



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas- FCM
Departamento de Saúde Coletiva
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde
Mental e Coletiva



Ana Carolina de Medeiros Laki

A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E ITALIANA:
UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Campinas
2017



Ana Carolina de Medeiros Laki



A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E ITALIANA:
UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trabalho de conclusão de Curso
do Programa de Residência em
Saúde Mental e Coletiva-
Departamento de Saúde Coletiva/
FCM-Unicamp

Coordenação: Prof Dr^a Rosana
Teresa Onocko Campos

Orientadores:

M^a. Ellen Cristina Ricci

Prof Dr Thiago Lavras Trapé

Campinas
2017

Agradecimentos

À Deus que se apresenta para mim de uma forma tão livre e leve, e que me ama apesar de mim.

Aos meus pais e meu irmão que comemoram comigo minhas pequenas e grandes vitórias, e que nunca me deixam desistir.

Àqueles que dividiram comigo as alegrias e descobertas que esses dois anos me trouxeram.

Aos meus amigos, fiéis companheiros.

À Ana, minha casa; à Beatriz, minha segurança; à Victória, meu cuidado.

À Ana Luiza, Letícia, Ludimila, Cristina e Alexandra por acompanharem de perto meu processo formativo e por serem referência.

Aos serviços em que estive, meu agradecimento às equipes que me acolheram.

Aos usuários dos serviços de saúde mental, obrigada por me mostrarem que de perto ninguém é normal.

À Itália, por me encantar.

À Campinas, por me transformar.

À Chayene (*in memoriam*) que me ilumina todo dia com a lembrança do seu sorriso e dos momentos incríveis que vivemos juntas.

(...) iluminar e só.

Eis o meu lema,

e o do Sol

(Vladmir Maiakovski)

Resumo

Este trabalho é um relato da minha experiência como terapeuta ocupacional residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Atuei em serviços da rede pública de atenção à saúde mental do município de Campinas e tive a oportunidade de realizar o estágio eletivo com duração de um mês nos serviços que compõem a rede de saúde mental da Itália. Faço uma breve retomada dos conceitos da história da loucura, estigma e exclusão social. Recupero dados sobre o processo da Reforma Psiquiátrica Italiana e Brasileira. E por fim, levanto algumas hipóteses diante das percepções que tive a respeito das diferenças e singularidades desses processos no cuidado e atenção às pessoas em sofrimento mental.

Palavras chave: Reforma Psiquiátrica Brasileira; Reforma Psiquiátrica Italiana; Relato de experiência.

Sumário

1 Introdução.....	6
2 Estigma, Capitalismo e Loucura	8
3 Reforma Psiquiátrica	11
3.1 Itália	11
3.2 Brasil.....	13
4 Relatos de experiência	15
5 Conclusão.....	22
Referências Bibliográficas	23

1 Introdução

O presente trabalho foi realizado como finalização da Residência Multiprofissional de Saúde Mental e Coletiva da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Foram dois anos em que tive a oportunidade de atuar como terapeuta ocupacional na rede de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS) Campinas. Durante o primeiro ano da residência, compus a equipe de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Adulto do tipo III do distrito de saúde Leste da cidade, e no segundo ano, participei das atividades de um serviço de geração de renda e trabalho vinculado à rede de saúde mental do distrito Noroeste. A partir destas experiências fui atravessada por diversas inquietações que dizem respeito ao nosso posicionamento frente ao estigma produzido pela loucura e a forma como exercemos o cuidado.

Gostaria aqui de destacar que no segundo ano da residência, pude realizar o estágio eletivo em diferentes serviços da rede de saúde mental italiana, entre eles, os serviços de atenção de saúde mental de base territorial, os centros diurnos de convivência e as cooperativas sociais de geração de renda e trabalho - nomenclaturas utilizadas na Itália. Essas vivências incitaram reflexões a respeito dos desafios para a consolidação de práticas capazes de promover a superação do estigma, a ampliação da autonomia e o exercício de cidadania no cuidado às pessoas com transtornos mentais.

Segundo Figueiredo (2009) “cuidar é, basicamente, ser capaz de prestar atenção e reconhecer o objeto dos cuidados no que ele tem de próprio e singular” (p.127). Além disso, cuidar também engloba a dimensão de dar respostas na medida certa, proporcionalmente, quando necessárias.

Quando retomamos historicamente a luta pelos direitos à saúde no Brasil inferimos que o direito à saúde foi fruto de intenso debate protagonizado pelo movimento da Reforma Sanitária na década de 1970, que buscou a universalização do acesso à saúde com a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2005). Concomitantemente a este processo, temos o movimento da Reforma Psiquiátrica, que almejava a transformação das práticas manicomiais que colocavam os sujeitos em sofrimento mental na condição de objeto (NICÁCIO; 2003)

Observamos importantes avanços no cuidado em saúde mental no SUS, a começar pela promulgação da Lei 10.216 da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001). Paim et al (2011) apontam que o sistema público de saúde brasileiro vem caminhando e avançando desde a sua implementação para garantir um cuidado de saúde com equidade e universalidade. Contudo, o respaldo sociopolítico do SUS e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em muitos momentos, mostram-se insuficientes para garantir a consolidação destas políticas na prática.

