

----- *Tradução dos Clássicos* -----

A liberdade comunitária como alternativa ao retrocesso institucional¹

di Franco Basaglia²

[Encontro com os enfermeiros do *Ospedale Psichiatrico di Colorno*³ (Parma) no outono de 1966].

Em 1952, um número especial de "*Esprit*" foi dedicado ao tema "A miséria da psiquiatria" e colaboraram os psiquiatras franceses que, desde então, estavam empenhados na busca de uma nova forma de abordagem institucional do doente mental. Em um artigo sobre a "Condição do doente no hospital psiquiátrico" de L. Le Guillant e L. Bonnafè lemos: "A

¹ Traduzido do original italiano: BASAGLIA, Franco; "La libertà comunitaria come alternativa alla regressione istituzionale"; In BASAGLIA, Franco (A cura di). *Che cos'è la psichiatria?* Baldini & Castoldi: Milano, 1997. Tradução de Ronaldo Vielmi Fortes; revisão de Alexandre Aranha Arbia.

² Franco Basaglia nasceu em Veneza, a 11 de março 1924. cursou medicina na Faculdade de Medicina de Pádua, em 1943. Militou no movimento antifascista e chegou a passar seis meses preso em Veneza, por conta de sua resistência política. A partir de 1949, concentrou seus estudos em psiquiatria. Nos anos sessenta dirigiu o hospital psiquiátrico de Gorizia, onde foi responsável, junto a outros psiquiatras, pelas transformações no tratamento por meios de uma série de mudanças práticas e conceituais, e implementou o processo de desospitalização dos pacientes. Crítico severo do atraso psiquiátrico italiano, Basaglia foi um dos mais destacados expoentes da luta antimanicomial. Dá nome à Lei que, em 1978, decretou o encerramento dos hospitais psiquiátricos italianos. Em julho de 1979 esteve no Brasil para conferências, quando visitou diversos hospitais. Passando pelo hospital psiquiátrico de Barbacena, comparou-o a um campo de concentração, gerando grande repercussão na imprensa brasileira. Faleceu em Veneza, a 29 de agosto de 1980. Para uma biografia de Basaglia, cf. SERAPIONI, Mauro. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, Vol. 26, n. 4, out-dez, 2019, p. 1169-1187. [N.R.]

³ Sob a administração de Mario Tommasini, eleito em 1965, o *Hospital Psiquiátrico de Colorno* em Parma, iniciou o processo de abertura de suas portas e de libertação dos doentes, iniciando uma intervenção importante de cunho humano e político. Contrapondo-se ao tratamento que o próprio Tommasini definiu como infernal e violento, efetuou-se a libertação dos doentes promovendo a restauração de seus laços sociais, por meio da abordagem cujos princípios fundamentais baseavam-se na dimensão comunitária e do trabalho. Sob sua influência, em 1967, fez com que a província de Parma custeasse a publicação do livro *O que é a psiquiatria?*, de Franco Basaglia, e montou uma exposição fotográfica com as primeiras imagens dos manicômios italianos, com imagens das cenas psiquiátricas registradas por Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin (cf. BASAGLIA, F.; *Morire di classe: la condizione manicomiale fotografata da Carla Cerati e Gianni Berengo*; [Edição original] Torino: Giulio Einaudi Editore, 1969). [N.T.]

condição do doente no hospital psiquiátrico”⁴ não parece ser o efeito de alguma 'maldição'... Se esses doentes são tratados mais duramente que os outros... é em definitivo porque estamos lidando com doentes sem defesa, sem voz e sem direitos. Os loucos são (aos olhos da classe dominante) os negros, os nativos, os judeus, os proletários dos outros doentes. Como eles, são vítimas de uma série de preconceitos e injustiças. Preconceitos e injustiças que, em todo caso, não dizem respeito à natureza da loucura ».

Na Itália, até hoje, uma lei antiga, incerta entre assistência e segurança, piedade e medo, continua a estabelecer os limites além dos quais se cruza a fronteira entre o cidadão que tem - perante a sociedade - o direito de ser defendido, e o paciente que, só como tal, perde esse direito, porque passa a fazer parte das fileiras daqueles de quem a sociedade quer se defender.

«Perigoso para si mesmo e para os outros e para o escândalo público». Esta é a razão pela qual o doente mental entra no manicômio; em um local cuja função é - nessa própria motivação - já especificada como uma ação de proteção, de defesa do saudável diante da loucura e onde o doente assume um papel puramente negativo, como se sua relação com a instituição fosse realizada apenas no nível de sua periculosidade eventual. Disso decorre que, se o doente - antes de ser considerado como tal - deve ser considerado acima de tudo "perigoso", as regras sobre por meio das quais se edifica a instituição que deveria ocupar-se de sua cura não podem ser instituídas senão em função dessa periculosidade e não da doença de que sofre. Por isso, a figura do doente mental, como costuma aparecer em nossos hospitais, é a do homem objetivado em uma instituição, cuja organização e eficiência sempre foram os resultados mais importantes que sua reabilitação.

