



Estudos de Psicologia

ISSN: 1413-294X

revpsi@cchla.ufrn.br

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Brasil

Freitas Pinto de Freitas, Fernando; Almeida Ribeiro, Guilherme
Reforma psiquiátrica e exclusão: as experiências de Reggio Emilia a Perúgia
Estudos de Psicologia, vol. 11, núm. 3, setembro - dezembro, 2006, pp. 307-314
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Natal, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26111308>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Reforma psiquiátrica e exclusão: as experiências de Reggio Emilia a Perugia

Fernando Ferreira Pinto de Freitas

Guilherme Almeida Ribeiro

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Resumo

O artigo pretende reanimar uma problemática que preencheu o debate dos movimentos de reforma psiquiátrica nos anos 60 e 70 do último século: alternativas à exclusão. Após uma revisão da crítica aos fundamentos da assistência psiquiátrica orientada historicamente pelo modelo asilar, os autores fazem uma reconstrução de duas experiências da reforma psiquiátrica italiana que podem ser hoje consideradas como exemplares: Reggio Emilia e Perugia. Na medida em que o paradigma da assistência se desloca do asilo para o território, que desafios temos hoje que enfrentar para garantir que a assistência pós-asilar não se sustente pela “exclusão”?

Palavras-chave: reforma psiquiátrica; modelo asilar; clínica pós-asilar

Abstract

Psychiatric reform and exclusion: the experiences of Reggio Emilia and Perugia. The article intends to reanimate a matter that was a center piece on the Psychiatric Reform debates on the decades of 1960s and 1970s: alternatives to the “exclusion”. After reviewing the psychiatric assistance foundations, which were historically oriented by the asylum standard, the authors reappraise two experiments that took place during Italian Psychiatric Reform and have been considered a model: Reggio Emilia and Perugia. As far as assistance paradigm moves from asylum to territory, what obstacles we have to confront to assure that the post-asylum assistance do not get sustained by “exclusion”?

Keywords: psychiatric reform; the object of the assistance; the exclusion

Em sua tese inaugural, Foucault (1961) afirma não se poder abordar a psiquiatria se não for a partir da *estrutura de exclusão*, por ser essa estrutura o que dá fundamento à instituição. Por conseguinte, qualquer iniciativa que vise a sua reforma estaria condenada a não escapar de *lirismo da contestação*. Nos termos assim colocados, a perspectiva foucaultiana em *História da Loucura* (Foucault, 1961/1978) é pessimista. Em contraste, Basaglia (1979) afirmava com insistência, com a sua autoridade no meio do movimento de reformas, o conhecido lema “contra o pessimismo da razão há o otimismo da prática”. Não obstante o otimismo justificado pelas experiências que desde os anos 1960 vem modificando a situação da assistência psiquiátrica, será que a intuição foucaultiana não traz algo de “real” para todos nós?

A primeira parte do artigo traz à discussão os termos de uma problemática que foi foco da preocupação dos nossos interlocutores nas décadas de 1960 e 1970: o que se entende por *alternativa* à exclusão psiquiátrica? É a criação de *alternativas à psiquiatria* ou é a formulação de uma *psiquiatria alternativa*? Não é por motivações saudosistas ou meramen-

te históricas que esse debate pode ter alguma pertinência para os dias de hoje. No nosso cotidiano, não há como não se perguntar se a assistência *pós-asilar*, como aquela prestada nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), é *alternativa à exclusão* ou uma *exclusão alternativa*? Em resumo, a questão formulada hoje e dirigida ao passado é: qual é o objeto X da assistência pós-asilar?

Na segunda parte do artigo serão apresentados e analisados criticamente os princípios que nortearam duas entre aquelas experiências consideradas como exemplares da reforma italiana. Trata-se de experiências não tão conhecidas por nós como as de Gorizia e Trieste. Uma delas é a de Reggio Emilia, cuja importância é ter sido aquela que fez a experiência do deslocamento da assistência do asilo para o território, numa perspectiva com discurso explicitamente de *desinstitucionalização* semelhante ao que há no Brasil. Quanto à outra experiência, aquela de Perugia, a importância a ser destacada é ter procurado ir além da negação do modelo asilar, na sua busca por construir uma clínica adequada às condições de assistência pós-asilar, quando a inclusão no Outro

da ordem social faz problema. Do confronto entre essas duas experiências algo ganhará evidência: a problemática de se assimilar a *marginalização mental* à *marginalização social*. Essas duas perspectivas, a da desinstitucionalização e a da clínica são aquelas dominantes na reforma brasileira, embora a reabilitação psicossocial também se faça presente (Tenório, 2001). Quem esteve presente no Congresso Nacional dos CAPS, em 2004, pode constatar o quanto o debate entre essas duas perspectivas continua atual (Onocko & Furtado, 2006).

O alternativo em debate

A conjuntura da assistência no país não é hoje a mesma daquela que foi enfrentada pelos atores das experiências de reforma nas décadas de 1960 e 1970. O cenário da assistência vem sendo modificado significativamente nos últimos anos, o tradicional manicômio vem cedendo lugar para unidades assistenciais com características *pós-asilares*, hoje já são 1000 CAPS, segundo dados recentes da Coordenação Nacional de Saúde Mental (Instituto Franco Basaglia, 2006). E contamos com uma legislação que assegura um conjunto de direitos fundamentais para os usuários dos serviços de assistência, como a lei 10.216, de 6 de abril de 2001.