“O maior desafio do SUS é político” (PAIM et al; 2011; p.28) e apesar do financiamento federal ter crescido exponencialmente nos últimos anos, os investimentos em saúde ainda são insuficientes para garantir uma infraestrutura adequada e recursos humanos para manutenção dos serviços. Esse subfinanciamento pode implicar numa piora das condições de saúde da população, pela dificuldade no acesso e atendimento nos serviços de saúde.

Nos anos que seguiram à constituição do SUS, houve importantes mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população, as doenças agudas vem sendo substituídas por doenças crônicas, a expectativa de vida aumentou e a taxa de fertilidade diminuiu. Esses dados nos dão notícias sobre a importância de projetar um cuidado em saúde menos centrado na doença e mais implicado com o sujeito e toda sua complexidade, como retrata Buss (1995) ao dizer que o sistema de saúde brasileiro deve atentar-se às “necessidades sociais em saúde” (p.98)

A Reforma Sanitária Brasileira em seus anos de movimento histórico político e social sofreu várias influências no campo psiquiátrico. Gostaria de ressaltar aqui a profunda relação entre a Reforma Psiquiátrica Brasileira com a Psiquiatria Democrática Italiana, sobretudo no que diz respeito ao modelo de atenção territorial e suas consequências diretas na superação do modelo asilar.

A história da Reforma Psiquiátrica Italiana tem seu grande marco em Trieste, cidade no noroeste da Itália, na qual Franco Basaglia e seus parceiros conseguiram extinguir o hospital psiquiátrico e dar lugar a dispositivos territoriais comunitários. Como exemplo disto, em Trieste, construiu-se um jeito de se enxergar a loucura, não apenas como um processo psicopatológico que demanda uma resposta unilateral e objetificada, mas sim enquanto um

processo complexo, com nuances e diversas possibilidades de cuidado (SADE, 2014).

Uma das maiores transformações na Reforma Psiquiátrica Italiana foi a transformação ideológica. “Quando dizemos não ao manicômio, estamos dizendo não à miséria do mundo e nos unimos a todas as pessoas que no mundo lutam por uma situação de emancipação” (BASAGLIA, 1982, p. 29). Profissionais, usuários, familiares e comunidade, incorporaram o conceito de que a doença mental é um processo, e como todo processo de saúde e doença deve ser acompanhado e cuidado de maneira longitudinal e integral. Neste contexto, a doença é permanentemente colocada entre parênteses, dando lugar à existência do sujeito que tem uma desabilidade, um momento de vulnerabilidade e fragilidade (ROTELLI; SADE; 2014).

São estas perspectivas adotadas no modelo Italiano que podem ser observadas nas diretrizes que orientam as práticas em saúde mental e saúde coletiva na Reforma Brasileira.

A fim de discutir os desafios do cuidado em saúde mental, o presente trabalho irá percorrer uma apresentação dos conceitos de estigma e loucura, contextualizados no sistema capitalista, e realizará uma introdução sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira traçando um paralelo à experiência Italiana. Para compor essa temática, faz-se necessário uma retomada de algumas imagens e compreensões da loucura enquanto objeto e expressão na nossa cultura.

Em seguida, exponho relatos do meu percurso formativo a fim de elucidar como as reformas psiquiátricas brasileira e italiana trabalham para superar a exclusão e estigmatização das pessoas com transtornos mentais.

2 Estigma, Capitalismo e Loucura

Abordar a temática da loucura nos convida a pensar sobre a imagem social do “doente mental”. Estamos, portanto, no campo das representações sociais, e conseqüentemente do estigma. Goffman (1891) faz alusão à palavra estigma ao realizar uma discussão histórica de sua origem: para os gregos, era um signo que categorizava as pessoas de acordo com suas marcas sociais.

A sociedade estabelece modos de categorizar as pessoas por características comuns. Contaminados por pré-conceitos estabelecidos em normativas e expectativas criam uma identidade social àqueles que são apresentados como 'estranhos'. Assim, a pessoa 'estranha' passa a ser reconhecida como "estragada ou diminuída". Goffman (1891) inclui as desordens mentais na categoria do estigma localizado nas "culpas de caráter individual" (GOFFMAN, 1891, p.6-7).

O estigma pode atribuir um valor negativo à vida pessoa. Isso traz uma característica nociva que coloca a pessoa em condição de desvantagem na relação com o outro. Existe uma discrepância na maneira de selecionar as pessoas estigmatizadas diante de um signo ou uma marca, concentrando-as exclusivamente no pequeno universo da sua diferença.

A identidade social estigmatizada destrói atributos e qualidades do sujeito, exerce o poder de controle de suas ações, e reforça a deterioração de sua identidade social, enfatizando os desvios e ocultando o caráter ideológico dos estigmas. A sociedade impõe a rejeição, leva a perda da confiança em si e reforça o caráter simbólico da representação social segundo a qual os sujeitos são considerados incapazes e prejudiciais a interação sadia na sociedade. Fortalece-se o imaginário social da doença e do "irrecuperável" no intuito de manter a eficácia do simbólico. (MELO; s.d.; p.3)

Para Foucault (1999) um dos marcos do surgimento da psiquiatria é o estabelecimento da instituição manicomial, originalmente, o local destinado ao "cuidado" dos ditos loucos. O autor fundamenta que a identificação do doente mental como "louco" ocorreu devido a razões essencialmente econômicas e sociais. Nas sociedades industriais, a primeira caracterização de uma pessoa louca é sua inaptidão para o trabalho, pois o sistema capitalista opera essencialmente na lógica da produtividade. Assim, Foucault conclui que essa característica promove a exclusão social.

