



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Marília



**CULTURA
ACADÊMICA**
Editora

Giuseppina Ridente

Rossana Maria Seabra Sade

Como citar: SADE, Rossana Maria Seabra. Giuseppina Ridente. *In:* SADE, Rossana Maria Seabra. **Portas abertas:** do manicômio ao território: entrevistas triestinas. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014. p. 129-148.
DOI: <https://doi.org/10.36311/2014.978-85-7983-546-9.p129-148>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

GIUSEPPINA RIDENTE



Psiquiatra, trabalha no Departamento de Saúde Mental Trieste desde 1981. Em 2001, assumiu a direção do *Servizio di Abilitazione e Residenze (SAR)*, que atua principalmente nas seguintes áreas: estruturas residenciais; elaboração de programas personalizados mediante o instrumento inovador *budget di salute*; promoção de programas de formação e inserção laboral para pessoas que frequentam os centros de saúde mental; atividades de suporte às cooperativas sociais para melhorar as ofertas de trabalho. Desde 1990, é docente no Curso de especialização em saúde mental da Escola de Enfermagem Profissional de Trieste. Desde 1987, colabora nas atividades do Centro de Investigação em Saúde Mental da Região Friuli-Venezia Giulia, com especial atenção para a questão de gênero e saúde mental.

Participou, como especialista, de um programa realizado no Hospital Psiquiátrico de Thessaloniki (Grécia) promovido pela Comissão Europeia e de um programa promovido pela OMS pan-americana no Hospital Psiquiátrico de Santo Domingo (República Dominicana). Em 2009, colaborou com o Hospital Psiquiátrico de Belém, na Palestina, como consultora da OMS. Desde 2011, é consultora da OMS no Hospital Psiquiátrico de Bolu, na Turquia (um dos lugares onde é desenvolvido um projeto-piloto sobre saúde mental e incapacidades). Desde 2007, colabora com o Centro de Investigação de Trieste na pesquisa *Developing a Model of Best Practice in Institutional Care Service User Interview (DEMOBinc)*, financiado pela União Europeia.

Realizamos a entrevista em sua sala, no SAR, com Pina sentada à sua mesa, e eu em sua frente. Olhou as perguntas e começamos a conversar num clima bastante formal que, ao longo da entrevista, foi tornando-se descontraído. A partir desse dia, estabelecemos um relacionamento de grande amizade. Quando a encerramos, Pina disse: “como nunca tínhamos nos aproximado neste tempo em que você esteve aqui, conhecia somente a sua forma de chegar às reuniões: devagar e na ponta dos pés, para não fazer barulho; poucas vezes conversamos. Que bom que tivemos esta oportunidade de nos conhecer”.

Como são concebidos, nos serviços de saúde mental de Trieste, os diferentes percursos de habilitação e de reabilitação?

A reabilitação está relacionada principalmente com a reconstrução de direitos de cidadania, com a criação de oportunidades concretas e em contextos reais que permitam que as pessoas com transtornos mentais sejam cidadãos como todos os demais e, mesmo necessitando de cuidados e apoio, às vezes de forma consistente, desenvolvam e mantenham um grau de autonomia possível. O trabalho de reabilitação, portanto, pressupõe que pessoas capacitadas ofereçam ações de suporte para que os usuários dos serviços recuperem habilidades perdidas ou adquiram outras novas, mas, sobretudo, que existam situações onde as pessoas possam utilizar essas habilidades, ou seja, o que chamamos de sistema de oportunidades. É justamente a coexistência entre suporte e oportunidades que permite a inclusão social. Além disso, é preciso não se esquecer de que todas as pessoas têm objetivos, talentos,

recursos e que a subjetividade dos indivíduos não pode ser ignorada como recurso potencial.

