

RECOVERY: AMBIGUIDADES E CONFRONTAÇÕES

Recovery: Ambiguities and Comparisons

Ernesto Venturini¹

Maria Stella Brandão Goulart²

Artigo encaminhado: 20/11/2016
Aceito para publicação: 20/02/2017

RESUMO: O artigo discute o uso e a rápida aceitação do termo *recovery* nas políticas de saúde mental, a partir do estranhamento da ausência do conceito no cenário brasileiro. Delineia, também, a suspeita de que os psiquiatras não teriam compreendido bem a mudança radical que esta noção representa, pois, o modelo biomédico e manicomial não tem sido colocado em questão. Explora-se, então, a contradição entre a *personal recovery* e a *clinical recovery*, bem como a necessidade de esclarecer o que significa um serviço orientado à *recovery*. Se considera, também, as consonâncias e as diferenças entre a noção de *recovery* do ponto de vista da literatura psiquiátrica dos países de idioma inglês (anglofônicos) e o da reforma psiquiátrica italiana, que, à semelhança do Brasil, propôs o fechamento dos hospitais psiquiátricos. O momento-chave da experiência italiana é reconhecido nas palavras de Basaglia, quando declara não estar interessado na doença, mas na pessoa em sua complexidade existencial e no reconhecimento dos seus direitos. As práticas da reforma antimanicomial demonstraram que, quando são reconhecidos, de forma sistemática e na prática, a autonomia de julgamento, o respeito e a escuta, as pessoas tendem a assumir a responsabilidade por sua vida e colocam-se em um processo ativo de inclusão social. Conclui-se a discussão, afirmando semelhanças e diferenças entre o conceito de *recovery* e a reforma antimanicomial. No caso do *recovery*, no entanto, o foco está destinado à potencialidade individual da pessoa, enquanto que no caso das reformas, a tensão é dirigida para a complexidade de um processo de emancipação, seja individual, seja coletivo, que se atualiza na prática da cidadania.

Palavras-chave: *Recovery*. Franco Basaglia. Saúde Mental. Psiquiatria Democrática. Cidadania.

¹ Ernesto Venturini é médico psiquiatra, membro fundador e integrante da Psiquiatria Democrática Italiana.

² Maria Stella Brandão Goulart é professora do Departamento de Psicologia Social da Faculdade de Ciências Humanas da Universidade

ABSTRACT: It discusses the employment and the rapid acceptance of the term recovery in international psychiatry, highlighting its limited presence on the Brazilian scene. It also outlines the suspicion that many psychiatrists have not well understood the radical change that this notion represents. In fact the biomedical and asylum model have not been questioned. The article then explores the contradiction between personal recovery and clinical recovery, as well the need to clarify what a recovery-oriented service really means. It is also considered the consonances and differences of the recovery concept as it is exposed in the psychiatric literature of English-speaking countries and how it develops in the Italian psychiatric reform, having the latter proposed the closure of psychiatric hospitals, like Brazil. The key moment of the Italian experience is recognized in Basaglia's words when he declares that he is concerned not with the disease, but to the person in his existential complexity and in the recognition of his rights. When the autonomy of judgment, respect and listening are recognized systematically and practically, psychiatric patients tend to assume responsibility for their life and place themselves in an active process of social inclusion. In the case of recovery, however, the focus is destined to the individual potentiality of the person. In the case of reforms, the tension is directed towards the complexity of a process of emancipation, both individual and collective, that is realized in the practice of citizenship.

Keywords: Recovery. Franco Basaglia. Mental Health. Democratic Psychiatry. Citizenship.

“Ninguém liberta ninguém,
ninguém se liberta sozinho:
os homens se libertam em comunhão.”
(Paulo Freire)

1 INTRODUÇÃO

Este artigo pretende introduzir, na já volumosa discussão internacional sobre o *recovery*, uma contribuição crítica para o debate no contexto da Luta antimanicomial e das “reformas psiquiátricas” que, ao longo dos últimos 50 anos, tem estimulado o fortalecimento dos usuários e a construção ativa de autonomia.

O termo *recovery* foi consagrado em sua língua de origem e resiste a traduções que poderiam descaracterizá-lo como: restabelecimento, recuperação entre outras possibilidades. Esta é uma complexa discussão que não abordaremos neste artigo e que envolve também uma questão de gênero: será o *recovery* feminino ou masculino? Optamos aqui pelo uso do artigo masculino, em referência à ideia de conceito: o conceito de *recovery*.

Entendemos, com Baccari, Campos e Stefanello (2005), que a expressão remete à ideia de um processo de recuperação relativo a uma crise no âmbito da saúde mental, incluindo os quadros de dependência química e abuso de drogas consideradas ilícitas. Partimos do reconhecimento de que, embora as discussões no campo brasileiro da

saúde mental sejam bastante acaloradas e atualizadas, o termo *recovery* ainda não tenha encontrado, no Brasil, uma projeção análoga àquela conquistada no cenário europeu e norte-americano (BACCARI et al, 2005).

A reforma psiquiátrica e o movimento antimanicomial brasileiros operaram a partir de grande identidade com os processos italianos, destacadamente os realizados em Trieste e Imola (AMARANTE, 1996; GOULART, 2007; VENTURINI, 2016). Assim sendo, recuperar a discussão a partir deste ponto de vista poderia trazer fortalecimento tanto ao pensamento, quanto à ação daqueles que dialogam sistematicamente com os desafios do sofrimento mental, decorrentes da ocorrência de transtornos significativos do ponto de vista vital ou existencial.

