciência e política econômica andam juntas, a primeira confirmando os limites de norma mais apropriados e úteis à segunda. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 342)

Para Basaglia, “dispor de um espaço privado se traduz, portanto, diretamente, em uma arma de defesa da estigmatização e das suas conseqüentes sanções” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 152). Ou seja, “quem (re)cai sobre as sanções implícitas no desvio das regras de conduta, é sempre quem não dispõe de um espaço privado onde possa viver – protegido do julgamento social – as próprias anormalidades de comportamento” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 151). Dessa forma, pertencer à classe da propriedade privada serve, inclusive, “no sentido de proteção das próprias anormalidades que podem manter-se sob o plano da excentricidade e da extravagância, sem nunca se tornar comportamentos sociais estigmatizados e puníveis” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 152).

Dessa forma, Basaglia sinaliza que os transgressores das regras sociais não são pertencentes à classe dominante e não possuem os recursos de poder se defender das sanções e, assim, acabam sendo destinados às instituições totais, como os manicômios e prisões. Sendo assim,

[...] o delinqüente, o desadaptado, o louco, entram em uma dimensão onde a contradição da doença, do desvio, da delinqüência são fixadas na definição científica de um status anormal (como se a norma fosse a saúde, a justiça e a honestidade social absolutas) com a qual se

garante a ordem pública e a fidelidade às regras que a defendem. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 153)

Contudo, Basaglia realiza uma problematização sobre o tema da norma e de seus desviantes, estabelecendo que “o tipo de distância existente entre o “são” e o “doente”, entre a ‘norma’ e o ‘desvio’, fica sempre fixado em quem detém o poder e estabelece os valores” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 5). Valores estes que “são fixados de uma vez por todas pela classe dominante e por uma ciência que a defende” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 43). Portanto, fica a cargo de certo julgamento político implícito sobre o sistema social a delimitação da linha divisória entre norma e desvio, destinando, assim, às instituições a gestão dos indesejados sociais.

A institucionalização do anormal, com relativa estigmatização social, é, de fato, um fenômeno diretamente ligado ao nascimento da era industrial e a sua fase de expansão, quando, ou seja, demonstra necessário codificar a diversidade e criar para ela instituições especializadas (e relativas ideologias científicas) para separar os elementos de distúrbio social daqueles produtivos. Nesse momento, o limite da norma foi explicitamente definido em base na exigência da produção, o que se materializam em se dilatar ou diminuir a tolerância para com o anormal segundo a necessidade ditada das fases alternadas do desenvolvimento industrial. Nesse sentido, se testemunhou, nesses últimos vinte anos, no mundo, a uma progressiva transformação técnico-institucional no campo psiquiátrico como resposta ao progressivo desenvolvimento econômico, confirmando a identidade profunda dos níveis de desenvolvimento técnico-institucional com os níveis de desenvolvimento econômico-social. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 201)

Dessa maneira, Basaglia define que a norma estabelecida no interior da sociedade é regulada de acordo com as exigências da produção, ao afirmar que:

O que poderemos dizer sobre a definição de norma em nossa sociedade industrial – e que nos provém mais de uma análise da realidade cotidiana do que das definições teóricas delas extraídas – é que ela coincide explicitamente com a produção, isso significa que qualquer pessoa que fique às margens desta se torna desviante. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p.129).

Diante disso, a norma definida em termos de produtividade também influenciaria na definição dos limites entre saúde e doença que serão discutidos a seguir.

### ***3.2.2 Saúde e doença***

Basaglia realiza uma discussão sobre o conceito de saúde e doença ao procurar identificar o real significado do conceito de saúde e, principalmente, questionando o conceito de doença no interior da organização social.

Se depois de nos perguntarmos o que é a saúde e o que é a doença como realidade concreta em relação à vida que vivemos, nos lembraremos de uma definição óbvia que permanece paradoxal à própria pergunta, isto é, que a doença não está na saúde e que a saúde não está na doença. O que continua a nos dizer nada sobre o que é a saúde, e nem o que é a doença e, tão menos, nos pode ajudar a entender quais são os limites que separam uma da outra. Mas, se tenta aprofundar o discurso falando de saúde e doença em relação ao significado e a função que se encontram ao assumir o conjunto de valores que constituem a nossa cultura e a espinha dorsal da organização social em que é o suporte, a doença, se torna aquilo pelo qual se recorre ao médico e ao hospital e, de conseqüência, isso que determina a suspensão da vida “normal”, ou seja, da atividade e do trabalho; e a saúde, o sinal da manutenção do indivíduo no próprio papel, no próprio lugar e trabalho, dependendo da capacidade de eficiência necessária. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 365)

Então, partindo desse pressuposto assinalado por Basaglia, saúde e doença “resultam relativas a uma ‘norma’ que é explicitamente definida em termos de participação da vida produtiva, como se nos fosse uma equivalência direta, objetiva e subjetiva, entre estar na saúde e trabalhar” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 365).

Com a saúde sendo relativa à produção, ou seja, ao homem que produz ou não produz de acordo com as fases de crise ou ascensão econômica, isso “se traduz em uma absolutização da saúde como se a norma não fosse a vida” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 366). Dessa forma, “a doença se encontra em assumir o papel de uma suspensão da norma, suspensão que, se não se traduz rapidamente em saúde (portanto, eficiência e participação produtiva) vem absolutizada como morte (ou seja, como exclusão da vida)” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 366).

Nesse sentido, Basaglia alerta que

A absolutização dos opostos (um em positivo, outro em negativo) impede cada sinal de relação entre um e outro, negando, portanto, uma relação dialética que faça tornar a saúde um momento de consciência da apropriação do corpo como superação da doença enquanto experiência; e a doença uma fase da vida, um momento de apropriação de si, do próprio corpo, da própria experiência e, portanto, da saúde (a menos que a morte intervenha). Saúde e doença, pelo fato que a vida pressupõe a morte, deveriam ser fenômenos humanos em simultânea relação de antagonismo e de unidade: equilíbrio e desequilíbrio dos contrários, eles deveriam ser os dois pólos dialéticos da realidade, que se movem, exatamente, entre a vida e morte. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 366)

Diante disso, Basaglia considera que “o doente se encontra em viver a sua doença como qualquer coisa de estranho à vida, para endereçar a quem deve confiar na ‘ciência’, se

tornando todo doente” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 367). Assim, o “impede de viver a doença como uma experiência pessoal que não quebra o continuum da vida e à qual poderia subjetivamente participar e lidar com a ajuda da ‘ciência’” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 367).

Diante dessa problematização sobre a absolutização realizada a partir dos conceitos de saúde e doença, Basaglia expande essa discussão para a definição de doença mental. “O julgamento que define o doente mental, age sobre ele como a demonstração de que o fato de ter sido reconhecido enfermo, pelos técnicos, autoriza-o a regredir perdendo qualquer controle sobre a própria vida” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 45).

Basaglia também afirma que em diferentes níveis econômicos há uma tolerância específica em relação à doença mental. Assim, realiza uma crítica às definições de doença mental existentes na época que se baseavam em combater a doença e não a sociedade, sendo que já existia o reconhecimento explícito de que “a definição de doença é implícita no tipo de sociedade em que se manifesta” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 121), ou seja, também se reconhecia que os limites da norma são relativos aos níveis socioeconômicos de cada país.

Dessa maneira, Basaglia afirma que

Ninguém afirma que a doença mental não existe, mas a verdadeira abstração não está na doença, do modo como pode manifestar-se, e sim, nos conceitos científicos que a definem sem enfrentá-la como fato real. O que significam esquizofrenia, psicopatia ou desvio, senão a absolutização de nossa falta de compreensão quanto à contradição que tanto nós como a doença representamos? O que são estas definições senão a tentativa de resolver em conceitos abstratos essas contradições, que se reduzem apenas a mercadoria, etiqueta, nome, juízo de valor que serve para confirmar uma diferença? [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 167).

Nesse sentido, Basaglia expõe as características do tratamento utilizado segundo a classe de pertencimento do doente mental

De resto, como se justificaria o fato de só quem não tem poder contratual acabar nas malhas das instituições públicas, onde a doença, em vez de tratada, na maioria das vezes é confirmada como irreversível? O doente que pode gerir por conta própria seus distúrbios permanece, também na doença, inserido no processo produtivo (como sujeito-objeto de um ciclo econômico particular, como o das clínicas de tratamento e dos métodos privados); o que conserva quase intacto seu papel social. Portanto, não é só a doença o que reduz o internado dos nossos asilos àquilo que ele é, mas, sobretudo, a internação ou o fato de ele, antes dessa internação, pertencer a uma determinada classe de origem. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 343)

Assim, Basaglia denuncia quais são as características dos doentes mentais que povoavam os manicômios públicos italianos.

O interno dos nossos manicômios públicos, pertence à classe social mais pobre, que não possui, de costume, muitas alternativas, muito menos ainda depois de receber alta do manicômio. Nessa situação, o único futuro possível que ainda resta, é sempre a instituição, que enquanto tecnicamente organizada e ideal, se encontrará obrigada a gerir uma população de internos em que a única alternativa e possibilidade social é exatamente a instituição. Nesse caso, podemos continuar a pensar que são internados apenas por serem doentes? Como evitar que as novas estruturas psiquiátricas não se tornem instituições da violência, se terão que estabelecer-se como a única realidade concedida a quem não possui outras alternativas? [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 11)

Basaglia evidencia a classe de pertencimento dos internos das instituições psiquiátricas públicas, mas denuncia que os cientistas da psiquiatria parecem não considerar esse aspecto de que são proletários e subproletários os usuários dos manicômios públicos, assim como os usuários dos institutos reeducativos, orfanatos, cárceres, entre outras instituições similares. Basaglia, então, afirma que “a ciência continua a nos confirmar na prática que loucura e desvio são acontecimentos naturais” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 231). Dessa forma, questiona:

Mas, esses acontecimentos só fazem parte da natureza do proletariado e do subproletariado, ou ao invés disso, são apenas a loucura e o desvio dos pertencentes a essa classe que são tomadas como naturais e irreduzíveis através do processo de absolutização do diferente? [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 232)

Dessa maneira, Basaglia continua a denunciar a falta de neutralidade presente na ciência, ao afirmar que ela “serve, assim, para confirmar uma diversidade patológica que é instrumentalizada segundo as exigências da ordem pública e do desenvolvimento econômico, cumprindo sua função de controle social” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 342).

Basaglia ainda considera que

Em uma sociedade dividida em classes, doença e desvio da classe subalterna (aquela que encontramos e conhecemos nas instituições da violência) tornam outra coisa de que a única resposta só pode ser a repressão, sob a mistificação mais ou menos mascaradas, porque o que determina a natureza da resposta não é a natureza da necessidade, mas a classe de pertencimento de quem a exprime. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 233)

Diante disso, Basaglia realiza contundentes denúncias e críticas às instituições e ao tratamento nelas oferecidos aos internos pertencentes aos manicômios públicos, cuja classe de pertencimento fica evidenciada como a subalterna (proletários e subproletários). A seguir, serão apresentadas, de maneira mais aprofundada, as críticas basaglianas às instituições totais.

### 3.3 Instituições psiquiátricas

Nesta parte que aborda as instituições psiquiátricas, foram encontradas as seguintes referências na obra basagliana: Russell Barton; François Tosquelles; Maxwell Jones; Erving Goffman; Robert Castel; T. Parsons<sup>8</sup>; os antipsiquiatras Ronald Laing e David Cooper para as críticas às instituições; Theodor Adorno e Max Horkheimer<sup>9</sup>; Antonio Gramsci e Jean-Paul Sartre para as discussões sobre a função dos técnicos. Segundo Colucci e Vittorio (2001), também possui influência de Martin Heidegger e Edmund Husserl nas discussões que Basaglia faz sobre a relação médico-paciente.

#### 3.3.1 Sistemas: modelo econômico e organização social

Basaglia realiza uma análise crítica do sistema capitalista e produtivista em que as instituições estão inseridas e que estão a serviço por possuírem a função de controle social. Diante disso, “uma instituição do nosso sistema produtivo é designada a gerir os elementos improdutivos” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 7).

Para Basaglia,

[...] se pode dizer que o sistema produz exclusão dos doentes mentais como elementos de perturbação social, ao mesmo tempo, que tenta recuperá-los. Mas, diante desta contradição irremediável, não reconhece as próprias responsabilidades, porém tende a delegar o problema aos técnicos como os únicos competentes em sanar o conflito por agora evidente. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 9).

Dessa forma, cita a constante manutenção de uma “ideologia de bem-estar sobre a qual se funda o nosso sistema” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 87), com a finalidade de cobrir as contradições geradas pelo próprio sistema. As contradições são inevitáveis em qualquer tipo de sociedade. Mas, segundo afirma Basaglia, na sociedade capitalista-produtivista a lógica é tamponar essas contradições. Nesse tipo de sociedade, “a norma é a saúde, a juventude, a produção. A doença, a velhice, o infortúnio são acidentes dentro de uma realidade que não quer e não pode precaver-se das próprias contradições e preocupar-se com elas” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 42).

Basaglia alerta que em qualquer sociedade existe contradições, porém

---

<sup>8</sup> T. Parsons (1965). *Il sistema sociale*. Milano: Comunità.

<sup>9</sup> Basaglia utiliza a referência do livro “Dialética do Esclarecimento”, escrito por M. Horkheimer e T. W. Adorno.

[...] uma sociedade produtivista, que se baseia na ideologia do bem-estar e da abundância para acobertar a fome, não pode programar medidas preventivas ou assistenciais suficientes. Salva-se aquilo que pode ser facilmente recuperado; o resto é negado mediante a ideologia da incurabilidade, da ininteligibilidade da natureza humana, sobre a qual se constrói o castelo do preconceito. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 42).

A fome deve ser, nessa sociedade-produtivista, “velada e protegida mediante as ideologias que a definiram, de vez em quando, como vício, doença, raça, culpa” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 42).

Ao falar sobre o sistema social, Basaglia considera que nele

[...] não há lugar para a dialética: as pessoas são ou formigas, alienadas na produção, ou cigarras imprevidentes, destinadas a morrer. Enquanto a divisão entre bem e mal for nítida, os poucos que detêm o poder dispõem de uma arma segura para criar uma distância, humanamente aceitável, entre quem tem e quem não tem. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 43)

Ao problematizar a organização social vigente e seu sistema de assistência, Basaglia considera que o problema é que a maior parte das pessoas “habitou em ter respostas que não são aquelas das próprias exigências, mas a exigência da organização social. Se trata, portanto, de uma falsa participação, porque as pessoas não expressam as próprias necessidades, mas àquelas que incorporaram em ser a necessidade”[tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 482).

Diante disso, Basaglia propõe outro tipo de modelo econômico e de organização social para que de fato possam ocorrer as mudanças necessárias sinalizadas a partir da crítica à sociedade capitalista.

Mas, para os desviantes e loucos dessa classe subalterna o nosso sistema social não pode organizar a recuperação, caso contrário, seria um outro sistema social, não fundamentado sob a divisão não-natural. Quando se criam transformações e reformas no interior da mesma lógica, o resultado é idêntico. Se fala do nascer de uma nova forma de desvio de que não se indagam as causas e implicações sociais na queda dos valores, nas expectativas sempre frustradas, nas promessas nunca mantidas, no descontentamento de uma vida que se faz sempre mais crítica e impossível, sempre mais violenta e repressiva. Se não se dá conta dessa premissa fundamental, cada vez nos limita a formular novas catalogações, atualizadas talvez de qualquer referência ou hipóteses “sociais” vagas, que garantem de enfrentar as problemáticas em termos atuais, modernos. Assim, o manicômio continua a conservar a sua natureza marginalizada, de classe. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 232).

Nesse sentido, Basaglia reflete o problema da doença e do desvio a partir desse contexto explicitado por essa discussão.

Nesse contexto o problema do desvio e da doença não pode sequer ser abordado. Não se sabe o que é, ou melhor, se sabe o que é, a priori, e se aplica a definição mais adequada a exigir a intervenção repressiva para os fenômenos em que é capturado e focado em um único aspecto: aquele de envolver um distúrbio social. [...] Se quiser enfrentar o problema da marginalidade e do desvio, deveríamos enfrentá-lo em relação à uma estrutura social, à divisão inatural em que tal estrutura se fundamenta e não como fenômenos isolados que se pretende fazer passar por simples anomalias individuais, em que um certo percentual da população tem a desgraça de ser sujeitada. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 232)

Contudo, Basaglia enfatiza que somente é possível abordar a questão psiquiátrica a partir da referência do quadro da realidade econômica, política e social de cada país em que a assistência psiquiátrica está sendo desenvolvida. Também destaca a importância de se realizar uma análise crítica das etapas alcançadas diante das transformações implementadas no campo psiquiátrico, bem como trabalhar com o surgimento das contradições específicas durante esse processo de mudanças.

### ***3.3.2 Instituições totais***

No decorrer da obra analisada, Basaglia realiza incisivas críticas às instituições totais, em especial às psiquiátricas. Sobre essas instituições, Basaglia diz que

Se o nosso sistema social se funda sob um complexo de instituições designadas a gerir os diversos papéis em que nossa realidade é constituída, deveríamos sustentar que as instituições psiquiátricas são designadas a gerir os anormais e tudo aquilo que ultrapassa a linha de separação entre os comportamentos que se reconhecem como próprios da nossa cultura particular e aqueles que acreditam serem estranhos. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 7)

Diante disso, Basaglia considera que se deva analisar as instituições por meio da explicitação da função social das instituições, pois as “instituições psiquiátricas são expressões de nosso sistema social. São lugares que gerem os desviantes, ou os desvios e, assim, possuem a capacidade de responder ao sistema social” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 5).

Ao abordar o assunto das instituições e suas ideologias, Basaglia afirma que as instituições possuem um significado e uma função no sistema social de separar as diversas ideologias específicas que, por sua vez, confirmam uma diversidade de classe e mascaram a função político-social das instituições.

Cada instituição corresponde à própria ideologia de competência (médica, custodialística, punitiva, pedagógica, etc) e ao próprio conteúdo (doentes, internos, carcerários, alunos, etc), ideologia em que todos os objetos institucionais se encontram a identificar-se. Nesse jogo, a

especificidade particular para qual o indivíduo é institucionalizado (doença, delinquência, educação, etc) vem transformada em uma realidade artificial, construída através da adequação à norma institucional. É a ideologia sob a qual se funda a instituição é que determina a forma da realidade do seu conteúdo, em que o controle é garantido pela identificação total do internado institucionalizado com a ideologia da internação institucional. A instituição é total na medida em que totaliza, os englobando no interior do seu significado estrutural estratégico todos os papéis que agem no círculo institucional. Porque apenas através da destruição de cada sujeito na identificação com seu papel a ele assegurado (e será indiferente se de vítima ou algoz, cuidador ou cuidado, carcereiro ou carcerado) é garantida a função ideológica positiva (tratamento, reabilitação, reeducação) e ao mesmo tempo a disfunção prática (consequente destruição do conteúdo através do controle total) da instituição. A finalidade prática da instituição não é, portanto, aquela expressa da ideologia específica na qual se funda, mas consiste em uma ação discriminante e separadora da diversidade que deveriam ser confirmadas da adequação à realidade institucional. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 148)

Para as críticas às instituições totais e suas normas, como também ao processo de institucionalização do doente, Basaglia utiliza a referência de Goffman (1969; 1971)<sup>10</sup>, ao dizer que

Na análise da carreira moral do doente mental, Goffman afirma que o tipo particular de estruturas e de regulamentos institucionais, mais que sustentar o próprio paciente, elas também o constitui. Com a perda de identidade sofrida pelo doente, a instituição e os parâmetros psiquiátricos lhes constituem uma nova identidade, através do tipo de relação objetificante estabelecidas com o doente e os estereótipos culturais que o circundam. Dentro de uma realidade que se limita a uma finalidade terapêutica de custódia da periculosidade da doença, o interno assume a instituição como próprio corpo, incorporando a imagem de si a essa que lhe impõe. Ao ser internado, o doente entra em um processo de despersonalização e degradação moral, em que começa o início de uma transformação gradual do doente que confirma e valida os princípios de estar doente, construídos a partir dos parâmetros da psiquiatria. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 73)

Basaglia, assim, utiliza o conceito de “carreira moral do doente mental”, elaborado por Goffman, para dizer desse processo de institucionalização e estigmatização do doente mental.

Mas, esse processo de fabricação do indivíduo não se verifica apenas no interior das instituições totais, mas também no mundo “livre”, na mais ampla sociedade, onde a adequação à norma de conduta imposta pelo viver social é uma forma menos explícita, mas igualmente totalizante, de fabricação do homem à imagem das regras construídas por ele. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 148)

Assim, Basaglia considera que:

As instituições (e com esse termo nos referimos não apenas as instituições assistenciais, mas a todas as instituições da nossa organização social, incluindo a cultura e a ciência como

---

<sup>10</sup> Goffman, E. (1969). *Asylums*. Torino: Einaudi.  
Goffman, E. (1971). *Il comportamento in pubblico*. Torino: Einaudi.

instituições), são administradas e geridas pela classe dominante, segundo os próprios valores e o próprio código de referência. Esse código é acessível a quem o compartilha e o compreende, porque faz parte dele, da sua vida: não se trata apenas de um problema de linguagem, quanto de um conjunto de valores que são perfeitamente coerentes entre quem os produz, quem os representa e quem os utiliza. Eles não podem conter as necessidades e as respostas das necessidades da classe que é excluída, a priori, desses valores, portanto, a presente universalidade das medidas adotadas como resposta às necessidades do homem já é, implicitamente, negada na própria qualidade das respostas. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 350)

Além disso,

As instituições que garantem a estratégia do sistema social devem, porém, ser salvas diante de suas contradições mais óbvias, a solução atual é identificar um culpado, para desviar a atenção do problema de fundo, que é o questionamento da classe dominante e de seu modo de organizar a vida social à própria medida. [...] A instituição é total no sentido próprio que totaliza todos os papéis no interior do seu significado estrutural estratégico: isto é, no sentido que se, por exemplo, na nossa sociedade, a instituição manicomial, sob a aparente finalidade terapêutica, serve ao controle dos elementos de distúrbio social (elementos que, geralmente, pertencem à classe dominada), tal finalidade negativa consegue destruir todos os pólos que agem no interior desse círculo fechado. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 215)

Diante disso, “para falar do doente mental e da sua instituição específica, é necessário conhecer a função social da instituição incumbida de sua tutela e tratamento, se quiser compreender o seu papel social” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 7). Ao realizar essa análise da função das instituições no sistema social “– o seu significado estrutural-estratégico – se descobre que a instituição psiquiátrica é designada a isolar e excluir os anormais, em uma área onde a problemática e o perigo da loucura não pode afetar o desenvolvimento da vida normal” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 7). “A funcionalidade da instituição no sistema em que é expressão, nos esclarece em seguida o valor e o significado que o doente mental possui em nossa sociedade: se trata de um elemento de desordem, a excluir” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 7). Isso faz com que o doente mental seja retirado, inclusive, do processo de produção.