É supérfluo aqui delongar em descrições - agora óbvias - do estado de passividade, apatia, desinteresse em que vivem os doentes em nossos abrigos. Esse em si reconhecido como uma forma de regressão, que veio a se sobrepor à doença original, devido ao processo de aniquilação e destruição a que os doentes são submetidos pela vida no asilo. Basta dizer que o internado perfeito, no auge dessa carreira, será aquele completamente domado, dócil à autoridade dos enfermeiros e dos médicos; aquele que, em definitivo, não complica as coisas com reações pessoais, mas adapta-se indolentemente à autoridade que o tutela; autoridade que só pela negação de todo impulso e necessidade pessoal de quem lhe é confiado pode ser garantida a eficiência e o bom desempenho da instituição.

Esta é a situação falimentar da psiquiatria institucional tradicional. De quem foi a culpa, neste momento é inútil indagar. Cada sociedade, cujas estruturas são baseadas apenas na

⁴ BONNAFÉ, Lucien; LE GUILLANT, Louis; “La condition du malade à l’Hôpital psychiatrique”; in: *Esprit*, nr. 12, *Misère de la Psychiatrie*, Paris, décembre 1952. [N.T.]

discriminação econômica, cultural e em um sistema competitivo, cria dentro de si áreas de compensação que servem como válvulas de escape para todo o sistema. O doente mental exerce há muito tempo essa tarefa, também porque era um "excluído" "que não podia conhecer por si mesmo os limites de sua doença e, portanto, acreditava - como a sociedade e a psiquiatria o levaram a acreditar - que cada um de seus atos de desafio à realidade a que é constrangido a viver, é um ato doentio, uma expressão da síndrome de que sofre.

Portanto, se por um lado é o sistema social que determina tal situação, por outro, a própria psiquiatria a avalizou cientificamente, reconhecendo o incompreensível do fenômeno psicopatológico como uma monstruosidade biológica que só poderia ser isolada.

Agora, porém, é a psiquiatria, como exigência de verdade científica, que repropõe o problema, não procurando um bode expiatório para descarregar a agressividade acumulada (que ainda nos manteria restritos aos limites de um mundo maniqueísta onde se separa nitidamente o bem do mal), mas na tentativa de encontrar, no cerne da questão, uma solução para os problemas que urgem.

Perante o rosto, alterado pela era das drogas, do doente mental, é de fato a psiquiatria que se recusa a continuar a tratá-lo como um "excluído" de quem a sociedade ainda quer defender-se. E recusa-se a continuar a mantê-lo prisioneiro de fórmulas, rótulos, qualificações que correspondem mais a uma imagem que a própria psiquiatria construiu do homem doente, do que a uma realidade. O "agitado", o "perigoso", o "escandaloso" não correspondem a modalidades humanas cujas motivações mais íntimas queremos conhecer, mas são muito mais categorias cujo sentido é "consumido" e absorvido em uma única realidade: o homem a excluir.

O plano em que a psiquiatria atual se põe é, portanto, antes de tudo, no plano humano e social. Esse requer um tipo de abordagem do doente que, sempre levando em conta a eficácia dos tratamentos biológicos, não esquece que está diante de um homem e não de uma doença à qual seus sintomas aderem, uma categoria na qual trancá-lo, ou uma monstruosidade a ser afastada.

Em 1838, quando não havia ganglioplégicos⁵, nem a psicanálise ainda havia implementado a abordagem psicodinâmica, um corajoso psiquiatra inglês, Dr. Conolly⁶, com a ajuda de trinta enfermeiras, abriu as portas e eliminou as amarras de um hospital psiquiátrico

⁵ Designação dada a um grupo de fármacos que se caracterizam por bloquearem as sinapses do sistema nervoso autónomo (simpático e parassimpático). [N.T.]

⁶ Psiquiatra inglês (1794-1966). Autor do livro *Indications of Insanity*, publicado em 1830. Em 1839, ele foi nomeado médico residente do *Middlesex County Asylum*, onde introduziu o princípio da não contenção no tratamento dos insanos, proposta clínica que tornou prática aceita em toda a Inglaterra. Com outros colegas, foi responsável pela fundação da 'Provincial Medical and Surgical Association', e pela fundação da "*British and Foreign Medical Review*" instituições que publicavam artigos de grande relevância científica na época. [N.T.]

em quinhentos doentes. Ele havia criado intuitivamente o que mais de cem anos depois Maxwell Jones⁷ - também na Inglaterra - teria chamado de "comunidade terapêutica". "O que mais impressiona os homens, mesmo os mais afastados da medicina - escreveu Morel em 1858, depois de visitar a sociedade de Conolly - é a ordem e a disciplina desses asilos, a calma dos doentes e os sentimentos de humanidade que animam os supervisores e enfermeiras de ambos os sexos. Vi doentes andando em longos corredores onde o ar e a luz circulavam livremente; estes corredores sobre os quais se abrem os quartos dos internados são decorados com mesas e flores e levam a salas de reuniões onde se reúnem aposentados de diferentes classes e onde encontram livros, jornais e outras distrações». Tudo isso aconteceu na Inglaterra em 1838*.