O confronto entre os cenários anglo-saxônico e o italiano auxilia nesta tarefa. Ou talvez seja mais adequado remetermos ao contraste entre paradigmas anglofônicos, particularmente associados aos modelos inglês e norte americano, e os latinos, evocando a experiência meridional e sul americana, e neste eixo, localizar a especificidade da política de reforma psiquiátrica italiana e os movimentos institucionalistas franceses. Remetemo-nos, assim, a pelo menos dois perfis que, a grosso modo, disputam a hegemonia no campo da saúde mental.

Procuraremos explorar ambiguidades do conceito e da prática do *recovery*, explorando a sua possibilidade de operar como um dispositivo encobridor de ambiguidades no *establishment* da psiquiatria. Para tanto, elucidaremos possíveis distinções entre o *personal recovery*, que expressa o ponto de vista do usuário, e o *clinical recovery*, que enuncia o ponto de vista técnico. Em seguida, o problema será retomado através de uma breve discussão histórica, que, por sua vez, nos confronta com a “cena fundante” e a consolidação da psiquiatria democrática italiana.

2 AS AMBIGUIDADES DE UM SUCESSO

Nos EUA e em outros países anglofônicos (Nova Zelândia, Austrália, Grã-Bretanha e Canadá), o *recovery model* passou a fazer parte das políticas de saúde mental oficialmente (NEW ZEALAND MENTAL HEALTH COMMISSION, 2014; O'HAGAN., 2004; RAMON, 2007; EVERETT, 2003), sendo sustentado e solicitado pelas associações de usuários, familiares e profissionais e pelas autoridades sanitárias. Entre as posições oficiais, destacam-se, por exemplo, as palavras do *President of New Freedom Commission on Mental Health*, nos EUA (2003), que preveem que, no futuro, cada paciente psiquiátrico possa se recuperar. É também ilustrativa a afirmação da *American Psychiatric Association*,

“Position statement on use of the concept of recovery” (2005), reivindicando decisivamente a aplicação do conceito de recuperação para o tratamento de pacientes psiquiátricos crônicos.

Diretrizes semelhantes estão presentes, há pelo menos duas décadas, em outros países, embora nem sempre se use o termo *recovery*, como na Itália, Holanda, Finlândia, e, de modo menos enfático e mais recentemente, no Brasil (DUARTE, 2007; LOPES, 2012; BACCARI, 2015).

Todavia, a velocidade do sucesso desta abordagem, inclusive nos ambientes mais conservadores da psiquiatria tradicional, faz surgir a suspeita de que trata-se de uma possível operação mistificadora, onde tudo muda para nada mudar.

Por um lado, há uma tentativa de se proteger, através do conceito de *recovery*, das numerosas críticas dirigidas às práticas e aos fundamentos epistemológicos da psiquiatria (KATSCHNIG, 2010; ANGELL, 2011; SARAGA, 2011; FRANCES, 2013).

Por outro lado, há a necessidade de reconhecimento dos estudos científicos que têm evidenciado a importância da subjetividade dos usuários com vivência de transtornos mentais. Trata-se do risco de reconhecer estes estudos, sem colocar em discussão o modelo biomédico, centrado na cronicidade e nos danos biológicos. Os psiquiatras tradicionais são estimulados a aceitar o *recovery model*, mas argumentam que ele se aplica a doenças que são “crônicas e persistentes”, como resulta da postura da *American Psychiatric Association*, e, contemporaneamente, continuam a definir a esquizofrenia como “*a chronic, severe and disabling brain disorder*”, nas palavras do *National Institute of Mental Health*, em um trabalho sobre a esquizofrenia (NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, 2014).

A subjetividade dos pacientes - de acordo com essas pessoas - é relevante, mas a neurobiologia é algo muito mais importante! Assim, o *recovery* aparece como um projeto apenas adjacente.

Críticas a algumas dessas ambiguidades já foram realizadas por uma equipe de médicos especialistas em reabilitação clínica e outras figuras influentes do movimento dos usuários. Elas foram relatadas no artigo de Mike Slade e colaboradores, publicado em fevereiro de 2014, no “*World Psychiatry*”. Os autores identificaram equívocos presentes no pensamento e prática dos psiquiatras tradicionais. Muitos dos “pseudo defensores” do *recovery* declaravam que não se poderia aplicá-lo a todos os pacientes, pois uma verdadeira cura só seria possível através da implementação de tratamentos clínicos de comprovada eficácia, afirmando ainda que as internações obrigatórias favoreceriam o tratamento. Além disso, entendiam que o *recovery* seria aceitável, sobretudo, porque

permitiria promover economia, redimensionando ou fechando serviços inapropriados. O objetivo do *recovery* permanecia, de qualquer modo, o de tornar uma pessoa “normal”, adaptando-a aos parâmetros sociais prevalentes; e assim ela poderia dar sua contribuição para a sociedade: após ter sido “cl clinicamente curada”. Basicamente, o *establishment* da psiquiatria tradicional estaria bem longe de ter compreendido a mudança radical que a noção de *recovery* representa para a saúde e a assistência social. Ou então, essas inconsistências dos argumentos seriam uma tentativa de manipular e absorver de forma superficial o poder emancipatório do *recovery*.