Assim, de acordo com Basaglia: “Demonstra-se evidente, através da análise de uma instituição total como o hospital psiquiátrico, que – sob a aparência do modelo médico – é destinada a administrar o aspecto social da doença mental e não a doença em si” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 38).

Contudo, Basaglia considera, a partir dessa análise crítica das instituições, que:

[...] a instituição manicomial tem em si, no seu caráter violento coercitivo discriminante, uma função mais oculta social e política: o doente mental, interno e destruído em nossos

manicômios, não se revela apenas objeto da violência de uma instituição delegada a defender os sãos da loucura; nem somente objeto da violência de uma sociedade que recusa a doença mental; mas, também é o pobre, o oprimido que, enquanto é privado da força contratual de se opor a essa violência, cai definitivamente à mercê da instituição delegada a controlá-lo. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 76).

### ***3.3.3 Cárcere e manicômio***

A experiência vivenciada por Basaglia de ter sido preso por seis meses, devido à sua participação no grupo de resistência ao fascismo durante a Segunda Guerra Mundial, teve um peso bastante significativo na luta que Basaglia fomentou até o fim de sua vida: a favor da liberdade e contra as instituições totais, de maneira particular, os cárceres e os manicômios.

Basaglia, ao contar sobre a vez em que entrou no cárcere pela primeira vez, ainda como estudante de medicina e na qualidade de preso político, caracteriza o cárcere como um lugar que há a existência de uma “estratificação social, entre detentos e carcereiros, em que fundamentava um tipo de vida completamente autônoma: a vida da segregação” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 185). Assim, desde as primeiras cenas presenciadas na prisão, Basaglia descreve as relações vivenciadas dentro da instituição: “O homem e o cárcere eram na realidade, o carcereiro e o encarcerado e, um e outro, haviam perdido toda qualidade humana, adquirindo o molde e a marca da instituição” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 185).

Diante da violência institucionalizada, Basaglia explica que ela é a única maneira de responder “ao que não pode ser expressão de uma necessidade: o preso responde à violência carcerária a questionando para ser considerado um homem” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 198).

Basaglia também relata que, alguns anos mais tarde, entrou em outra instituição fechada: o manicômio. Mas não como interno, mas como diretor.

Eu era da parte dos carcereiros, mas a realidade ali não era diferente: também o homem havia perdido toda dignidade humana, também o manicômio era uma enorme estrumeira. Mas, existia uma diferença: quem entra nessa instituição que se define hospitalar, não assume o papel de doente, mas de interno, para expiar uma culpa de que não conhece os extremos e a sentença, nem a duração da expiação. Existem médicos, jalecos brancos, enfermeiros, enfermeiras, como se tratasse de um hospital de cuidado, mas na realidade se trata apenas de um instituto de custódia, onde a ideologia médica é um alibi à legalização de uma violência que nenhum órgão é delegado a controlar. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 185)

Assim, Basaglia caracteriza a instituição psiquiátrica como um lugar que “se ocupa da doença enquanto tal, no momento em que a define e cataloga, para depois dedicar-se à gestão

da exclusão que se fez dela: a custódia” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 36). Sob a cobertura do modelo médico, “a instituição psiquiátrica tradicional não passa de uma instituição carcerária encarregada de administrar os elementos de distúrbio social” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 36).

Basaglia, ao realizar sua análise do hospital psiquiátrico de base carcerária, sinaliza o que se trata de:

- uma estrutura hospitalar construída em defesa e proteção dos sãos diante da loucura;
- um edifício construído na periferia da cidade porque sua presença entre os sãos não perturbasse o equilíbrio;
- um mundo fechado sem a mínima relação com a parte externa;
- uma comunidade baseada unicamente sob a relação de autoridade, prevaricação (faltar ao dever, por interesses próprios, ou má fé), de violência;
- um espaço onde a organização administrativa, cuja eficiência resulta da primeira finalidade. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 17)

Dessa maneira, destacam-se as condições já conhecidas presentes nas instituições psiquiátricas: regras disciplinares impostas ao doente, que deve se adequar; ruptura das ligações familiares e sociais; perda da ligação com o centro urbano e toda a parte exterior; um mundo desumano e degradante, entre outras. Diante dessas condições, Basaglia questiona:

Como chamar hospital essa organização em que o doente não existe nem como homem e nem como problema a se enfrentar e resolver, porque tudo que deveria servir à sua proteção e ao seu tratamento serve, no entanto, sem saber, para negar as problemáticas e as infelizes conseqüências que podem surgir a ele? [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 18)

Basaglia, ao sinalizar historicamente a função do cárcere e do manicômio, estabelecimentos da mesma estrutura social, confirma o estreito parentesco entre eles como instituições delegadas à defesa da ordem pública, cuja efetiva finalidade é a contenção e a segregação.

Por séculos, doentes, delinqüentes, prostitutas, alcoólatras, ladrões e estranhos dividiam o mesmo lugar aonde a diversidade da natureza da sua “anormalidade” vinha achatada e nivelada a um elemento comum a todos: o desvio da “norma” e das suas regras, unida a necessidade de isolar o anormal das trocas sociais. Os muros do asilo limitavam, continham e ocultavam o endemoniado, o louco, como expressão do mal involuntário e irresponsável do espírito, juntamente ao delinqüente, expressão do mal intencional, responsável. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 186)

De acordo com esse relato histórico, os ditos “anormais” eram depositados em um mesmo espaço. Porém, uma vez separados, Basaglia destaca que cárcere e manicômio

“continuam, todavia, a conservar a idêntica função de tutela e de defesa da ‘norma’ onde o anormal (doença ou delinqüência) torna-se norma no momento em que é circunscrito e definido nos muros que resolviam a diversidade e a distância” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 187).

Assim, segundo Basaglia

Para a classe dominante é possível evitar as instituições repressivo-punitivas por ela mesma criada em defesa da norma por ela mesma definida, não porque entre os seus membros não exista doentes, loucos, delinqüentes, mas porque seu ser doente, louco, delinqüente pode manter-se inserido no ciclo produtivo. É apenas quem não possui um poder contratual de se opor, que cai no turbilhão da instituição. De fato, o manicômio é o hospital para os doentes pobres, o cárcere é a instituição punitiva dos presos pobres, assim como as casas de correção, os institutos para menores, as casas de crianças e todas as organizações assistenciais são povoadas pelos pobres [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 189)

Diante disso, Basaglia enfatiza a cumplicidade da psiquiatria com a lei, ao dizer que:

A delinqüência ou a doença são contradições do homem, mas são também produto social, e não se pode fazer pagar as conseqüências – sob as coberturas científicas diversas – a quem é atingido como se tratasse sempre e apenas de uma culpa individual; e tanto menos se pode permitir que venham usadas como ocasião para banir e destruir quem, em qualquer modo, está fora ou prejudica o ciclo produtivo; dado que é evidente que são sempre os marginais. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 192)

Dessa maneira, Basaglia destaca mais uma vez que doença e culpa possuem significados diferentes de acordo com a classe de pertencimento do culpado ou do doente,

[...] revelando, ainda uma vez, que não é a doença e a culpa que são punidos nas instituições formalmente incumbidas do tratamento e da reabilitação, mas o pertencimento a uma classe cuja presença nas trocas sociais só é aceita na medida em que ele está de acordo com regras que não são produzidas para sua vida, mas para o seu domínio. Doença e culpa apenas serve, portanto, por oportunidade de eliminação de quem tem um pecado e uma doença original: aquele de pertencer à classe dominada. [...] O que é, então, a saúde em relação à doença? E o que é a inocência em relação à culpa? [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 220)

Diante dessa discussão que aproxima cárcere e manicômio, Basaglia realiza o seguinte questionamento: “Mas como não ver nas semelhanças ou na identidade de comportamento em todas as instituições fechadas, qualquer coisa diretamente produzida da mesma vida institucional, violenta, desumana, privada de possibilidades, de projetos, em relação a quem deveria reeducar e cuidar?” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 193).

Assim, Basaglia menciona uma ideologia específica, que ele nomeia como ideologia da punição. Basaglia discute sobre as punições que servem de base ideológica para a

construção das instituições que discriminam, excluem e que estão calcadas em preconceitos. “Em certo sentido, essa necessidade de punição corresponderia à funcionalidade das instituições para o sistema social de que elas são instrumento e meio de controle” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 33). Dessa forma, Basaglia explicita que:

[...] não existe uma explicação – se não ideológica – para a presença dos presos e doentes nas instituições. Se não fosse assim, se fosse real a finalidade reabilitativa de ambas instituições, teríamos presos e internos reabilitados e êxito na reinserção ao contexto social. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 190)

Basaglia reconhece que essa reabilitação do preso e do doente mental raramente acontece, “porque a entrada em uma ou outra dessas instituições marca, geralmente, o início de uma carreira em que se conhece o desenvolvimento e as conseqüências” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 190): a carreira moral do doente mental.

Contudo que foi exposto sobre essa discussão realizada sobre cárcere e manicômio, Basaglia considera que:

O manicômio é um campo de concentração, um campo de eliminação, um cárcere em que o interno não conhece nem o porquê nem a duração de sua sentença, confiado a arbitrários julgamentos subjetivos que podem variar de psiquiatra a psiquiatra, de situação em situação, de momento em momento, onde o grau ou o estágio da doença, muitas vezes, é um jogo relativo. [...] Tratando o que eles mesmos definem como incurável [...] – sob a aparência de um serviço médico – o psiquiatra realiza sua real tarefa de tutor da ordem. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 212)

Esse trecho final, que aborda a função do técnico dentro da instituição psiquiátrica, apresenta a discussão realizada sobre o papel do técnico no campo psiquiátrico.

### ***3.3.4 A função do técnico***

Basaglia descreve a relação institucional entre o técnico e o interno do manicômio da seguinte maneira: “Chaves, fechadura, barras, doentes, fazem parte do mobiliário hospitalar cujos enfermeiros e médicos são responsáveis, sem que se faça a mínima diferenciação qualitativa” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 73). Assim, ao interno só lhe resta o papel de incompreensível, pois

[...] não lhe vem outra proposta ou alternativa do que a submissão, a dedicação ao médico e, portanto, a condição de colonizado. Deve se tornar um corpo institucionalizado que viveu e vive como objeto [...]. Até quando começará a ser

definido nos registros médicos (prontuários) como “bem adaptado ao ambiente, colaborativo, organizado”: então será definitivamente sancionada a sua condição de sujeito passivo, onde o sujeito existe apenas no seu significado de número. Essa é a carreira do doente mental no manicômio. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 74)

Diante de tal relação denunciada, surgem os seguintes questionamentos: “Em que modo uma relação de tal modo objetificante pode resultar terapêutica? Como não sentir o resultado da relação de prevaricação de quem se sente forte por ter nas mãos as regras do jogo?” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 74). Dessa maneira, Basaglia diz se tratar de uma relação de poder, em que tanto o doente, como o médico utilizam linguagens reciprocamente incompreensíveis, mas que deveriam ser verificadas e questionadas; não apenas a do doente.

Assim, ao realizar toda a discussão sobre o manicômio e suas relações institucionais, Basaglia analisa o papel do técnico tradicional no interior da instituição, particularmente o psiquiatra e o enfermeiro, como um exercício político no controle das marginalidades da classe oprimida.

A tarefa do psiquiatra manicomial se reduz, então, à fabricação e à manutenção da carreira do interno e nessa tarefa utiliza da ajuda de um intermediário: o enfermeiro que – além de viver as frustrações e a impotência do próprio trabalho, para o qual são necessários, geralmente, por conta de seus músculos e força física para conter a violência e a loucura – transfere ao doente também a frustração da própria classe de pertencimento [...] [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 214).

Assim, Basaglia relaciona os médicos como representantes da classe dominante e enfermeiros e doentes como pertencentes da mesma classe social, a dominada. Basaglia explica essa divisão a partir da ideologia psiquiátrica que,

[...] como todas as ideologias ligadas ao sistema em que é expressão, conseguiu dividir sob o terreno prático componentes de uma mesma classe: os enfermeiros, colonizados pelo poder, são delegados à custódia dos doentes de que são vistos como inimigos. É o máximo nível de divisão do trabalho, onde os enfermeiros enquanto explorados vivem sobre a inferioridade social dos doentes enquanto excluídos. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 88)

Basaglia, ao denunciar a intervenção política exercida pelos psiquiatras, declara que essa função impede que se possa agir em defesa da classe que estava sendo obrigada a oprimir e reprimir.

Mas, os dois papéis [de homem da ciência e de tutor da ordem] estão em evidente contradição, uma vez que o homem da ciência deveria visar a salvaguardar e tratar o homem doente, enquanto o tutor da ordem visa a salvaguardar e defender o homem são. Qual dos dois pólos

contrastantes prevalece no papel do psiquiatra? Como pretender estar cuidando de quem sai da norma, se nossa principal preocupação é a adaptação à norma e a manutenção dos seus limites? [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 167)

Assim, evidenciado o significado político que subjaz cada ação técnica, Basaglia demonstra sua preocupação com o tecnicismo puro, que se limitaria a tocar nos aspectos marginais do problema, deixando de fora os fundamentais e impedindo uma ação de renovação. Por isso, Basaglia considera fundamental colocar em discussão a relação e a função que a instituição psiquiátrica e a psiquiatria possuem no contexto social em que ambas estão inseridas, fazendo com que os técnicos saiam de seu campo específico de atuação.

Diante dessa discussão sobre o tecnicismo e o trabalho do técnico-especialista, Basaglia diz que

Uma vez evidente as ligações que a doença mental apresenta com o contexto social em que se manifesta, o discurso de revela, de fato, relativamente técnico, no sentido tradicional, ao envolver elementos de natureza social e política, que acabam em determinar o seu caráter, apenas aparentemente especialista. Mas, o que continua a identificar é a natureza do social em que nos referimos, porque se nos limitamos a considerá-lo como um simples conjunto de interações psicológicas, manipuláveis segundo uma técnica particular e não também o conjunto das relações sociais de produção, se acaba por não ver o jogo no qual se está envolvido: a nova técnica psiquiátrico-social, espécie de oposição à rígida gestão institucional da doença mental, se torna na realidade uma nova forma de manipulação que mascara, sob a cobertura técnica, o seu profundo significado de controle social [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 203)

O problema apresentado por Basaglia sobre a técnica utilizada no campo psiquiátrico é quando a técnica é usada apenas com a função de defesa dos limites da norma estabelecida. Assim, “o técnico especialista serve para encobrir as intolerâncias, desigualdades, com uma codificação científica fazendo-as assumir uma natureza e um caráter absoluto, aqueles da doença, movendo a problemática inteiramente sob o plano técnico [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 225). Diante disso, é revelada a ambiguidade da ação do técnico, ao expor a natureza das instituições manicomiais: “lugar de segregação, de violência, onde a única finalidade é a custódia” ao mesmo tempo em que “se invocava à medicina, à psiquiatria, a tarefa de enfrentar o problema do desvio psíquico enquanto doente a cuidar e a recuperar” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 225).

Diante de tal realidade manicomial explicitada até aqui, Basaglia diz que “ou se é cúmplice e se aceita conscientemente a delegação de guardiões dos prisioneiros sem culpa; ou

se tenta derrubar a situação demonstrando o quanto é fácil provocar a violência do doente, usando tais sistemas violentos” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 74).

Diante das críticas realizadas ao técnico tradicional, Basaglia propõe um enfrentamento dos problemas gerados pela instituição manicomial, a partir de uma nova conduta por parte dos profissionais, renunciando, primeiramente, ao seu mandato social.

Enfrentar os problemas reais significa pôr em discussão toda a realidade. Mas, neste nosso sistema social, os técnicos – em qualquer setor – continuam aceitando o papel de promotores de novas ideologias que produzem problemas artificiosos aos quais se possam dedicar, a fim de que a realidade continue a parecer imodificável a quem sofre. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 102)

Dessa forma, a proposta de Basaglia para os técnicos era que uma vez que se

[...] descobre de ser destinado a oprimir através de suas intervenções “científicas”, deve reverter a delegação, para que consiga, assim, se unir à classe oprimida, porque junto a ela se pode identificar os processos e as articulações através do qual a classe hegemônica, também através da ciência e do tratamento, consegue aceitar a classe subalterna através de medidas aptas que, aparentemente, respondem as suas necessidades e que, de fato, a destroem, porque inevitavelmente cada intervenção técnica reparatória que responda à delegação tradicionalmente implícita na medicina, produz uma nova forma de “consenso”. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 379)

Basaglia discorre sobre o papel do psiquiatra institucional, que é a postura que o técnico deve possuir para que realmente ocorra uma mudança da assistência psiquiátrica. Uma postura pautada pela conduta crítica e de denúncia diante da prática manicomial em que está inserido. Assim, o psiquiatra institucional, uma vez percebendo a sua função dentro da instituição, deve recusar o seu papel de cúmplice da violência institucional.

Ele [o psiquiatra institucional] se vê usufruindo do pesado privilégio de defrontar-se diretamente com o resultado de uma violência que é sua, da sociedade e da instituição. Se ele apenas começar a suspeitar que a realidade enferma à sua frente – internados que não falam porque ninguém os escuta; que não caminham porque não sabem aonde ir, que babam porque não existe uma razão para não fazer isso, porque não existe um objetivo, um fim pelo qual faça sentido resistir à tentação de deixar-se viver e vegetar – não é fruto somente de uma doença, mas de uma violência perpetrada em todos os níveis. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 40)

Diante desse novo papel proposto por Basaglia ao técnico, ele expõe a tarefa real que o profissional deveria desenvolver no campo psiquiátrico:

Uma vez, que as instituições psiquiátricas são reconhecidas como um dos exemplos – talvez o mais óbvio e mais radical – em cujo nosso sistema tende a negar as próprias contradições, a nossa tarefa se torna de fazê-las mais explícitas e não as ocultar sob novas ideologias. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 5)

Além disso, Basaglia considera que:

A tarefa dos técnicos no interior desse sistema é usar as propostas técnicas como meios para evidenciar as contradições em que se vive. Sem esse desmascaramento, que vem assumir um significado essencialmente político, cada solução técnica se reduz ao ato de tamponar os problemas que nada têm a ver com a doença e com a ciência [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 13)

Com isso, a proposta Basaglia por uma nova ação desempenhada pelo técnico baseia-se em uma contínua explicitação por meio da prática de “todos os papéis na instituição do controle”, recusando-se em cumprir a precisa função de “eliminação do controlado, através de uma série de abusos de poder que somos todos cúmplices e que não é automático identificar” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 235). Assim, Basaglia acreditava que era de extrema importância a mudança de pensamento e ação do técnico para que a realidade manicomial pudesse ser alterada. Diante disso, Basaglia diz que: “Ao menos que, na nossa qualidade de técnicos, não continuemos a aceitar o uso político, geralmente realizado pela ciência, que continua a estabelecer cientificamente a diversidade dos excluídos e confirmando a necessidade de sua exclusão sob a nossa tutela” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 8).

Assim, Basaglia discorre sobre a função ideal do técnico, como algo que deve ser passado pela crítica e pela reflexão ao longo de sua prática. Por isso, faz o seguinte alerta:

Nessa batalha, o técnico, pela cultura que incorporou e contra a qual luta, pela classe que pertence, pode facilmente recair no papel clássico repetindo a sua distância e o seu domínio, então, repetindo a divisão. É por isso que sua relação com as forças sindicais e operárias é indispensável, seja mais como verificação do que como controle; assim como é indispensável que o técnico procure, junto à classe oprimida, as necessidades do qual se deve responder, porque é apenas a classe oprimida que pode expressá-las, dado que o técnico conhece apenas as necessidades produzidas e condicionadas da ideologia e que, portanto, respondem às necessidades da sua classe. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 236)

Mais do que uma mudança de conduta, Basaglia assume um apelo de uma mudança de relação entre técnico e doente, ao afirmar que:

[...] ninguém jamais disse que o doente mental poderia ser diferente se nós fôssemos diferentes em relação a ele; nem disse que parte dos excessos da loucura que os enfermeiros são submetidos a conter, são ainda expressão de uma reação vital do interno nos enfrentamentos

da realidade da internação; que a crueldade de sua tarefa poderia ser reduzida e de toda eliminada se apenas se quisesse transformar a relação com o doente considerando-o um homem a tratar e não a punir em nome de uma custódia que, por enquanto, aos olhos de todos, não pode mais passar por terapia. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 217)

Contudo, Basaglia nos deixa uma mensagem da importância de refletir sobre a função do técnico na área da saúde mental:

Bastaria absorver – e disso já existem indicações – na esfera dos desvios, qualquer inadaptação, qualquer sinal de recusa diante do tipo de sociedade em que se é obrigado a viver, e fazê-los cair sob a jurisdição psiquiátrica, para construir cientificamente um novo álibi, que converta em patologia aquilo que é sinal de dissensão aberta perante uma vida que não se pode viver, e que ainda pode ser diversa. Nesse caso, qual será a posição dos psiquiatras, dos técnicos? Sancionarão mais uma vez, em sua qualidade de delegadores do poder, uma exclusão social sob o rótulo da doença? [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 46)

### ***3.3.5 As novas instituições: experiências europeias e norte-americanas***

Após as denúncias realizadas sobre a realidade manicomial, no pós-guerra, em que os manicômios foram amplamente comparados a campos de concentração, começaram a surgir novas instituições com o aparente propósito de transformar a assistência psiquiátrica praticada nas velhas instituições.

Assim, Basaglia toma como ponto de partida para a elaboração de um projeto de transformação institucional, a análise a respeito das consideradas “novas instituições”, que já haviam surgido em países da Europa e nos Estados Unidos como tentativas de mudanças no campo psiquiátrico.