Com o advento da Revolução Industrial e a conseqüente implementação do sistema de trocas com base no capital grande parcela da população foi socialmente marginalizada, devido à chamada urbanização capitalista. A conseqüência desse modelo de desenvolvimento fez com que as camadas marginalizadas sejam excluídas dos benefícios urbanos. Segundo Santos (1987, apud Vêras, 2001) o valor do homem e sua possibilidade de exercer sua cidadania está intrinsecamente ligado ao território onde o mesmo está inserido,

concluindo que quanto mais marginalizado, menos acesso a direitos sociais ele tem.

Kinoshita (2016) aborda a dificuldade da reinserção social de pessoas com transtornos mentais pelo fato de que as relações de troca são estabelecidas diante de um valor previamente concebido socialmente. A esse valor ele dá o nome de poder contratual, e quando este é atribuído ao 'doente mental' assume um caráter negativo de invalidez e anulação (p. 69). A luz desse conceito, podemos refletir que a marca imposta pela loucura reduz as possibilidades das pessoas em sofrimento psíquico e as coloca em condição de desvalia, diminuindo seu poder contratual. Nesta perspectiva, as proposições da Reforma Psiquiátrica tem sido um caminho possível para o enfrentamento das adversidades vivenciadas por estes sujeitos (KINOSHITA, 2016).

A relação entre os processos da Reforma Psiquiátrica Italiana com os conceitos de estigma se aproximam ao se separar "um objeto fictício, 'a doença', da existência global e complexa dos sujeitos e do corpo social" (AMARANTE; 2007. p.66). Com isso, é possível reconhecer o indivíduo em sua experiência de vida, descolado das pré-concepções, preconceitos e medos relacionados à doença mental.

A ideia proposta de colocar a doença entre parênteses não significa negar a existência ou sofrimento, mas representa uma estratégia que rompe com o modelo que coisifica a experiência humana e dá espaço para a subjetividade. (AMARANTE, 2007)

Como o estigma produz lugares marginalizados, carregamos na história processos sociais excludentes das pessoas com sofrimento psíquico. Diversos autores, defendem que o exercício da cidadania está ligado ao enraizamento cultural do lugar que habitamos O Capitalismo coloca os frutos do mercado acima de tudo e de todos, promovendo processos de desenraizamento e objetificação dos sujeitos, para então reincluí-los sob os benefícios de sua própria lógica. A exclusão e o modo de vida que esta propõe compromete sua dignidade, o acesso e exercício de sua cidadania e sua condição humana moral e política. A respeito do caráter político da exclusão, o autor conclui que existe uma maior tendência de canalizar energias "para a contenção dos

efeitos perversos [da exclusão] do que para a resolução das causas da questão social” (VÉRAS; 2001. p.45-46).

Martins (1997, apud Vêras, 2001) aborda a questão da “nova exclusão”, a qual atribui ao excluído a marca de estar em uma situação de carência material, além de estigmatiza-lo ao considera-lo nefasto ou perigoso à sociedade. Esse autor ainda considera, entretanto, que uma participação na esfera do consumo leva muitos indivíduos a se sentirem como "incluídos" subjetivamente, embora estejam nas categorias de fato consideradas "excluídas". Ainda acresce esse autor, que o termo exclusão foi precedido, na reflexão brasileira, das categorias prévias de pobreza e de marginalidade social. Cabe-nos, portanto, atualizar esse debate, e trabalhar para a erradicação dos processos sociais excludentes (p. 48).

Entendendo o cenário marginal da loucura inserida no mundo capitalista, que produz exclusão, apresentarei o percurso histórico das Reformas Psiquiátricas Italiana e a Brasileira, buscando compreender a extensão dos efeitos produzidos por estes referenciais teóricos, bem como, os desafios para a consolidação de uma rede substitutiva eficaz.

3 Reforma Psiquiátrica

3.1 Itália

Em 1961, Franco Basaglia assume a direção do hospital psiquiátrico de Gorizia e deparando-se com a total objetificação do ser humano, provocada pela institucionalização, reúne-se com a equipe de trabalhadores e convida os internos a tornarem-se agentes de transformação daquele lugar, dando espaço para a ruptura do modelo de reclusão e violência. Esse movimento não almejava o fechamento do manicômio, mas sua humanização. A chegada de Basaglia à direção do hospital psiquiátrico San Giovanni, em Trieste, nos primeiros anos da década de 70, deu início às transformações estruturais de negação e superação do manicômio, e conseqüentemente, sua substituição por serviços territoriais e a plena recuperação dos direitos sociopolíticos e de cidadania dos doentes mentais (SADE, 2014).