2.1 Dois problemas abertos: o modelo do *recovery* e os serviços orientados ao *Recovery*

Se prescindirmos das ambiguidades acima descritas, há pelo menos dois problemas que permanecem em aberto quanto à conceituação do *recovery*. O primeiro diz respeito a uma contradição - se não um verdadeiro conflito - entre o *personal recovery* (o ponto de vista do paciente) e o *clinical recovery* (a perspectiva técnica). O segundo, se refere à necessidade de esclarecer o que realmente significa o serviço orientado ao *recovery*.

Quanto ao primeiro problema, o movimento dos usuários sempre enfatizou a diferença existente entre a própria visão da cura, definida como *personal recovery* (Coleman, 1999), em comparação com a *clinical recovery*, tal como concebido, por pesquisadores e profissionais. O movimento dos usuários declara o seu total estranhamento com os indicadores de saúde de tipo sintomático do *clinical recovery*, como o número e a frequência de recaídas, as referências ao comportamento “adequado” do paciente (que não causa conflitos sociais), a aceitação, quase indefinidamente, de uma terapia farmacológica de manutenção, entre outros. Estes indicadores são considerados não pertinentes ou mesmo enganosos pelos usuários, em comparação com os critérios de qualidade de vida, que seria o verdadeiro objetivo do seu ponto de vista. Além disso, os usuários definem o *personal recovery* como um processo subjetivo, que envolve a participação ativa na saúde de quem é o protagonista, e não o resultado de uma cura, no qual é necessária a aceitação passiva de uma intervenção.

Os profissionais, no entanto, entendem o *personal recovery*, como irreduzivelmente subjetivo, ou seja, não verificável e, portanto, estranho aos princípios da ciência (*evidence-based psychiatry*).

A contraposição entre estes pontos de vista é inquestionável. Ela pode ser resolvida, desde que os atores atuem no interior de um serviço orientado para o *recovery*? Talvez, sim. Neste caso, mesmo que o processo de atendimento seja inicialmente ativado pelos terapeutas, o êxito seria, sem dúvida, resultante do protagonismo do usuário. Por outro lado, quando se observa as diferenças entre o ponto de vista clínico do terapeuta e aquele experimental do usuário, é muitas vezes obscurecido um aspecto importante: hoje, já é considerada a evidência de possibilidades de cura clínica dos psicóticos, mesmo sem os maciços e prolongados tratamentos farmacológicos. Os estudos mais recentes e cuidadosos a médio-longo prazo indicam que, depois de alguns anos, em cerca da metade, ou mesmo, na maioria dos casos diagnosticados inicialmente como psicose, não se apresentam mais os sintomas que justificavam o diagnóstico (HENRY et al, 2010; WUNDERINK et al, 2009).

Quanto ao segundo problema do *recovery oriented mental health services* parece adequado colocar algumas importantes questões, para desmistificar a falsa adesão ao *recovery*.

Um serviço pode ser definido como *recovery oriented* se utiliza a internação no hospital psiquiátrico mais ou menos humanizado? Ou quando prevê a inserção do hospital psiquiátrico no circuito sócio-sanitário? É já sabido que o hospital psiquiátrico se demonstrou, sempre, ao longo da história, como um dispositivo que contraria qualquer possibilidade de autonomia e responsabilização dos pacientes. A reforma psiquiátrica italiana já demonstrou isso e a brasileira reconhece o contrassenso dos tratamentos que afastam as pessoas da convivência com seus pares.

Além disso, poderia um serviço ser definido como *recovery oriented* se está inserido em um sistema de saúde que discrimina o acesso dos pacientes de acordo com a renda? Referimo-nos a um sistema de saúde que não procura evitar que os interesses privados entrem em conflito com as necessidades dos cidadãos e, especialmente, daqueles mais pobres.

Um serviço pode ser definido como *recovery oriented*, quando permite a terapia de choque ou uma medicalização maciça e prolongada? Já não é sabido que estes tratamentos produzem dependência, ao invés de produzir autonomia e saúde?

Um serviço pode ser definido como *recovery oriented* sem questionar radicalmente os fundamentos epistemológicos da psiquiatria tradicional, que tem se caracterizado historicamente pela objetivação, repressão e normalização dos pacientes?

Pode um serviço definir-se como *recovery oriented*, se não assume, na sua prática, o risco da liberdade, que sempre acompanha todos os percursos da vida de um paciente, da

mesma forma que o risco acompanha cada momento da vida de todos nós? Se, não se aceita reduzir os psicofarmacos, quando estes interferem pesadamente na vida sexual dos pacientes? Se não se admite a possibilidade de recaídas “controladas” de um mesmo paciente? Se obstina em uma guerra de erradicação dos sintomas?

Pode um serviço dizer-se *recovery oriented*, se exclui, a princípio, toda forma de conflito entre o terapeuta e o paciente? Ou se não prevê que o paciente pode não concordar – ou pelo menos não concordar totalmente - com o plano de tratamento sugerido pelos terapeutas?

Essas perguntas demonstram, em essência, a intensidade do desafio que a noção de *recovery* representa para serviços de saúde mental e quanto, em última análise, é complexo passar das palavras ao ato.

Obviamente, resta definir o que é um serviço orientado para o *recovery*. Este tema deve ser tratado de modo contextualizado e é o que pretendemos enfocar a seguir, remetendo à experiência italiana. Não existem modelos universais. O *recovery* é sempre um desafio local.

3 A REFORMA ITALIANA DE SAÚDE MENTAL E O RECOVERY

Para melhor compreender as contradições atuais das políticas de *recovery*, nos parece apropriado considerar as consonâncias e as diferenças entre as noções de *recovery*, que se desenvolveram, nos últimos anos, a partir do mundo anglofônico e o pensamento e a prática da reforma psiquiátrica italiana.