Desde então surgiu psicanálise; a antropologia existencial humanizou ainda mais a abordagem da psicoterapia; foram descobertas drogas que podem mudar a face dos doentes mentais; existem experiências comprovadas em países estrangeiros como Inglaterra e França (ainda que em bases diferentes umas das outras) e na Itália, no entanto, ainda estamos ligados a um ceticismo e preguiça que não têm justificativa.

A única explicação pode ser dada em uma chave socioeconômica: nosso sistema social - longe de ser um regime econômico de pleno emprego - não pode se interessar pela reabilitação dos doentes mentais que não poderiam ser acolhidos por uma sociedade, onde não é resolvido o problema do trabalho de seus membros saudáveis.

Nesse sentido, toda exigência de cunho científico por parte da psiquiatria corre o risco de perder seu significado mais importante - sua conexão social - se sua ação dentro de um sistema hospitalar agora em esfacelamento não for acompanhada por um movimento estrutural de base que tem que levar em conta todos os problemas de caráter social que estão ligados à assistência psiquiátrica. Por isso, mesmo a experiência implementada pela comunidade que aqui represento, apesar de ter alcançado resultados inegáveis neste campo, continua a correr o risco de se perder se não encontrar resposta no contexto social em que atua.

Peço desde já desculpa se - no que diz respeito à abordagem do problema psiquiátrico relativo à comunidade terapêutica - vejo-me constrangido a fazer referências a experiências pessoais, sem as quais, por outro lado, o discurso correria o risco de permanecer abstrato e

⁷ Psiquiatra sul-africano (1907-1990), radicado no Reino Unido, considerado ser o criador do conceito de *comunidade terapêutica*. Foi responsável pelo desenvolvimento do modelo inovador de tratamento psiquiátrico que substituiu o antigo conjunto de normas rígidas e aplicações de eletrochoques por psicodramas, discussões sociais, filmes educacionais e opiniões sobre a vida em comunidade. Segundo ele, o ambiente terapêutico constituía um requisito ideal para beneficiar a recuperação do indivíduo, despertando um processo contínuo de reinserção e reeducação sociais para os pacientes. [N.T.]

* Cf. A. PIRELLA e D. CASAGRANDE, "John Conolly, dalla filantropia alla psichiatria sociale", in In BASAGLIA, Franco (A cura di). *Che cos'è la psichiatria?* Baldini & Castoldi: Milano, 1997.

inútil. No entanto, falando de uma experiência cujos resultados nos permitem expor brevemente as bases teóricas em que se baseia nossa abordagem, acho que pode ter o valor de uma negação do senso comum, e pode servir como uma demonstração de que mudanças, mesmo radicais, são apenas possíveis se começarmos a implementá-los.

A comunidade terapêutica apresenta-se como uma comunidade e não como uma aglomeração de pacientes. Como uma comunidade organizada de forma a permitir o movimento da dinâmica interpessoal entre os grupos que a constituem e que apresenta as características de qualquer outra comunidade de homens livres. Essa é a suposição básica.

O que é mais difícil de ilustrar é o conceito de terapêutica relacionado à comunidade. Nem todas as comunidades são, de fato, terapêuticas. Os quartéis, os colégios são organizações de homens "livres" que devem, todavia, subordinar-se às regras da comunidade a que pertencem; regras baseadas na eficiência necessária para o bom desempenho da organização. No entanto, mesmo que essa eficiência seja alcançada apenas pela mortificação individual, ela mina apenas parcialmente a liberdade de seus membros que, fora da própria organização, é consentida uma vida pessoal.

Porém, uma comunidade terapêutica psiquiátrica não poderia partir desses pressupostos. Se os aceitasse, como havia aceitado a organização psiquiátrica tradicional, a mortificação individual dos doentes em nome da eficiência da instituição, da ordem, da segurança geral, reconfirmaria o clima institucional que pretende destruir. Deve, portanto, partir das exigências do doente e a partir daí procurar adaptar à sua volta o espaço vital de que necessita para expandir e concretizar aquele que é a questão principal da comunidade terapêutica: a potência terapêutica que cada um dos membros da comunidade desprende para o outro. Doente, médico, enfermeiro, pessoal administrativo, qualquer um presente na instituição está envolvido na realização dessa tarefa. Tudo está, portanto, orientado para um único objetivo: criar um clima no qual seja possível nos aproximarmos em uma relação humana que, justamente por ser espontânea, imediata e recíproca, torna-se terapêutica.