Em seguida, essas transformações espalharam-se pelo restante do país, consolidando os princípios de negação total ao manicômio e restituição dos

direitos das pessoas com sofrimento mental, culminando na promulgação da Lei 180, de 1978. A Reforma Psiquiátrica Italiana tem a marca da radicalidade e prevê mudanças nunca antes vistas nas legislações internacionais, destaco aqui:

desativação progressiva de todos os hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços regionais; a transformação dos antigos manicômios em hospitais gerais; a eliminação da custódia, assegurando a proteção e a administração judicial de bens e a restituição do direito constitucional de voto ao portador de enfermidade mental (YASSUI; 2011; p.587)

O fechamento dos manicômios italianos foi acompanhado por um intenso processo de ocupação dos territórios e recuperação da cidadania, as pessoas passam a ser indagadas sobre onde querem habitar, com quem querem se relacionar, e o que querem ser. Dando voz e poder contratual de escolha àqueles que eram categorizados anteriormente apenas por suas doenças. A Itália utiliza em seu processo de Reforma Psiquiátrica uma tendência de muita inovação, criatividade e coragem, e nos mostra que é possível tratar questões de saúde mental com dignidade, responsabilidade, cidadania e respeito. Resignificar o cuidado em saúde mental é uma necessidade, primordialmente ética (SARACENO, 2016).

A desconstrução proposta por Basaglia em Trieste ultrapassa as mudanças estruturais e físicas, e atinge saberes, práticas e técnicas, bem como a estrutura social. Promove-se, assim, o questionamento de pressupostos de periculosidade e ociosidade da loucura, e da superioridade do saber médico, por exemplo. (ACIOLY; BRASIL; 2009)

Rotelli (1990) considera o manicômio um lugar com zero possibilidade de trocas. Ao se alterar a relação terapêutica e dar lugar para a construção, lenta e cotidiana, de espaços para a subjetividade existir, produz-se uma multiplicidade das relações sociais. Como também aponta Yassui (2011), quando os italianos dão plenamente às pessoas com sofrimento mental chance de emancipar-se terapeuticamente os poderes que permeiam a relação são diluídos.

Outra pontuação: a Lei 180, conhecida atualmente como Lei Basaglia desconsidera o fator unicamente patológico da doença mental. Ao atribuir às

condições de estar doente aos processos de institucionalização e estigma rejeita que o transtorno mental deve ser tratado com asilamento no manicômio. Além disso, considera que a atenção à saúde mental não é uma questão exclusivamente judicial, de tratamento involuntário e coercitivo. Que deve ser acolhida e cuidada como qualquer outra doença crônica ou processo de adoecimento, com atendimento de urgência em momentos de crise em dispositivos territoriais e comunitários (VALVERDE, 2010). Conclui-se que é preciso encontrar a pessoa que existe por trás da doença, e descobrir os desejos e potências antes encobertos pelo estigma de rótulos e conceitos produzidos socialmente de degradação do louco e da loucura.

Nessa perspectiva de conferir cidadania e um lugar social à pessoa com transtorno mental, Saraceno (2016) considera que um dos pilares da Reabilitação Psicossocial é o cenário do trabalho. Colapietro e Sade (2014) explicam que existe uma relação direta entre a incapacidade da sociedade de confrontar-se com os problemas de saúde mental e o nexos estabelecido entre ter uma doença mental e a impossibilidade de trabalhar.

Como estratégia para romper com essa lógica excludente, a Itália deu espaço para a invenção das Cooperativas Sociais de Inserção no Trabalho, que difundiram-se amplamente por todo país e oferecem serviços para entidades públicas e privadas e legitimam o trabalho das pessoas com deficiências.

Ainda sobre a constituição do cuidado em saúde mental, Rotelli e Sade (2014) apontam que é necessário um circuito integrado para haver mudança. É preciso um movimento cultural interessado em conferir mais liberdade para todos “apoando o direito dos loucos estarem conosco e serem reconhecidos como cidadãos” (p.44).

3.2 Brasil

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil tem início na década de 1970, em um cenário político que buscava a redemocratização do país. Inspirada pela Reforma Sanitária - que resultou na universalização da Saúde - A Reforma Psiquiátrica mobilizou esforços para a melhoria do cuidado às pessoas com sofrimento mental, que até então eram colocadas no lugar de

incapazes e tinham a institucionalização como tratamento. (MÂNGIA; YASUTAKI; 2008)

As transformações propostas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica foram construídas coletivamente por meio do protagonismo dos próprios usuários da saúde mental, seus familiares e profissionais do campo. Destacam-se as ações empreendidas pelo Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) que propuseram novas formas de organização e gestão dos serviços; bem como do cuidado ofertado. Evidentemente, essas transformações foram alvo de constantes críticas e se faz necessária uma intensa articulação de diversos atores para sua concretização.

Assim, a Reforma Psiquiátrica pode ser compreendida como um “conjunto de transformações, de práticas, saberes, valores culturais e sociais” (BRASIL, 2005, p. 6). Este movimento seguiu seu percurso de luta permeado por diversos desafios e conquistas, que podem ser didaticamente divididos em três períodos, a saber: 1) o primeiro período datado entre 1978-1992; 2) o segundo período entre os anos de 1992-2001 e 3) o terceiro período situado entre os anos de 2001 aos dias atuais (VASCONCELOS, 2010).

Segundo Vasconcelos (2010), o primeiro período (1978-1992) foi marcado pelas denúncias e primeiras iniciativas para a humanização da atenção. O segundo período (1992-2001) ampliação do modelo da desinstitucionalização de inspiração italiana e início da implantação dos serviços substitutivos. Por fim, o terceiro período que se inicia em 2001 tem como marco a aprovação da lei 10.216, de 2001 que dispôs sobre os direitos das pessoas em sofrimento psíquico (p. 20-21).