Falar das novas instituições psiquiátricas, para Basaglia, significava realizar uma programação que pretendia “encontrar uma aproximação com o doente mental, que tenha a intenção de agir sobre a doença de que ele sofre e a sua imagem que a opinião pública mantém” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 14).

Essas novas instituições ainda consideravam o hospital psiquiátrico como necessário, além dos novos serviços. Analisando essa situação, Basaglia entendia que “para as novas instituições psiquiátricas, não se podia manter uma lacuna entre os serviços externos e o hospital, como não se pode separar a doença em seus dois aspectos diferentes: biológico e social” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 15). Além disso, Basaglia se preocupava com a clareza que as premissas que baseavam as novas instituições deveriam ter:

[...] pois senão os novos hospitais psiquiátricos, arquitetonicamente belos e funcionais, poderiam limitar-se a apenas o problema do doente mental (biológico), deixando inalterado o seu papel social que é determinado a partir do tipo de relação que se pretende instaurar com ele. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 17)

“Assim, o novo hospital psiquiátrico deverá partir da premissa que parte da necessidade e das exigências do doente e não apenas da sociedade ou da organização” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 18).

Ao analisar essas instituições, Basaglia buscava as seguintes premissas fundamentais para que ocorressem efetivamente as mudanças que desejava para a assistência psiquiátrica:

Cada ação de renovação desse campo tem inicialmente esse significado: desmascarar a violência das instituições psiquiátricas e demonstrar a gratuidade e o caráter defensivo das medidas repressivas manicomiais, através do esboço de uma dimensão institucional diferente, onde o doente possa encontrar um papel que o tire da passividade da doença, anteriormente, e da ação destrutiva da instituição, posteriormente, que o tem fixado. Nesse sentido, possui uma nova dimensão terapêutica que deve passar através da destruição da realidade manicomial, para chegar a criar um campo onde a livre comunicação entre doentes, enfermeiros, médicos possam substituir – na ação de suporte e proteção – os muros, as barras, a violência. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 75)

Diante da exposição sobre as novas instituições, Basaglia coloca a seguinte problematização: “se a nova estrutura hospitalar já não teria os germes da institucionalização; se já não apresenta os limites da velha construção asilar em que se conhecem os resultados” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 17). Isso porque, dessa maneira, “essas [novas] instituições se tornariam lugar de destruição e de reabilitação do doente. E diante da tensão social, tornar-se-iam assim, o novo asilo manicomial, em que a única função torna-se carcerária e defensiva” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 9).

Mesmo com os novos programas psiquiátricos ainda insistindo em conservar o aparato hospitalar, Basaglia esclarecia a relevância de pautar essa nova organização psiquiátrica sob a criação de estruturas psiquiátricas externas, ainda inexistentes, e que estavam todas por inventar.

De fato, o perigo implícito em cada ação de renovação que tenda a organização, é de reduzir-se – depois da primeira fase crítica – a tradução em termos ideológicos (então, esquemáticos, fechados, definidos) daquilo que nasceu como uma exigência de recusa e de ruptura práticas. A realidade que foi modificada de uma hipótese e da negação de que essa hipótese comportou, não é mais aquela que exigia uma medida que respondia de modo imediato e concreto. Essa exigência crítica e as hipóteses a um nível diferente, mantém em ação um processo de transformação capaz de evitar a cristalização da situação. O perigo de selar as novas contradições da realidade sob uma nova ideologia que se explica ou lhe cubra está presente em cada ação de renovação. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 75)

Dessa forma, abriu-se a discussão sobre as experiências realizadas na França, Inglaterra e Estados Unidos. Tratavam-se das primeiras experiências já em desenvolvimento e que poderiam servir de inspiração para países como a Itália, que estavam ainda por iniciar as suas transformações na área psiquiátrica. Basaglia, por meio de uma análise crítica, não se contentou em apenas exportar um modelo e aplicá-lo na realidade italiana. Escolheu aprender com os erros das experiências anteriores para construir um projeto de transformação mais condizente com a realidade do seu país.

Na França, no período de pós-guerra, surgiu o movimento institucional psiquiátrico que fazia de líder Tosquelles. A experiência de Tosquelles como diretor do Hospital Psiquiátrico de Saint Albans, basicamente na França Central, não representava apenas um pequeno hospital em que realizava “um centro de estudos, nem um novo instituto de investigação psiquiátrica”, mas se tratava de “um terreno onde nasce, na prática e sob o plano da necessidade, uma nova linguagem e uma nova dimensão psiquiátrica institucional, baseada sob os pressupostos psicanalíticos” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 59).

Basaglia faz uma diferenciação entre a psiquiatria institucional anglo-saxônica e a psicoterapia institucional francesa da seguinte maneira:

Na psiquiatria institucional anglo-saxônica, em particular, no campo da organização comunitária que partiam favorecidos da socialização da medicina, de maneira prevalentemente de tendência a microssocialização, de caráter de preferência sociológico, bem mais que psicodinâmico, em stricto-senso. Pressuposto, que possui tendência ao nivelamento da autoridade hierárquica-burocrática, onde a liderança tende a ser distribuída uniformemente segundo os papéis técnicos. Já na “psicoterapia institucional” francesa (Tosquelles, Oury, Gentis, Torrubia, para citar apenas os mais importantes), ao invés dos eventos se colocarem à luz da prática organizativa, vêm interpretados na chave psicodinâmica analítica de grupo: a instituição é terapêutica, ou seja, não em virtude dos movimentos “reais” que surgem sob o plano do cotidiano hospitalar, organizada com iniciativas terapêuticas, mas em virtude de sua situação em que manifestam projeções fantasmagóricas que, na estrutura da instituição, se desdobram e se resolvem e que, como tal, vão ser analisadas. Trata-se de uma psicoterapia que atua através da dinâmica institucional. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 59)

Diante dessa diferenciação, Basaglia expõe sua crítica às limitações do modelo francês, pelo fato de a psicanálise ter se tornado uma ideologia que cobria todas as contradições que haviam surgido no decorrer do processo de crítica institucional. A realidade institucional permaneceria idêntica por estar sob a ideologia psicanalítica, “porque a psicanálise se torna uma ideologia de substituição, útil a cada tipo de interpretação” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 352). Diante disso, o manicômio, “se torna, portanto, objeto de

interpretações analíticas em vez de lugar de ação e de intervenção” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 353).

A política de setor francesa resultou da necessidade de dar uma resposta política-prática “à exigência de organizar um tipo de assistência diferente e alternativa em relação àquele mundo fechado manicomial e institucional” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 475). Trata-se de uma experiência institucional comunitária, “entendida como uma organização sanitária externa de tipo preventivo, que apontaria a uma gestão coletiva da doença na comunidade” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 110). Mas, para Basaglia, com a técnica psicanalítica se tornando ideologia, “a política de setor pode facilmente ser uma nova bandeira a ser agitada para cobrir uma realidade inexistente: ninguém perceberá, porque todos terão um argumento novo sobre o que discutir e interpretar” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 353).

Outra crítica de Basaglia à experiência francesa foi a respeito de que os técnicos “se moveram e tomaram as iniciativas, monopolizando, contudo, a questão completamente independente de qualquer ligação com a base, reproduzindo assim a divisão entre teoria e prática e a nítida separação do técnico-intelectual dos movimentos de massa” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 475). Devido a isso, Basaglia justifica a transformação do “impulso de um movimento de liberação”, ocorrido na etapa inicial, pudesse se traduzir no que ele considera “um fenômeno de racionalização e, portanto, de produção de cultura reciclada por uma parte, e de controle assistencial de outro” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 475), em que Basaglia caracteriza como sendo o fracasso do modelo francês.

Na Inglaterra, o surgimento das técnicas reabilitativas de tipo comunitário e a origem do movimento psiquiátrico comunitário inglês, que se inseria no “quadro da nacionalização da medicina implementada por meio do *National Act* de 1959” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 204), demonstrava-se ligada à “particular situação econômica pós-bélica que precisava de mão-de-obra: foi então que nasceram as primeiras instituições psiquiátricas destinadas à reabilitação dos doentes mentais, em função de um país que necessitava de pessoas reabilitadas” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 137).

Dessa maneira, para Basaglia, “trata-se então, da resposta técnica a uma questão econômica, o que corresponde perfeitamente à exigência, de que se falava no início, de uma coincidência real entre a função técnico-especialista e a estrutura social em que se age” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 204).

Assim, Basaglia relata a história do surgimento dos modelos de comunidade terapêutica:

As primeiras experiências psiquiátricas de caráter comunitário se podem fazer realizar em 1942, na Inglaterra, onde o pragmatismo anglo-saxão, vinculado a um pensamento para o mais ideológico dos países continentais de influência alemã, estava prestes a libertar-se da esclerótica visão do doente mental como entidade irrecuperável, através da ênfase do problema da “institucionalização”, causa primeira da falência psiquiátrica asilar. As experiências de Main e depois as sucessivas realizadas por Maxwell Jones, foram, de fato, os primeiros passos daquilo que deveria tornar-se a nova psiquiatria institucional comunitária, baseada sobre os pressupostos de características, prevalentemente, sociológico. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 54)

Basaglia menciona que os fatores que contribuíram para o aumento dos métodos sociais de tratamento dos doentes mentais na Inglaterra, além de serem influenciados pelos eventos da Segunda Guerra Mundial também foram de origem religiosa. Basaglia destaca as razões de caráter político no aumento dos métodos socioterapêuticos nesse período.

No período bélico e imediatamente pós-bélico foi verificada uma decisão de mudança dos esquemas político-culturais da sociedade inglesa com a assunção, por parte da comunidade, de responsabilidades sociais antes ignoradas. A participação do governo do país, por parte de trabalhos, levou à aprovação de importantes medidas de segurança social, como a organização do National Health Service, e das leis como o Disabled Persons Act de 1944, que marcaram uma virada na postura da sociedade em relação aos doentes mentais, pela primeira vez, inseridos em um programa de reabilitação fora do hospital e, assim, fora de uma situação de exclusão social. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 57)

Nesse contexto que surge a proposta de comunidade terapêutica de Maxwell Jones, “baseada em alguns princípios definidos revolucionários e que deveriam mudar o tipo de relação tradicional entre médico-paciente” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 54). Sob os princípios de liberdade de comunicação, democratização das relações a partir da contestação do saber médico como mandato social, relação com a realidade, realização de reuniões como “forma de discutir o conjunto de problemas que surgiam da vida comunitária, discussões em que os pacientes, médicos, enfermeiros, assistentes sociais deveriam participar ao mesmo título, com os mesmos direitos, com igual capacidade de decisão” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 57).

Além das contribuições de Maxwell Jones, por meio do trabalho realizado “pela Comunidade Terapêutica e sua modalidade de aproximação do problema institucional”, Basaglia também cita Stanton e Schwartz, Goffman, Barton, os Cumming, Caudill, Belknap, como também todos os outros estudiosos da microssociologia do hospital psiquiátrico,

que mostraram suas investigações sobre os efeitos das estruturas organizativas formais e informais das instituições sob a vida e sob o curso da doença dos pacientes, contribuindo de

modo decisivo em estabelecer uma reforma institucional psiquiátrica em que freqüentemente atuam no sentido de uma 'terapia comunitária'. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 58)

Dessa forma, Basaglia considera relevante o processo em que a comunidade terapêutica nasce “como recusa da realidade manicomial e como instrumento de explicitação das contradições entre lugar de elaboração teórica e terreno de trabalho prático” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 109). Assim, o foco dessa experiência “é sobre o momento prático-organizativo, como lugar da discussão prática do sistema hierárquico, autoritário, custodialístico, típico das velhas organizações manicomiais” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 109). Dessa forma, Basaglia enfatiza que a terapêuticidade das novas instituições deve-se fundamentar, “essencialmente, sob a vitalidade do processo dialético em que participam ativamente todos os componentes da comunidade; ou seja, sob a margem da liberdade e de intervenções práticas que vêm manter o processo de transformação” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 109).

Além disso, Basaglia considerava válido nessa experiência de comunidade terapêutica o seguinte:

A distância entre o lugar de elaboração teórica e o terreno do trabalho prático tem até agora permitido a ausência de verificação real da ideologia psiquiátrica. A comunidade terapêutica satisfaz e continua a satisfazer essa função de verificação, que quer operar sob o terreno prático, para continuar a se manter em processo de transformação constantemente em ação que, apenas assim, pode garantir a terapêuticidade. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 67)

Assim, a crítica que Basaglia faz à experiência de comunidade terapêutica de Maxwell Jones é que ela deixa de ser um constante questionamento prático-teórico e se torna uma técnica fechada em si mesma ou uma nova ideologia. Enquanto estava sendo discutida a exigência de uma renovação e ruptura com o modelo asilar, que foi nomeada de fase crítica, estava aberta ao debate e as discussões, mas a partir do momento em que começam a encobrir as contradições expostas faz com que a nova instituição, assim como a velha, continue a exercer a função de satisfazer a organização social e o sistema em que é expressão. Assim, Basaglia alertava que a comunidade terapêutica estava correndo o risco de se transformar em um “valor absoluto que não possuía mais a necessidade de se relacionar com a realidade” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 3).

Dessa maneira, Basaglia vem dizer que:

Quando a Comunidade Terapêutica tenta, através de seus apoiadores, em especial Maxwell Jones, sistematizar sob o plano ideológico a própria prática, ocorre a tradução – em termos

técnicos – de um método que vem proposto como modelo resolutivo do problema psiquiátrico e social, juntos: as hipóteses comunitárias correm o risco de assumirem um valor absoluto, aplicável a situações e realidades diversas. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 4)

Basaglia também complementa esse argumento ao dizer que:

No momento em que a comunidade terapêutica começa a transformar-se em uma “ciência” orgânica – com os seus novos dogmas e os seus novos mitos – a margem de liberdade necessária ao processo de transformação vem a faltar, exigindo por parte do doente uma identificação – a diferentes níveis – com a nova definição de doença implícita na nova gestão. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 109)

Dessa forma, Basaglia adverte que:

[...] o manicômio tradicional pode ser uma contradição em uma sociedade neocapitalista e a Comunidade Terapêutica poderia ser a solução ideológica adequada. Mas, o tipo de distância entre o “são” e o “doente”, entre a “norma” e o “desvio”, permanece sempre fixado a quem detém o poder e estabeleceu os valores. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 5)

Diante dessa ameaça de retrocesso do processo de crítica e transformação no campo psiquiátrico,

[...] a ação subversiva da Comunidade Terapêutica que desejava desmascarar o castelo de preconceitos científicos em que a psiquiatria tradicional se fundamenta, perde então cada um de seus significados no momento em que vem sendo absorvida como modelo de uma nova realidade institucional no interior da mesma estrutura. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 5)

Contudo, o modelo de comunidade terapêutica desenvolvido por Basaglia no hospital psiquiátrico de Gorizia teve inspiração no trabalho que Maxwell Jones desenvolveu, com a principal “missão de desmistificar a ideologia do manicômio tradicional” e evidenciar seu “significado político implícito na sua funcionalidade ao sistema” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 6). Assim, o significado que a comunidade terapêutica possuía para Basaglia consistia “em tornar mais explícitas as contradições inerentes ao *background* social sobre o qual a doença mental se desenvolve, de maneira que o paciente conseguisse identificá-las, dialetizá-las e enfrentá-las” [grifo do autor] [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 43).

Já a experiência nos Estados Unidos foi analisada por Basaglia mais de perto, quando ele visitou o país a convite de um Centro Comunitário de Saúde Mental que fazia parte do Programa Kennedy para doentes e deficientes mentais. Essa instituição psiquiátrica se localizava no bairro do Brooklin, em Nova York.

Nesse sentido, foi programado um plano de luta à doença mental (Lei de outubro de 1963, promulgada por J. F. Kennedy) que corresponde, mais ou menos, à fusão entre psiquiatria comunitária de Maxwell Jones e a psiquiatria de setor francesa. Os novos centros psiquiátricos (os Centros Comunitários de Saúde Mental) adotaram a técnica comunitária (nascida como resposta institucional à realidade manicomial) como técnica psiquiátrica em sentido específico: são organizados de modo comunitário multidisciplinar, e funcionam como departamentos psiquiátricos abertos, principalmente em hospitais gerais, em direto contato com o setor urbano em que são destinados: o *cathment área*. [grifo do autor] [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 117)

Assim, surgiam as pequenas unidades psiquiátricas em contato direto com a comunidade e que já se tornavam numerosas em todo o território dos Estados Unidos, quando Basaglia esteve no país em 1968. Mesmo assim, Basaglia relata que a situação psiquiátrica geral do país continuava “a ser dos asilos e manicômios tradicionais, apesar da ênfase na psiquiatria social limitada a poucos centros de estudos” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 96).

O interesse de Basaglia pela experiência estadunidense, que trazia uma nova legislação no campo psiquiátrico, era devido ao fato de ser localizada em um país de alto nível tecnológico, que poderia representar o futuro político e institucional da Itália.

A análise direta de tal situação consentiria em verificar, sob a realidade, qual poderia ser a ação técnica (como ação específica de um setor particular) e o significado político (como funcionalidade institucional no âmbito geral do sistema) de uma nova instituição no velho contexto social em que está inserida. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 96)

Tal análise de Basaglia se deu à medida que ligava “uma técnica institucional que ama se definir como inovadora e o sistema sócio-econômico que a sustenta, para verificar os limites de uma nova ação técnica que se conserva dentro de uma determinada estrutura política” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 96).

Dessa maneira, Basaglia, a partir da sua análise, afirma que a sociedade do capital produz um número crescente de marginalizados e, assim,

[...] é forçada a correr para reparar com soluções técnico-sociais indo além de sua eliminação. Nos Estados Unidos, por exemplo, a alienação do capital produz um tal número, sempre crescente, de marginalizados e desviantes, que não é mais possível eliminá-los nos guetos. Resulta, então, necessário e perfeitamente respondente à exigência da produção e do capital projetar novos sistemas de controle (novas instituições, novas ideologias) que garantam o seu desenvolvimento. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 117)

Assim, Basaglia fala que se deve analisar nessa nova unidade psiquiátrica os seguintes aspectos:

[...] a nova categoria de doentes que se dedicam na sua ação preventiva; quais são os fatores sociais que colocam em evidência essa nova onda social da psiquiatria; em que maneira a psiquiatria social enfrenta, uma vez identificado, a fim de entender se tudo isso não se enquadra no âmbito de um regime de produção que encontrou o poder de absorver em um novo ciclo produtivo, também quem era anteriormente excluído. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 117)

Os Centros Comunitários de Saúde Mental são descritos por Basaglia como sendo, “principalmente, localizados nas áreas mais povoadas e de baixa renda do país e tem uma função, sobretudo, preventiva (por trás deles existem ainda manicômios tradicionais)” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 118).

Diante da análise de Basaglia sobre os Centros Comunitários de Saúde Mental, ele escreve as seguintes considerações sobre o caráter preventivo dessas novas instituições:

É esse caráter preventivo essencial das novas instituições (o que definem o *reach-out*) que esclarece a sua real função: elas se dedicam de fato essencialmente a uma nova categoria de doentes (os *emotional patients*) criados e codificados da nova função da nova instituição. Os limites da norma definida em termos de produtividade e o sistema econômico que não consegue absorver todos os elementos na produção (subsidiando o excedente por meios de entidades assistenciais, vide *Welfare*), criando um novo tipo de marginalidade improdutiva que pode ser recuperada somente através de sua incorporação em uma nova instituição (dentro do ciclo produtivo) que encontra nessa marginalidade a justificação da própria existência. O sistema econômico (e o sistema de valores ligado a ele) produz um novo tipo de desajuste, que recupera criando uma nova instituição destinada ao seu controle. [grifo do autor] [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 118)

Dessa maneira, Basaglia conclui que

[...] os serviços de caráter preventivo que não levam à transformação do manicômio e da lógica da exclusão nele implícita constituem a demonstração prática da dilatação do campo da doença [...]. Eles não respondem ao problema da doença mental, e sim absorvem, no campo da doença, comportamentos que antes ficavam de fora (por exemplo, todas as formas de desvio antes aceitas e agora definidas como anormalidade, enfermidade). [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 343)

Assim,

[...] fica evidente, que a instituição não é a resposta das necessidades reais (no sentido da doença como fato mórbido), mas à realidade de sua função (a ideologia que se vincula ao sistema geral) a determinar volta e meia a natureza do objeto de que se ocupa. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 118)

Basaglia alerta sobre a introdução do aspecto social no campo psiquiátrico servir apenas para fins de formular uma racionalização de tipo interdisciplinar para um fenômeno de origem diretamente socioeconômica.

Uma vez que os desviantes acompanhados pelos *Community Mental Health Centers* são os negros, os porto-riquenhos, os judeus, os italianos – que, às margens da produção, são assistidos pelo *Welfare*, privados de um projeto que possa ir além da sobrevivência assegurada pelas organizações assistenciais, fica claro que esses centros de saúde mental funcionam definitivamente como controle para aquela faixa de marginais que não pode ser absorvida em instituições produtivas. [grifo do autor] [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 134)

Esse processo nos Estados Unidos, que Basaglia denomina de “racionalização ideológica”, fica evidenciado no campo dos desvios. “Nos Estados Unidos, faz-se coincidir a ideologia do desvio com o problema do desviante, o que conduz a uma identificação do desvio primário (que corresponde à exclusão da produção) com um desvio secundário de caráter ideológico” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 133). Dessa maneira, o problema dos desvios:

[...] é enfrentado fazendo-se coincidir o desvio primário com o secundário, de modo que, ocupando-se do secundário, despreza-se o primário que lhe é constitutivamente implícito. Isto significa que não se enfrenta o problema real, mas o aspecto ideológico do problema, que é simultaneamente produzido e resolvido. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 134)

Diante disso, Basaglia deixa como reflexão dessa análise feita a partir da experiência estadunidense que as novas instituições que estavam sendo criadas, só poderiam “organizar as novas necessidades, sem nunca respondê-las diretamente” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 195).

Basaglia relata que na Itália, naquela época, o nível socioeconômico ainda era ligado à repressão como forma de controle institucional. Porém, já se pensava em fazer as reformas por novas instituições tolerantes, em que não seria necessário recorrer a uma violência tão explícita para controlar os desvios, doenças e delinquências.