A descoberta da comunidade terapêutica - implementada por Maxwell Jones em 1952 - parece, portanto, a solução mais óbvia para um tipo de doente que é perturbado, sobretudo, na relação consigo mesmo e com o outro. Mas, se parece tão óbvio na enunciação, revela-se muito mais difícil na sua aplicação prática. Isso significa, de fato, a abertura das portas do hospital psiquiátrico - fechado até agora em um mundo sem contradições porque toda expressão e toda necessidade pessoal foram impedidas - ao mundo da dialética, da oposição, do acordo obtido mediante o convencimento recíproco e não com a prevaricação e a força.

É, portanto, fácil fazer uma falsa imagem da comunidade terapêutica como um mundo

ideal onde todos são bons, onde as relações são marcadas pelo humanitarismo mais profundo, onde o trabalho é altamente gratificante: um pouco como se apresenta suavizado e com uma só face, a realidade da publicidade televisiva, onde somos convidados a participar de uma vida irreal, ideológica e sem contradições.

A comunidade terapêutica quer ser justamente a negação desse mundo ideal. É um lugar onde todos os componentes (e isso é importante) - doentes, enfermeiros e médicos - estão unidos em um compromisso total onde as contradições da realidade representam o *húmus* por meio do qual surge a ação terapêutica recíproca. É o jogo das contradições – mesmo ao nível dos médicos entre si, médicos e enfermeiros, enfermeiros e doentes, doentes e médicos – que continua a quebrar uma situação que, de outra forma, poderia facilmente levar a uma cristalização de papéis.

É óbvio, todavia, que a contestação só pode se mover em um clima de liberdade. E a liberdade tem seus riscos. Colocar uma organização psiquiátrica no desenvolvimento da capacidade de oposição do doente (habilidade pela qual seu ego enfraquecido pode ganhar força), significa ter que destruir qualquer referência ao padrão com que a psiquiatria tradicional a mediu: o perigo, a necessidade de medidas de segurança, considerado terapêutico. A situação é necessariamente invertida: se antes a própria arquitetura do hospital tinha que levar em conta a necessidade de o supervisor vagar o mais longe possível com seu olhar atento, agora deve-se levar em conta a necessidade de manter o mundo privado de cada um, que deve poder existir mesmo em oposição à própria comunidade.

Isso pressupõe, porém, a mudança radical na relação que só pode se basear no autêntico respeito recíproco. Viver dialeticamente as contradições do real é, portanto, o aspecto terapêutico de nosso trabalho. Se essas contradições – ao invés de serem ignoradas ou descartadas programaticamente na tentativa de criar um mundo ideal – são enfrentadas dialeticamente, se as prevaricações de uns sobre outros e a técnica do bode expiatório – ao invés de serem aceitas como inevitáveis – são discutidas dialeticamente, de modo a permitir compreender sua dinâmica interna, então a comunidade se torna terapêutica. Mas a dialética só existe quando há mais de uma possibilidade, ou seja, uma alternativa. Se o doente não tiver alternativas, se sua vida já estiver pré-estabelecida, organizada e sua participação pessoal consiste na adesão à ordem, sem possibilidade de fuga, ele se verá aprisionado no terreno psiquiátrico, assim como se sentiu aprisionado no mundo externo, em que não podia enfrentar dialeticamente as contradições. Como a realidade que ele não podia contestar, a instituição à qual ele não pode se opor lhe deixa apenas uma saída: a fuga para a produção psicótica, o refúgio no delírio onde não há contradição nem dialética.

Em que consiste, então, na prática a diferença entre um instituto que se rege no sentido tradicional e uma comunidade que quer ser "terapêutica"?