Um marco mundial que teve representação expressiva nos caminhos da Reforma Psiquiátrica Brasileira foi o documento intitulado Declaração de Caracas, produzido em 1990 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em conjunto com a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). A declaração prevê uma reestruturação na atenção à saúde mental, considerando que os hospitais psiquiátricos, como modalidade única de tratamento, não oferecem respaldo para garantia de um modelo assistencial humanitário e coletivo (OMS, 1990).

A Lei 10.216, de 2001, levou 12 anos desde sua elaboração até sua aprovação. O texto aprovado contém trechos sobre a reorientação do modelo

de assistência à saúde mental e garante os direitos civis das pessoas com sofrimento mental. Também retoma a necessidade do cuidado e reinserção social de pessoas internadas a longos períodos em hospitais psiquiátricos. De acordo com texto original, a lei aprovada não dispõe claramente sobre a extinção dos hospitais psiquiátricos, e aborda a necessidade da criação de uma rede ampliada de atenção psicossocial. (NICÁCIO, 2003)

Em conformidade com a necessidade da criação de uma rede ampla e estendida de cuidados em saúde mental, priorizando a atenção à crise e também a prevenção e promoção de saúde e lazer, foi instituída a Portaria 3.088 em 2011 que dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011).

A RAPS divide-se nos seguintes componentes: atenção básica em saúde, atenção psicossocial estratégica, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e estratégias de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

4 Relatos de experiência

Elenco aqui algumas experiências que vivi ao longo dos meus dois anos de residência tanto nos serviços da rede de saúde mental no município de Campinas, no Brasil, como na Itália, nas cidades de Milão, Trieste e Firenze, durante o estágio eletivo.

Como terapeuta ocupacional residente na Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva da UNICAMP tive a oportunidade de conhecer e trabalhar em diversos serviços que compõem a RAPS e experienciar algumas de suas potencialidades e fragilidades, bem como presenciar a atual situação política, econômica e ideológica da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Durante meu primeiro ano de residência, trabalhei por oito meses em um Centro de Atenção Psicossocial - CAPSIII e acompanhei o processo de fechamento de parte dos leitos do hospital psiquiátrico da cidade. Esse fechamento produzia na equipe angústia em sustentar um cuidado à crise no território. O argumento da angústia é a falta de dispositivos que acolham a

crise, porém, contávamos com leitos de atenção integral no CAPS. Percebo em mim uma inquietação diante de tal paradoxo: temos leito para o acolhimento, por que algumas expressões e situações vividas não poderiam ser ali acolhidas? Muitas foram as questões trazidas pela equipe e as que me fiz neste momento: qual experiência da loucura pode ser acolhida por aquela equipe? Quais eram as estratégias necessárias à crise que o equipamento não reconhecia enquanto viáveis? Como cuidar da crise no território e corresponsabilizar o cuidado?

Em alguns momentos durante minha formação percebi que a sobrecarga de atividades internas, a insuficiência de recursos técnicos, a extensão da população atendida pelo equipamento e o sucateamento dos demais serviços que compõem a rede de atenção à saúde mental geram obstáculos para a conquista de práticas promulgadas na reforma psiquiátrica.

Tentei em minha experiência profissional valorizar e validar os desejos dos usuários, e juntamente com a equipe fortalecer as relações de contratualidade e habitar espaços no território.

Foi importante contar durante meu primeiro ano com o espaço do Centro de Convivência nas proximidades do CAPS. Considero válida, assim como Ferigato et al (2013), a circulação dos usuários do serviço de saúde mental em espaços coletivos, de vivência com a comunidade e contato de atividades de lazer.

Frequentar os serviços residenciais terapêuticos e planejar a restituição de vontades, desejos e cidadania dos usuários que passaram longos anos internados em hospitais psiquiátricos representou um grande desafio no meu percurso profissional e formativo.

Os desafios de efetivamente abrir as portas e se haver com toda uma ausência de mundo, bem como as inquietações de como estar no território e se haver com a multiplicidade de modos de vidas e seus hábitos, costumes e valores interpelam constantemente as equipes nos equipamentos territoriais.

Tocada por essas questões, contagiada pelos estudos das experiências de desinstitucionalização italiana durante meu percurso formativo e tendo a oportunidade de realizar o estágio eletivo durante o segundo ano da residência, dou início aos contatos para conhecer a rede de saúde mental italiana, que

conseguiu constituir uma rede de atenção sem o dispositivo do hospital psiquiátrico.

No segundo ano da residência atuei em um equipamento de geração de renda e trabalho, composto por três oficinas, duas delas de produtos decorativos artesanais, e a outra, de produtos alimentícios. Uma das questões que logo se colocou foram dificuldades estruturais em posicionar-se frente ao mercado e suas produtividades. Observo que essas dificuldades podem estar relacionadas à escassez de articulação multiprofissional e intersetorial.