No início do trabalho de transformação radical das instituições psiquiátricas em Trieste, as pessoas que se encontravam no manicômio tinham sido privadas, por causa da internação, de todos os seus direitos civis, propriedades, relações sociais, não tinham praticamente mais nada. Naquela circunstância, transformar radicalmente o significado de cuidado, não mais voltado para o tratamento dos sintomas, da doença, mas sim, principalmente, para a criação de oportunidades – como ter uma casa, um trabalho, lugares onde encontrar outras pessoas e construir relações sadias e livres – foi a resposta fundamental sem a qual qualquer outro tipo de intervenção teria sido inútil. A partir de então, a trajetória foi longa, entusiasmante, mas também difícil, por exemplo para enfrentar os obstáculos que impediam a concretização de processos de inclusão real das pessoas que sofrem de transtornos mentais, ou para estabelecer as alianças necessárias à construção de oportunidades de vida real como moradia, trabalho, lugares onde encontrar amigos. Alcançar esses objetivos em escala cada vez mais ampla, visto que o número de usuários que têm acesso aos serviços aumenta progressivamente, requer um trabalho constante e muita perseverança, criar e recriar continuamente, tentando evitar, ainda, fáceis prevaricações. Hoje, as pessoas que chegam aos centros de saúde mental, após uma ruptura na própria vida causada por um sofrimento mental, encontram muitas oportunidades e respostas às próprias necessidades, embora os profissionais frequentemente tenham a sensação de que os recursos disponíveis não sejam suficientes. Nesse sentido, a colaboração com outros serviços é indispensável para multiplicar os recursos. As propostas são, de fato, muitas: respostas habitativas, relacionadas ao trabalho e, principalmente, respostas que permitem às pessoas vivenciar novas identidades e novas situações em que não se relacionam somente pela doença – que muitas vezes torna-se o centro de suas vidas – mas são tratadas como pessoas que podem mostrar outros aspectos de si, que possuem potencialidades. Estes são espaços onde as pessoas podem vivenciar e fortalecer a sua parte mais vital, readquirir confiança e esperança de conseguir vencer dificuldades, reativar a vontade de viver que muitas vezes a doença interrompe, superar a sensação de solidão que sempre acompanha o sofrimento.

Cabe ressaltar que as formas de cuidado, hoje mais amplas, são também mais discutidas e avaliadas pelas pessoas diretamente envolvidas. A transformação radical produzida pela Lei 180 em todo o sistema de atenção psiquiátrica favoreceu o surgimento de novas subjetividades, autonomias e alianças, embora não possamos esquecer que a questão dos “poderes” (poder de decisão, de gestão e de autodeterminação) em psiquiatria continua sendo uma questão fundamental que todos os serviços de saúde mental devem enfrentar, construindo percursos e processos de participação dos usuários, se têm como objetivo favorecer o empoderamento dos atores sociais, como indicado em várias declarações da OMS.

As pessoas adquiriram mais capacidade crítica no que se refere às formas de cuidado oferecidas pelos serviços e têm mais consciência das próprias necessidades e do próprio percurso de *recovery*³. O grupo *Articolo 32* (o artigo 32 é o artigo da constituição italiana que trata do direito à saúde como direito fundamental), por exemplo, que se reúne toda semana, está tornando-se, cada vez mais, um interlocutor importante para o Departamento de Saúde Mental, além de ser um espaço onde os usuários encontram força, podem expressar seus próprios conceitos de saúde e de cura. No que se refere a esse tema, hoje, o debate é muito mais amplo; não há uma única visão sobre cuidado e cura. A subjetividade, a opinião de cada indivíduo e das pessoas envolvidas, tornam-se importantes e determinantes para a escolha de um percurso útil para uma pessoa específica; ao mesmo tempo, é impossível, hoje, propor respostas válidas para todos. Apesar disso, algumas respostas a necessidades básicas são essenciais para todos; não ter onde morar, estar completamente sozinho, não possuir uma renda, não ter oportunidades de se relacionar constituem obstáculos em qualquer processo de *recovery* e bem estar da pessoa. A questão do habitar, a necessidade de uma casa, por exemplo, é fundamental nos processos de autonomia e de afirmação da própria subjetividade; a falta ou a impossibilidade de habitar uma própria casa, portanto, são fatores que agravam qualquer tipo de dificuldade e, às vezes, são até a principal causa de um problema, quando as pessoas são