Em ambas as instituições, o doente segue o procedimento hospitalar, no sentido de que seu dia ocorre dentro de uma comunidade que deve desempenhar determinadas funções essenciais: comer, dormir, passar o tempo. Na instituição tradicional, porém, fazer o dia passar é um ato puramente passivo, vivenciado como tal por toda a organização: os doentes aguardam a sucessão das refeições, interrompidas por alguma atividade definida como "passatempo"; as enfermeiras deixavam as horas passarem supervisionando. Numa comunidade que se diz terapêutica, cada ato de cada um adquire um significado ativo de estimulação recíproca, precisamente, terapêutico. Isso significa que a cada momento do dia, todo movimento dos membros da comunidade visa a formulação de um clima cujo objetivo primordial é a reconstituição da iniciativa pessoal, da espontaneidade e da capacidade criativa comprometida, inicialmente, pela doença e, posteriormente, destruída pelo instituto. A comunidade terapêutica, portanto, tende a criar uma estrutura – mais psicológica do que material – em que cada um de seus componentes se empenha em estimular o outro, criando a possibilidade de relações interpessoais que, ao mesmo tempo, atendam à necessidade de proteção e tutela recíproca. Nesse sentido, o papel protetor representado no hospital tradicional por grades, por barras, redes que, mesmo aos olhos do doente, adquirem o valor de proteção contra si mesmo – ou no hospital paternalista com a enorme figura do médico a cuja bondade e compreensão o paciente pode se abandonar e se destruir – na comunidade terapêutica é absolvido pela comunidade em que se encontra atuante, num movimento de tensões e contra-tensões, e os papéis dos doentes, dos enfermeiros e dos médicos, continuamente questionados, reconstruídos e novamente destruídos.

Isso é particularmente evidente na reunião comunitária que acontece todas as manhãs em nosso hospital e que representa o campo de provas onde cada componente da própria comunidade se coloca diante do outro e aceita a contestação. Essa reunião plenária diária é, portanto, vivenciada como uma referência psicológica que desempenha uma enorme função protetora. Se, diante das contradições, contrastes, dificuldades pessoais de cada membro da comunidade, cria-se um espaço real no qual as dificuldades e contrastes podem ser discutidos, ora resolvidos, ora esclarecidos, ora compreendidos em sua impossibilidade de solução – junto com os outros –, as contradições e os contrastes são minimizados e desprovidos da carga emocional de que costumam estar imbuídos, justamente porque o doente – e não apenas ele – encontra imediatamente uma abertura, uma saída para canalizá-los, antes de encapsular definitivamente em si mesmo.

Esta é a principal função da reunião da comunidade que serve como o pivô em torno do qual gira toda a vida hospitalar.

Outro elemento em que uma organização psiquiátrica desse tipo difere do hospital tradicional é a chamada "ergoterapia": o problema do trabalho, das atividades por meio das quais estimular doentes apáticos, indiferentes, abúlicos é fundamental. Mas, enquanto no hospital tradicional o trabalho tem o único significado de preenchimento, na comunidade terapêutica deve voltar a ter valor terapêutico, como oportunidade de encontros, relações interpessoais espontâneas e como estímulo à implementação de uma espontaneidade criativa destruída. Mas, além disso, o trabalho pode ter uma função muito importante se se revela como a ocasião capaz de estimular – em pacientes "crônicos" que por anos perderam o senso de seu próprio valor pessoal – uma nova consciência de trabalho, como recusar a compensação como expressão de beneficência gratuita. Somente ao exigir a retribuição como contrapartida lógica do que o trabalhador dá à comunidade, o paciente consegue ser reconhecido em seu valor de troca. Fica assim evidente que o elemento sobre o qual tendemos a alavancar não é tanto a reivindicação salarial em si, mas muito mais o fato de, através de tal tipo de reivindicação imediata, o doente encontrar um reconhecimento, uma confirmação do seu valor pessoal.

Pense, por exemplo, na situação de um doente crônico em um hospital psiquiátrico tradicional. A alternativa que lhe é oferecida é a escolha entre fazer parte do "tamanco humano", a única decoração dos imensos corredores fechados; ou revelar-se colaborativo (o que significa obediente, respeitoso, servil, sucumbido) para ser admitido na equipe de trabalhadores designados para serviços gerais. Ele se vê, portanto, tendo que preferir uma condição subumana, como a da resignação completa à perda de sua individualidade e personalidade, para subsistir. Esse tipo de trabalho, além de alienante para o doente, pois ele se vê contribuindo com as próprias mãos para manter viva a instituição que o segrega, aumenta nele a convicção de fazer parte de uma categoria de sub-homens, para os quais a retribuição do trabalho não corresponde a um direito em relação direta com a prestação real: a mesma participação no trabalho lhe é concedida como "dádiva", em troca ou como prêmio por sua boa conduta e docilidade.

Para o doente que vive em uma comunidade terapêutica, o trabalho, entendido nesse sentido, não deve ter sentido e eu o declaro mesmo que esse fenômeno ainda esteja aqui presente. O hospital não é uma indústria e o trabalho – se for reconhecido como elemento necessário para o doente, como é considerado em qualquer organização hospitalar tradicional – deve, no entanto, ter uma finalidade apenas terapêutica e deve ser realizado apenas para esse fim. A função significativa dessas atividades laborais não pode, portanto, limitar-se à de passatempo, mas deve atuar, sobretudo, como estímulo às relações interpessoais entre os

doentes e revelar-se como ocasião para discussões capazes de alimentar no doente a capacidade de opor-se, de maneira pessoal, para tomar consciência de si mesmo, de suas próprias limitações e das dos outros*.