Sobre este tema há um artigo de 2010, publicado no *Journal of Health*, “*A life in the community: Italian mental health reform and recovery*”, escrito por Larry Davidson, Roberto Mezzina, Michael Rowe e Ken Thompson que é digno de destaque. Neste artigo, discorre-se sobre a importância de se pensar sobre “a vida em sua relação com o social” (*a life in the community*), argumentando que os direitos fundamentais da inclusão social e de autodeterminação constituem as premissas para o *recovery*, ao invés de serem as suas consequências. Procuraremos aprofundar o assunto, referindo-nos ao momento em que surgem os dois movimentos que pretendemos comparar, porque o contexto histórico pode nos ajudar a compreender melhor a especificidade dos percursos e significados.

Se desconsiderarmos a referência histórica de John Percival, que pela primeira vez usou o termo “*recovery*”, em 1830, e nos referirmos ao nosso tempo, podemos reconhecer três momentos, mais recentes, em que o termo foi empregado de forma distintiva. Richard Warner o utilizou, em 1985, em um importante ensaio sobre esquizofrenia. Empregou-o

também, três anos mais tarde, Patricia Deegan, falando de sua história/experiência pessoal. Finalmente, em 1993, o termo aparece em um texto de William Anthony. As três citações, como mostra Angelo Barbato (2014), exemplificam as diferentes raízes do *recovery*, resultando, respectivamente, de uma análise epidemiológica (WARNER, 1985), da valorização da experiência subjetiva dos usuários (DEEGAN, 1988) e das reflexões, no campo da reabilitação psicossocial, sobre as perspectivas dos serviços de saúde mental dos anos 90 (ANTHONY, 1983).

Mas, na nossa opinião, o “protagonismo” dos usuários e o sentimento da reconstrução do significado da própria vida, nasceram em um outro momento e circunstância. Eles começaram, confusamente e contraditoriamente, em diferentes países (EUA, Grã-Bretanha e outros) com os processos de desinstitucionalização dos anos 60 (Vasconcelos, 2000). Encontraram apoio no pensamento fenomenológico e existencial, receberam um impulso com a antipsiquiatria, ainda que marcados por uma certa ingenuidade voluntarista, e encontraram uma clara expressão na experiência italiana, desde o seu início, ainda em Gorizia, com Basaglia.

Efetivamente, a desinstitucionalização nasceu, na Itália, em uma época durante a qual o país atravessava grandes tensões sociais. Numa condição contraditória e difícil, mas com uma grande participação popular, conseguiu-se alcançar importantes reformas sociais e institucionais: o divórcio, a abertura da universidade para as classes trabalhadoras, a reforma da saúde mental e da saúde em geral, etc. A desinstitucionalização, no âmbito da psiquiatria, é, exatamente, derivada dessa intensa participação social e comunitária (GOULART, 2004; FOOT, 2014).

No entanto, gostaríamos de salientar, que, mais do que referir-se à reforma da saúde mental, que é a consequência dessas lutas sociais que indicamos, estamos nos relacionando com o pensamento e a prática de Franco Basaglia, que antecipou a reforma e provocou uma mudança radical no paradigma psiquiátrico, muito além dos limites geográficos da Itália.

O momento desta mudança foi simbolizado por uma *cena fundante* que ocorreu em uma tarde de inverno de 1965, no interior do hospital psiquiátrico de Gorizia, dirigido por Franco Basaglia, poucos meses depois que ele proclamou, no Congresso de Psiquiatria Social, em Londres, a necessidade de superar permanentemente a instituição manicomial. Naquela época, no hospital de Gorizia, ainda se adotava o método da comunidade terapêutica, seguindo, em essência, o exemplo de Dingleton Hospital, em Melrose (Escócia), dirigido por Maxwell Jones. Até então, as reuniões do tipo comunitário eram realizadas principalmente nas enfermarias do manicômio. Porém, o método de comunidade

terapêutica foi considerado insuficiente, pois mascarava o significado político da exclusão manicomial (BASAGLIA, 1982).

Naquela tarde de 1965, em Gorizia, aconteceu um evento radical: os pacientes internos e os médicos decidiram pôr fim àquele método e implementar a primeira assembleia geral. Na mesa principal, não havia psiquiatras: havia unicamente os pacientes, que escolhiam, seja a pauta, seja a modalidade da discussão. Aqueles médicos desistiram de seu poder de interpretação e passaram a compor o coletivo da assembleia, colocando-se em jogo. Progressivamente, a partir de argumentos sobre a vida no interior do hospital (seu cotidiano e limitações), se teria passado aos argumentos mais fundamentais, relativos à vida fora da instituição e aos direitos da pessoa (inclusão social). O cuidado se associava ao valor ético e prático da liberdade.

Se nos reportarmos, por outro lado, à *cena fundante* do nascimento da psiquiatria, como é descrito por Michel Foucault (1978), devemos imaginar Philippe Pinel, que, num dia de 1793, em *Bicetre* e na *Salpetriere*, “liberta” os loucos das correntes do asilo, instituindo um lugar - o manicômio - onde o alienista teria todo o poder e o saber institucional. A tarefa dos loucos, alienandos, neste caso, era a de entregar-se: serem “passivos”, com confiança, pacientes.