Nesse contexto convivem o “novo” e o “velho”. A nova assistência nega a assistência tradicional, o que implica em haver que negar as determinações que constituem a psiquiatria tradicional. Porém, como atribuir em termos positivos a assistência reformada, de tal forma que a diferença não se constitua pela negação, mas pela afirmação?

Na literatura da reforma, uma dupla hipótese costuma ser classicamente apresentada como solução para essa contradição. De um lado, há aqueles que visam uma alternativa à psiquiatria, a saber, uma forma de acolhimento social da *doença mental* que evite o recurso a todo aparelho especializado e que empregue os recursos do *território*. A propósito, foi essa a ambição da *Rede Internacional Alternativa à Psiquiatria*, fundada em Bruxelas, em 1975, reunindo nomes como Foucault, Cooper, Laing, Basaglia, Castel, Guattari, entre outros (Elkaim, 1977); perspectiva essa que tem entre nós importantes nomes que têm protagonizado o processo de reforma no país, como Lancetti (1990), Amarante (1996), para ficarmos com dois nomes de destaque, não cabendo aqui citar as dezenas de teses de pós-graduação defendidas nas diversas regiões do país. Por outro lado, há os que defendem uma perspectiva à primeira vista mais modesta, aquela de precisamente contribuir para a construção de uma psiquiatria alternativa. Segundo esta última não há a não ser uma psiquiatria alternativa, pois o que garante a identidade da instituição, apesar das mudanças renovadoras, é dois componentes essenciais: se dirigir a um grupo de seres humanos para os quais uma identidade específica é reconhecida, e dar-lhes uma assistência em nome de uma competência profissional especializada (Cavalcanti, 1992; Freitas, 1994; Goldberg, 1994; Tenório, 2001; Verztman, Cavalcanti, & Serpa, 1992).

Será que estamos frente a um paradoxo irredutível? A negação do instituído historicamente é o pressuposto para a reforma: há que se negar o papel do hospital psiquiátrico na

organização das relações mantidas pela sociedade com referência a loucura; há que se negar a noção de doença mental, na medida em que tal noção historicamente tem legitimado a exclusão feita em nome da ciência; finalmente, há que se negar o mandato social dos profissionais de saúde mental, enquanto agentes da exclusão legitimamente instituídos como porta-vozes da razão científica. Ora, nos termos assim postos, qualquer pretensão para se afirmar positivamente a “realidade específica” da assistência estaria *a priori* condenada a reproduzir o que o próprio processo da reforma luta por superar. Por sua vez, os que afirmam positivamente a especificidade da assistência defendem igualmente a reforma, negam o instituído, defendem a desinstitucionalização. Afinal, como nos situarmos nesse paradoxo? Que “realidade específica” é essa que é negada por uns e reivindicada por outros? Que *X* é esse que é objeto a diferenciar perspectivas de “inclusão” e de “exclusão”?

O primeiro candidato que nos vem à mente é que esse *X* é o próprio espaço institucional do hospital psiquiátrico. Porém, se a “realidade específica” da assistência for considerada como sendo o hospital psiquiátrico, parece que quem defende esse *X* são tão poucos que não merecem hoje em dia preocupação do movimento de reforma no país. A exemplo do que ocorre com a organização do sistema em saúde em geral, a assistência psiquiátrica deixa de tomar como referência a presença hegemônica do hospital para a organização da assistência. O hospital psiquiátrico é cada vez mais dispensável, para não dizer que é um estorvo, frente às possibilidades abertas pelo desenvolvimento da ciência e suas tecnologias (Castel, 1981; Foucault, 2003), com o avanço do desenvolvimento de dispositivos capazes de identificar, controlar e gerir os riscos.

Não sendo o hospital psiquiátrico, a questão insiste: que *X* é esse da assistência pós-asilar? Seria a colocação entre parênteses da noção de doença mental? Sabemos ter sido uma das estratégias privilegiadas pelo movimento de reforma. Ao se colocar a noção de doença mental em questão abre-se caminho para o reconhecimento de suas determinações. O que a estratégia revela de imediato é a dimensão classificatória da noção: qualificar um ser humano de *doente mental* tem como efeito automático colocá-lo à parte, separá-lo do resto dos homens. A esse respeito, a crítica de Szasz (1980) é referência quase que obrigatória, ao argumentar que aqueles que são chamados de doentes mentais não são, em geral, os doentes no estrito senso da noção empregada pela medicina biológica moderna, porque eles não sofrem de um objetivável disfuncionamento do corpo, mas sim com respeito ao contexto social, quer dizer, ao que é normativamente esperado pela sociedade. Mas é importante ser lembrado que as críticas à noção de doença mental resultaram no acordo que a criação de uma categorização clara, objetiva e preferivelmente internacional deveria ser prioritária, o que levou à reformulação dos sistemas de diagnóstico, ainda na década de 1970 (Verhaeghe, 2004).