Mas, na lógica do capital construir novos cárceres significa construir novos encarcerados; assim como construir novos hospitais significa fabricar novos doentes, se a finalidade continua em organizar (portanto, a inserção em um novo ciclo produtivo) das necessidades e não a resposta imediata àquelas necessidades [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 195)

Assim, Basaglia deixa sua consideração sobre essa experiência nos Estados Unidos dizendo que as correntes podem ser reais como nas instituições de violência ou podem ser

simbólicas como nas instituições de tolerância encontradas nos países tecnicamente mais desenvolvidos. Mas, isso “não faz diferença, se a finalidade é ainda e sempre o domínio do homem sobre o homem, a opressão, o abuso, que continuam a ser apresentados e impostos como aspectos irreduzíveis da natureza humana e não como um produto histórico-social” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 190).

Contudo, diante desses temas apresentados a partir da obra basagliana, percebem-se muitos pontos relevantes para pensarmos os saberes, as práticas e a política do campo da saúde mental na contemporaneidade.

Assim, diante dessa contextualização dos principais pontos do pensamento basagliano, será discutido a seguir, no próximo capítulo, a concepção de Basaglia a respeito da temática sobre a reabilitação.

## 4 A PERSPECTIVA DE FRANCO BASAGLIA PARA A REABILITAÇÃO

Neste capítulo, em que se dedica às contribuições de Basaglia e seu grupo sobre o tema da reabilitação, inicia-se com a apresentação da experiência italiana a partir do ponto de vista basagliano trazido pela obra analisada nesta dissertação. Mais adiante, o capítulo abordará também a discussão sobre as transformações institucionais, a lógica do controle (assistencialismo) e a definição, propriamente dita, da reabilitação basagliana<sup>11</sup>.

Será exposto o que representou esse processo de transformações teórico-prático em que Basaglia é o principal líder da reforma psiquiátrica e do movimento de luta antimanicomial de seu país no período enfocado.

### 4.1 Experiência italiana

Basaglia, ao relatar a experiência italiana, destaca alguns pontos relevantes, como a forte atuação da psiquiatria positivista e conservadora na Itália, que impedia que as mudanças e as discussões que estavam sendo realizadas em outros países sobre a situação psiquiátrica transformassem as práticas e os saberes psiquiátricos italianos. Aqui, se destaca a influência do pensamento alemão na cultura psiquiátrica oficial italiana da época, que fazia com que o questionamento à situação institucional da Itália se movesse lentamente e com anos de atraso em relação às experiências inglesa e francesa.

Basaglia explica e justifica da seguinte maneira a escolha pelo projeto de Comunidade Terapêutica empregado em sua primeira experiência realizada no hospital psiquiátrico de Gorizia.

Todavia, por quanto diz respeito à nossa experiência, se sentia a urgente necessidade de intervenções adequadas à realidade em que se agia, que não poderia reduzir-se à adaptação de modelos já codificados, aplicados a cada situação. Por isso a escolha pelo modelo anglo-saxão da Comunidade Terapêutica desejava ser a escolha de um ponto de referência genérico, capaz de justificar o início de uma ação de negação da realidade manicomial, que passava através da negação de cada classificação nosográfica, cujas subdivisões e elaborações resultavam ideológicas a respeito da condição real do doente. A referência ao modelo anglo-saxão é, então, resultado válido até o momento em que o campo de ação é transformado e a realidade institucional muda de face, revelando as contradições do terreno em se agia. (Basaglia, 1982, p. 61)

---

<sup>11</sup> Como foi explicado na parte metodológica desta dissertação, a tradução utilizada na escrita deste capítulo é de nossa integral responsabilidade.

Então, Basaglia diz que a Comunidade Terapêutica praticada em Gorizia havia nascido da recusa de uma situação considerada apenas como um dado ao invés de um produto do violento modelo asilar. Por meio do contato com a realidade manicomial, foi evidenciada e questionada a situação em que se encontrava o interno do manicômio: ele resultava do “objeto de uma violência institucional desumana [...]. O nível de degradação, objetivação, aniquilação total em que se apresenta, não é somente expressão de um estado doente, mas juntos aos produtos de ação destrutiva de uma instituição” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 61). Assim, foi proposto um novo tipo de relação entre técnico e interno dentro da instituição, baseado nos pressupostos de base comunitária.

Porém, “uma vez desnudado o paciente das superestruturas e das incrustações institucionais”, por meio do processo de explicitação e questionamento das contradições da realidade manicomial, também se pode observar que o interno era:

[...] o objeto de uma violência que a sociedade usou e continua a usar em suas relações, na medida em que – antes de ser um doente mental – é um homem sem poder social, econômico, contratual: uma simples presença negativa, que é fácil demais reduzir a uma dimensão a-problemática para negá-la e destruí-la. (Basaglia, 1982, p. 61)

Assim, na experiência italiana iniciada em Gorizia, “a problemática da reabilitação do doente mental passou através de uma luta no interior da instituição (luta que foi a partir da denúncia prática da violência em que era administrada, destacando a psiquiatria como ideologia)” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 205). Dessa maneira, Basaglia destaca que “A luta anti-institucional psiquiátrica possui, para nós, uma função antagônica ao sistema social em que a instituição é inserida, demonstrando na prática, contradições que nenhuma solução puramente técnica poderia cobrir” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 205).

Para Basaglia, o trabalho de Comunidade Terapêutica realizado no manicômio de Gorizia gerou considerações teóricas que nasceram no campo prático da instituição psiquiátrica e o principal objetivo desse trabalho tratava de “desmontar a realidade asilar e de colocar em prática – pegando emprestado o modelo anglo-saxão da Comunidade Terapêutica – uma nova dimensão psiquiátrica” (Basaglia, 1982, p. 53). Outros objetivos válidos que Basaglia considera desse trabalho é a luta anti-institucional, a derrubada institucional por meio da prática (com a negação da realidade manicomial, da psiquiatria como ciência e do doente como expressão de uma doença incompreensível) e a politização das ações técnicas:

[...] são os objetivos ainda válidos da Comunidade Terapêutica que – no contexto psiquiátrico italiano – continua a satisfazer a sua função de crítica da ideologia científica que teme se

desmascarar da realidade. Se a ação de derrubada institucional, a qual se objetiva a nossa Comunidade Terapêutica, prossegue de transformação em ato (na explicitação das contradições, científicas e sociais juntas, em que a doença mental encontra alimento) a instituição psiquiátrica começará a apresentar os níveis de terapêuticidade que sempre presumiu ter. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 85)

Porém, com a experiência de Gorizia, foram também descobertas as limitações do projeto de Comunidade Terapêutica que conseguiram desenvolver na instituição psiquiátrica:

Demonstramos na prática que nos é consentido fabricar ilhas – mais ou menos abertas, mais ou menos experimentais – onde a doença mental continua a ser delimitada, mas não podemos ir além dos limites dos quais se coloca em questão o significado da exclusão classista dos doentes e o conceito de norma que sustentam essa exclusão [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 94)

Diante das limitações desse modelo, Basaglia conclui o seguinte sobre a experiência goriziana de Comunidade Terapêutica:

O aviso já nos foi dado. Mas, a nossa ação anti-institucional já teve seu significado: fazer explodir a contradição oculta sob a falsa consciência psiquiátrica e revelar as implicações políticas em cada ato técnico. Foi-nos necessário ancorar, aos poucos, a ideologia do hospital aberto, a livre comunicação, a ideologia comunitária<sup>12</sup>, que se tentou de usar como instrumentos para a reabilitação do doente; mas, agora o único ato político que nos é possível é reconfirmar a impossibilidade dessa reabilitação dentro de um sistema que não pode estar interessado; reconfirmando dessa maneira o caráter eminentemente político do problema. O que não significa negar a existência da doença, mas reconfirmar a necessidade de mantê-la nua – sem a cobertura de uma nova ideologia – para poder começar a nos relacionar com ela. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 94)

Dessa maneira, Basaglia e seus colaboradores seguem o seu projeto de transformação institucional com os aprendizados obtidos por meio da experiência em Gorizia, principalmente em relação ao que se considerava reabilitação na época, tanto nos manicômios quanto nos cárceres. Pois, para Basaglia, a reabilitação que se dizia realizar com os loucos nas instituições psiquiátricas e com os presos nos cárceres era nada mais que uma ideologia que mascarava a função real das instituições totais e que justificava a sua existência:

[...] não existe uma explicação - se não ideológica – para a presença dos presos e doentes nas instituições. Se não fosse assim, se fosse real a finalidade reabilitativa de ambas instituições, teríamos presos e internos reabilitados e êxito na reinserção ao contexto social (Basaglia, 1982, p. 190).<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Na experiência de Gorizia, Basaglia relata que se agiu a partir de uma ideologia comunitária, que tendia a viver dialeticamente, na tentativa de evitar se cristalizar em uma opressão esquemática para os profissionais e em uma relação objetal para o doente (Basaglia, 1982).

<sup>13</sup> Esse trecho também foi utilizado no capítulo de análise do livro Scritti II dessa dissertação.

Em relação à humanização que a proposta de Comunidade Terapêutica realizou dentro das instituições, Basaglia diz que: “No momento em que se humaniza uma instituição como o manicômio ou como o cárcere, se demonstra evidente que o seu conteúdo é de pobreza antes ainda que de loucura” (Basaglia, 1982, p. 477).

Assim, se evidencia que:

[...] uma vez liberado o hospital e instaurado um clima menos violento, menos opressivo, menos coercitivo, então tecnicamente mais terapêutico, se encontra novamente de frente ao mesmo problema: a impossibilidade de nosso sistema social receber os reabilitados. O futuro dos nossos pacientes fica ainda somente na instituição. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 10)

Diante disso, Basaglia analisa as chamadas “novas instituições” que vinham surgindo como uma resposta alternativa aos manicômios tradicionais da seguinte maneira:

As realidades institucionais são um exemplo explícito: o manicômio, com a sua finalidade excludente e de segregação, em fase pré-capitalista; a Comunidade Terapêutica, com relativa liberalização das relações institucionais e ênfase da recuperação e reabilitação, em fase de expansão capitalista (vide o nascimento da psiquiatria comunitária na Inglaterra, logo após a segunda guerra mundial); os Centros Comunitários de Saúde Mental que estão sendo difundidos atualmente nos EUA em fase de capitalismo avançado, como meio de dilatação no exterior do controle das faixas sempre crescentes de marginais e de desviantes. Trata-se de respostas institucionais do tipo inovadoras que correspondem tecnicamente (segregação, reabilitação, totalização do controle e psiquiatria geral) e da explícita questão econômica e que se demonstram eficazes apenas no momento cuja economia as exigem. O que significa que elas continuam a conservar intacta – apesar de sua aparência inovadora – a funcionalidade das instituições à estrutura econômico-social das quais são expressões. Essa confirmação da setorialização ou da totalização do controle, em relação às diversas exigências da produção [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 201)

Dessa maneira, trata-se de respostas técnicas aos diversos níveis de capitalismo que tendem a se totalizar em nível de produção e controle na fase que Basaglia denomina como capitalismo avançado. Assim, também nos casos dessas “novas instituições” apresentadas por Basaglia, função e sistema coincidem, mas sempre ao nível da estrutura e nunca à função terapêutica implícita na função técnica (Basaglia, 1982).

Assim, Basaglia vem dizer sobre as instituições da violência (manicômios) que “são explicitamente destinadas à exclusão dos elementos de distúrbio social” e as instituições da tolerância (novas instituições) que representam uma “readaptação da cada vez mais vasta gama de “marginais” que esse sistema sócio-econômico continua a produzir” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 97). Considerando que as denúncias e os questionamentos práticos

realizados possam ser absorvidos “somente como um fato técnico no interior de um campo específico bem delimitado: a instituição da violência pode tornar-se a instituição da tolerância” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 85). Isso acontece pelo fato da função que a instituição satisfaz dentro do sistema se mantém inalterada enquanto permanecer inalterado o contexto social em que está inserida.

Uma vez proposta uma solução técnica diferente a um problema específico [...] só vem a ser aceita se apresentada como proposta de um novo modelo técnico especialista (portanto uma nova função) útil à renovação aparente da instituição, onde possa usar a nova linguagem científica mantendo inalterada a situação de fundo. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 205)

Porém, Basaglia propõe que se deve continuar com a recusa inicial realizada no campo da luta anti-institucional – pois, as novas ações se mantêm no interior do mesmo contexto social – para que se possa continuar a evidenciar a necessidade de respostas e ações políticas no campo psiquiátrico (Basaglia, 1982).

Com todas essas considerações teóricas e práticas advindas da experiência goriziana, Basaglia parte com essa bagagem para a realização das transformações institucionais que caracterizam a experiência triestina.

A prática iniciada em 1971 em Trieste pôde se desenvolver dentro de um quadro político em profunda mudança em relação aos tempos e às circunstâncias em que a experiência goriziana amadurecera. [...] A demolição de um dos principais aparatos repressivos, como era o manicômio, pareceu então um projeto exequível, um objetivo central, capaz de reconduzir o específico ao geral, mediante o processo de socialização de problemas até então mantidos separados e apartados. A disponibilidade da administração da província para apostar numa reestruturação da organização dos serviços psiquiátricos, embora parcialmente determinada por circunstâncias particulares, encaixava-se no quadro global nacional das reformas institucionais, em grande parte mais projetadas do que realizadas. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 396)

Assim, Basaglia contextualiza o momento político em que o projeto de mudanças realizadas em Trieste estava sendo desenvolvido. Tal disponibilidade da administração provincial, relatada por Basaglia, “comportava a possibilidade de aprofundar e acelerar a transformação da instituição, que, todavia, continuava a movimentar-se num terreno minado, no qual os obstáculos jurídicos, econômicos e ideológicos permaneciam inalterados, até mesmo dentro de um programa que se dispunha a superá-los” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 397)

Porém, mesmo com essa disponibilidade da administração local, Basaglia relatava dificuldades em realizar e desenvolver o trabalho em Trieste:

No hospital em que trabalho [em Trieste] me encontro na situação (me entenda sempre dirigindo um hospital e esse é o terceiro que dirijo) em que logo que emergem as primeiras contradições, imediatamente, se manifesta a repressão política, judiciária, etc., que impede de prosseguir o trabalho desenvolvido. Tudo isso é muito estranho. Quando uma organização começa a funcionar, ou seja, no momento em que se chega a dar uma resposta à necessidade do doente que começando a emergir e a se exprimir, quando a relação entre instituição e internado não é mais apenas aquela de violência e de domínio, imediatamente se torna um momento repressivo. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 359)

Dessa maneira, Basaglia diz que as fases da história em Trieste “coincidem com a luta para remover os obstáculos, internos e externos, de ordem econômica, jurídica, cultural; lutas e processos nos quais foi preciso preparar estratégias de intervenção capazes de agir nos interstícios de normas tão rígidas quanto contraditórias” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 397)

Basaglia enfatiza a importância de se ter fechado o hospital psiquiátrico, apesar de que “não interrompe na origem a cadeia da ‘psiquiatrização’ do sofrimento produzida alhures; mas, cortando-lhe um anel central, determina significativas adaptações em todos os aparatos médico-psiquiátricos, estruturados em referência à sua função assim como na cultura que ele mesmo alimenta” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 399)

Daí a opção por uma prática baseada, desde o início, na ruptura de todos os mecanismos institucionais que podiam continuar a reproduzir a separação e o seqüestro, para fora da vida social, de quem entrava em contato com a instituição, fosse ele já um internado ou um novo usuário. O objetivo prioritário dos primeiros atos da transformação institucional tornou-se, assim, a reconstrução da pessoa e da sua identidade social: despedaçar todas as normas que regulamentavam a dependência pessoal do internado; reconstruir concretamente sua identidade enquanto pessoa jurídica; recuperar os recursos econômicos indispensáveis à sua colocação no circuito das trocas sociais; estabelecer as bases, irreversíveis, da sua condição de membro do corpo social. Em outras palavras, substituir a relação de tutela por uma relação de contrato. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 400)

Basaglia caracteriza o trabalho desempenhado na experiência triestina a partir dos desafios encontrados durante a sua trajetória de transformações, como ele próprio relata a seguir:

Eu dirijo um hospital psiquiátrico [em Trieste] e possuo o mandato de organizar a província de maneira em responder as necessidades dos doentes. Bem, eu divido a cidade em cinco zonas e crio uma rede de estruturas, porque penso que apenas assim seja possível assumir essa tarefa. Mas, se a finalidade dessa intervenção é a defesa da ordem pública e não a resposta à necessidade expressa pela doença, seria mais fácil, útil e funcional que tudo isso fosse confiado ao superintendente e não ao psiquiatra, porque o superintendente é capaz, com a sua lógica e com seus meios de controle, de organizar a cidade no sentido da ordem e manter,

portanto, também a ordem da doença. No momento em que organizo os serviços de uma determinada província ou de um determinado setor público, como posso responder às necessidades de quem sofre se sou forçado – pela lógica em que nos movemos – a criar uma organização que responde às próprias necessidades, e nunca às necessidades do assistido? [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 359)

A respeito da lei da reforma psiquiátrica italiana “Lei 180”, aprovada em 1978 durante a experiência em Trieste, Basaglia considera o seguinte:

[...] o ponto focal que a nova lei italiana tende a despedaçar é a lógica da marginalização de classe, permitida pelo manicômio e pela psiquiatria, sem encerrar com novas teorias a crise aberta. O que nos permite ver diretamente de quais necessidades insatisfeitas se alimenta o distúrbio psíquico, de quais frustrações concretas, quais impotências reais fazem explodir a doença, quando se decidiu não ver o que se quer encobrir com aqueles símbolos. Isso não significa afirmar que o sofrimento psíquico se origina somente da miséria material (que certamente tem seu peso, tanto no nascimento do distúrbio quanto no tipo de respostas que este recebe), mas que existe uma miséria social que nos impede de expressar nossas próprias necessidades e nos obriga a encontrar caminhos anômalos e tortuosos, que passam através da mediação da “doença”, porque nos é impedido expressar-nos de modo imediato. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 472)

Para finalizar a discussão sobre a experiência triestina, é importante relatar a dificuldade relatada por Basaglia em dizer sobre o significado do trabalho realizado durante essa experiência.

No que se refere à experiência de Trieste, as dificuldades para apreender dentro do processo de transformação, os novos conhecimentos que iam emergindo e, portanto, a dificuldade de comunicar o significado de nossa prática, na realidade foram, também elas, um produto dessa prática. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 392)

Assim, somente depois da concretização do projeto político realizado em Trieste que Basaglia considerava possível compreender, a partir dos efeitos que retornavam para eles por meio das mudanças realizadas, o significado do que havia acontecido.

O fato é que, hoje, a história de Trieste é cada vez menos a história de uma instituição e cada vez mais a história de muitas vidas que, na ruptura das dependências institucionais recíprocas, emergiram e se desenvolveram numa dimensão dificilmente reconstituível pela análise daquilo que foi. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 393)

Contudo, Basaglia conclui que:

Por essas razões, se tivéssemos de fazer uma história do trabalho desses anos, não poderíamos encerrá-la num modelo abstrato de técnicas de transformação, mas deveríamos de preferência reconstruir a história das transformações dos diferentes processos reais, dos diferentes

percursos internos, através dos quais se transformaram, junto com o espaço institucional que estava transformando todos aqueles que gravitavam na área da instituição, até assumirem como real, como próprio, como visível, o projeto político em que se enraizavam essas lutas: a eliminação do manicômio. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 394)

#### **4.2 Transformações institucionais / controle assistencial / reabilitação**

Diante dessa apresentação sobre as práticas de transformação institucional italiana, a partir das experiências basaglianas, podem-se traçar alguns percursos para se pensar a construção da perspectiva de reabilitação para Basaglia.

Com a análise do pensamento e a ação de Franco Basaglia no decorrer da década de 1970, torna-se explícito que a principal característica do trabalho basagliano é a explicitação das contradições institucionais por meio do questionamento da realidade prática que se desenvolve na área da saúde mental.

Por nossa parte, a nossa tarefa é aquela de abrir constantemente as contradições. No momento em que nós criamos as contradições, criamos também as necessidades, que possuem como resposta ou anomia, porque não existe possibilidade de resposta dentro do contexto social constituído sem que sejam colocadas radicalmente em discussão as próprias bases, ou se determina uma situação extremamente vaga, dentro da qual, na tentativa de responder a esses problemas, o estado propõe um tipo de assistência alternativa. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 474)

Basaglia, então, alerta para a tendência em simplificar os fenômenos complexos que se apresentam nos desafios encontrados na prática. Pois, com a abertura das contradições, são trazidas à tona questões cada vez mais complexas e difíceis que jamais devem ser tamponadas com uma técnica ou solução qualquer.

No nosso campo, a ação que nós trazemos adiante por mais de vinte anos abriu contradições que de nenhum modo podem acabar desde o momento em que nós as mantemos abertas com uma luta. Não se podem fechar, nem sequer, com uma enorme tentativa de racionalização. [...] Evidenciar as contradições significa criar a abertura de uma brecha. Por exemplo, desde o momento que nós demonstramos que a instituição psiquiátrica só é um meio de controle social, e o demonstramos praticamente, o estado, o poder, é forçado a criar qualquer coisa de substitutivo. No tempo decorrido entre a explosão das contradições e a sua cobertura (porque não pode ocorrer isso), se determina uma ocasião de conscientização por parte da opinião pública. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 481)

O intuito preventivo trazido para o campo psiquiátrico por meio da experiência estadunidense, apresentada anteriormente, era polemizado por Basaglia como uma prevenção que era entendida por ele mais com o objetivo de dilatar o campo da doença do que reduzi-lo.

Dessa maneira, Basaglia considerava como válida a prevenção que, antes de tudo, é levada em consideração como uma tomada de consciência ou uma conscientização. “O problema é que a gente possa conscientizar e entender quais são as necessidades próprias, aquelas reais, e não aquelas condicionadas e mediadas pelo poder” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 474). Assim, é importante que a pessoa “compreenda a alienação em que vive. No momento em que nós fazemos emergir as contradições, na prática social, nós contribuimos em promover um processo de conscientização” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 480).

Com a desmontagem institucional iniciada na experiência goriziana, ficou evidenciado que o processo de mudança realizado na mesma lógica capitalista, possui três fases: transformação, racionalização e controle. “Porque a transformação acontece sempre como resposta técnica a uma pergunta econômica, e é, portanto, a lei econômica a exigir a nova racionalização técnica que serve de controle à situação transformada” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 195).

Assim, Basaglia alerta para o cuidado em não se cair nessa “armadilha”, ao pensar as transformações na área da saúde mental e na criação dos novos serviços. Para esse psiquiatra democrático, a luta não deveria ser contra a doença mental.