Em 1965, no entanto, se apresentou uma “outra” *cena fundante*: os pacientes em Gorizia “recuperaram” o direito de falar e fundamentalmente, decidir. Tornaram-se protagonistas “ativos” e assim passaram a desconstruir os efeitos catastróficos da chamada “doença mental”. Eles reencontraram identidades, que, por efeito da internalização do estigma e da violência institucional, haviam sido suplantadas por uma identidade negativa que lhes subtraía a autonomia. Estamos, sem dúvida, na sequência da valorização completa da experiência subjetiva dos pacientes, como irá aparecer, mais tarde, nas próprias palavras dos usuários (DEEGAN, 1988; COLEMAN, 1999).

Eis o fundamento do percurso de liberação e emancipação que atravessa todo o pensamento basagliano: o valor da liberdade de cada indivíduo, como um ponto de partida para qualquer processo de tratamento. “A liberdade é terapêutica” – se escreverá sobre os muros de Trieste, alguns anos mais tarde. O exercício efetivo de poder ficou, aqui, simbolizado pela ocupação da mesa de presidência da assembleia em Gorizia. Dialeticamente, se desenvolverá, do manicômio para o território, um novo caminho identitário para os ex pacientes.

No percurso histórico evocado, queremos propor cinco elementos que recordam aqueles que são típicos do *recovery*: a esperança, o suporte relacional, o poder de decisão, a autoestima e o senso de recuperação e de identidade.

A esperança se reforça quando Basaglia "coloca a doença mental entre parênteses" (BASAGLIA, 1991) e declara não estar interessado na patologia, mas na pessoa, em sua complexidade existencial e no reconhecimento dos seus direitos.

"Reconstruir-se uma vida", torna-se possível, ou, pelo menos, facilita a reconstrução através da demonstrada conquista de uma "nova" identidade da pessoa com problemas de saúde mental: de "paciente passivo" a "participante ativo" da transformação institucional. Com a aprovação da lei de reforma psiquiátrica, em 1978, esse caminho não só é reconhecido e valorizado, mas também está consagrado na plenitude da cidadania.

A segunda característica importante deste caminho para a liberdade é o suporte relacional. Estamos falando de um processo coletivo de luta contra o manicômio. Nele, todos foram envolvidos: os usuários, os terapeutas, os administradores públicos, os cidadãos. Naquela ocasião, os trabalhadores da saúde mental compreenderam a necessidade de combater o estigma dentro de si, antes de combatê-lo na opinião pública: eles fizeram um radical processo de auto recuperação e autocrítica. No caminho que conduz ao fim do manicômio, entenderam o valor de escutar a si mesmo, de levar-se à sério, de extrair energia a partir de um esforço pessoal e coletivo de renovação.

A passagem da *instituição negada* (instituição psiquiátrica) à *instituição inventada* (serviços comunitários) implica numa virada de 180 graus no modo de considerar a doença mental (ROTELLI, 1988): do foco na "reparação de déficit" ao foco nos "pontos fortes" pessoais e comunitários. A fim de realizar a promoção de um poder social - e esta é a terceira característica colocada em questão - nasceram as cooperativas de trabalho. Subverteu-se a abordagem tradicional de reabilitação, que procede de forma gradual, através da "preparação" para chegar à "implementação" (*place and train*): aprender as habilidades cotidianas e depois procurar uma casa; aprender a estar com os outros e em seguida, encontrar os amigos; em primeiro lugar fazer os trabalhos "protegidos" e depois os trabalhos "reais" e assim por diante. A consequência disto (amplamente demonstrada) é que geralmente acaba-se permanecendo indefinidamente na fase de "preparação" enquanto a vida passa.

A prevenção sistemática do risco, envolve a renúncia de experiências e da oportunidade de adquirir habilidades imprevistas. Na *instituição inventada* a escolha de "pôr em prática" implicou, naturalmente, no direito de falhar. Mas a "dignidade do risco" provou, no entanto, ser uma parte integrante dos direitos de cidadania e diz respeito tanto ao paciente quanto ao terapeuta.

A prática basagliana demonstrou que as pessoas tendem a assumir a responsabilidade por suas vidas e colocar-se verdadeiramente em um processo de inclusão

quando são reconhecidos, de forma sistemática, os direitos, a dignidade, a autonomia de julgamento, a escuta e o respeito. Esta é a quarta característica de que falamos. Esta recuperação de autoestima e responsabilidade não permanece teórica, não é referida a outras agências sociais, envolvidas em processos de mudança. No momento no qual as pessoas se reconhecem como “organizações orientadas a uma finalidade”, elas têm a necessidade de aprender rapidamente a partir de experiências reais, como ocorreu com o surgimento das cooperativas e associações de usuários. Por esta razão, as experiências devem estar “prontamente disponíveis”. A inclusão precisa um sistema efetivo de oportunidades. Eis então uma outra característica: a inclusão social é a coexistência entre o suporte e as oportunidades (MARIN; BON, 2012). Uma das principais características da nova psiquiatria italiana reside, de fato, na transição de um simples “perceber-se” - através de um processo, mais ou menos direto, de consciência dos conflitos internos - para um efetivo “realizar-se” do sujeito na prática dos direitos.