Isso obviamente requer uma colaboração estreitíssima com o pessoal preparado para sua tarefa. Por isso, a comunidade terapêutica é uma organização que tende a ser horizontal, se comparada à organização hierárquica vertical dos hospitais psiquiátricos tradicionais. Porque cada componente da comunidade é indispensável ao andamento da própria comunidade e deve, por sua vez, poder contar com a colaboração segura de todos.

O primeiro passo – causa e ao mesmo tempo efeito da passagem da condição de custódia para a mais propriamente terapêutica – resulta, portanto, na mudança das relações interpessoais entre os que trabalham no campo. Mudança que, com a variação ou o estabelecimento de motivações válidas, tende a formar novos papéis que não apresentam mais nenhuma analogia com os da situação tradicional precedente. É esse terreno ainda informe, onde cada personagem busca seu papel continuamente destruído e reconstruído, que constitui a base a partir da qual se inicia a nova vida terapêutica institucional.

Na situação comunitária, o médico, acompanhado e interpelado cotidianamente por um paciente que não pode ser afastado ou ignorado, porque está constantemente presente para testemunhar suas necessidades, não pode se refugiar em um espaço que poderíamos definir asséptico, onde pode ignorar a problemática que a doença lhe propõe. Tampouco pode ser resolvida em um generoso dom de si que, por sua inevitável transcendência no papel de "apóstolo" dotado de uma missão, estabeleceria outro tipo de distância e diversidade não menos grave e destrutiva que a precedente. Sua única posição possível resultaria em um novo papel, construído e destruído pela necessidade do doente de fantasiá-lo (ou seja, torná-lo forte e protetor) e de negá-lo (sentir-se forte por sua vez); papel em que a preparação técnica lhe permite – além da relação estritamente médica com o paciente que permanece imutável – acompanhar e compreender as dinâmicas que vêm a ser determinadas, de modo a poder representar nessa relação o polo dialético que controla e contesta como ela é controlada e contestada. A ambiguidade de seu papel permanece, no entanto, enquanto a sociedade não esclarecer seu mandato, no sentido de que o médico tem um papel específico que a própria sociedade lhe fixa: controlar uma organização hospitalar na qual o doente mental é tutelado e curado. Viu-se, no entanto, como o conceito de tutela (no sentido das medidas de segurança necessárias para prevenir e conter o perigo do internado) contrasta fortemente com o conceito

* Cf. A. SLAVICH e L. JERVIS COMBA, "Il lavoro rende liberi?", In BASAGLIA, Franco (A cura di). *Che cos'è la psichiatria?* Baldini & Castoldi: Milano, 1997.

de cura que deveria antes tender para a sua expansão espontânea e pessoal; e como um nega o outro. Como o médico pode conciliar esses dois requisitos, que são em si contraditórios, até que a sociedade esclareça qual dos dois polos (custódia ou atendimento) quer direcionar a assistência psiquiátrica?

A posição da enfermagem é, em certo sentido, menos ambígua. Na situação comunitária, ela se vê diante de motivações para seu trabalho que alteram seu significado mais intrínseco: na verdade, passam de pura custódia (portanto, de uma relação com objetos cuja única motivação é a compensação econômica), a uma finalidade terapêutica que todo ato e cada gesto viriam a se conformar. Em um hospital que está se tornando comunitário, é a própria situação que exige da enfermagem uma capacidade de relação terapêutica para o qual muitas vezes não está preparado. O problema surge, de fato, quando não é possível introduzir novos elementos tecnicamente responsáveis na organização que está mudando, mas deve-se contar apenas com a conscientização gradual por parte do enfermeiro das mudanças das motivações para o seu trabalho e, portanto, na aceitação ou rejeição do empenho terapêutico que tal tipo de motivação necessariamente comporta. Esta é a "crise" de seu papel e a maior dificuldade enfrentada pela comunidade terapêutica: ela está, de fato, necessariamente alicerçada no trabalho essencial dos enfermeiros, cujo papel é completamente transformado pelas novas estruturas que se baseiam em sua total participação. Por outro lado, a consciência gradual por parte dos enfermeiros da mudança nas suas motivações para o trabalho, torna-se ela própria uma fonte de terapêutica no interior da organização, uma vez que a oposição, a contestação, não passam de elementos positivos de esclarecimento, de controle recíproco, que nos salvam do perigo de cair numa nova ideologia.

Até então, apenas marginalmente foi referido o papel do doente e isso porque na estrutura tradicional ele está presente como objeto acessório. Ou seja, seu papel em relação ao médico é essencialmente passivo, numa relação de absoluta dependência de quem representa o papel técnico competente. Paradoxalmente, o médico está intimamente relacionado com a doença do doente, numa espécie de relação em que o paciente desempenha um papel, precisamente acessório.