Mas, a luta real deveria mover-se contra a ideologia que tende a encobrir cada contradição natural, produzindo uma modalidade adequada aos instrumentos de gestão e de controle em que, de tempos em tempos, disponibilizamos. Portanto, adequado para ser manipulado de acordo com os fins desejados. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 202)

Dessa maneira, Basaglia sinaliza para algo muito importante. Deve-se ter cuidado para não deixar que aconteça o puro “assistencialismo”: com a mera organização formal das necessidades reais sem efetivamente afrontá-las.

Não existem respostas às necessidades: o que se tenta é sempre e unicamente sua organização e racionalização. A FAO, a Food and Agriculture Organization, como resposta ideológica à realidade da fome, em nada altera a realidade do faminto, ao deixar inalterado o processo que produz ao mesmo tempo fome e abundância. Dessa forma, a organização da doença não é a resposta ao doente, e quem tenta – nesse contexto – responder diretamente à necessidade primária (quem tenta responder à doença, e não à sua definição e organização) é acusado de negar a existência desta mesma necessidade e, assim, de negar a existência da doença no momento em que não a reconhece no “duplo” que dela foi fabricado. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 179)

Aqui, Basaglia menciona as necessidades primárias, que ele considera as necessidades reais e urgentes existentes em nossa sociedade e as necessidades artificiais que foram criadas com a organização das necessidades. Assim, a nova assistência (ou um novo assistencialismo)

é incumbida de satisfazer as necessidades artificiais, enquanto que as primárias continuam a ser ignoradas.

Na lógica capitalista não existe uma resposta direta às necessidades primárias do homem, mas o domínio se perpetua através da criação de necessidades artificiais que devem e podem ser satisfeitas pela organização institucional das necessidades primárias em que não se responde. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 150)

Dessa forma, Basaglia alerta para a seguinte situação:

Enquanto em tempos anteriores se tratava de um tipo de assistencialismo ligado ao manicômio que dispunha, na guetização, de técnicas particulares (internação, contenção, eletrochoque, medicamentos, etc. – a psiquiatria sempre dispõe de técnicas para o controle social –), hoje assistimos a uma tentativa de descentralização de tudo isso. Afirma-se assim, o critério da territorialização, que muda a situação anterior em uma situação aparentemente renovada, que implica, contudo, sempre o perigo de repetir uma forma de controle assistencial. [...] Nesse sentido, que podemos dizer que o assistencialismo abraça a todos, e pode parecer também formalmente democrático, enquanto cria a ilusão, através de um conjunto de técnicas e meios de comunicação, de cobrir as necessidades de todos os cidadãos sem que de fato isso aconteça. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 474)

Basaglia, conclui que “A classe dominante não possui nenhum interesse em reabilitar aqueles que, – pertencentes à classe dominada – saem da linha de suas regras, porque reabilitar e recuperar significa garantir o trabalho e um mínimo de vida” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 390). Diante disso, Basaglia sempre convoca aos técnicos a missão de levar em consideração todos esses cuidados que ele expõe e a manter explícita as contradições.

[...] a nossa tarefa de técnicos que trabalham nas instituições da marginalização, permanece, portanto, ainda aquele de ficar sempre mais explícita essa contradição, que é contradição política, social. Se nós continuarmos a demonstrá-la praticamente no nosso trabalho cotidiano, recusando em reconhecer como natural e irrecuperável apenas a doença e a delinquência do proletário e do subproletário que povoam nossas instituições, teremos contribuído em evidenciar o campo com todas as mistificações e fazer emergir as contradições reais de que os primeiros internos tomam consciência e que a classe dirigente não poderá ignorar. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 390)

Dessa forma, Basaglia convoca os técnicos a se unirem aos movimentos de luta de base, pois ele considera que a partir da existência desses movimentos que “permitiu a ligação entre a questão psiquiátrica e a problemática da luta de classe, determinando assim uma nítida politização do movimento” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 482) antimanicomial. Pois, segundo Basaglia, enquanto for “a ideologia dominante a programar os novos serviços de

saúde, as novas estruturas e os novos só poderão perpetuar, na prática, a confirmação dos valores da classe dominante” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 347).

Contudo apresentado até aqui, Basaglia resume o que deve ser considerado como principal na concretização do projeto de reabilitação no campo da saúde mental:

Para concluir, o *focus* da nossa ação técnica não pode ser a luta à doença mental como entidade abstrata, mas deve orientar-se em considerar a doença como uma contradição e, portanto, a reabilitação como uma resposta imediata a essa contradição. Contradição que não pode ser coberta ou formalmente transformada em novas ideologias científicas: essas, não sendo capazes de responder, se traduzem inevitavelmente em uma nova coerção, seja sob a forma da codificação da reabilitação. O que se deve esforçar é continuar a demonstrar sob a realidade prática que a nossa vida é fundada e determinada pelas ideologias, todas na função de sustentar os valores da classe dominante, em detrimento da classe dominada. A luta é, portanto, contra a ideologia que tende a produzir modalidades diversas nas contradições naturais, para impedir em resolvê-las. Não podem ser os técnicos os únicos protagonistas da reabilitação e do tratamento do doente, mas os sujeitos dessa reabilitação devem ser o doente e o são que, apenas tornando os protagonistas da transformação da sociedade em que vivem, podem tornar os protagonistas de uma ciência as quais as técnicas são usadas para defendê-los e não ir contra eles. Se a sociedade continuar a se fundamentar sob a opressão, sob o privilégio, sob o abuso da lógica do capital, cada técnica se resultará inevitavelmente em opressão, violência e ainda mais morte. [grifo do autor] [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 208)

Diante disso, surge a inauguração de um novo olhar sobre a loucura dentro e fora do hospital psiquiátrico e que nos projeta para um ideal de reabilitação. Basaglia relata que as práticas desenvolvidas em Trieste significavam de um lado o

[...] incessante esforço de reativação das trocas reais, de produção de relações sociais diretas, cada vez menos mediadas pela proteção institucional; de outro, na constante valorização de todos os níveis de conflito que se iam desenvolvendo a partir desse choque entre a miséria institucional e as modalidades de funcionamento do mundo da saúde. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 400)

O que se percebe é um esforço para que os ex-internos do manicômio triestino ocupassem os espaços da cidade como sendo os “lugares da reabilitação” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 401). Também é percebido que no projeto de Basaglia havia um forte apelo para se realizar uma reabilitação também na/da sociedade. Ele admitia que não é fácil desmontar regras, instituições e preconceitos que há muitos séculos estão instaurados nas vidas das pessoas. Porém, Basaglia destacava a fundamental importância de haver transformações na sociedade para uma maior aceitação da diversidade. Como se verifica no seguinte trecho:

Por isto, enquanto o clima de medo, de recusa e de exclusão do doente mental não morrer na sociedade atual, mediante uma radical mudança de suas estruturas sociais, enquanto a distância entre são e doente não se encurtar em seu reconhecimento recíproco, enquanto a barreira de prevenções, de preconceitos que os separa não cair, a doença mental continuará a apresentar-se com a face do excluído, ainda que venham a ser construídos novos hospitais psiquiátricos, modernamente organizados como mundos completos em si, nos quais todas as carências sejam satisfeitas. Saturado e compensado nosso sentimento de culpa diante dos doentes, nos limitaremos, na construção de novos hospitais, a transferir para dentro de muros transparentes, mas não menos restritivos, nossa estrutura hierárquica-autoritária, fonte de todo tipo de exclusão e, conseqüentemente, de regressão. [tradução nossa] (Basaglia, 2005, p. 57)

Contudo, conclui-se que não foi encontrado apenas um conceito de reabilitação em Basaglia, mas concepções que ajudam a pensar esse conceito. Pensando que Basaglia deve ser entendido sempre de forma plural, por considerar que é uma mescla de autores e atores sociais que contribuíram tanto com o trabalho intelectual, quanto prático nas experiências da reforma italiana.

Essas concepções basaglianas de reabilitação serão o referencial para a análise do trabalho realizado no Centro de Convivência. Passemos, então, para o estudo no Centro de Convivência.

## 5 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E O CENTRO DE CONVIVÊNCIA

Este capítulo busca realizar, inicialmente, uma discussão sobre o conceito geral de reabilitação psicossocial utilizado no Brasil, contextualizando o Centro de Convivência nesse conceito. Em seguida, será apresentada a imersão de campo realizada pela mestranda no Centro de Convivência, destacando as práticas reabilitativas exercidas no serviço.

### 5.1 Reabilitação psicossocial: conceito geral

Por meio da literatura utilizada no Brasil, encontra-se que, no seu sentido instrumental, a reabilitação psicossocial representa um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para uma melhor qualidade de vida das pessoas com sofrimento mental severo e persistente. Dessa maneira, a reabilitação não é apenas uma técnica entre muitas, ela engloba todos os profissionais e todos os atores do processo de saúde-doença, ou seja, todos os usuários, seus familiares e, finalmente, a comunidade inteira (Pitta, 2001). A reabilitação psicossocial é norteadada pelos ideais da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, por isso seu objetivo fundamental, antes de tudo, é o tratar em liberdade.

As práticas propostas pela reabilitação psicossocial, como, por exemplo, as oficinas terapêuticas em saúde mental, têm como maior objetivo auxiliar o paciente a potencializar seu poder contratual, ou seja, sua habilidade em realizar trocas sociais. A contratualidade pode acontecer a partir das trocas materiais ou afetivas que o sujeito realiza, produzindo, assim, laços sociais. O conceito de contratualidade abrange três grandes cenários: *habitat*, rede social e trabalho com valor social (Saraceno, 2001; Pitta, 2001; Guerra, 2004). Assim, segundo Saraceno (2001) e Ribeiro (2008), a reabilitação psicossocial ultrapassa meras tecnologias ou atividades que propõem recuperar habilidades e capacidades. Confere-lhe, na verdade, um caráter de processo de reconstrução, que prioriza a casa, o trabalho e a rede social como os principais cenários da vida do indivíduo, ou seja, sua capacidade de efetuar trocas e o exercício da cidadania.

Venturini, Galassi, Roda e Sergio (2003) aborda sobre a discussão a respeito do uso do termo “reabilitação”, propondo que seja trocado pelo termo “habilitação”. Segundo os autores, a ideia de habilitação corresponde aos processos de desinstitucionalização e se reconhece na reflexão sobre as práticas, que são consideradas como o verdadeiro terreno do habilitar. Habilitar tem o seguinte significado para esses autores: a construção material do exercício dos direitos; o desenvolvimento das trocas, interpessoais e sociais; e a cooperação

(*versus* obra social). Assim, “pode-se dizer que o conteúdo verdadeiro da habilitação seja criar os pressupostos para o exercício da contratualidade social: habilitar-se quer dizer tornar-se capaz de ser cidadão, reconhecer-se como parte de um processo social, poder desempenhar um papel de protagonista” (Venturini et al., 2003, p. 62).

Com o início de reforma psiquiátrica brasileira, os manicômios foram sendo substituídos por serviços que compõem a rede de atenção psicossocial. No interior desses serviços, foram surgindo novas formas de acompanhar e acolher os pacientes, caracterizados pela associação entre clínica e política. Nessas novas práticas, enfatiza-se a particularidade de cada caso, a escuta e o respeito ao usuário, o trabalho da equipe multiprofissional e a invenção de novas estratégias de intervenção sobre o campo social e clínico. Assim, possibilitou o ensejo à recuperação do uso da atividade como um valioso recurso no tratamento clínico e na reabilitação psicossocial (Guerra, 2008). Nessa lógica, “as oficinas reapareceram reguladas em legislação no contexto brasileiro, introduzindo um novo elemento à paisagem institucional da assistência em saúde mental”. (Guerra, 2008, p. 38).

Sendo assim, o Centro de Convivência, campo da investigação desta dissertação, é um dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico que faz parte da rede de saúde mental de Belo Horizonte, criada desde 1993 (Soares, 2013). Em Belo Horizonte, existem nove Centros de Convivência, que são articulados com outros serviços substitutivos que compõem a rede, como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), denominados em Belo Horizonte como Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM); Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas (CERSAM AD); Centro de Referência em Saúde Mental Infanto-Juvenil (CERSAMi); Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Programa Arte da Saúde (destinado a crianças e adolescentes); Centros de Saúde com Equipe de Saúde Mental (ESM); Programa de Saúde da Família (PSF); Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP), entre outros. Além desses serviços, a rede conta com uma articulação com a Associação de Trabalho e Produção Solidária (SURICATO), com o intuito de promover o trabalho e a renda para os portadores de sofrimento mental (Nilo et. al., 2008; Soares, 2013). Tal rede de saúde mental destaca-se por ter uma configuração que possui significativa inspiração no modelo de desinstitucionalização triestino já apontado por esta dissertação.

O objetivo principal do Centro de Convivência é acolher os portadores de sofrimento mental e trabalhar sua inserção social por meio da convivência, do contato com a cultura e da realização de trabalhos artísticos e políticos, que exercem função formadora de cidadania no processo de reabilitação psicossocial (Nilo et. al., 2008; Soares, 2013). Nos Centros de Convivência, são ofertadas aos usuários oficinas artísticas e culturais que acontecem no

interior do serviço, como também atividades “extras” que ocorrem fora do espaço físico, “extrapolando” o cotidiano do Centro de Convivência; são algumas delas: passeios, viagens, mostras de arte, exposições dos trabalhos, festas, realização de festivais musicais e torneios esportivos etc. O trabalho realizado no Centro de Convivência busca a ampliação da relação entre usuários e sociedade. Além disso, os usuários se apropriam desse espaço como fomentador de formas e atitudes de expressão. Apesar de não ser um espaço de tratamento clínico, as práticas desenvolvidas no Centro de Convivência possuem cunho terapêutico ao participarem do tratamento, visando contribuir e favorecer ao projeto de reabilitação (Soares, 2013).

## 5.2 Descrição da imersão no campo

Diante dessa explanação sobre o modelo de reabilitação psicossocial que norteia o trabalho realizado no Centro de Convivência, passemos para a apresentação da imersão da mestranda no campo prático. Vale lembrar que a imersão de campo da mestranda pertence à pesquisa internacional *Modelos de reabilitação: Brasil e Itália* (2012), na qual houve a inserção de pesquisadores nos nove Centros de Convivência de Belo Horizonte. Aqui serão apresentados apenas os dados colhidos referente ao Centro de Convivência onde a mestranda realizou sua pesquisa de campo, no período compreendido entre os meses de agosto a dezembro de 2013.

Para a realização da imersão de campo nos Centros de Convivência, houve uma reunião com os pesquisadores e as gerentes dos serviços em que ficou decidido como seria realizada a distribuição de pesquisadores para cada Centro de Convivência. Os pesquisadores que estavam na graduação foram encaminhados para os Centros de Convivência em que a gerente tinha formação em psicologia, para um melhor acompanhamento dos estudantes. Os demais pesquisadores foram encaminhados para os Centros de Convivência em que a gerente tinha formação em outra área. A mestranda optou, então, por um Centro de Convivência mais próximo da região onde mora.

Assim, decidido o Centro de Convivência, a mestranda marcou com a gerente do serviço uma primeira ida a campo para uma reunião.

Nessa reunião, estavam presentes apenas a gerente e a mestranda. A gerente explicou alguns detalhes específicos sobre aquele Centro de Convivência, como aspectos sobre o funcionamento, os usuários e a equipe de profissionais. Também foram escolhidos os dias em que a mestranda estaria no Centro de Convivência e quais seriam as oficinas que participaria.

Assim, ficou estabelecido da seguinte maneira: segunda, à tarde, para a oficina de mosaico; terça, de manhã, para a oficina de costura; e sexta, de manhã, para a oficina de música.

Nesse mesmo dia, a gerente apresentou o espaço físico do serviço. A mestranda também foi apresentada para alguns funcionários e usuários que estavam no serviço naquele momento. Assim, ocorreu o primeiro contato da mestranda com o Centro de Convivência e a partir desse dia, a mestranda começou a construção do seu Diário de Campo, com os relatos de todas as suas idas ao serviço e participação das suas atividades durante a realização de sua imersão. Além das oficinas, que são as principais atividades que compõem o cotidiano do Centro de Convivência, a mestranda teve a oportunidade de participar também de atividades consideradas “extras” pelo serviço, como Jogos da Primavera, viagem para a praia, Festival da Canção e festa de confraternização de natal.

A mestranda enviava semanalmente para a gerente, os relatos sobre as impressões e as atividades realizadas a cada ida a campo. Cada um dos relatos foi discutido entre mestranda e a gerente. Esses momentos foram muito ricos por conta das trocas, correções, esclarecimentos das dúvidas e de detalhes que surgiam a partir das discussões dos relatos. Outro momento bastante importante de troca e aprendizado foi a elaboração conjunta do relatório final de imersão de campo, no fim do período em que a pesquisadora esteve no serviço. O relatório foi construído a partir da discussão com toda a equipe profissional. Esses momentos acrescentaram muito à experiência da mestranda no campo, sem falar da importância para a construção do conhecimento coletivo, inclusive, com outros profissionais, e não somente aqueles pertencentes ao meio acadêmico.

### **5.3 Descrição do Centro de Convivência**

O Centro de Convivência<sup>14</sup> pesquisado pertence à região Norte de Belo Horizonte. Segundo relato da gerente e usuários do serviço, o Centro de Convivência funciona desde outubro de 2001. Na época funcionava parcialmente, em apenas um horário, contava com poucos funcionários e, por isso, ofertava poucas oficinas.

O lugar destinado ao Centro de Convivência foi escolhido para ser dentro do Centro de Apoio Comunitário (CAC) do bairro, serviço pertencente à política de Assistência Social. Assim, o Centro de Convivência começou a funcionar dentro desse espaço, nos mesmos moldes em que já funcionavam dois outros Centros de Convivência, que também se localizam

---

<sup>14</sup> Optou-se por preservar a identificação do Centro de Convivência.

dentro de Centros de Apoio Comunitário. A gerente relata que o projeto inicial de construção dos Centros de Convivência tinha como proposta que eles fossem localizados dentro dos Centros de Apoio Comunitário, para possibilitar uma maior interlocução com outros setores e serviços e, portanto, maior possibilidade de integração dos usuários do Centro de Convivência com outras pessoas desse espaço. Mas acabou que nem todas as regionais conseguiram viabilizar essa parceria.

Mesmo com esse objetivo de maior integração entre o serviço de saúde e os da assistência social, a gerente relata que há uma barreira considerável que separa os dois serviços. Existem atividades dentro do espaço, por exemplo, que destacam bem essa diferença entre um e outro, pois há a exclusão da participação do Centro de Convivência em algumas delas. Já houve, inclusive, uma tentativa de uma barreira física, um muro, separando os dois serviços. Mas, depois de muitas discussões e negociações, não foi levada a diante.

Alguns anos mais tarde, o Centro de Apoio Comunitário se transformou em Centro de Referência da Assistência Social (CRAS).

Segundo o relato de uma usuária e moradora do bairro desde a infância, o espaço ocupado pelo Centro de Convivência, antigamente era o “posto de saúde” do bairro. Com a construção do novo “posto de saúde” em outro lugar do bairro, o espaço ficou livre, tendo várias discussões com a comunidade sobre qual serviço ocuparia o local, ficando estabelecido que fosse o Centro de Convivência.

O espaço onde funciona o Centro de Convivência não é muito grande. Possui duas entradas: uma por dentro do CRAS e outra para o lado de fora, passando pela “varandinha” do Centro de Convivência. A “varandinha” é um espaço aberto onde possui algumas cadeiras e bancos. Os usuários fumantes usam a “varandinha” como espaço para fumar. Dentro do serviço, há banheiros (feminino e masculino) para os usuários, bebedouro, uma salinha de espera próxima à cozinha. Possui duas salas grandes onde são realizadas as oficinas. Também possui duas salas menores, uma é destinada aos auxiliares administrativos e outra à gerente, essa inclusive com banheiro que é utilizado pelos funcionários. Outros espaços do CRAS também são utilizados pelo Centro de Convivência, como a área aberta, a sala onde são realizadas as aulas do projeto de Educação de Jovens e Adultos (EJA), as quadras para os treinos do time de futebol do serviço e auditório.

É importante dizer que a regional onde se localiza o Centro de Convivência possui 212.000 habitantes, sendo uma regional que possui um território muito grande, espalhado e que não possui um serviço de urgência. Por meio de um acordo realizado para solucionar a falta desse serviço, parte dos usuários dessa regional tem como referência os CERSAMs da

Pampulha e o da regional Nordeste. Para os usuários com o histórico de uso abusivo de álcool e outras drogas, a referência é o Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas (CERSAM AD) da regional Nordeste.

A rotina do Centro de Convivência, geralmente, é organizada conforme o quadro de atividades oferecidas durante a imersão da mestrandia:

T	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
M	Bijuteria	Música	Reuniões (equipe;	Artesanato	Desenho
A			microárea;		
N		Costura	supervisão; usuários e	Bijuteria	Música
H			familiares)		
Ã			Oficinas Coletivas (Oficinão)		
T	Mosaico	Gravura	Artes cênicas	Artes cênicas	Cerâmica
A					
R	Desenho	Desenho	Bonecos de cabaça	Escultura	Costura
D					
E					Bonecos de Pano

*Quadro 1.* Distribuição de atividades durante a semana no Centro de Convivência

Fonte: Registro do Centro de Convivência.

Como se pode observar no quadro, a principal atividade do Centro de Convivência são as oficinas, porém o serviço não se resume a isso, por ser muito mais que um espaço em que se realizam oficinas. As oficinas possuem uma função de organizar o cotidiano do Centro de Convivência, mas o que se prioriza são a participação e o envolvimento dos usuários com o espaço. Cada usuário usa o espaço a seu modo: um vai ao serviço para tomar café, outro para tocar violão, outro para “bater um papo” e assim por diante. Sem falar que o serviço realiza outras atividades, aqui chamadas de “extras”, como passeios, viagens, festivais, festas, rodas de conversa, campeonato de futebol e outros esportes, EJA.

#### 5.4 A equipe de funcionários

O quadro de funcionários do serviço é formado pela gerente, por seis monitores que são responsáveis pela realização das oficinas, por dois técnicos-administrativos, uma responsável pela limpeza do espaço e a professora do EJA.