Tal estratégia permite ainda o acesso à dimensão da norma. O comportamento louco é aquele que interpela, choca,

que perturba o entorno social, é uma forma própria de se comportar que desencadeia, em algumas circunstâncias, os dispositivos disciplinares da psiquiatria, os quais conduzirão à situação de *estigmatizado* (Goffman, 1988). Por conseguinte, seria o X da assistência psiquiátrica o desviante? Uma avaliação mais rigorosa dos efeitos da noção de *desvio* nos mostra as suas limitações. Primeiramente, porque a ênfase ao entorno social deixa de lado a perspectiva do próprio ator social, a saber, o sujeito desviante (Habermas, 1987). Que sujeito é esse que interpelado pela ordem social está *assujeitado* ao papel de desviante? Em segundo lugar, se o objeto da assistência psiquiátrica é o *desviante*, não se estaria ampliando o escopo da assistência psiquiátrica, retornando a um passado institucional que se pretende superar?

Outro candidato ao X em questão é aquele valorizado pela reforma psiquiátrica italiana de uma forma muito especial. Em última instância, o que estaria em jogo na psiquiatria seria o *sofrimento* ou o *sofrimento psíquico*. Pretende-se assim designar como X uma experiência ou um estado subjetivo. A principal vantagem residiria no fato que o sofrimento psíquico restituiria à condição humana o que não pode ser excluído, já que todos têm a experiência do sofrimento (Amarante, 1996; Rotelli, 1990). Mas é aqui, precisamente, que surge um problema considerável: o termo sofrimento não seria ele ao mesmo tempo muito estreito e muito amplo? De uma parte, todos os estados que a psiquiatria reconheceu como sendo seus são aqueles com o qualificativo *sofrimento*? Se assim for, podemos dizer que o *maníaco* sofreria? De que maneira? Em que sentido? Mais ainda, há *síndromes* que a psiquiatria anexou e que incluem, por definição, a ausência de sofrimento: é o exemplo do *psicopata*, que não sofre, mas que faz sofrer os outros (Bercherie, 1989). Inversamente, todo sofrimento humano é psiquiátrico? Talvez seja possível se diferenciar o sofrimento humano “comum”, “normal”, de um sofrimento “diferente”, aquele unicamente psiquiátrico. Mas quais seriam os critérios para essa distinção? A intensidade do sofrimento? A sua qualidade? E o que é o mais significativo: ao designar o sofrimento psíquico como objeto da assistência, não se estaria justamente ampliando o território do poder de ação da psiquiatria? Afinal de contas, vivemos mais do que nunca num imaginário social onde o sofrimento pode ser definitivamente eliminado da existência humana.

Ou será que o X da assistência é aquele que corresponde ao anunciado pelas neurociências, o cognitivismo, assim como pela avaliação médico-econômica? Vivemos a época do triunfo do pragmatismo em detrimento das exigências da reflexão especulativa, filosófica e ética. O debate acalorado dos anos 1960 e 1970 entre os defensores da *organogênese* e da *psicogênese* parece hoje esquecido. Há um consenso compartilhado pela maioria dos que trabalham com a saúde mental, em que se justapõem as diferentes abordagens teóricas e em que domina o modelo *bio-psico-social*. Trata-se do consenso da época do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, conhecido como DSM (American Psychiatric Association, 2000). Um manual de classificação

do que deve ser objeto da assistência, fortemente marcado pelo pragmatismo americano, deliberadamente *ateórico*, no que diz respeito à etiologia e à psicopatologia. Justifica-se que a inclusão de teorias etiológicas seria um obstáculo para a utilização do manual por clínicos de orientações diversas. Argumenta-se que a psicanálise, por exemplo, é teórica e especulativa, enquanto que o DSM IV está baseado sobre evidências, fatos. Privilegiam-se os sintomas manifestos e os comportamentos observáveis em detrimento de toda a dimensão psicopatológica e estrutural. Fortalece-se a tendência às terapias comportamentalistas, ansiolíticas ou antidepressivas, o que em realidade é uma escolha de modelo teórico de classificação e não uma posição estritamente *ateórica*. Por exemplo, a noção de *personalidade antisocial* não nos reenvia a uma concepção normativa, em que o equilíbrio psicológico é assimilado ao conformismo social? A assimilação do psicopatológico aos sintomas e aos comportamentos manifestos conduz progressivamente a uma outra assimilação: curar é fazer desaparecer o sintoma, o chamado distúrbio, responder à queixa aparente, o que reforça os tratamentos comportamentais e farmacológicos. Proclama-se a neutralidade do observado, ignorando-se que a *subjetividade do observador* tem, incontornavelmente, implicação no que ele pretende observar. Nesse contexto, como fazer uma clínica com a lógica do DSM-IV ou da *Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*, conhecido como o CID-10 (WHO, 1992), sem promover a dessubjetivação da própria clínica? Será que, em nome da inclusão, deixa-se de fora o sujeito com a sua singularidade, substituindo-o pelo indivíduo-consumidor, indivíduo-reabilitado, indivíduo-cidadão?

Muitos dirão que a questão sobre uma realidade específica para a assistência psiquiátrica está mal posta. É muito comum ser dito que não podemos encerrar o campo da assistência numa única e exclusiva realidade. Quer dizer, o território da assistência seria, por natureza, complexo e multidimensional (Amarante, 2001). O importante, diz-se, é garantir a *multidisciplinaridade*, em nome de uma suposta teoria da complexidade. Será que contamos com algo como uma metapsicologia para garantir uma *multidisciplinaridade* de direito?