De fato, se por papel entendemos o complexo de funções através do qual o indivíduo justifica sua presença no mundo, o doente mental – e em particular o hospitalizado em uma instituição tradicional – pareceria completamente privado de ter sido, desde o início, excluído da vida social e tendo-se gradativamente constrangido – para melhor aderir às regras do instituto e, portanto, sobreviver – a confiar nas mãos de quem deveria cuidar dele, como quem não tem poder sobre sua própria vida, nem qualquer papel no mundo. No espaço reduzido

psicologicamente e materialmente que a instituição lhe consente, o doente só consegue sobreviver à sua falta de individualidade por meio de um processo de fantasmática do médico que o justifica, mas que, justamente por isso, continua a mantê-lo preso seu papel de passividade.

É somente passando para a perspectiva comunitária que o doente se vê atuando, ao mesmo tempo, como causa e como efeito da crise geral de papéis no interior da instituição: ou seja, a participação ativa do paciente na vida terapêutica institucional, através do "aproveitamento" da forte componente terapêutica que dele emana, colocou em crise os papéis da equipe. Mas também o tirou do papel tradicionalmente passivo que lhe era habitual, colocando-o numa esfera onde as suas competências ainda não estão totalmente esclarecidas.

Poderíamos começar a dizer – a partir da experiência que estamos tendo – que o papel do doente, no interior de uma instituição tendencialmente comunitária, está mudando qualitativamente. Isso significa que o doente não vem adquirindo mais liberdade, mais autonomia, mais responsabilidade como soma de possibilidades quantitativas que se abrem para ele. Mas que está aprendendo a traduzir essas possibilidades em uma forma pessoal de aproximação, de fato qualitativamente mais evoluída e mais madura, com o grupo em que vive. De fato, no caso dos pacientes de longa permanência institucionalizados, houve uma conquista gradual ou assimilação pessoal das várias etapas da liberalização que – no início da abertura do hospital – só podiam ser vivenciadas como estranhas. A liberdade concedida permanece, evidentemente, propriedade de quem a dá e apresenta-se como uma categoria cujo uso é conhecido, sem poder apropriar-se dela, exceto por um ato de conquista. No caso dos pacientes de longa permanência institucionalizados, é justamente a conquista de seu papel na comunidade a que pertencem que lhes confere a liberdade, obtida com demasiada facilidade no momento da abertura do hospital.

O problema do doente mental que se coloca "agora" em contato com uma situação terapêutica institucional é, naturalmente, bem diverso. Na verdade, ele tem um papel muito específico em relação à doença de que sofre, papel que consiste em seu empenho em superar a ansiedade por meio da produtividade psicótica. Tal papel ativo (embora seja uma atividade psicótica) diminui ou cessa no ingresso na instituição onde, habitualmente, ou o nível de superproteção (leia-se medidas de segurança mais idôneas para garantir a absoluta impossibilidade de agir do internado); ou a relação individual com o médico em nível paternalista, fora da realidade; ou a falta de proteções evidentes do clima comunitário, provocam um ulterior estado de regressão, imediatamente sucessivo ao ingresso.

Ora, a partir desse nível regressivo, a instituição tradicional, sobre a base do regime de

custódia, passa a vincular mais o novo filiado a si mesmo e às suas regras, que será – justamente pela coerção da vida asilar – confirmado em seu sentimento de exclusão e solicitado nas suas defesas psicóticas. A instituição tradicional de base paternalista poderá – através da relação individual com o "bom" médico – culpar mais o paciente, de modo a não lhe permitir outras possibilidades de vida além de suas fantasias psicóticas, exaltadas propriamente pelo clima de falsas tolerância que o circunda.

O que acontece, porém, no momento da fase inicial regressiva de um doente que entrou em situação comunitária? Colocado em um espaço onde a figura do médico não se apresenta como protetora, nem iminente ou coercitiva, o doente se encontra sozinho, no meio de outros doentes. O estado de regressão é anunciado imediatamente: no hospital não há coerções nem mortificações, mas não há sequer uma figura paterna a quem se abandonar para esquecer e se destruir. O doente só se depara com a possibilidade de construir um papel ou rejeitá-lo e sente que – não obstante tender a construir o fantasma do médico que acolhe e absorve tudo em si – o que conta é a presença de outros ao seu redor: presença real, verdadeira, concreta. Por meio de tal presença, ele percebe que é um excluído, mas um excluído em meio a outros excluídos com os quais pode se unir e construir o que jamais seria possível para o doente tradicional: união em grupo para se defender da instituição.

É aí que entram em jogo os papéis do médico e do enfermeiro que devem estar prontos para acolher e estimular o grupo que está se constituindo como altamente terapêutico, ainda que (e sobretudo se) coloca em discussão a sua autoridade, a sua competência técnica, a sua segurança humana.