Vale ressaltar que o Centro de Convivência tem apenas uma profissional da área da saúde, que é a gerente com formação em Terapia Ocupacional. Os monitores são, em sua maioria, da área artística e cultural. É importante destacar essa informação, porque se trata de um diferencial que os Centros de Convivência de Belo Horizonte possuem. Prioriza-se que os monitores sejam do meio artístico mesmo, e não que tenham alguma formação na área da saúde. O que torna o Centro de Convivência um serviço ainda mais interessante, inclusive, por se diferenciar dos outros serviços da rede de saúde mental em que a equipe técnica é formada apenas por psicólogos, médicos, psiquiatras, enfermeiros, terapeutas ocupacionais etc.

No Centro de Convivência pesquisado pela mestranda, os monitores possuíam as seguintes formações: artes plásticas (gravura, escultura, pintura), música, arquitetura, artes cênicas, desenho, design.

Os monitores são contratados por uma ONG conveniada com a Secretaria Municipal de Saúde que também fornece mensalmente uma verba para compra de materiais de consumo, vales-sociais para os usuários que precisam de transporte para comparecer ao serviço, etc.

O Centro de Convivência também possui uma vaga autorizada para contratar um educador físico, conveniado com a Academia da Cidade. Porém, até então, ainda não tinha sido preenchida. Assim, alguns usuários do Centro de Convivência estavam realizando atividades físicas na Academia da Cidade, que funcionava no espaço do CRAS, ofertada para todos da comunidade.

## **5.5 Os usuários**

A clientela que o Centro de Convivência prioriza para atendimento é a mesma estabelecida pela política de saúde mental de Belo Horizonte: egressos dos hospitais psiquiátricos, psicóticos e neuróticos graves e usuários com uso abusivo de álcool e outras drogas.

Na época em que a mestranda estava realizando a pesquisa no Centro de Convivência, o serviço possuía 144 usuários inscritos, tendo uma frequência de 75 usuários por mês, o que dá a média de uns 800 atendimentos mensais (contando as oficinas, passeios, entrevistas, entre outras atividades).

Como já foi mencionada, a dimensão geográfica da regional onde se localiza o Centro de Convivência é bastante extensa. Dessa maneira, alguns usuários da regional acabam frequentando também Centros de Convivência dos bairros mais próximos.

Os usuários chegam ao Centro de Convivência por meio de encaminhamentos de profissionais da saúde que, inclusive, será a referência técnica no tratamento do usuário encaminhado. Esses encaminhamentos podem vir do CERSAM, Centro de Saúde, Hospital Psiquiátrico Raul Soares, como também de clínicas particulares. Para frequentar o Centro de Convivência, os usuários devem estar em tratamento nos outros serviços de saúde.

Após o Centro de Convivência receber o encaminhamento, é realizado o agendamento de uma entrevista inicial com a gerente e a pessoa que foi encaminhada, onde é avaliada a pertinência ou não do encaminhamento. Se for indicada a admissão ao serviço, durante essa entrevista o usuário escolhe as atividades que irá desenvolver. Também nessa entrevista são colhidas informações de sua vida, história familiar, histórico da doença, experiências de trabalho, de lazer, entre outras informações. Os usuários podem se apresentar sozinhos ou acompanhados na entrevista. A gerente relata que em alguns casos a pessoa encaminhada nem chega a aparecer na entrevista agendada.

A maioria dos encaminhamentos chega ao Centro de Convivência de maneira inadequada, “malfeita”, sem detalhes do caso, faltando informações, sem o número correspondente à doença no Manual de Classificação Diagnóstica (CID), por exemplo. Tem alguns casos que não vêm no encaminhamento nenhum diagnóstico e nem a história do paciente.

No Centro de Convivência pesquisado foram inscritos 323 usuários durante seus 12 anos de funcionamento, sendo que alguns vieram apenas na entrevista inicial, outros frequentaram algumas vezes o serviço, outros vários anos e depois se desligaram. O Centro de Convivência não dá alta para os usuários. As saídas ocorrem por motivos diversos, como estabilização do quadro, crises, abandono, mudança de endereço, alguns usuários conseguem emprego ou vão estudar, entre outros. Cada usuário encontra sua forma de saída ou permanência no serviço.

A adesão a esse tipo de serviço pode acontecer ou não. Alguns já aderem desde a entrevista inicial, outros a partir da frequência das oficinas, outros vêm apenas em festas ou reuniões. Enfim, cada um encontra sua forma de participação. Geralmente, os usuários frequentam o Centro de Convivência, em média, três vezes por semana.

Em 2013, ano da imersão da mestrandia no serviço, houve poucos encaminhamentos vindos do CERSAM. Tiveram mais encaminhamentos dos Centros de Saúde e do CERSAM

AD. Durante a imersão, a mestranda não observou a existência de usuários em crise no Centro de Convivência, a maioria dos usuários estava bem e com quadro clínico considerado estabilizado. Essa observação foi sinalizada pela mestranda à gerente, e a explicação dela foi de que o público que frequenta esse Centro de Convivência é bem diferente do público recebido pelos Centros de Convivência que são próximos de CERSAM, por exemplo, que geralmente possui muitos usuários em crise.

O Centro de Convivência fornece o vale-social, que é um benefício para o transporte dos usuários que possuem poucas condições financeiras, com a finalidade de facilitar, inclusive, o acesso dos usuários ao serviço. Durante o período em que a mestranda estava presente no serviço, observou-se um esvaziamento do serviço quando esse benefício atrasava. Inclusive, isso estava acontecendo com certa frequência, o que preocupava a equipe do serviço, pois faltando o vale-social, principal benefício utilizado por vários usuários como meio de chegar ao serviço, a consequência era o esvaziamento do espaço.

O acesso ao serviço não é fácil, devido ao fato já relatado aqui de que a regional é muito grande e, assim, alguns bairros referenciados ficam bem longe da localização do serviço. A gerente, inclusive, relata que vem se discutindo a mudança de espaço desse Centro de Convivência. Desejam ir para um espaço de melhor localização que tenha melhor acesso, com várias linhas de ônibus, entre outras facilidades.

A maioria dos usuários que frequenta o Centro de Convivência realiza as atividades que são oferecidas por meio das oficinas e possuem adesão em uma ou mais oficinas oferecidas.

Também tem usuários que não aderem às oficinas, porém têm outras formas de participação dentro do serviço. São poucos esses usuários que mantêm vínculo com serviço sem ser por meio das oficinas. Eles utilizam o espaço como um lugar para conversar, ficar sentado na “varandinha” fumando, tomar um café, participar dos passeios, festas e viagens.

Na oficina de música que a mestranda participava, tinha alguns dias da semana que essa oficina contava com a participação dos usuários que moravam em um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) próximo do Centro de Convivência. Esses moradores da SRT possuíam um histórico de longas internações no Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora de Lourdes, que havia sido fechado há uns três anos. Assim, tratava-se de usuários que se encontravam ainda no início de um processo de desinstitucionalização e reabilitação. Alguns deles estavam mais debilitados e possuíam os vínculos sociais mais enfraquecidos devido aos longos períodos de internação. O monitor da oficina de música relatou que são usuários que,

geralmente, já não possuem mais nenhum vínculo com seus familiares. Por isso, com o fechamento do hospital psiquiátrico, foram encaminhados para a SRT.

## **5.6 Descrição das práticas reabilitativas do Centro de Convivência**

Nesta seção, serão descritas as atividades realizadas pelo Centro de Convivência que compõem as práticas reabilitativas desenvolvidas no serviço. Busca-se mais adiante nesta dissertação contribuir com o diálogo dessas atividades, compreendidas aqui como reabilitativas, com o referencial basagliano de reabilitação.

### **5.6.1 Oficinas**

As oficinas ofertadas pelo Centro de Convivência na época da imersão no campo eram bijuteria, música, artesanato, desenho/pintura, mosaico, gravura, costura, artes cênicas, bonecos de cabeça, bonecos de pano, escultura, cerâmica.

As oficinas do Centro de Convivência não se constituem num espaço pertencente à arteterapia. Não tem como objetivo prioritário um produto ou a formação de artistas. A participação nas oficinas facilita o processo em aumentar o horizonte cultural, aumentar a autoestima, trabalhar com as potencialidades, descobrir talentos, na formação de identidade, estimular a expressividade, a criação e improvisação do trabalho coletivo, a autonomia, entre outras perspectivas. A descoberta de talentos, os produtos comercializáveis, os efeitos terapêuticos, a circulação das obras, o retorno aos estudos ou ao trabalho muitas vezes acontecem de forma natural e espontânea, assim como a inserção de alguns usuários em grupos artísticos, como o Sapos e Afogados, Trem TAM TAM, São Doidão, acontecem por meio da participação nas oficinas de artes cênicas e música no Centro de Convivência, por exemplo. Além disso, as atividades desenvolvidas nas oficinas podem fomentar a participação em outros espaços de trabalho formal e informal, tanto na área artística, como em outras áreas profissionais. As participações nas oficinas podem melhorar a relação familiar dos usuários e também podem aumentar o reconhecimento do trabalho desenvolvido no Centro de Convivência, possibilitando, assim, certa diminuição no preconceito por parte dos familiares, dos vizinhos, amigos, enfim, da sociedade.

Como citado anteriormente, entre as oficinas que são oferecidas pelo Centro de Convivência, a mestranda escolheu participar das oficinas de música, mosaico e costura.

Na oficina de música, o monitor se organiza por meio de um repertório inicial de músicas que são sempre cantadas nas oficinas, como se fosse um “aquecimento”. Os usuários têm total liberdade de trazer as músicas que têm preferência em cantar durante a oficina.

Há a utilização de instrumentos musicais considerados mais simples, como pandeiro e chocalho, e outros mais complexos, como violão, flauta e teclado. Na oficina, há alguns usuários que estão aprendendo a tocar violão com o monitor. As lições são dadas durante o decorrer da oficina. O monitor também ensina a tocar flauta; geralmente, são um ou dois usuários que se interessam por esse instrumento musical. Também são nas oficinas de música que alguns usuários aproveitam para compor músicas, contando com o auxílio do monitor.

Na oficina de mosaico, se aprende a arte de que com pedacinhos de azulejo se consegue dar formas e asas à imaginação. A mestranda ouviu de alguns usuários que não participam da oficina de mosaico por achar difícil, por exigir demais, principalmente, da paciência. Realmente isso foi percebido pela mestranda. Na oficina de mosaico, também se pratica a arte de exercitar a paciência e o compartilhamento dos instrumentos, como, por exemplo, a turquesa. Mesmo assim, a oficina geralmente conta com um número grande de usuários. O mosaico feito pelos usuários decora peças (que são, geralmente, de madeira) como porta-chaves, apoio de panelas, bandejas, porta pano de prato, caixinhas de madeira, cofrinhos, vasos de flor. Nessa oficina, a mestranda percebeu que a monitora por ser muito comunicativa com os usuários, os instigava a conversar sobre vários assuntos durante a oficina. O que fazia da oficina um ambiente descontraído e acolhedor.

Na oficina de costura, são confeccionados jogos americanos, bolsas, colchas, sacolas, entre outros produtos. Aprende-se a costurar e a bordar. Há apenas uma máquina de costura compartilhada pelos usuários. Cada momento um usuário a utiliza com a orientação da monitora. É uma oficina que os usuários também conversam bastante entre eles. Falam de assuntos variados: notícias, novelas, esporte etc.

A mestranda não conseguiu participar dessa oficina até o final de sua pesquisa no Centro de Convivência pelo fato de a monitora ter tirado licença no fim do mês de outubro, por questões de saúde.

Por meio das oficinas de música e artes cênicas, surgiu o grupo artístico<sup>15</sup> do Centro de Convivência, que já completava dois anos de existência. O grupo nasceu a partir de uma apresentação elaborada para um trabalho de intervenção em todos os Centros de Saúde da regional. Isso com o objetivo de dar uma maior visibilidade ao trabalho realizado no Centro

---

<sup>15</sup> Optou-se em não identificar o nome do grupo artístico para preservar a identidade do Centro de Convivência.

de Convivência, como também proporcionar uma maior interlocução com os Centros de Saúde da regional.

O grupo tem como característica em suas apresentações a mistura de músicas, poesias e performances do teatro. As apresentações são denominadas como intervenção cênico-musical. Os monitores responsáveis pelos ensaios, coordenação e produção geral do grupo são os das oficinas de música e artes cênicas. Eles também compõem o elenco das apresentações do grupo. O grupo artístico já foi convidado a se apresentar em inúmeros e variados eventos. Geralmente, eles pedem apenas uma contribuição com o transporte e lanche. A apresentação do grupo se constitui de cancioneros populares, músicas e, inclusive, poesias de autoria dos próprios usuários participantes. Cada usuário se apresenta segundo sua singularidade e potencialidade trazida por cada um deles em contribuição na composição da peça.

A mestranda participou de um ensaio do grupo. Os ensaios acontecem uma vez por semana. Além de ensaiarem as partes que compõem a apresentação, o grupo troca ideias, impressões das últimas apresentações, sugestões e o acerto de detalhes. Os usuários são protagonistas em tudo: na criação das falas, na produção das vestimentas, na organização da apresentação e em outras atividades do grupo.

Os produtos confeccionados em oficinas, como a de Mosaico e Costura, podem ser comercializados ou podem ficar com o usuário que produziu. A gerente destaca a importância de esses produtos serem comercializados, até mesmo, para ocorra a circulação desses produtos e, assim, outras pessoas podem conhecer o trabalho desenvolvido pelo Centro de Convivência.

O preço/valor de cada produto é negociado entre o usuário e seu monitor. Não passa pela intervenção da gerência. Cada caso é um caso. As soluções e negociações são feitas com cada usuário, individualmente, esclarece a gerente. Ela também destaca que tem Centro de Convivência que as peças passam por um melhor acabamento, mas, para isso, muitas vezes as peças não são feitas exclusivamente pelas mãos do usuário. Assim, o Centro de Convivência pesquisado pela mestranda possui uma recomendação de que todos os produtos sejam feitos apenas pelo usuário, mesmo que o acabamento não fique tão bom, tão perfeito. Os usuários são incentivados a todo o momento a fazerem eles mesmos. Desde o desenho até o momento final de confecção do trabalho.

O valor da venda do produto é dividido entre o usuário e o serviço, sendo 70% para o usuário e 30% para o Centro de Convivência, que fica para a “caixinha” do serviço. O dinheiro da “caixinha” é utilizado para pagar lanches ou outras despesas adicionais do serviço. A gerente diz que sempre argumenta com os usuários a importância que esses

produtos tenham uma circulação para fora do Centro de Convivência em vez de as peças ficarem apenas com as pessoas envolvidas com o serviço.

### ***5.6.2 Educação de Jovens e Adultos (EJA)***

Além das oficinas, o Centro de Convivência também possui a Educação de Jovens e adultos (EJA), que é um programa que pertence à área da Educação. Assim, os usuários têm a possibilidade de alfabetização e contato com a educação formal. O plano pedagógico seguido pelo EJA tem certa flexibilidade, respeitando, assim, os limites que cada usuário possui.

A EJA funciona em uma sala disponibilizada pelo CRAS, fora do espaço destinado ao Centro de Convivência. Porém, por ser uma demanda do Centro de Convivência, a EJA possui convênio firmado com o Centro de Convivência, e não com o CRAS. A professora responsável pelas aulas na EJA é uma profissional disponibilizada por esse convênio com a Secretaria de Educação.

No início, a gerente explica que os alunos da EJA eram apenas os usuários do Centro de Convivência. Alguns dos usuários que frequentam o Centro de Convivência conseguiram se formar pela EJA do serviço. Mas, com o passar do tempo e com os usuários se formando, a turma do EJA foi se esvaziando. Assim, decidiram abrir matrícula na EJA também para a comunidade. Atualmente, tem mais pessoas da comunidade do que usuários do Centro de Convivência. Tem apenas seis usuários que estudam na turma da EJA. A gerente também relata que alguns usuários saíram da EJA, pois estão “dando um tempo” depois da mudança de professor na EJA. As mudanças de professores e de monitores na EJA das oficinas são bastante “sentidas” pelos usuários. Isso foi um detalhe observado pela mestranda, pois essa transição de profissionais também gera impactos relevantes na dinâmica dos usuários com o serviço.

É importante salientar que a EJA foi uma demanda do Centro de Convivência por conta das dificuldades que alguns usuários possuem de frequentar uma escola regular. O mesmo acontece com a demanda por um educador físico específico para as aulas de ginástica no Centro de Convivência, pois alguns usuários não conseguem frequentar as atividades realizadas na Academia da Cidade, que funciona no CRAS.

### ***5.6.3 Atividades “extras”***

Durante o período que a mestranda estava no serviço, aconteceram as seguintes atividades consideradas “extras” pelo Centro de Convivência: Jogos da Primavera; Festival da Canção; viagem para a praia de Iriri (ES); confraternização de final de ano. Todas essas atividades também contaram com a presença e participação da mestranda.

Os Jogos da Primavera se configura em campeonatos esportivos em que participam os nove Centros de Convivência, o CERSAM e o CERSAM AD. Usuários, familiares, gerentes e demais trabalhadores da rede de saúde mental são convidados a participar das atividades, que se realizam durante uma semana do mês de setembro. Os Jogos da Primavera é realizado em um dos Centros de Convivência. A pesquisadora foi em apenas três dias de jogos durante a semana. Foi nos dias que o time de futebol do Centro de Convivência pesquisado estava escalado para jogar.

As partidas de futebol foram realizadas na quadra do Centro de Convivência que estava sediando os jogos. A quadra não era coberta e os jogadores participantes da modalidade de futsal estavam jogando debaixo de um sol escaldante. Mas isso não desanimou os jogadores que estavam muito animados e com muita vontade de jogar. Estavam muito contentes.

Sentados do lado de fora da quadra estavam os espectadores dos jogos, e muitos deles compunham a animada torcida que apoiavam os times. Eram usuários, familiares e também alguns estudantes da UFMG que participavam da pesquisa internacional com os Centros de Convivência.

Os jogos foram bem disputados, todos deram muito de si para acontecerem ótimas partidas. Durante os jogos foram distribuídos lanches (sucos e cachorro-quente), chup-chup e água para os presentes e participantes. Todos os jogos transcorreram super bem. Não houve problemas, nem mesmo por conta do calor.

O time de futebol do Centro de Convivência conta com o auxílio do técnico-administrativo do serviço, que também é o responsável pelos treinos do time. O time do Centro de Convivência venceu as partidas dos dois dias de jogos e, assim, se classificou para as finais que iriam acontecer no terceiro dia. No final dos jogos, o time do Centro de Convivência conseguiu ficar com o 4º lugar da disputa de futsal.

Foi uma experiência importante para a mestranda acompanhar esses dias dos Jogos da Primavera. Sentir a emoção durante os jogos, por meio das torcidas, do companheirismo, do trabalho em equipe, da vontade de vencer, do respeito entre os adversários, da organização de cada serviço. Ouvir comentários divertidos, como os usuários comentando entre si que, se tivesse teste *antidoping*, todos os times teriam problemas. Ou comentários sobre o uso de

medicamentos: um usuário disse que queria tanto jogar que não tinha nem tomado o “Haldol” (medicamento) daquele dia, o que provocou risos aos que ouviram o seu comentário.

O Festival da Canção “Ideia Sonora” foi idealizado pelos monitores de música do Centro de Convivência pesquisado pela mestrandia. Foi a primeira edição do evento. Os responsáveis pela organização do evento também são do Centro de Convivência, mas houve também uma significativa ajuda de um outro Centro de Convivência da rede. Como o evento precisava de um auditório para a sua realização, a mestrandia contribuiu, ao conseguir o auditório do CAD 2, no Campus Pampulha da UFMG, como espaço que acolheu o Festival.

No Festival, que ocorreu no dia 19/10/2013, foram apresentadas doze canções inéditas de composição de usuários dos nove Centros de Convivência de Belo Horizonte. Foram inscritas 22 canções, mas somente doze foram classificadas para concorrer a premiações no dia do festival. Os prêmios foram 1º lugar – violão elétrico; 2º lugar – teclado; 3º lugar – violão acústico.

Foi um momento de grande beleza e calorosa participação do público, que encheu o auditório. Em sua maioria, eram usuários da rede de saúde mental que vieram prestigiar e abrilhantar esse momento de muita emoção para todos.

Alguns Centros de Convivência organizaram torcida para os usuários que os representavam ao serem candidatos às premiações. Faixas, bandeiras e muita animação.

No Centro de Convivência pesquisado a compositora e cantora escolhida para concorrer no festival ficou em 4º lugar.

Todos os presentes no festival receberam um caderninho que tinha todas as letras das músicas apresentadas nesse dia, para serem acompanhadas uma por uma.

Os jurados são músicos que não fazem parte da rede de saúde mental. Fizeram no final do evento a proposta de gravarem um CD com as músicas apresentadas e se disponibilizaram para ajudar na elaboração do CD. Ficaram bastante entusiasmados com a qualidade das músicas e apresentações. Havia uma apresentadora no Festival que era monitora do serviço. A cada apresentação, ela fazia a leitura do resumo da história de cada candidato. No final do evento, todos concordaram em continuar a fazer outras edições do Festival da Canção.

Durante o período em que a mestrandia esteve pesquisando no Centro de Convivência, ela teve a oportunidade de realizar uma viagem com o serviço. Foi uma viagem para o Balneário de Iriri (ES).

A viagem aconteceu entre os dias 06/11 a 09/11/13 (saída quarta, à noite, e chegada em BH no sábado, de manhã). Participaram da viagem 24 usuários, quatro monitores, três familiares que acompanhavam alguns usuários, a gerente e a auxiliar administrativa do

serviço, além da pesquisadora e do motorista do ônibus. A gerente de outro Centro de Convivência foi convidada a auxiliar na viagem por possuir experiência com viagens dessa natureza. Assim, totalizando 36 pessoas. Dentre os usuários, três eram de outro Centro de Convivência e estavam acompanhando a gerente, conforme citado anteriormente. Os viajantes ficariam hospedados em uma pousada a cerca de um quarteirão da praia. Na hospedagem, estavam incluídos café da manhã, almoço e jantar.

Para a realização da viagem, os profissionais, usuários e familiares do Centro de Convivência tiveram que se preparar por aproximadamente quatro meses. Era a primeira viagem desse Centro de Convivência para a praia.