As experiências italianas de Reggio Emilia e de Perugia: alternativas à exclusão

Como havíamos anunciado no começo do artigo, iremos retomar duas experiências da reforma italiana. A partir da formulação de princípios que nortearam tais experiências, bem como as avaliações acerca dos êxitos e impasses feitas por alguns dos seus principais atores, pretendemos chamar a atenção para o conflito entre a problemática da exclusão social e a especificidade da loucura. Os detalhes dessas duas experiências foram amplamente investigados e analisados por pesquisas lideradas pelo professor Michel Legrand, na Universidade de Louvain (Bélgica), durante os anos 1970 e 1980 (Legrand, 1988; 1983).

Reggio Emilia

A experiência de Reggio Emilia nos permite abordar uma das perspectivas fundamentais do processo de reforma: a desinstitucionalização.

Apresentamos algumas informações gerais úteis para se ter uma imagem do contexto da experiência. Foi em 1969 que a província de Reggio decidiu instituir um serviço psiquiátrico provincial, com características de uma rede de serviços de higiene mental, com vistas a encontrar uma solução para o asilo, quer dizer, diminuir o número de internações no hospital, e sensibilizar a população para o problema psiquiátrico. Foi assim que, no outono de 1969, uma equipe de cinco pessoas iniciou a experiência em Reggio Emilia.

Fora da Itália, em particular na França e nos Estados Unidos, o deslocamento da assistência para fora do hospital psiquiátrico já vinha ocorrendo. A *psiquiatria de setor* se impunha na França, desde o começo dos anos 60. Nos Estados Unidos, com o célebre *Kennedy Act*, a partir de 1963, houve um movimento de reorientação da assistência pública, convocada para se reorganizar ao redor dos *Centros de Saúde Comunitários* (Caplan, 1980). Qual era, portanto, a preocupação dos italianos? Era que o desenvolvimento da assistência externa resultasse em uma extensão dos domínios da psiquiatria que, ao se desvencilhar da irracionalidade do hospital psiquiátrico, passasse a contar com melhores condições para penetrar mais *docemente* no meio de vida das pessoas (Castel, Castel, & Lovell, 1979).

Foi a partir desse “plano de fundo” que o serviço psiquiátrico provincial de Reggio se constituiu, e o fez construindo um quadro de orientação que ficou conhecido como *modelo político-social*. Seus princípios foram formulados a partir da leitura marxista, sob inspiração gramsciana (Gramsci, 1978) e contavam com uma forte presença entre os atores dos movimentos sociais da sociedade italiana. Os distúrbios psíquicos são produto e expressão no indivíduo de contradições sociais. Com a palavra, Giovanni Jervis (1975), o diretor dos novos serviços territoriais em Reggio Emilia:

O distúrbio é o resultado de uma condição existencial global. Essa condição de vida é em geral dominada pelas contradições objetivas e materiais, antes de ser dominada pelas contradições psicológicas. Pode-se reconhecer que existe uma série de fatores com uma importância particularmente grande na determinação dos distúrbios mentais (...): a miséria, com todas as dificuldades materiais e morais que a acompanham; a ignorância; a emigração; para a criança, as condições educativas particularmente desvantajosas, tanto no que diz respeito às suas relações com os seus pais como também com respeito às relações com os seus companheiros, assim como em razão da seleção, da opressão e dos condicionamentos impostos pelo atual sistema escolar; para o adolescente, as condições familiares dominadas pelas relações contraditórias; para o trabalhador, certas condições de trabalho particularmente duras, pouco gratificantes e alienantes; para a mulher, a sujeição ao trabalho doméstico e ao marido; as frustrações e as desilusões da idade

crítica e da idade da aposentadoria; a solidão e o abandono da idade senil. (pp. 132-133)

Para os protagonistas da experiência de Reggio Emilia as causas são os fatores externos opressivos. Por conseguinte, qualquer discurso que vise trabalhar com a relação entre opressor e oprimido como uma relação primariamente *interna* ao sujeito será por princípio rejeitado. Por conseguinte, a clínica psicanalítica não tem lugar, ou melhor, está incluída na lógica do processo institucionalizante de transformar o que é da ordem do social para caso individual.

E o que a assistência *desinstitucionalizante* deve fazer? *Desindividualizar* o distúrbio, reenviando-o às contradições sociais das quais ele é portador. *Desconstruir* os parâmetros da psiquiatria institucional e passar a operar no território, quer dizer, lá aonde as pessoas vivem, trabalham, estudam, se divertem e assim por diante; por ser lá onde aquilo que se apresenta de imediato como caso individual pode ser transformado em contradição de todos, permitindo que a população, os enfermos em potencial, possam compreender o sentido da violência de que são objeto e organizar ações coletivas para superar tais contradições. Em última instância se trata de superar o próprio capitalismo. Cabe aos profissionais de saúde a tarefa de serem *intelectuais orgânicos*, no sentido gramsciano da expressão (Gramsci, 1979; Basaglia & Basaglia, 1981).