Finalmente, é no exercício prático da cidadania que se desenvolve a recuperação do sentido da vida e da própria identidade. Acontece que o cidadão "reabilitado" se avalia, inevitavelmente, no enfrentamento das contradições que atravessam o seu cotidiano social. É, por isso, obrigado a analisar não só a violência institucional do “manicômio”. Ele é obrigado a agir sobre as raízes sociais e os mecanismos de reprodução da exclusão, que se encontram, inclusive, no território. "Reabilitar a cidade, em vez de reabilitar pacientes": declarava-se, precisamente, no processo de desinstitucionalização realizado em Imola (Itália) nos anos 90 (VENTURINI, 2016). Ao invés de incentivar o surgimento de grupos ou familiares de usuários específicos, se procurava escapar de novas catalogações ou ideologias, fomentar associações transversais baseadas em práticas de cidadania. Dentro delas, os usuários podiam trazer os seus problemas e reconhecer-se em um processo comunitário mais amplo. As experiências de identidade de grupo específico (de pacientes) podem, de fato, abrir-se à participação, mas elas também podem engrossar as fronteiras entre quem está dentro e quem está fora, a ponto de obstruir a abertura às experiências que estão além do "próprio horizonte" identitário. Sempre pareceu necessário, em essência, perguntar-se sobre a normalidade ao invés de o fazer sobre a anormalidade: pensar a emancipação, ao invés da reabilitação.

A desinstitucionalização, sempre que possível, moveu-se “*no otimismo da vontade, ao contrário do pessimismo da razão*”, como costumava dizer Basaglia (1979), citando o pensamento de Antônio Gramsci (GRAMSCI, 1971). Este processo, com grande dificuldade, tem construído, desde o início, uma utopia: a de cada um de nós, em nossas vidas, através da transformação do fazer e do nosso modo de ser.

Todo este processo crítico e histórico delinea a especificidade de um projeto capaz de dar vida à utopia emancipadora: um serviço “efetivamente” orientado ao *recovery*.

4 SERVIÇO ORIENTADO AO *RECOVERY*?

Dos questionamentos e esclarecimentos até aqui delineados emerge um conjunto de princípios se configuram como um serviço “efetivamente” orientado ao *recovery*.

O primeiro diz respeito aos profissionais de saúde mental. Além do pressuposto do trabalho em equipe, coletivo, destaca-se que os psiquiatras, os psicólogos, os assistentes sociais, os terapeutas ocupacionais, os enfermeiros, todos deveriam se conectar, se envolver, com a questão mais fundamental: o processo de inclusão social. Isto significa a aderência prática e ativa contra todas as formas de manicômios e contra uma psiquiatria que tolere, mesmo que não as defenda, a sua presença e, pior, centralidade. A rede de serviços públicos substitutivos é o território de sustentação do *recovery*.

A simples presença do manicômio produz e sustenta os mitos da periculosidade e da degeneração. Traduz a desconfiança na capacidade da pessoa com graves transtornos mentais de poder “administrar”, gerir a sua crise e o seu sofrimento. O manicômio, na sua forma moderna e higiênica do hospital psiquiátrico, justifica definitivamente a ideia de exclusão e marginalização, agregando o ônus da irreversibilidade da trajetória do “doente mental”. Por isso, é fundamental que os trabalhadores da saúde mental abandonem os “instrumentos habituais” dessa psiquiatria hegemônica e tradicional: o eletrochoque, o uso massivo e desproporcional de psicofarmacos, a exclusão da comunidade, das relações sociais, que valida o sequestro da responsabilidade coletiva.

Para se falar de *recovery*, na tradição italiana este artigo recupera, os trabalhadores da saúde mental, ainda dominados pela ideia totalizante de que a psiquiatria é “proprietária” dos “doentes mentais”, tem que mudar de posição, necessariamente. Abandonar os esquemas moralistas, repressivos, e aceitar o fecundo risco que significa a liberdade: o direito da pessoa.

Um serviço orientado ao *recovery* deveria fornecer, através de seu quadro funcional, o otimismo e a esperança, oferecendo instrumentos que facilitassem os processos de subjetivação emancipadores, traduzidos como: empoderamento, reabilitação psicossocial, oferta de espaço de encontro com pessoas que vivam experiências ou situações semelhantes, reconstrução de laços sociais e de realização de respostas de caráter estrutural que atuem na recomposição ou construção mesma dos direitos fundamentais da pessoa (rede de relações afetivas, casa, trabalho entre outros).

No que concerne à estrutura, por princípio, um serviço orientado ao *recovery*, se fundamenta na qualidade dos processos que enseja e não necessariamente no afã dos resultados. Aqui se refere aqueles onde a interação com o contexto social seja um elemento central, oferecendo o acolhimento e a oportunidade de participação e de senso de pertencimento à vida, numa perspectiva não adaptacionista, mas criativa e propositiva. Não se trata de estruturas de reprodução de normalidade dominante. Isso só é possível se toma a forma de uma rede de cuidados conectada com a mais ampla rede social possível, oferecendo a possibilidade de trocas reais e de relações não estritamente terapêutica ou tuteladas.

Sabemos que as relações, a participação, podem permanecer apenas potenciais e abstratas se o sujeito não recupera ou não adquire capacidade de acreditar em si mesmo e no “outro”. Aqui se configura outro princípio fundamental. Esta capacidade de confiança não pode ser imposta ou induzida. Ela nasce e se cultiva em um contexto, que parte da rede de saúde mental, onde o cotidiano seja feito de encontros, de atividades de agregação e socialização, de participação em atividades culturais, sociais, lúdicas, de auto reconhecimento e mútua colaboração. A redefinição de si mesmo é um longo caminho de pesquisa, invenção e construção que não é fácil. A rigor é um esforço permanente (não apenas para as pessoas com transtornos e que “ganham” diagnósticos psiquiátricos e psicológicos). Fala-se de um serviço que saiba acompanhar a pessoa enquanto ela precise e até que ela possa acessar e livremente escolher a rede informal da qual necessita.