Nesse tempo, foram realizadas atividades para levantamento de fundos. Não há financiamento específico para essas atividades “extras” do serviço, pois extrapolam o âmbito de atividades específicas. Assim, foram realizados bazares, coleta e venda de latinhas, rifas, e inclusive, “chup-chup”, que eram vendidos pela monitora de música e teatro. O ônibus foi cedido pela Prefeitura de Belo Horizonte. Mesmo assim, ficou estabelecida a colaboração de R\$ 150,00 por pessoa para participar da viagem. Essa taxa era flexionada em função das condições financeiras de cada usuário.

Ocorreram reuniões com a equipe e com usuários e seus familiares para a organização dessa viagem. Nas reuniões de equipe, eram discutidos pontos sobre a organização da viagem, como informações sobre o local de hospedagem, o que deveria ser repassado para os usuários e familiares; a distribuição dos quartos e atividades realizadas durante o dia (com as possibilidades de chuva ou sol); distribuição dos grupos de usuários que cada profissional do serviço ficaria responsável (principalmente, em função dos horários de medicação). Nas reuniões com usuários e familiares, houve também a checagem de documentação para a viagem. Foram colocadas durante a reunião algumas recomendações de como viajar, sobre quem passa mal e como se deve comportar no ônibus e no hotel.

Segue breve descrição dos dias da viagem retirados do Diário de Campo da pesquisadora. Foi marcado para todos chegarem ao serviço às 19 horas, quando foi servido um jantar: arroz temperado com frango e suco de caju.

Foram distribuídos os pacotinhos com os medicamentos de cada usuário e o crachá de identificação para o momento das paradas. Também foram etiquetadas as bagagens dos usuários com nome, endereço e telefone do local de destino.

A saída do ônibus se realizou às 21 horas. Foram realizadas duas paradas: uma em Realeza (MG) e outra em Venda Nova do Imigrante (ES). Em todas as paradas, foram distribuídos lanches: suco, café, empadas, biscoitos, sanduíches naturais. Parte do lanche foi

encomendado para a Associação de Trabalho e Produção Solidária dos Usuários de Saúde Mental de Belo Horizonte (SURICATO).

A chegada a Iriri aconteceu às 7h30 da manhã. Assim que chegaram, foram ocupar os quartos e guardar as bagagens. A pesquisadora dividiu o quarto com uma usuária e sua mãe. Foi um momento de grande emoção para mãe e filha ao ver o mar pela primeira vez, pela varandinha do quarto. A mãe emocionou-se e começou a chorar: ajoelhou-se de frente para o mar agradecendo a Deus. Disse que estava realizada naquele momento. O seu sonho era de conhecer o mar: “se morresse naquele momento”, disse, “morreria feliz.”

Os “viajantes” colocaram os trajes de banho e foram tomar café. Depois saíram todos juntos, finalmente, para a praia. Outros viajantes também viam o mar pela primeira vez. No começo, tiveram medo, mas passado um tempo, já estavam nadando e mergulhando. Quem disse que estava “com medo da sereia pegar”, já havia se esquecido disso. Estavam todos à vontade e com a maior intimidade com a água. Os questionamentos sempre se faziam presentes: “por que a água do mar é salgada?”

Os monitores estimularam jogos na praia: frescobol, bola e peteca. Fizeram brincadeiras e passeios pela orla da praia e nas pedras. Ficaram na praia até a hora do almoço.

Haviam algumas regras criadas pela equipe do Centro de Convivência (como dito anteriormente) que foram respeitadas e seguidas tanto dentro do ônibus, como nas paradas e na cidade de Iriri. A maior dificuldade era esperar todo o grupo para poder sair, pois todos tinham que sair juntos, ninguém poderia ficar para trás.

Depois da praia, todos retornaram à pousada para almoçar. Depois do almoço, a gerente propôs de subirem para os quartos para uma “soneca”, um tempo para descansar.

À tardinha, alguns usuários que já se encontravam acordados fizeram um passeio pelo bairro e compras de lembrancinhas em uma lojinha próxima à pousada. Para quem preferiu ficar na pousada, houve músicas para alegrar e animar. Houve muita farra na piscina, principalmente depois que arrumaram uma baleia inflável, que virou o xodó de alguns usuários. Antes do jantar, um monitor fez algumas brincadeiras com palavras e fez também alguns truques de mágica. Também houve muitos dedos de prosas e aproximações.

No outro dia, todos acordaram, arrumaram e tomaram o café da manhã. Houve passeio na parte da manhã, pois chovia. Assim, fizeram visita à Praia de Castelhanos, em Anchieta, e também foram visitar e conhecer o Projeto Tamar, nessa mesma praia. No Projeto Tamar, houve uma monitora de lá que explicou aos visitantes sobre o projeto. Contou as curiosidades e esclareceu as dúvidas de todos.

Chegando à pousada, almoçaram e depois foram à praia e à lojinha de lembrancinhas. Algumas pessoas ficaram na pousada descansando. Chegou à noite e também o momento do retorno a Belo Horizonte. O ônibus saiu da pousada às 20 horas. Foram feitos os mesmos procedimentos da ida. Chegaram a Belo Horizonte às 7h30. A viagem foi tranquila e tudo ocorreu dentro do previsto.

Para finalizar essa parte de atividades “extras”, será relatado brevemente sobre a confraternização de fim de ano do serviço. Essa festa no final do ano já é uma tradição do Centro de Convivência realizá-la em um clube da cidade. O clube escolhido esse ano foi o “Campestre”, localizado na saída de Belo Horizonte, já próximo à cidade de Nova Lima.

Um ônibus fretado pelo serviço fez o transporte para o clube. Além da equipe profissional do serviço, da mestranda, dos usuários e alguns familiares, também participaram do passeio moradores de um Serviço de Residência Terapêutica (SRT) que foram acompanhados por uma profissional da residência. Passaram a manhã e a tarde no clube. Fizeram caminhadas para admirarem a natureza e beleza do lugar. Aproveitaram também a piscina e as quadras.

Durante a confraternização, houve a realização de um amigo oculto, brincadeiras valendo brindes e um almoço. O salão do clube foi decorado com enfeites natalinos produzidos pelo próprio Centro de Convivência.

#### ***5.6.4 As reuniões do Centro de Convivência: equipe profissional, usuários e familiares, supervisão clínica e microárea/matriciamento***

Nas quartas, durante a parte da manhã, são realizadas durante o mês as supervisões clínicas da rede, as discussões de casos de microárea/matriciamento e as reuniões de equipe e com familiares e usuários. Geralmente, cada reunião é realizada mensalmente.

Nas reuniões de equipe, são discutidos vários assuntos, como também é um momento para a troca de experiências, tirarem dúvidas, passar informes sobre o Centro de Convivência e alguns acontecimentos da rede, resolver pendências, enfim, é um momento de compartilhamento de informações e conversa entre os membros da equipe sobre o cotidiano do serviço.

A mestranda compareceu a apenas duas reuniões de equipe durante o período em que esteve no Centro de Convivência. A primeira reunião tinha como pauta as impressões sobre a realização do Festival da Canção e sobre os detalhes para a viagem a Iriri. Nessa reunião, os monitores ajudaram a gerente a realizar a distribuição de quartos e quem ficaria responsável

por determinado grupo de usuários durante a viagem. Também foram construídas conjuntamente as orientações para que a viagem se realizasse de forma tranquila e organizada. A segunda reunião foi a de elaboração conjunta do relatório final da pesquisa no serviço.

A mestranda observou que os auxiliares administrativos, a funcionária da limpeza e a professora do EJA não participavam dessas reuniões de equipe. Ficava somente entre os monitores e gerente. A maioria não vai ao Centro de Convivência nesse horário de quarta, somente quando tem a reunião de usuários e familiares ou quando tem o “oficinão”, que é uma oficina coletiva em que todos participam juntos. A mestranda participou de apenas um “oficinão”, que foi o realizado para a preparação e confecção dos enfeites de natal para a confraternização de fim de ano do serviço.

A reunião com usuários e familiares é um momento que proporciona um diálogo da equipe técnica do serviço com os usuários e seus familiares. Espaço para trocar informações, tirar dúvidas, dar sugestões, participar de algumas decisões que devem ser tomadas no Centro de Convivência, como a escolha de passeios, entre outros assuntos.

A mestranda participou de apenas uma reunião com usuários e familiares. Ela se configura como uma assembleia. Essa reunião foi marcada para acertar os detalhes da viagem para a praia de Iriri. Por isso, a reunião estava com bastantes presentes. O Centro de Convivência preparou uma mesa de bolos e café para serem servidos durante a reunião.

Então, durante a reunião, houve a verificação de quem faltava alguma documentação para viajar. Foram solicitados a assinatura na autorização para a viagem de algum responsável, o xérox da identidade e da receita atualizada do usuário. Alguns usuários ainda faltavam trazer essa documentação. No dia da viagem, seria realizada uma conferência de toda essa documentação e da checagem dos medicamentos para serem levados. A equipe do Centro de Convivência ficou de plantão para receber os usuários que estavam com alguma outra coisa ainda pendente. Foram colocadas durante a reunião algumas recomendações de como viajar, sobre quem passa mal, como se deve comportar no ônibus e no hotel, o cuidado com a higiene (banho) no dia. Foram sugeridas algumas proibições, como não utilização de perfume ou outro produto com odores na viagem; não fumar no ônibus e nem no hotel (apenas em locais abertos e permitidos); uso fones de ouvido para ouvir música dentro do ônibus; não fazer uso de bebida alcoólica durante a viagem. Também foi enfatizado que nenhuma pessoa poderia fazer passeios isoladamente do grupo. Tudo deveria ser comunicado à gerente ou aos monitores. Os usuários e familiares foram também orientados com sugestões acerca do que deveria ser levado na bagagem. Os usuários e familiares também contribuíram com sugestões e orientações para que a viagem transcorresse da melhor maneira possível.

A reunião de supervisão clínica e discussão dos casos de microárea/matriciamento é um dos principais momentos em que possibilita que o Centro de Convivência realize uma melhor articulação com os serviços da rede de saúde mental e demais políticas setoriais.

A pesquisadora compareceu a apenas uma supervisão e reunião de microárea. Nesse dia não havia nenhum caso do Centro de Convivência, nem para a supervisão e nem para a reunião de microárea. Mesmo assim, a mestranda, a gerente e alguns monitores do Centro de Convivência ficaram na reunião para acompanhar a discussão dos casos.

Esses encontros são realizados a cada 21 dias, geralmente. São realizados no período da manhã em uma sala no Centro Cultural de um bairro próximo do Centro de Convivência. Essa reunião é realizada em duas partes: a primeira com a leitura de um caso clínico, tendo a supervisão de uma psicanalista e logo após a discussão do caso; a segunda parte que se realiza a reunião de microárea/matriciamento. Entre as duas partes, há uma pausa para o lanche. Participam os profissionais da rede de saúde e quando necessário os de outras secretarias, como Assistência Social, Educação, Conselho Tutelar, Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ), entre outros. Os grupos são divididos em cinco microrregiões da regional, tendo de três a cinco centros de saúde de referência.

Para a reunião de microárea, são divididos os presentes em pequenos grupos. Cada grupo com casos de uma determinada microárea para serem discutidos. A regional é dividida em cinco microáreas.

A supervisão clínica é orientada por uma profissional com formação em psicanálise. Depois da leitura do caso, são colocadas em discussão dúvidas, questionamentos, apontamentos. Todos são convidados a participar da discussão. A mestranda observou que os monitores apenas ouviam a discussão. Durante toda a discussão, a orientação do caso foi norteadada pela teoria psicanalítica, assim como os termos e linguagem usados pela maioria dos profissionais que participaram da discussão eram dessa mesma abordagem.

A supervisão psicanalítica é a orientação teórica adotada pela rede de saúde mental de Belo Horizonte. O que gera polêmica entre os profissionais que não possuem formação psicanalítica, como é o caso dos monitores do Centro de Convivência. Isso porque essa linguagem dificulta a participação deles nas discussões de caso, como também o entendimento dos casos. Inclusive, a mestranda ouviu essa queixa de alguns monitores do Centro de Convivência sobre esse fato, o que os deixa desmotivados a comparecer nessas reuniões.

### ***5.6.5 Participação política do Centro de Convivência***

Foi observado que a principal participação política realizada pelos trabalhadores e usuários do Centro de Convivência gira em torno da organização e participação no desfile político-cultural em comemoração ao “18 de Maio” – Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Como a preparação para o desfile é realizado no primeiro semestre do ano, a mestranda não acompanhou essa mobilização realizada no serviço.

Poucos usuários disseram participar das reuniões realizadas pelos movimentos sociais de luta antimanicomial da cidade, que são o Fórum Mineiro de Saúde Mental (FMSM) e a Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais (ASUSSAM-MG). Uma usuária, conversando com a mestranda, disse que possui ativa participação nos encontros das Conferências de Saúde.

Os profissionais do serviço se consideram condizentes com o movimento de luta antimanicomial e reforma psiquiátrica, porém não possuem militância em nenhum dos movimentos sociais. Mesmo assim, a equipe profissional do Centro de Convivência sempre convida os usuários a participarem das Comissões Locais de Saúde, das Conferências de Saúde, das reuniões do Fórum Mineiro de Saúde Mental e da ASSUSSAM-MG. A equipe reconhece a importância desse envolvimento por parte dos usuários, mas percebe ainda que há pouca participação deles nos meios de controle social e participação política.

## 6 REFLETINDO AS PRÁTICAS REABILITATIVAS A PARTIR DA PERSPECTIVA BASAGLIANA DE REABILITAÇÃO

Diante da descrição do Centro de Convivência realizado no capítulo anterior, este capítulo realiza uma discussão a partir da reflexão das práticas reabilitativas do Centro de Convivência à luz das concepções basaglianas abordadas na presente dissertação<sup>16</sup>.

Ao concluir no capítulo *A perspectiva basagliana de reabilitação* não foi encontrado um conceito de reabilitação em Basaglia, mas sim um conjunto de concepções que contribui para refletir sobre esse tema, desenhando uma “concepção”.

No texto intitulado *Reabilitação e controle social*, Basaglia faz as seguintes considerações:

Quando se fala de reabilitação no tema da doença mental, não podemos nos referir apenas às técnicas reabilitativas, mas também à base superestrutural e estrutural em que essas técnicas possuem significado. O problema se desloca, portanto, em mais níveis:

- a) O nível individual, ou seja, o doente e sua doença.
- b) O nível institucional ou superestrutural em que o doente é obrigado a estar. Ou seja, a codificação científica da doença, implicitamente ligada à definição dos limites da norma transgredidos pelo comportamento “mórbido”; a relação que o indivíduo instaura com essa codificação e a instituição em que a doença vem limitada, uma vez definida e codificada.
- c) O nível estrutural, ou seja, o significado estrutural estratégico da instituição no interior do sistema social em que é expressão. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 199)

Diante desses níveis, Basaglia diz que:

Para falar de reabilitação e de recuperação é, portanto, indispensável que estes três planos, que são complementários um ao outro, segundo uma finalidade comum, no sentido que o doente deve encontrar na instituição incumbida ao seu tratamento, a resposta às suas necessidades representadas por sua própria doença e – na realidade externa – os elementos essenciais à sua reinserção e recuperação. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 199)

Assim, a partir desses níveis e do conjunto de concepções basaglianas encontrado por meio da análise de sua obra, pode-se concluir que não se trata de uma reabilitação somente nos âmbitos psicológico e social (psicossocial). Pode-se dizer que a reabilitação é entendida de forma mais ampla e mais complexa.

Na tentativa de organizar de forma mais sistemática, serão utilizados os seguintes âmbitos para se pensar a reabilitação em Basaglia:

---

<sup>16</sup> Como foi explicada na parte metodológica desta dissertação, a tradução utilizada na escrita desse capítulo é de nossa integral responsabilidade.

- . psicossubjetivo (entendendo o doente mental como sujeito que possui um sofrimento);
- . sociopolítico e cultural;
- . institucional.

Esses âmbitos serão separados aqui para articulá-los melhor às práticas do Centro de Convivência, porém, sabe-se que são complementares uns aos outros.

O âmbito considerado “psicossubjetivo” diz respeito à parte que é própria da doença mental, e que Basaglia nomeia de “sofrimento subjetivo do indivíduo” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 422). Basaglia tem a preocupação em dizer que não nega que a doença mental exista, como muitas vezes foi erroneamente interpretado na época. O que se questionava eram as definições abstratas sobre a doença mental, que ele considerava uma forma de absolutização que tamponava as contradições expostas sobre a doença. “O que são estas definições senão a tentativa de resolver em conceitos abstratos essas contradições, que se reduzem apenas à mercadoria, etiqueta, nome, juízo de valor que serve para confirmar uma diferença?” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 167). O que provoca a questionar sobre as definições e classificações que são utilizadas na área da saúde mental. O que demonstra que são questões ainda não superadas, que muitas vezes ainda são mecanismos de aprisionamento e silenciamento dos sujeitos nos dias de hoje. Dessa forma, como o Centro de Convivência lida para a superação dessas relações que consideram o sujeito como objeto?

Dessa maneira, Basaglia não negava a doença mental, o que era negado era o tipo de concepção de doença vigente. Assim, o ponto da discussão de Basaglia demonstra-se outro; o que se questiona é o aspecto social da doença mental.

Quando se fala de exclusão em certos níveis sociais e das relações sociais de produção como fundamento de todo vínculo entre os homens na sociedade ocidental, compreende-se também como a doença – seja ela de qualquer natureza – pode tornar-se, dentro dessa lógica, um dos elementos utilizáveis, passível de ser explorada como confirmação de uma exclusão cuja natureza irreversível é dada pela categoria a que pertence o paciente e por seu poder econômico e cultural. Isto não significa – como muitas vezes foi erroneamente entendido – que a doença mental não exista e que não sejam levados em conta em psiquiatria, isto é, em medicina, os processos fundamentais do homem. Mas, significa que a própria doença, como sinal de uma das contradições humanas, pode ser usada dentro da lógica da exploração e do privilégio, vindo assim a assumir uma outra face – a face social – que a converte, ocasionalmente, em algo diferente daquilo que era inicialmente. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 345)

Aqui, nesse contexto, cabe pensar sobre a institucionalização do interno no manicômio, onde o sujeito passa por um processo de destruição tanto físico, como psíquico. Para Basaglia, em sua época, tratava-se de uma reabilitação/recuperação primeiramente das consequências geradas durante o processo de institucionalização no manicômio, ou seja, adquiridas com os longos períodos de internação. A proposta de reabilitação seria resolver essas necessidades primárias (mais urgentes), para depois agir sobre as demais necessidades do sujeito e sua doença. Outrossim, tornava-se prioridade resolver os problemas explicitados nas áreas sociais e institucionais.

Dessa maneira, destacam-se as seguintes questões, levando em consideração que ainda continuamos inseridos em um modelo capitalista em que existem diversos tipos de desigualdades: como o trabalho do Centro de Convivência contribui para responder as necessidades primárias dos usuários? Quais estratégias que o serviço conta para caminhar rumo à superação dessas necessidades (muitas ainda oriundas da inserção em manicômios)?

No âmbito “sociopolítico e cultural”, são destacados os questionamentos em relação à sociedade capitalista, com suas divisões, desigualdades e organização social. Basaglia considera que é difícil “reabilitar” dentro de um sistema que exclui os doentes mentais novamente para dentro das instituições, por não terem um papel expressivo na sociedade.

Basaglia propõe, assim, a importante realização de uma transformação social para que os “reabilitados” encontrem um papel real na sociedade e para que não tenham que retornar mais uma vez ao manicômio. Assim, para Basaglia, esse compromisso com as transformações sociais, com a justiça social deve ser assumido pelos novos serviços de saúde mental.

Essa tão almejada transformação social somente pode ser conquistada, segundo Basaglia, por meio da luta de classes. Com constante empenho no combate às desigualdades sociais, por uma posição de dignidade para o doente mental na sociedade. Basaglia considera a importância do processo de conscientização dos doentes mentais em relação aos mecanismos pelos quais passa a opressão a que eles são submetidos, para, somente assim, chegar a recusá-los (Basaglia, 1982). Essa tomada de consciência e a politização por parte da classe subalterna, dos marginalizados em geral, aparece com considerável destaque na proposta basagliana de reabilitação com intuito de alcançar essa transformação social.

Identificou-se que a transformação cultural e social é priorizada pelo Centro de Convivência, por meio das atividades de intervenção na cidade, buscando ultrapassar o espaço do serviço. Os Jogos da Primavera e o Festival da Canção são exemplos desse esforço em envolver a comunidade por meio da participação nesses eventos. Também, em outros momentos do ano, são realizadas mostras de arte, com exposição dos trabalhos do Centro de

Convivência em outros lugares da cidade. Assim, permite-se que se criem espaços que viabilizem a presença social do usuário na cidade e a luta contra preconceito e discriminação. As oficinas que compõem o cotidiano do serviço, além de considerar e potencializar o singular de cada usuário (singularização/subjetivação), buscam também a produção de emancipação, autonomia e construção de cidadania dos usuários. Mas, se percebem os limites do serviço com relação a uma dependência institucional considerável na medição dessas iniciativas, pois o que Basaglia buscava durante o processo de reabilitação do doente mental era o “incessante esforço de reativação das trocas reais, de produção de relações sociais diretas”, que deveria ser “cada vez menos mediadas pela proteção institucional” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 400).

Quanto à “participação política” dos usuários, o serviço visa estimular o interesse dos usuários em participar dos meios de controle social. Mas se verifica que essa participação ainda é pequena, e que se realiza ainda muito dentro do serviço, por meio das reuniões com usuários e familiares (assembleias), mas não envolvendo processos efetivamente decisórios e propositivos.

Ao longo da obra basagliana, a proposta de que seja feita uma revisão jurídico-normativa se encontra recorrente no decorrer dos textos. Essa revisão seria realizada para garantir a aquisição de direitos e o resgate da cidadania dos doentes mentais.