Se é verdade que o *caso* psiquiátrico é resultado do encerramento de contradições sociais num indivíduo particular, e também do encerramento desse indivíduo no contexto institucional pseudocientífico da psiquiatria, é necessário percorrer o caminho inverso, e transformar o *caso* em uma contradição de todos, num momento coletivo de reflexão e de engajamento prático contra a iniquidade do capitalismo. (Jervis, 1977b, p. 29)

Em um modelo de assistência fortemente marcado pelo discurso político-social, que palavra de ordem deve orientar as práticas? A socialização. Quer dizer, a socialização das contradições político-sociais, que por hipótese, segundo os princípios do modelo, estão na raiz dos distúrbios.

Como era concebida a assistência ambulatorial?

No ambulatório, todas as pessoas que demandam uma intervenção se reúnem, com a participação de um médico e de um outro membro da equipe, e discutem, de maneira livre, os problemas que os afligem. No meio da discussão de grupo, acontece que as pessoas se dêem conta que o seu sofrimento não é individual: os estigmas que resultam das hospitalizações sofridas, a dificuldade para encontrar trabalho, a discriminação no meio da família, bem como os sintomas de sofrimento, são problemas que buscam uma primeira significação na verificação da sua dimensão coletiva. A discussão de grupo facilita a tomada de consciência de tudo o que se encontra por detrás do “esgotamento”: não é raro que emirjam os temas estritamente políticos. (Administração da Província de Reggio Emilia, 1972, p. 44 -45)

E quanto à assistência externa? Era pela via da socialização da assistência, coerente com o modelo político-social em vigor.

Socialização da assistência significa, portanto, segundo as orientações dadas, em primeiro lugar implicar ao máximo os parentes do assistido, os vizinhos, os companheiros de trabalho, as estruturas políticas e civis de base. Nas reuniões de domicílio, de bairro, de conselho de fábrica, de vizinhos, nas quais se discute, sempre com o consentimento do interessado e freqüentemente com a sua presença, os problemas levantados pelo seu sofrimento e pela sua “desadaptação”, o objetivo que se quer atingir não é aquele de pedir a ajuda de todos: é, ao contrário, de compreender, juntos, como uma pessoa pode ser oprimida e excluída, qual tipo de sofrimento ela pode ter, quais são as responsabilidades, quais as medidas que se pode tomar para resolver uma situação de crise que não é apenas individual, e quais os problemas exigem ao contrário mudanças sociais mais radicais. Esses problemas mais gerais não são nunca sempre os mesmos: na montanha, é a situação econômica, o despovoamento, a solidão, o desespero daquele que vive na miséria; em outros lugares, podem ser os ritmos da fábrica, as contradições produzidas nas famílias pelo trabalho doméstico, e assim por diante. (Administração da Província de Reggio Emilia, 1972, p. 45-46)

E no que se refere à subjetividade? A subjetividade é uma questão de *tomada de consciência*. Jervis afirma: “desenvolver um trabalho terapêutico, tendendo a ligar o processo de cura com a *tomada de consciência* do paciente e de seu grupo, com referência de tudo o que concerne as suas contradições pessoais e sociais” (Jervis, 1975, p. 134).

A partir de 1973, a experiência de Reggio passa a sofrer um forte controle político das autoridades da província, em particular os comunistas, que entendiam que “as equipes estavam nas mãos de um bando de esquerdistas” (Jervis, 1977a, p. 189).

Perugia

Iniciada em 1964-65, Perugia foi uma experiência incluída entre aquelas que levaram o processo italiano de ruptura até o seu estado mais avançado. Da mesma maneira que em Gorizia, Parma, Trieste, Arezzo, lá houve a confrontação com a necessidade de se aprofundar o processo de reforma. O que significa a reafirmação da desinstitucionalização enquanto estratégia de reforma da assistência. Não obstante, uma questão ganhou relevância em Perugia: se a reforma está dirigida para todos os cidadãos, como atender as necessidades daqueles que já se encontram inseridos socialmente? Tratava-se de uma população que não era de desempregados, de subempregados, os usuários dos serviços não eram predominantemente pessoas marginalizadas socialmente. Sendo universal o direito de todos ao acesso à assistência em saúde mental, a marginalização social é particular.

Em Perugia houve a negação do modelo asilar. Houve a transformação interna do asilo, aí incluindo um movimento extremamente fecundo de comunidade terapêutica. Houve o

deslocamento da assistência para o exterior: a participação dos cidadãos, que começam a freqüentar o asilo, que se reúnem em *assembleias populares*, em locais os mais diversos, como cafés, reuniões partidárias, clubes sócio-recreativos, reunidos para o debate da loucura, da saúde, do destino do doente mental, da alta dos pacientes, da sua reintegração social, – seja na família, seja em casa de repouso, seja em *grupo-família* ou em *albergues*. Como também houve a liberação e a reconversão dos espaços hospitalares esvaziados. E, por fim, a consolidação do trabalho no território através da constituição dos Centros de Higiene Mental (CIM).

Contudo, é importante ser sublinhado que a experiência em Perugia efetuou não apenas a superação do modelo asilar de assistência. Em termos dialéticos, houve a negação da própria negação que caracteriza a lógica da desinstitucionalização que durante anos inspirou o trabalho de suas equipes.