A qualidade e a intensidade das relações dependem da compreensão do papel do outro: seja o trabalhador da saúde mental, seja a pessoa que vive a experiência do distúrbio mental, ou ainda os possíveis outros sujeitos que darão forma aos necessários encontros e laços afetivos e sociais. Quem é o outro?

Na perspectiva basagliana, a tensão e a atenção são sempre dirigidas para a complexidade de um processo de emancipação, individual e coletivo, que parte do exame das contradições dos saberes e dos poderes da psiquiatria, de uma compreensão crítica da vida em sociedade e se atualiza na prática da cidadania.

Ainda que se corra o risco da redundância, vale a pena indicar, caminhando para a conclusão deste artigo, a “A Carta do *recovery*: os serviços de saúde mental e a melhora” (DEPARTAMENTO DE SAUDE MENTAL DE TRIESTE, 2014). Nesta carta, construída através de um processo participativo e de atualização, 10 pontos são enfatizados e desenvolvidos de modo a caracterizar os serviços necessários:

- . Centralização na pessoa (usuário) e suas necessidades, valores e preferencias.

. Formação para todos, articulando saberes oriundos da experiência com os saberes técnicos.

- . Inserção no trabalho e inclusão social.
- . Luta contra o estigma e a opressão interior
- . Apoio às pessoas significativas e à mútua colaboração entre usuários.
- . Qualidade dos espaços.
- . Atenção crítica em relação aos psicofarmacos.
- . Apoiar os processos de aquisição de direitos.
- . Valorização de comitês de ética e de participação social.

Estes pontos reforçam e colocam em evidência a aplicabilidade dos princípios acima delineados e que enfocaram os trabalhadores da saúde mental, os usuários dos serviços, a estrutura dos serviços, a comunidade e a sociedade.

5 CONCLUSÃO

A título de conclusão, afirmamos as questões que foram colocadas a princípio e que agora revelam ainda mais a sua centralidade: é possível pensar o *recovery* em presença do “manicômio”, subtraindo a crítica às instituições sociais? A psiquiatria que abraça o *recovery* ainda detém o monopólio da loucura? Onde se encontra a radicalidade que o tema enseja? É possível que o modelo biomédico conviva, sem atritos, com a perspectiva ética da emancipação e a conquista de autonomia?

É clara, a partir das considerações tecidas neste artigo, a forte sintonia no reforço do protagonismo dos usuários, entre os dois movimentos - aquele anglo fônico de *recovery* e aquele da Psiquiatria Democrática italiana que se projeta na luta antimanicomial brasileira.

Talvez fosse mais oportuno, ao invés de nos referirmos genericamente a um mundo anglofônico, com a hegemonia inglesa e norte americana, remetermo-nos a um movimento que, no contexto dos serviços de saúde mental, são marcados por uma lógica individualista, neoliberal, que enfatiza mais estritamente a afirmação dos direitos da pessoa.

Aquilo que foi definido como modelo italiano remete a uma atuação de defesa de uma política de saúde mental específica, que resultou no processo de reforma psiquiátrica e sua legislação, onde o princípio do tratamento em liberdade é fundamental. Este paradigma orientou e ainda é fundamental para a compreensão de toda uma geografia de processos de mudança onde destaca-se a Itália, o Brasil, a Espanha, e outros países (não necessariamente latinos, mas fundamentalmente não anglo fônicos).

No primeiro caso, o *recovery* se focaliza nas potencialidades da pessoa.

Já nos casos em que opera-se um processo político de reforma, a tensão relativa à inovação do *recovery* é dirigida para a complexidade de um processo de emancipação, individual e coletiva, que, através do esforço crítico relativo às instituições psiquiátricas, se atualiza na prática da construção e afirmação permanente da cidadania.

Estas conclusões iluminam uma extensa área temática que se coloca entre o *recovery* e a luta antimanicomial, problematiza o conceito de reabilitação psicossocial, fertiliza os esforços de superação do sofrimento mental e da construção mesma da cidadania, quando pensamos em realidades, como a brasileira.

Podemos dizer que existe o perigo de ambiguidade (tudo muda, para nada mudar) em determinadas maneiras de aderir ao modelo do *recovery*. No entanto, este perigo é maior se ficar restrito a um problema teórico e ideológico, sem que se corra os riscos da prática emancipadora. A mudança real se opera no domínio da prática com todas as suas contradições.

Porém, sempre é necessário ter em mente, como alertamos ao início, o que nos diz Paulo Freire: “Ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho: os homens se libertam em comunhão” (FREIRE, 1987, 29).

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

ANGELL, M. The Illusions of Psychiatry. *The New York Review of Books*, New York, Julho 14 2011. Disponível em < <http://www.nybooks.com/articles/2011/07/14/illusions-of-psychiatry/?printpage=true> acesso em 10 de janeiro 2017.

ANTHONY, W. A. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, v.16, p.11-23, 1993.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Position statement on use of the concept of recovery*. APA Official Actions: Approved by the Assembly, maio, 2005.

BACCARI, I. O. P.; CAMPOS, R. T. O.; STEFANELLO, S. Recovery: revisão sistemática de um conceito. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, P. 125-136, Jan. 2015.