No Brasil, existe um movimento de ampliação de um modelo alternativo de consumo e produtividade que se chama 'Economia Solidária'. A maioria dos projetos de reabilitação psicossocial, a partir de grupos de geração de renda e trabalho, faz parte desse movimento, que pretende superar as lógicas capitalista de consumo e produtividade e dão espaço para um mercado mais solidário e justo (BRASIL; 2005)

Ao entrar em contato com o cotidiano de um serviço de geração de renda constatei a importância do trabalho no cotidiano, legitimado pela sociedade e valorizado pelas instâncias públicas e legislativas.

Outras questões que surgiram estão relacionadas ao lugar social do trabalho, ao valor atribuído a prestação de serviços, bem como a toda uma cultura, que vai para além do lugar de artesanato, representando os lugares e funções sociais apropriados por todos da comunidade.

Um apontamento que converge em ambas as vivências, foi a percepção de pouquíssimos espaços de escuta mais deliberativos, e a participação ativa dos usuários na manutenção dos serviços e na elaboração de seus projetos terapêuticos singulares. São inquietações que carrego ainda sem respostas prontas mas permanentemente em meu pensamento.

Obtive repostas positivas em relação à minha visita aos serviços da rede e cooperativas sociais de saúde mental na Itália. No segundo semestre do segundo ano de residência estive por um mês em três cidades italianas, acompanhada por profissionais do campo da saúde mental que me apresentaram os dispositivos acima citados. Exponho a seguir trechos de minhas impressões e experiências durante essa vivência.

Em uma conversa com um dos atendentes de um simpático bar em uma das vias mais importantes do centro de Milão, Via Corso Buenos Aires, gerido por uma cooperativa social de saúde mental, sou indagada:

- Como está o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil?

Respondo categoricamente:

- Estamos fechando os manicômios por lá.

Ele retruca:

- Fechando?

E eu, já pensando que havia pronunciado a palavra em italiano erroneamente, reforço:

- Sim, fechando.

Ele, novamente, agora num tom mais provocativo devolve:

- Fechando? Tem certeza?

Faço uma careta, pois eu não estava entendendo o que ele queria dizer com aquela provocação, então, ele sorri e me diz:

- Você está querendo dizer que no Brasil vocês estão abrindo as portas dos manicômios! Quando você fecha um manicômio ele se abre pra todo mundo.

Em mais uma experiência em Milão, tive a oportunidade de visitar o antigo necrotério do ex-hospital psiquiátrico Paolo Pini que foi transformado em um restaurante muito charmoso e acolhedor, incubado pela cooperativa social Olinda Onlus composta, em sua diretoria, por trabalhadores da saúde mental e por usuários da rede de saúde mental. O local ainda carrega as marcas físicas de um necrotério: as paredes e chão frios, para a conservação dos cadáveres, agora são aquecidas diariamente por encontros de pessoas vivas e com fome, são aquecidas pelo vapor que sai das panelas cheias de 'cibo italiano' (tradução: comida italiana) da melhor qualidade, são aquecidas pela fumaça que sai da xícara de 'uno spresso' (tradução: um expresso – café tipicamente italiano), são aquecidas pelos corpos dançantes nas noites de quinta-feira durante 'l' aperitivo' (tradução: o aperitivo – corresponde ao happy hour brasileiro). Todos os funcionários do bar são usuários da rede de saúde mental milanesa, e sabem, detalhadamente, a história do seu local de trabalho, muitos deles estão em um processo, chamado na Itália, de 'Inserimento lavorativo', traduzindo para o português um momento de Treinamento para

inserção no trabalho. Os funcionários mais antigos e experientes ensinam aos novatos as técnicas de um bom atendimento e fornecimento de refeições em um restaurante.

As questões territoriais saltaram à minha vista nos equipamentos italianos, e em vários momentos me questionava quanto a discrepância na permanência das pessoas nos Centros de Saúde Mental (CSM) de Trieste (serviço que são equivalentes ao nosso Centro de Atenção Psicossocial no Brasil - CAPS). Em um dado momento questionei os profissionais de saúde sobre o motivo pelos quais os CSM são tão esvaziados de profissionais e de usuários, disseram-me que era exatamente esse o objetivo: que as pessoas circulassem muito mais pra fora do que para dentro do serviço.

Em Firenze, existe um grupo de ex- usuários da rede de saúde mental, que já concluíram seu tempo de tratamento e tiveram alta dos serviços, que promove reuniões com usuários e familiares para discutirem temas de interesse mútuo, como por exemplo, os efeitos colaterais dos psicofármacos ou as sutilezas das relações familiares. O grupo é autônomo e percorre itinerantemente diversos espaços da comunidade, não necessariamente ligados à serviços de saúde.

Ainda em minha estadia em Trieste, compareci a uma reunião marcada com profissionais da saúde mental em um famoso bar da cidade localizado na praça principal. Durante a escolha do vinho, a atendente explica-me com propriedade e clareza todas os sutis detalhes de cada tipo de vinho. O Bar faz parte de uma Cooperativa Social, e todos os funcionários são acompanhados em serviços de atenção psicossocial. Me chamou atenção o fato desse estabelecimento ser totalmente integrado à cidade. O Bar tem uma frequência de pessoas da comunidade e arredores, e pude observar que isto se dá pela qualificação dos profissionais, dos serviços prestados bem como pela a qualidade da oferta gastronômica. Fora neste Bar que pude me encontrar de maneira inusitada com Franco Rotelli, e ali entre aperitivos e conversas fortuitas percebi que era possível muito além da teoria por mim apreendida.