A prática territorial experimentou o confronto dos serviços psiquiátricos com os “novos usuários”. Quer dizer, ao mesmo tempo em que os “novos usuários” apresentam graves problemas psiquiátricos, eles não procuram os serviços pela sua condição de miséria ou de marginalização social; diferentemente do que ocorria predominantemente com o asilo psiquiátrico, já que agora um número significativo dos que demandam a assistência pública pertence à classe média. O que levou à seguinte avaliação de Carlo Manuali (1980), diretor e intelectual do grupo, e que vale a pena ser citada *in extenso*:

Por se haver demorado na análise sobre o interior da instituição, se alimentou e se alimenta um dos erros mais perniciosos: a assimilação da marginalização mental à marginalização social (...) A alienação psicopatológica pertence, ainda que com freqüências, modalidades e em circunstâncias diversas, a todas as camadas sociais, em todas as sociedades contemporâneas, em todas as sociedades históricas conhecidas (...) A prática territorial, quando ela tem êxito (...) em romper com toda a filiação teórica à instituição asilar (...) mostra de maneira não equívoca que a doença mental se encontra nas regiões sociais mais insuspeitáveis, precisamente lá onde as relações interpessoais aparecem como as mais sólidas, lá onde a disposição à integração social é procurada e perseguida com uma forte preocupação e uma grande solicitude. A doença mental pertence mais às regiões da fé do que às regiões da heresia social. (pp. 126-127)

É para chamar a nossa atenção o trecho “um dos erros mais perniciosos é assimilação da marginalização mental à marginalização social”. Será que tal declaração feita nos anos 1970, na Itália, não nos diz algo para os tempos atuais? Que a assistência psiquiátrica, como direito de todos, vai muito mais além da *exclusão social*? É bem verdade que a sociedade brasileira está marcada por uma desigualdade social bastante acentuada, com amplos setores da sociedade submetidos a toda sorte de situações que podemos genericamente chamar de exclusão social. Algo não muito diferente parece que ocorria em Perugia na época.

Desde o período do pós-guerra, bem como posteriormente, o asilo em Ombria, foi de maneira prevalecente o espaço no qual foi internado e administrado o mal estar de nossas comunidades camponesas, obrigadas por razões econômicas a abandonar a terra. É evidente que nesse contexto, a marginalização do doente não podia deixar de ser colocada em relação com a marginalização social. (Manuali et al., 1978, p. 336)

Não obstante, na medida em que a assistência em saúde mental se dirige não apenas aos marginalizados sociais, mas a amplos setores da sociedade, a questão que começou a ganhar relevo é que a loucura tem bem mais a ver com a integração do que com a exclusão social. Afinal de contas *inserção social* sempre foi o problema que a loucura pôs para a sociedade.

É mais difícil, compreender porque um operário vai ao trabalho oito horas todos os dias do que compreender porque alguém delira (...) A questão central é saber como uma ordem pode conter em seu seio o móvel e a razão de sua própria transgressão, e como essa última sempre se resolve num movimento interno à ordem que a gerou, não a pondo em causa, mas que a confirma e a estabiliza. O segredo do mal estar psicopatológico está encerrado no interior da personalidade normal. (Manuali, 1980, p. 141)

Se o processo de desconstrução do modelo asilar permitia desvencilhar a assistência de um conjunto de determinações que reduziam a complexidade da existência humana aos desarranjos com respeito à ordem, – considerados em termos “biomédicos” ou “sociais” – a afirmação da assistência pós-asilar parece ocorrer como que se tivesse que “dançar em gelo liso entre a clínica e a política”, parafraseando o título de um artigo de Greco (2001). Pois senão, vejamos o que vários dos protagonistas da experiência em Perugia constatavam:

Uma correta reflexão sobre o território não pode ignorar que quando se passa de setores sociais extensos a setores menores, se encontra uma descontinuidade que marca não os limites, porém o começo de uma sociabilidade diferente, freqüentemente contraposta, em todo caso incoerente com a primeira. É o lugar da família, do homem, da mulher, da criança, do velho, do doente. Lugar ao mesmo tempo de extrema concretude e de abstração máxima. Lugar que é, na realidade, um território dentro do território, um espaço invisível e impermeável à iniciativa política, que os serviços tradicionais e os aparelhos ideológicos continuam a conservar secreto, codificado e enquistado. (Manuali et al., 1978, p. 339)

Se a evolução do serviço conduzia a uma reavaliação radical do significado da doença mental, ela levava também, e no mesmo movimento, a uma transformação profunda da concepção da intervenção. Neste sentido, Manuali (1980) se perguntava:

O que se fez? A doença mental se tornou um problema político. Hoje, devemos acrescentar: não por sua doença, mas pelas condições externas a ela (a origem social dos internados e a violência a qual eles foram submetidos). Como agiram os ope-

radores psiquiátricos? Eles fizeram política à maneira dos políticos. (p. 130)

Manuali (1980) repudiou o que ele chama de pretendida restituição à “sociabilidade”, que se revelou, ele acrescenta, em uma simples “diluição mecânica dos internados” (p. 138). Palavras contundentes! Mas deixemo-nos ser levados pela reflexão feita por Manuali (1978):