No decorrer do processo de desinstitucionalização, buscava-se:

A mudança de status jurídico e econômico – de “internado” à condição de estar de alta hospitalar e à de “hóspede da instituição” – não foi preestabelecida como prêmio por uma vitoriosa “reabilitação” à vida social, mas como aquisição de um poder de base preliminar a qualquer contratualidade nas relações, condição necessária ao encaminhamento de um processo de reapropriação das regras sociais a partir da própria miséria, não mais seqüestrada, mas reapropriada e trabalhada. Concretamente, essa mudança de status significou o fim do velho tipo de gestão como assunção total da pessoa e administração completa da sua vida, bem como a utilização direta, por parte dos ex-internados, dos espaços da cidade como “os lugares da reabilitação”. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 400)

Diante disso, destacam-se as seguintes questões: como o Centro de Convivência pensa a inserção a partir dessa sociedade que precisa ser transformada? Quais estratégias que as práticas reabilitativas no Centro de Convivência realizam para contribuir com a transformação da sociedade, da cultura, visando à diminuição dos preconceitos e maior aceitação da diversidade a partir da ação concreta do usuário? Qual é o lugar do usuário em nossa sociedade hoje? Como as práticas do Centro de Convivência contribuem para que o usuário consiga ter essa posição expressiva na sociedade?

Já o âmbito “institucional”, destacam-se a crítica às instituições, a explicitação de sua função de controle social, como também o questionamento em relação à função política exercida pelos técnicos. Também na obra basagliana se verifica a crítica ao tecnicismo como cobertura das contradições da realidade.

Basaglia possuía uma relevante preocupação com a elaboração e a utilização das técnicas no campo psiquiátrico, principalmente, quando não se explicita o significado político existente em cada solução técnica utilizada. “A solução puramente técnica se limita a reformar a fachada das instituições, sem afetar seu conteúdo” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 11). Diante disso, Basaglia tinha como proposta o uso do modo dialético.

No modo dialético, existe apenas o lugar do confronto, pela presença dos papéis ativos que se contestam reciprocamente. O doente, dessa maneira, não pode resolver-se em ser hóspede do hospital construído à sua imagem. Nem o médico pode acalmar a sua ansiedade no humanitarismo com que se dedica ao doente, coisificando-o como objeto de sua piedade. Deve-se estar de frente ao doente como problema aberto. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 66)

Além do modo dialético, Basaglia considera que:

A busca por uma nova recomposição do saber do técnico surge atualmente de várias frentes: como necessidade de repropor um novo modelo de gestão institucional, como recomposição de papéis, como reconstrução de poder, como fonte de garantias e como oferta de conteúdos de análise e de luta. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 391)

Basaglia, ao falar da importância do técnico na realização das transformações na área psiquiátrica da época, diz que só foi possível por meio

[...] do confronto prático com a realidade manicomial, que iniciou a lenta obra de corrosão das “verdades científicas” e o questionamento de sua direta relação com a estrutura social e com os valores dominantes, por parte daqueles que desejavam ser, automaticamente, os representantes. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 240)

Para essa discussão, Basaglia traz os conceitos de “funcionário do consenso” – de Gramsci – e o “técnico do saber prático” – de Sartre. O funcionário do consenso era considerado o técnico representante e defensor dos valores dominantes dentro da instituição repressiva. Já o técnico do saber prático seriam os técnicos que

[...] começaram a recusar – diante da realidade que se confrontavam – o papel de funcionários do consenso, recusando de legitimar com o seu aval (que era o aval da ciência) à

discriminação de classe e à violência em que, de fato, se traduziam na sua intervenção e no seu trabalho. [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 240)

Ou seja, se trata da recusa, por parte do técnico, do seu mandato social repressivo e, assim, inicia seu “enfrentamento em relação aos problemas teórico-práticos, traduzindo a abstrata teoria pela prática institucional” [tradução nossa] (Colucci & Vittorio, 2001, p. 220).

Assim, Basaglia considera que é dever do técnico explicitar as ideologias dominantes e lutar contra elas. E mais, “tratou-se e trata-se ainda de prosseguir na busca da possibilidade de se agir como técnicos, enquanto tais, em meio à luta de classe” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 402). Além disso, o trabalho do técnico também deve estar sempre atento às técnicas utilizadas. “Estamos constantemente tentados a cobrir as contradições que os doentes representam aos nossos olhos, com uma ideologia que procura a solução” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 81).

Contudo, podem-se destacar as seguintes questões: qual a função desempenhada pelo Centro de Convivência dentro de nosso sistema social e econômico? Está sendo problematizada a função social/política desempenhada pelos profissionais do serviço? A norma com referências dominantes sinalizada por Basaglia ainda se faz presente nas regras institucionais existentes no serviço? Quais contradições emergem dessas problematizações?

Ainda para o âmbito institucional, há que se pensar o trabalho dos profissionais do Centro de Convivência, em particular, os monitores. Diante disso, nos chamou bastante atenção por se tratarem de profissionais com formação artística, que não possuem formação na área da saúde e nem mesmo na área de saúde mental. São, em sua maioria, artistas.

Assim, os monitores, ao trabalhar com arte nas oficinas com os usuários, transformam-se em verdadeiros inventores de um cotidiano possível na área da saúde mental. São artistas que praticam dentre os diferentes tipos de artes, a arte de inventar novas formas de lidar com a loucura, com o sofrimento mental. Essa arte se destaca das demais por ser criada a partir dos desafios cotidianos e da prática construída dia a dia por profissionais que pouco, ou nada, conhecem sobre as psicopatologias, as classificações diagnósticas ou os psicofármacos. Pouco entendem os termos técnicos da psiquiatria ou da psicanálise, que são os discursos hegemônicos que orientam a rede de saúde mental em Belo Horizonte. O foco dos monitores é trabalhar com as potencialidades criativas de cada sujeito. Dessa maneira, eles trabalham com os sujeitos e não com a doença e, assim, criam oportunidades de se pensar novas formas de convívio com a loucura. Também são os profissionais que mais têm a oportunidade de estar mais próximos do cotidiano do usuário.

Ao estudar o trabalho desenvolvido pelos monitores, percebeu-se a dificuldade que eles enfrentam nas discussões realizadas durante a supervisão clínica e reuniões de microárea/matriciamento, que são norteadas pelo discurso psicanalítico. As contribuições da psicanálise para a área da saúde mental são muito reconhecidas pelos gestores, porém é um conhecimento que se demonstra limitador e restringe a participação nas discussões de profissionais/técnicos que não possuem tal conhecimento, como é o caso dos monitores.

Os monitores também buscam maior reconhecimento e valorização do trabalho que desempenham no campo da saúde. Esses profissionais consideram receber um salário com valor baixo, em relação aos outros profissionais da saúde e, muitas vezes, isso gera consequências no aumento da rotatividade dos monitores nos Centros de Convivência.

Além dessa busca por valorização e reconhecimento do trabalho dos monitores, o Centro de Convivência também enfrenta outras dificuldades que acabam interferindo na dinâmica do serviço, como a falta de repasse das verbas destinadas às atividades ofertadas pelo serviço; a constante falta de vale-social para o transporte dos usuários; a falta de suporte de outros serviços devido ao fato do Centro de Convivência se localizar numa regional, geograficamente muito extensa e outras dificuldades materiais e financeiras apontadas no capítulo destinado à descrição do Centro de Convivência. Essas dificuldades concretas muitas vezes devem ser enfrentadas, por ser uma verba recebida somente por meio da prefeitura. Assim, o repasse é apenas no âmbito municipal, sem receber nenhuma verba em âmbitos estadual e federal. Isso ocorre por conta do Centro de Convivência ser um serviço que não participa da política nacional de saúde mental e, por isso, o serviço luta para esse reconhecimento. Deseja fazer parte da Rede de Atenção Psicossocial em âmbito federal, diminuindo, assim, as constantes ameaças encontradas em relação à sua existência na rede.

Também aqui, destaca-se o envolvimento e articulação que o Centro de Convivência possui com os movimentos sociais de luta antimanicomial, destacando a participação do serviço na resistência e luta contra os modelos asilares, para que esses não retornem como projetos para o tratamento na área da saúde mental nos dias de hoje.

Contudo, muitas das questões apontadas por Basaglia ainda são desafiadoras para o serviço, tanto para os profissionais, como para os usuários. Como exemplo, o Centro de Convivência mostra-se ainda bastante pautado por uma prática muito institucionalizada, sendo que isso acaba refletindo na autonomia do usuário, tornando-se um desafio para o serviço, ao limitar a garantia do protagonismo dos usuários, algo que faz parte da política do serviço.

Assim, a perspectiva basagliana de reabilitação tornar-se-ia um caminho estimulante para se realizar reflexões sobre as práticas executadas no Centro de Convivência. Não só nesse serviço, ele se destaca por ser o campo investigativo desta dissertação, porém essas reflexões poderiam se aplicar também aos demais serviços que compõem a política de saúde mental atual.

Na presente dissertação, não se almeja dar respostas prontas a essas questões. Elas devem ser refletidas e construídas coletivamente, proposta feita pela pesquisa internacional de construção coletiva de conhecimento, em que esse mestrado está em total acordo. A construção das perguntas é o produto do esforço de investigação e deverá se integrar aos demais resultados da pesquisa internacional. Assim, a dissertação se coloca como um meio de abertura para o questionamento, em que os problemas devem estar sempre abertos, diante da proposta dialética de Basaglia. São questões abertas não só para o Centro de Convivência, como dito anteriormente, mas são extensivas aos demais serviços que compõem a rede.

Para concluir este capítulo, explicita-se o esforço dessa pesquisa de mestrado, ao buscar oferecer uma forma possível de reflexão da prática reabilitativa do Centro de Convivência, a partir das contribuições trazidas pela perspectiva basagliana. Seguindo o insistente ideal de reflexão basagliano, de que “nossa tarefa se torna de fazer as contradições mais explícitas e não ocultá-las sob novas ideologias” [tradução nossa] (Basaglia, 1982, p. 5).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sou como o menestrel medieval que percorre as aldeias e vai embora.  
É necessário que quando eu partir, o palco não fique vazio. (Basaglia, 1979, p. 136)

A presente dissertação procurou delimitar o conceito de reabilitação psicossocial de Franco Basaglia e tencioná-lo com as práticas realizadas no Centro de Convivência, com o intuito de provocar reflexões ao problematizar as práticas reabilitativas em saúde mental.

Ao delimitar o conceito de reabilitação basagliano, por meio da análise da obra *Scritti II*, não foi possível encontrar apenas um conceito, mas um conjunto de concepções que propiciou se pensar o conceito de reabilitação. Com a leitura da obra, foi possível compreender a metáfora que Basaglia se tornou, pois seu nome representa uma produção coletiva, tanto prática, quanto teórica. Também foi por meio dessa leitura analítica que possibilitou uma melhor compreensão de vários aspectos que revelaram a complexidade e “radicalidade” presentes no pensamento basagliano. Inclusive, ao revelar os conceitos basaglianos, foi possível entender melhor quais caminhos que Basaglia considerava que deveria ser percorridos para a reflexão das práticas, incansável proposta que aparece no decorrer da obra.

Entre esses caminhos, destacam-se colocar em crise o que está sendo estabelecido como modelo para as práticas em saúde mental hoje; ao analisar a doença mental evidenciar, além do sofrimento psíquico, seu aspecto social, político e econômico e o tratamento destinado a cada pessoa segundo esses aspectos; alerta aos técnicos quanto seu mandato social repressivo, não acomodando ao aceitar essa função e, inclusive, recusando esse mandato por meio da explicitação das contradições, em vez de aceitá-las e naturalizá-las. Quanto às novas instituições, fica a mensagem de, ao criar um serviço, estarem atentas se esse serviço responde às necessidades reais do usuário ou se está respondendo às próprias necessidades dos serviços, como instituição. Também cabe pensar sobre a crítica basagliana à ciência e universidade, com relação à produção de conhecimento e transmissão desse saberes construídos. Fala-se bastante no decorrer da obra sobre tecnicismo, cientificismo e produção de ideologias. Como está sendo hoje essa produção de ideologias científicas dentro das universidades denunciada por Basaglia? Basaglia, ao criticar as teorias produzidas nas universidades italianas dos anos setenta, denunciava o esvaziamento dessas teorias por estarem distanciadas da prática.

Quanto à revisão sobre o conceito de reabilitação psicossocial por meio dos diversos autores que contemplam em seus estudos esse tema, proposta contemplada no terceiro

objetivo específico dessa dissertação, mostrou-se no decorrer do mestrado relevante para a pesquisa internacional, porém para o mestrado esse objetivo foi se tornando menos central diante da intensidade e riqueza encontradas a partir do mergulho da mestranda na obra basagliana. Assim, o interesse da pesquisa do mestrado foi se organizando muito mais em torno da perspectiva basagliana. Diante até mesmo do interesse original desse mestrado em torno da questão em Basaglia, seria realmente encontrado alguma especificidade para o tema da reabilitação psicossocial: o que se demonstrou ao longo do mestrado como algo alcançado. O encontro dessa especificidade foi conquistado por meio do esforço realizado pela análise da obra, trazendo à tona uma perspectiva bastante politizada e radical em Basaglia para os estudos da reabilitação psicossocial.

O estudo e descrição da prática reabilitativa do Centro de Convivência foi realizada graças à oportunidade de desenvolvimento da pesquisa internacional. Assim, foi possível a imersão no campo pela mestranda, em que contou com a participação dos técnicos do serviço, possibilitando um trabalho coletivo, conjunto, durante toda a imersão no campo. Destaca-se aqui que se faz necessário realizar ainda uma discussão com o serviço a respeito dos produtos alcançados com a pesquisa de mestrado, almejando, dessa forma, a construção de um saber coletivo, participativo e dialógico.

Diante do estudo sobre o Centro de Convivência, destaca-se a seguinte questão: as práticas reabilitativas do serviço se demonstram basaglianas?

As conquistas alcançadas pelo trabalho realizado no Centro de Convivência, ao contribuir para o tratamento do portador de sofrimento mental, são reconhecidas pela rede de saúde mental de Belo Horizonte, como também pelas pesquisas de mestrado e internacional. Esse reconhecimento também se faz presente na fala dos próprios usuários do serviço. Um dos usuários, durante uma roda de conversa em um evento da saúde mental, ao contar sobre sua história de vida e tratamento, menciona a importância também do Centro de Convivência para a sua recuperação. Assim, faz a seguinte consideração: “O Centro de Convivência proporcionou a minha reabilitação”.

Dessa forma, destaca-se a importância do trabalho desenvolvido no Centro de Convivência, ao possibilitar, por meio de suas práticas a busca pela sociabilidade, convívio, inserção social, produção cultural e artística e intervenções na cidade. Trabalho este que se destaca nesse serviço de saúde mental, pelo fato de ser seu principal objetivo alcançar esses quesitos devido à importância que eles possuem e que dificilmente é encontrado esse esforço nos demais serviços da rede. Importância que se encontra em sintonia com os aspectos apontados por Basaglia, como algo que se apresenta muito além de se pensar a doença mental

apenas em seu aspecto “psi”. Essas são as prioridades do Centro de Convivência, condizentes com o referencial basagliano, que faz esse serviço ser considerado um espaço singular de reabilitação psicossocial em relação a toda a rede de saúde mental.

Porém, ainda se fazem presentes grandes desafios a serem enfrentados pelo serviço, porém muitos deles, bastante ligados por ainda estarmos inseridos em um sistema capitalista. Ainda não houve a superação desse tipo de organização social. Assim, se torna primordial trabalhar e lutar em busca dessa superação por meio da transformação social, como foi apontada por Basaglia, pois a ameaça do retorno do modelo manicomial está sempre presente por estarmos inseridos nesse contexto social em que o sistema repressivo e segregador é a proteção do capital. Assim, se faz muito importante que os serviços em saúde mental, como o Centro de Convivência, continuem a se fazer presentes e articulados com os movimentos sociais, assim como também lutar contra as ameaças de retrocessos ainda presentes.

Por isso, também é importante refletir sobre as práticas que realizamos, proposta esta localizada no último objetivo específico desta dissertação. Reflexões que possam nos permitir melhorar a qualidade dos serviços, fortalecer a rede e avançar.

As problematizações aqui apontadas sobre a prática do Centro de Convivência, mesmo que ainda pontuais, têm o intuito de gerar reflexões, almejando contribuir com o fortalecimento e avanços nos trabalhos realizados pela Rede de Atenção Psicossocial, como também oferecer um meio possível que busca potencializar e avançar o trabalho desenvolvido. Essas problematizações não devem ser entendidas como forma para enfraquecer ou desmerecer o trabalho desenvolvido por esse importante serviço da rede. Destaca-se aqui o esforço realizado por esse serviço e a importância que esse trabalho representa. Sabe-se que o inimigo é outro. São, por exemplo, as comunidades terapêuticas dos nossos tempos que possuem em seu cerne os germes do retrocesso e do modelo manicomial. Aqui, se reconhece que a Rede de Atenção Psicossocial possui seus trabalhos pautados pela reforma psiquiátrica e pela luta antimanicomial.

Dessa forma, a partir da perspectiva basagliana apresentada na presente dissertação, muitas questões se abrem e a partir delas podem ser construídas outras pautas de investigação e discussão para refletir os outros serviços em saúde mental, além do Centro de Convivência, como também vários aspectos que podem contribuir com o efervescente debate sobre os desafios encontrados na construção de uma política de álcool e outras drogas pautadas pelos princípios da luta antimanicomial.

Dessa maneira, essa dissertação procura abrir espaços de reflexões possíveis. Problematizar com o Centro de Convivência os resultados encontrados por essa pesquisa de

mestrado, ao trazer as contribuições da perspectiva basagliana para a discussão sobre a reabilitação, com o intuito de uma construção de saberes pautados pelos princípios dialógicos, participativos e coletivo. Assim, se destacam nestas considerações finais, os resultados considerados parciais deste mestrado, pois se trata de um processo ainda em construção, que visa trazer contribuições tanto para o serviço, quanto para a pesquisa internacional.

## REFERÊNCIAS<sup>17</sup>

- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2008). *Saúde mental e atenção psicossocial*. (2a ed.). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Amarante, P. (2010). *O homem e a serpente: outras histórias para loucura e psiquiatria*. (4a reimpressão). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Barros, D. (1994). *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Ed USP.
- Basaglia, F. (1979). *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Ed. Brasil Debates.
- Basaglia, F. (1981). *Scritti: 1953-1968* (Vol. 1). Torino: Giulio Einaudi.
- Basaglia, F. (1982). *Scritti: 1968-1980* (Vol. 2). Torino: Giulio Einaudi.
- Basaglia, F. (1991). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico* (H. Jahn, trad.) (2a ed). Rio de Janeiro: Graal.
- Basaglia, F. (2000). *Conferenze brasiliane*. Milano: Raffaello Cortina Editore. (Transcrição de conferências realizadas em 1979).
- Basaglia, F. (2005). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica* (J. A. d'Avila Melo, trad.). In P. Amarante (Org.). Rio de Janeiro: Garamond.
- Betto, F. (2005). Paulo Freire: a leitura do mundo. In R. S. Caldart & E. J. Kolling (Orgs.), *Paulo Freire: um educador do povo* (pp. 50-51). São Paulo: Maxprint Editora e Gráfica.
- Breakwell, G. M. (2010). O uso do auto-registro: métodos de diário e de narrativa. In G. M. Breakwell; C. Fife-Schaw; S. Hammond & J. A. Smith (Orgs). *Métodos de pesquisa em Psicologia* (pp. 260-277). Porto Alegre: Artmed.
- Carli, R. M. (1981). Franco Basaglia Ongaro: uma sinopse histórica. In Sociedade Mineira de Psicologia. *Boletim Especial Franco Basaglia* (pp. 04-07). 5, Belo Horizonte: SMP.
- Colucci, M.; Di Vittorio, P. (2001). *Franco Basaglia*. Milano: Bruno Mondadori.
- Firmino, H. (1982). *Nos porões da loucura* (2a ed). Rio de Janeiro: Codecri.
- Goulart, M. S. B. (2007). *As raízes italianas do movimento antimanicomial*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Goulart, M. S. B. (2010). Em nome da razão: quando a arte faz história. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 20, 34-39.

---

<sup>17</sup> De acordo com o estilo APA – American Psychological Association.

- Goulart, M. S. B. (2012). *Modelos de reabilitação psicossocial: Brasil e Itália*. Projeto de Pesquisa, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Goulart, M. S. B. (2014). *História da política de saúde mental: Minas Gerais e vínculos com Itália*. Relatório final de pesquisa, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Guerra, A. M. C. (2004). Reabilitação Psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. *Revista Latinoam. Psicopat. Fund.*, 7(2), 83-96.
- Guerra, A. M. C. (2008). Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In C. M. Costa & A. C. Figueiredo (Orgs.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania* (pp. 23-58). Rio de Janeiro: Contra Capa. (IPUB)
- May, T. (2004). *Pesquisa social: questões, métodos e processos* (C. A. S. N. Soares, trad.) (3a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Minayo, M. C. de S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (12a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Nicácio, M. F. (Org). (1990). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.
- Nicácio, M. F. (2003). *Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental*. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. 224f.
- Nilo, K.; Morais, M. A. B. de; Guimarães, M. B. de L.; Vasconcelos, M. E.; Nogueira, T. G. & Abou-Yd, M. (Orgs). (2008). *Política de saúde mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.
- Oliveira, C. L. (2010). *Revisitando o movimento de luta antimanicomial: sementes italianas em solo brasileiro*. Monografia, Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG. 40f.
- Passos, I. C. F. (2009). *Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Pitta, A. M. F. (2001). *Reabilitação psicossocial no Brasil* (2a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Ribeiro, R. C. F. (2008). Oficinas e redes sociais na reabilitação psicossocial. In C. M. Costa & A. C. Figueiredo (Orgs.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania* (pp. 105-106). Rio de Janeiro: Contra Capa (IPUB).
- Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível* (2a ed.). Rio de Janeiro: Te Corá.

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (2005). *Centros de Convivência: a construção de um dispositivo singular e estratégico da rede de saúde mental de Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Gerência de Atenção à Saúde e Coordenação de Saúde Mental. (mimeo).

Soares, M. (2013). A reforma psiquiátrica e o Centro de Convivência: invenções e outras práticas. In A. M. Lobosque & C. R. Silva (Orgs.), *Saúde Mental: marcos conceituais e campos de prática*. (pp. 192-196). Belo Horizonte: CRP 04.

Venturini, E.; Galassi, A.; Roda, A. & Sergio, E. (2003). Habilitar-se em saúde mental: observações críticas ao conceito de reabilitação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 55 (1), 56-63.

Venturini, E. (2005). Prefácio. In F. Basaglia. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica* (J. A. d'Avila Melo, trad.) (pp. 17-21). Paulo Amarante (Org.). Rio de Janeiro: Garamond.

Zabatiero, J. (2007). *Manual de Exegese*. São Paulo: Hagnos.