Após meu retorno do estágio eletivo na Itália e considerando as vivências que tive fui questionada por meus colegas de profissão sobre as diferenças socioculturais e históricas entre Brasil e Itália e o reflexo disso nos processos de Reforma Psiquiátrica e desinstitucionalização.

Considerando o desejo de ilustrar as experiências vividas nesses dois anos, nesses dois cenários distintos da reforma, gostaria de iniciar considerações sobre esse trabalho com algumas inquietações e hipóteses que essas vivências me trouxeram.

Parece-me que em algumas cidades da Itália o movimento de superação do manicômio e instituição de serviços territoriais substitutivos foi mais veloz que no Brasil. A Itália levou aproximadamente 8 anos desde o início de suas transformações até a aprovação da Lei 180. Já no Brasil, tivemos uma maior dificuldade de aprovação no texto original da reforma, que ainda contém alguns pontos não muito claros sobre a extinção dos manicômios. (NICÁCIO, 2003)

A Rede de Atenção Psicossocial Brasileira (RAPS), de 2011, foi concebida 10 anos após a Lei 10.216, de 2001, evidenciando um lacuna de tempo muito grande na possibilidade da construção de uma atenção à saúde mental mais integrada com os demais serviços da rede territorial e comunitária.

Para além dos pontos temporais, a Reforma Psiquiátrica italiana teve detalhes socioculturais mais enfáticos que a reforma psiquiátrica brasileira.

Em um de seus últimos escritos, Basaglia sugeriu que não gostaria que a história de Trieste e da Reforma Psiquiátrica Italiana fosse lembrada exclusivamente pela conquista de leis e portarias, mas que fosse, especialmente recordada pelas vidas e novas histórias que surgiam ao descobrir o louco como sujeito (AMARANTE, 2014)

A transformação veloz e com grandes dimensões que a Itália passou durante seu processo de Reforma Psiquiátrica pode ter relação com o fato de que o fechamento do manicômio foi uma consequência de uma mudança de um modelo de pensar a loucura. Além disso, os pilares da Reabilitação Psicossocial, considerando os cenários propostos por Saraceno (2016) de habitação, relação e trabalho, foram norteadores, desde o início, na construção de dispositivos de atenção à saúde mental.

De todas as comparações possíveis entre a Reforma Psiquiátrica brasileira e a Reforma Psiquiátrica italiana, para mim, - a mais importante, a qual pude vivenciar no meu trabalho como terapeuta ocupacional e no encontro com as práticas de cuidado em saúde mental italianas - diz respeito ao imaginário da existência e vivência livre da loucura na sociedade.

Na Itália observei que é possível que as relações se deem de um modo diferente, de um modo acolhedor, com mais igualdade e contratualidade (RIDENTE; SADE; 2014).

Diante das diferenças e potencialidades desses processos, a temática que vem à tona diz respeito à transformação da capacidade de exercer as ações institucionais e relacionais advindas da extinção do manicômio e das práticas manicomialais.

A desinstitucionalização italiana percorreu um caminho de efetivar uma “psiquiatria sem manicômio” (BARROS; 1994; p.147), e esse modelo permitiu uma transformação cultural importante para a garantia dos direitos sociais e cidadania das pessoas com transtornos mentais.

Porém, a supressão dos hospitais psiquiátricos não sugere, necessariamente, a superação das práticas manicomialais que assolam nossa prática profissional cotidiana travestida de um mandato de controle social onde o técnico media a relação entre o indivíduo e a sociedade (BARROS; 1994). Uma questão atual que nos remete a essa temática está relacionada à tendência de retomada à hospitalização, por considerarmos que o outro não é capaz de dar conta de si, e que precisamos, ilusoriamente, ter suas ações sob nosso controle. (YASSUI; 2011)

Para Barros (1994) nosso papel técnico é “advogar os direitos civis e sociais, coordenar as modalidades do controle, possibilitar a criação de formas de emancipação” (p.147), dessa maneira, garantimos a existência e liberdade dos sujeitos.

Colapietro e Sade (2014) consideram que é preciso que criemos uma novo jeito de estarmos juntos, de manifestarmos nossa cultura e civilidade. Consideram, que enquanto deixarmos de lado as questões das pessoas com transtornos mentais, nossa sociedade não renascerá, nem se abrirá para adentrar nos muros dos hospitais psiquiátricos e transformá-los em lugares de produção de saúde e de encontros (p. 126).

Durante os tempos difíceis pelos quais atravessamos, de crises e incertezas Saraceno (2016) nos encoraja a

manter um altíssimo nível de expectativas, para que possamos crer que há uma esperança, manter a utopia... Esperança utópica como ponto de chegada, ao qual nunca se chega, permitindo manter uma atenção ético-técnica constante (p.25).

5 Conclusão

Esse trabalho de conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva da Unicamp tentou, através da exposição de experiências vividas em serviços da rede de saúde mental de Campinas e na Itália, demonstrar as diferenças e potenciais dos processos de Reforma Psiquiátrica percorridos nesses dois países.

Traçando um percurso sobre as teorias da história da loucura, estigma e exclusão social, percebi o lugar marginalizado das pessoas em sofrimento mental na nossa sociedade, e a conseqüente negação de seus direitos.