BARBATO, A. Il dibattito sulla guarigione in salute mentale tra retorica e realtà. *Souq Quaderni*, Milano, n. 9, 2014.

BASAGLIA, F (coord.). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Trad. Heloísa Jahn. 3a ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

BASAGLIA, F. La comunità terapeutica come base di un servizio psichiatrico. Realtà e prospettive. In: BASAGLIA, F. *Scritti I, 1953-1968, Dalla Psichiatria Fenomenologica all'esperienza di Gorizia*. Torino: Einaudi, 1982. p. 259-282.

COLEMAN, R. *Recovery, an alien concept?* London: Handsel Publishing, 1999.

DAVIDSON, L.; MEZZINA, R.; ROWE, M.; THOMPSON, K. "A life in the community": Italian mental health reform and recovery. *Journal of Mental Health*, v. 19, n. 5, p. 436-443, Oct. 2010.

DEEGAN, P. E. Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, v.11, p. 11-19, 1988.

DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL DE TRIESTE. *La carta della recovery. I servizi di salute mentale e la guarigione*. Trieste. 2014.

DUARTE, T. Recovery da doença mental: uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Análise Psicológica*. v.25, n.1, p.127-133, 2007.

EVERETT, B.; ADAMS, B.; JOHNSON, J.; KURZAWA, G.; KUIGLEY, M.; RIGHT, M. *Recovery rediscovered: implications for the Ontario mental health system*. Canadian Mental Health Association, Ontario, s/p, March. 2003.

FOOT, J. La "*Repubblica dei matti*" – Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978. Milão: Feltrinelli, 2014.

FOUCAULT, M. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FRANCES, A. *Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. William Morrow & Co, May 14, 2013.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GOULART, M. S. B. *De Profissionais a Militantes: a luta antimanicomial dos psiquiatras italianos nos anos 60 e 70*. 2004. Tese (Doutorado), Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Sociologia.

GRAMSCI, A. *Ottimismo e pessimismo in passato e presente* Roma: Editori Riuniti, 1971.

JACOBSON, N.; GREENLEY, D. What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services, APA*, v. 52, n. 4, p. 482–5, 2001.

KATSCHNIG, H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry*, v. 9, n. 1, p. 21–28, 2010.

HENRY, L. P.; AMMINGER, G. P.; HARRIS, M. G.; YUEN, H. P.; HARRIGAN, S. M.; PROSSER, A. L.; SCHWARTZ, O. S.; FARRELLY, S. E.; HERRMAN, H.; JACKSON, H. J.; MC GORRY, P. D. The EPPIC follow-up study of first-episode psychosis: longer-term clinical and functional outcome 7 years after index admission. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 71, p. 716-728, 2010.

LOPES, T. S.; DAHL, C. M.; SERPA Jr., O. D. de; LEAL, E. M.; CAMPOS, R. O. T.; DIAZ A. G. O processo de restabelecimento na perspectiva de pessoas com diagnóstico de transtornos do espectro esquizofrênico e de psiquiatras na rede pública de atenção psicossocial. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n.3, p. 558-571, julho/set 2012.

MARIN, I.; BON, S. *Guarire si può*. Persone e disturbo mentale. Merano: Ed. alpha beta Verlag, 2012.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. *What is Schizophrenia?* Disponível em <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml>, acesso em 13 de março de 2014.

NEW ZEALAND MENTAL HEALTH COMMISSION. *Our lives in 2014: a recovery vision from people with experience of mental illness*. Thorndon Wellington: New Zealand Mental Health Commission, 2014.

O'HAGAN, M. Recovery in New Zealand: Lessons for Australia? *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, v. 3, n. 1, 2004.

RAMON, S.; HEALY, B.; RENOUF, N. Recovery from mental illness as an emergent concept and practice in Australia and the UK. *International Journal Social Psychiatry*, v. 53, n. 2, p. 108-122, March 2007.

ROTELLI F. L'istituzione inventata. *Per la salute mentale/ for mental health*, *Rivista del Centro Regionale Studi e Ricerche sulla Salute Mentale*, Friuli Venezia Giulia, n. 1, v. 88, s/p, 1988.

SARAGA M., STIEFEL F. Psychiatry and the scientific fallacy, *Acta Psychiatrica Scandinava*, v.124, p. 70-72, 2011.

SELLS, D. J.; STAYNER, D.A.; DAVIDSON, L. Recovering the self in schizophrenia: an integrative review of qualitative studies. *Psychiatric Quarterly*, v. 75, n.1, p. 87–97, 2004.

SLADE, M.; AMERING, M.; FARKAS, M.; HAMILTON, B.; O'HAGAN, M.; PANTHER, G.; PERKINS R.; SHEPHERD, G.; TSE, S.; WHITLEY, R., Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry Association*, v.13, p.12-20, 2014.

VASCONCELOS, E. M. Reinvenção da cidadania, *empowerment* no campo da saúde mental e estratégia política no movimento dos usuários. In: Amarante P. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. pp. 169-194.

VENTURINI, E., *A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

WARNER, R. *Recovery from schizophrenia. Psychiatry and political economy*, London: Routledge and Kegan Paul, 1985.

WHITLEY, R; DRAKE, R. Recovery: a dimensional approach. *Psychiatric Services*, APA, v. 61, p. 1248-1250, 2010.

WUNDERINK, L.; SYTEMA, S.; NIENHUIS, F. J.; WIERSMA, D. Clinical recovery in first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, v. 35, p. 362-369, 2009.