Fazer política à maneira dos políticos significou eludir o específico da alienação psicopatológica, e se precipitar teoricamente para a estéril conclusão que o doente mental tem as mesmas necessidades e os mesmos direitos que aqueles que não são doentes, o que é o equivalente da negação da doença mental (...) Quando se chega a essa conclusão, não é a doença que é posta entre parênteses (...) mas o doente: o operador ocupa seu silêncio, fala em seu nome, ou lhe faz falar em seu nome; a relação terapêutica se transforma em um processo de ocupação e de substituição, que, nos casos mais fanáticos, chega a uma verdadeira e própria conversão. (pp. 15-16)

Por meio das palavras de Manuali, acompanhamos o esboço de concepção de um agir terapêutico distinto do agir político e da assistência social, conforme foi bem enfatizado por Legrand (1998, p. 222), tanto pelo seu objeto quanto pelo seu nível de funcionamento no tecido social. Já que se o “agir político” se dirige a sujeitos coletivos, organiza as consciências individuais em movimentos de massa e se confronta com os dispositivos institucionais de poder, a prática terapêutica, por sua vez, como a psicanálise já demonstrou, age na articulação da ordem social simbolicamente estruturada com a ordem pulsional ou do gozo, ordens essas conflitantes e que transformam o sujeito em um sujeito dividido (Miller, 2004).

Conclusões

Irrecuperável é cada imagem do passado que se dirige ao presente, sem que este presente se sinta visado por ela. (Benjamin, 1994, p. 224)

As experiências italianas de Gorizia e Trieste costumam freqüentar a literatura brasileira sobre a reforma psiquiátrica. Não é por acaso que assim seja. Essas duas experiências são aquelas que melhor representam o projeto basagliano hegemônico no processo de reforma italiana. Menos conhecidas no Brasil entre nós são as experiências de Reggio Emilia e Perugia, não obstante representarem exemplarmente as duas perspectivas que dominam o debate da nossa reforma: a desinstitucionalização e a clínica.

Procuramos chamar a atenção para algo que nos parece imprescindível para o avanço e radicalização do processo da nossa reforma: a necessidade de se ir mais além dos limites colocados por aqueles que defendem a perspectiva da desinstitucionalização. Sendo verdade que tem sido graças à lógica desinstitucionalista que temos avançado na desconstrução do modelo asilar que historicamente tem orientado a assistência. Sendo igualmente verdadeiro que gra-

ças à articulação entre o agir político e o agir de assistência social é que se tem construído uma rede de unidades assistenciais de natureza de atenção psicossocial. Não é menos verdade que a problemática do agir clínico ainda não ganhou a importância que merece.

Com a negação promovida pela perspectiva desinstitucionalizante, ficou evidente que dentro do asilo o sujeito era um excluído para ser, ao mesmo tempo, incluído na ordem social que o excluía! Mas não se pode contornar essa outra evidência revelada pela negação do historicamente instituído: pelo fato do sujeito estar sendo assistido fora do asilo não há nenhuma garantia de que a exclusão seja tão ou mais acentuada para ele ao ser incluído no território, na medida em que as exigências de funcionalidade aumentam. O grande desafio está em: como garantir a inclusão que leve em conta que o sintoma é o que garante a singularidade do sujeito frente ao Outro da ordem social, ao Outro da ordem simbólica?

Por meio do confronto entre as experiências de Reggio e Perugia procuramos apontar para a necessidade de se negar o negado: a clínica. Que clínica *pós-asilar* seria essa? As respostas certamente podem ser formuladas de diversas maneiras. Como Basaglia, podemos dizer que “contra o pessimismo da razão há o otimismo da prática”. Afinal de contas, no cotidiano da reforma, centenas de profissionais de saúde mental estão construindo a clínica *pós-asilar*.

Em termos acadêmicos, embora seja pertinente o debate entre as diferentes teorias e técnicas de tratamento psíquico, acreditamos que esse debate ganhará conteúdo programático mais pertinente com a realidade do cotidiano da nossa assistência se ele for pautado pelo esforço em seu construir uma *metapsicologia*. Graças às condições proporcionadas pela assistência *pós-asilar*, é bem provável que possamos derivar uma abordagem coerente com a etiologia, o diagnóstico e o tratamento da clínica *pós-asilar*. Com a experiência acumulada pela reforma, será que não há um psicodiagnóstico clínico potencial que seja alternativo aos atuais sistemas de categorização oficialmente em emprego? Um psicodiagnóstico cujas bases teóricas não sejam nem aquelas do paradigma médico-biológico, representando o ideal de uma ciência exata, e nem do paradigma do tratamento moral, com o seu ideal de ensinar ao outro os costumes, as normas, as habilidades, as crenças do Outro. Mas um psicodiagnóstico coerente com as diversas possibilidades de relações estruturais entre o sujeito e o Outro. O mesmo se pode pensar com respeito ao processo de diagnóstico e a sua articulação com o tratamento, ao se reconhecer que o diagnóstico e o tratamento mudam conforme a dialética da relação clínico-usuário.