Com a introdução dos dados históricos e socioculturais das Reformas Psiquiátricas Italiana e Brasileira elucidei as transformações nos modelos de atenção às pessoas em sofrimento mental.

Dentre tantos avanços políticos e legislativos, e por muitas vezes deparando-nos com entraves burocráticos, constatei, através da exposição dessas experiências e teorias, que a maior transformação se dará quando os sujeitos puderem relacionar-se sem o estigma da loucura, e assim, habitar os espaços que desejarem, quaisquer que sejam.

Com isso, pretendi demonstrar que é possível superar as dificuldades do cuidado em saúde mental a partir da construção de uma relação que envolva a corresponsabilização, bem como, a legitimação dos sujeitos como protagonistas de seus processos de saúde e de conquista de seu lugar social. Afim de superar a exclusão e garantir cidadania à todos.

Referências Bibliográficas

ACIOLY, Y. A., BRASIL, M. G. M. Reforma Psiquiátrica: Construção de outro lugar Social para a Loucura? *I Seminário Nacional Sociologia e Política: Sociedade e Política em Tempos de Incerteza*, 2009.

AMARANTE, Paulo. Estratégias e dimensões do campo da saúde mental e atenção psicossocial. In: _____. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo. Prefácio. In: SADE, Rossana Maria Seabra. *Portas Abertas: do manicômio ao território: entrevistas triestinas*. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014, p.11-14.

BASAGLIA, Franco. *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. Conferências no Brasil*. São Paulo, Monsanto, 1982.

BRASIL. Lei Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

BARROS, Denise Dias. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo. Edusp, 1994.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas*. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma*

dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. *Portaria Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011*.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BUSS, Paulo Marchiori. Saúde e Desigualdade: o caso do Brasil. In: BUSS, Paulo Marchiori; LABRA, Maria Eliana (org). *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995 p.61-102

COLAPIETRO, Roberto; SADE, Rossana Maria Seabra. Roberto Colapietro. In: SADE, Rossana Maria Seabra. *Portas Abertas: do manicômio ao território: entrevistas triestinas*. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014, p.111-128.

FERIGATO, Sabrina Helena; CARVALHO Sergio Resende; TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Cartografia dos Centros de Convivência de Campinas: produzindo redes de encontros. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2016 jan.-abr.; v.27, n.1, p.12-20.

FIGUEIREDO, Luis Claudio. As diversas faces do cuidar: considerações sobre a clínica e a cultura. In: MAIA, Marisa Schargel (Org.) *Por uma ética do cuidado*. Rio de Janeiro: Garamond, 2009, p. 121-140.

FOUCAULT, Michel. A Loucura e a Sociedade. In: _____. *Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. Tradução Vera Lucia Avellar Ribeiro. Organização Manoel Barros da Motta. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999, p.235-242.

GOFFMAN, Erving. *Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, 1891. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/92113/mod_resource/content/1/Goffman%3b%20Estigma.pdf.

Acesso em: 10/02/2017.

MÂNGIA, E. F.; YASUTAKI, P. M. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. *Rev.Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.19, n. 1, p. 61-71, jan./abr. 2008.

MELO, Zélia Maria de. *Os estigmas: a deterioração da identidade social*. s.d. Disponível em: <http://proex.pucminas.br/sociedadeinclusiva/anaispdf/estigmas.pdf>. Acesso em: 10/02/2017.

NICÁCIO, Maria Fernanda de Silvio. *Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental*. Campinas, SP, 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Declaração de Caracas*. Caracas.1990.

RIDENTE, Giuseppina; SADE, Rossana Maria Seabra. Giuseppina Ridente. In: SADE, Rossana Maria Seabra. *Portas Abertas: do manicômio ao território: entrevistas triestinas*. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014, p.129-148.

ROTELLI, Franco (org.). *Desinstitucionalização: uma outra via*. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROTELLI, Franco; SADE, Rossana Maria Seabra. Franco Rotelli. In: SADE, Rossana Maria Seabra. *Portas Abertas: do manicômio ao território: entrevistas triestinas*. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014, p.37-54.

SADE, Rossana Maria Seabra. *Portas Abertas: do manicômio ao território: entrevistas triestinas*. In: _____. *Portas Abertas: do manicômio ao território: entrevistas triestinas*. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014, p.15-18.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (Org.) *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 4ed, São Paulo: Hucitec, 2016, p.19-26

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: In: PITTA, Ana Maria Fernandes (Org.) *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 4ed, São Paulo: Hucitec, 2016, p. 69-74.

VALVERDE, Dayana Lima Dantas. Reforma Psiquiátrica: *Panorama Sócio-histórico, Político e Assistencial*, 2010. Disponível em: <http://www.redepsi.com.br/2010/11/21/reforma-psiqui-trica-panorama-s-cio-hist-rico-pol-tico-e-assistencial/> Acesso em: 07/02/2017

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. In: _____(Org.) *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec, 2010, p.17-73.

VÉRAS, Maura Pardini Bicudo. Exclusão social: um problema de 500 anos. In: SAWAIA, Barder (org). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Ed. Vozes, 3ed, 1999, p. 26-49.

YASSUI, Silvio. Conhecendo as origens da reforma psiquiátrica brasileira: as experiências francesa e italiana. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro. v.18, n.2, abr.-jun. 2011, p.585-589.