Nesse sentido, dividir, por parte do médico, o risco da liberdade do doente poderia ser o primeiro passo para se colocar no mesmo plano, porém permanecendo um ato voluntário em que era sempre o médico quem decidia se aceitava ou rejeitava tal risco, mantendo-o à distância do senhor que voluntariamente se torna um democrata. Mas agora, diante de doentes que tomam gradualmente consciência de seu papel e da própria força como grupo que tem a possibilidade de controle recíproco, de interação e, portanto, de ação terapêutica, o médico é posto em discussão e será, em um plano cada vez mais real e menos fantasmático, na medida em que o papel do doente passa, pelo sentimento de pertencimento à comunidade, a sair da serialização institucional, para a constituição de um grupo no qual possa definir e afirmar a legitimidade de sua existência .

Alguns esclarecimentos práticos ainda permanecem.

A organização hospitalar a que me refiro inclui quinhentos e cinquenta doentes, divididos em oito departamentos, dos quais seis estão totalmente abertas. Dois – um masculino

e um feminino perfazendo um total de cerca de cento e setenta pessoas – continuam fechados e acolhem os esquizofrênicos, frenastênicos, organicamente doentes, dementes, gravemente deteriorados, para os quais está sendo elaborado um projeto de abertura gradual nos próximos meses. No entanto, estes dois departamentos ainda fechados marcam o limite da nossa experiência, cujos resultados atuais, no entanto, nos autorizam a prosseguir na direção já traçada. Problemas práticos como pessoal insuficiente, departamentos muito lotados que deveriam ser reduzidos, até agora impediram a abertura completa do hospital.

Esta presença do antigo "manicômio" no interior do nosso hospital é, portanto, a demonstração do ponto a que chegamos. Nossa comunidade é algo que está se movendo, evoluindo dia a dia e que é muito difícil de descrever: é uma situação que não pode ser definida, mas apenas implementada e verificada; onde tendemos a vivenciar o positivo e o negativo como as diferentes faces de um problema que precisa ser dialetizado para ser compreendido. No entanto, o que queremos precisar são os limites alcançados, pois nos recusamos a apresentar uma situação mistificada que – justamente como tal – não teria a mínima utilidade social.

Resta ainda esclarecer o grau de "risco" que uma comunidade assim constituída pode enfrentar. Da nossa experiência nestes cinco anos de trabalho (cujos dados estatísticos iremos recolher noutra local), creio podermos concluir que os inconvenientes foram muito inferiores ao esperado, e diria inversamente proporcionais aos resultados gerais. Isso significa que os riscos existem, mas não excedem os de uma organização psiquiátrica tradicional, construída especificamente para evitá-los. Afinal, todo tipo de abordagem terapêutica os aceita e até agora parece que apenas o psiquiatra ainda não os tratou diretamente, pois os riscos recairiam sobre ele e sobre a sociedade da qual ele é a expressão.

Os inconvenientes que podem ser encontrados podem ser de outra natureza, assim como as contradições da realidade se manifestam com tantas faces. Mas esses se relevam sempre intimamente ligados ao grau de coesão no interior da organização; a estados de tensão não resolvidos; em momentos em que a comunidade não garante um nível de proteção suficiente: são razões que põem em discussão a ação do médico e da enfermagem mais do que a imprevisibilidade do doente e sua doença.

Esta é a conclusão geral da nossa experiência que – iniciada com pouquíssimos médicos e com enfermeiros despreparados para a nova função – vem se concretizando necessariamente abraçando todos os aspectos positivos, positivos e negativos que vieram à tona em uma realidade onde a dialética era programaticamente negada. Para ajudar o doente a enfrentar as contradições do real do qual ele fugiu, não pode ser útil criar um mundo artificial em que tais contradições não existam. Mas se você conseguir aproximá-lo desse mundo contraditório,

acostumando-o a dialetizar suas forças, este será o primeiro passo para a possibilidade, por parte dele, de aceitá-las ou dominá-las.

Todavia, qualquer discurso sobre a doença mental corre o risco de ficar abstrato se você não tentar resolvê-lo ativamente, mesmo por tentativa e erro. É por isso que concluo com as palavras do próprio Bonnafè, a quem me referi no início: "Esta luta contra o 'mito' a partir do qual a loucura se desenvolve ... não será vencida por especulações teóricas, mas por realizações concretas ... Só uma nova abordagem prática nos trará, mostrará a orientação para a qual pode ir a transformação da assistência psiquiátrica, da condição do doente mental na sociedade e que formas ela tomará ». No entanto, o que importa, e aqui concordo plenamente com Bonnafè, é que no caso dos doentes mentais “não é mais um problema técnico, mas uma posição que todos devem assumir: a da cumplicidade ou a da verdade e da ação”.