Referências

- Administração da Província de Reggio Emilia. (1972). *Documenti di una esperienza psichiatrica*. Reggio Emilia.
- Amarante, P. (2001). Sobre duas proposições relacionadas à clínica e à reforma psiquiátrica. In A. Quinet (Org.), *Psicanálise e Psiquiatria, controvérsias e convergências* (pp. 103-110). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente – outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^a ed., texto revisado). Washington, DC: Autor.
- Basaglia, F. (1979). *Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Brasil Debates.
- Basaglia, F., & Basaglia, F. O. (1981). Los crimines de la paz. In F. Basaglia & F. O. Basaglia (Orgs.), *Los crímenes de la paz. Investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión* (pp. 13-102). México: Siglo XXI.
- Benjamin, W. (1994). *Magia e técnica, arte e política* (Obras Escolhidas I). São Paulo: Brasiliense.
- Bercherie, P. (1989). *Os fundamentos da clínica, história e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Caplan, G. (1980). *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Castel, F., Castel, R., & Lovell, A. (1979). *La société psychiatrique avancée*. Paris: Grasset.
- Castel, R. (1987). *A gestão dos riscos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Cavalcanti, M. T. (1992). *O tear das cinzas: um estudo sobre as relações entre a psique e a instituição psiquiátrica*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Elkaim, M. (Org.). (1977). *Réseau-Alternative à la psychiatrie*. Paris: Union Générale D'Éditions.
- Foucault, M. (1961). Préface à Folie et Dérailson. *Histoire de la folie à l'âge classique* (pp. I-XI). Paris: Plon.
- Foucault, M. (1978). *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva. (originalmente publicado em 1961)
- Foucault, M. (2003). *Le pouvoir psychiatrique, cours au Collège de France (1973-1974)*. Paris: Gallimard/Le Seuil.
- Freitas, F. (1994). *Propositions pour fonder une psychiatrie post-asilaire*. Tese de doutorado não-publicada, Faculté de Psychologie de Louvain, Louvain-la-Neuve.
- Goffman, I. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. São Paulo: LTC.
- Goldberg, J. (1994). *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: TeCorá & Instituto Franco Basaglia.
- Gramsci, A. (1979). *Os intelectuais e a organização da cultura*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Gramsci, A. (1978). *Concepção dialética da história*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Greco, M. G. (2001). Dançando em gelo liso entre a clínica e a política. In A. Quinet (Org.), *Psicanálise e Psiquiatria, controvérsias e convergências* (pp. 111-120). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Habermas, J. (1987). *Théorie de l'agir communicationnel* (tomo 1). Paris: Fayard.
- Instituto Franco Basaglia. (2006). *Cultura, informação e pesquisa para uma sociedade sem manicômios*. Texto obtido em http://www.ifb.org.br/news_2006/noticia_31_2006.html, em 05 de março de 2006.
- Jervis, G. (1975). *Manuale critico di psichiatria*. Milano: Feltrinelli.
- Jervis, G. (1977a). L'expérience de Reggio Emilia. In M. Elkaim (Org.), *Réseau-Alternative à la psychiatrie* (pp. 175-193). Paris: Union Générale D'Éditions.
- Jervis, G. (1977b). *Il buon rieducatore*. Milano: Feltrinelli.
- Lancetti, A. (1990). Loucura metódica. In *Saúde Loucura 2*. São Paulo: Hucitec.
- Legrand, M. (1983). *Le processus de transformation des institutions psychiatriques à Perouse* (Documents Psychologie et Société, 12). Louvain-la-Neuve: Faculté de Psychologie.
- Legrand, M. (1988). *La psychiatrie alternative italienne*. Toulouse: Editions Privat.
- Manuali, C. (1978). *Ragione, normalità e folia: per una definizione del concetto di malattia mentale, documento*. Perugia: Centro di Igiene Mentale.

- Manuali, C. (1980). Intervenção. In L. Onnis & G. Lo Russo (Orgs.), *Dove va la psichiatria?* (pp. 98-150). Milano: Feltrinelli.
- Manuali, C., Ciappi, F., De Pascalis, A., Fondi, E., Servadio, L., Turchi, A., Venturi, G., & Vit, R. (1978). Ipotesi sulla malattia mentale e criteri di operatività sul território. *Fogli di Informazione*, 50, 336-340.
- Miller, J. A. (2004). *La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Onocko, R. T., & Furtado, J. P. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Social (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5), 1053-1062.
- Rotelli, F. (1990). A instituição inventada. In F. Nicácio (Org.), *Desinstitucionalização* (pp. 89-99). São Paulo: Hucitec.
- Szasz, T. (1980). *Ideologia e doença mental - ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Tenório, F. (2001). *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Verztman, J., Serpa, O., & Cavalcanti, M. T. (1992). Psicoterapia institucional: uma revisão. In B. J. R. Bezerra & P. Amarante (Orgs.), *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica* (pp. 17-30). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Verhaeghe, P. (2004). *On being normal and other disorders*. Nova York: Other Press.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: Autor.

Fernando Ferreira Pinto de Freitas, doutor em psicologia pela Université Catholique de Louvain (Bélgica), é professor adjunto no Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Endereço para correspondência: Rua Cosme Velho, 318/806 Bl. 02 (Cosme Velho); Rio de Janeiro, RJ; CEP 22241-090. E-mail: uerj_ffreitas@yahoo.com.br

Guilherme Almeida Ribeiro é psicólogo pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro e mestrando em Psicologia Social no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Instituto de Psicologia da UERJ. E-mail: guilhermealmeida@gmail.com