³ Em italiano, o termo *recovery* é traduzido como *ripresa* (“recuperação”) ou *guarigione* (“cura”), sendo mais usado no feminino. No Brasil, ainda pouco utilizado, é traduzido sobretudo como recuperação, cura, mas também restabelecimento. Embora tenha sido encontrado somente como substantivo masculino em textos atualmente publicados em português, o termo *recovery* foi usado no feminino nos dois textos em que aparece neste livro por explícita solicitação da entrevistada, que o considerou necessário para manter uma coerência de gênero com as palavras recuperação e cura, usadas para traduzi-lo. (N. T.).

obrigadas a conviver com quem não desejam ou quando essa convivência é prejudicial. Acontece, com frequência, que justamente as pessoas mais frágeis e marginalizadas, ou seja, as que mais necessitam de um espaço que lhes ofereça acolhimento e segurança, têm menos oportunidade de possuir uma casa própria com a qual se identifiquem, ou onde possam se recolher, e isso produz mais fragilidade e insegurança.

Como está organizado o trabalho no Serviço de Habilitação e Residencialidade?

Este serviço desenvolve programas para favorecer a reintegração das pessoas com sofrimento psíquico através da ampliação de possibilidades de vida real, oferecendo suporte para projetos terapêuticos personalizados que propõem, contemporaneamente, ações nos três eixos fundamentais relacionados ao funcionamento social do indivíduo, moradia, trabalho e interação social, que atendem às principais necessidades da vida de qualquer pessoa. Trabalhamos em estreita relação com os centros de saúde mental, elaborando projetos e programas que envolvem a pessoa e toda a sua rede de relações. Quando uma pessoa não se sente bem e procura um centro de saúde mental, justamente porque ela não está bem, ou porque não tem um trabalho, não pode mais morar na sua casa, com seus familiares, ou não consegue mais morar sozinha, ou, ainda, não possui uma casa, é importante oferecer respostas concretas, como parte de uma atenção mais ampla, que leve em consideração os aspectos clínicos, mas não só isso. Essas questões são imprescindíveis, pois se depois de um período de acolhimento no centro de saúde mental uma pessoa superar o momento mais crítico, mas voltar para uma situação em que suas necessidades básicas não sejam atendidas e em que não receba nenhuma ajuda para vencer dificuldades e construir relações e contextos positivos e produtivos, ela não poderá iniciar uma trajetória de recuperação, nem encontrar uma nova maneira de estar no mundo.

Para oferecer respostas mais amplas e articuladas no território, é fundamental colaborar com outros atores sociais presentes na comunidade, como cooperativas, associações, outros profissionais, bem como estabelecer alianças com outros serviços, como a *Azienda Territoriale per l'Edilizia Residenziale* – ATER, órgão da Região Friuli-Venezia Giulia que oferece moradias para as pessoas menos favorecidas com o qual, mediante a atribuição de mo-

radias, foi possível desenvolver projetos fortemente emancipatórios para muitas pessoas. É preciso construir alianças e parcerias com atores sociais que ajudem a multiplicar as respostas; aliás, foram essas alianças que permitiram oferecer vários tipos de respostas, personalizando ainda mais as propostas. Uma das palavras-chave desse processo é a “personalização” do projeto, para que cada pessoa possa receber uma resposta mais condizente com as próprias necessidades e, dessa forma, aderir mais facilmente ao projeto que lhe é proposto, elemento indispensável para que o projeto tenha êxito. De fato, somente através do consentimento e da adesão ao projeto pode-se ter algum tipo de garantia de que será realizado. Ao contrário, se a pessoa participar passivamente de propostas com as quais não concorda realmente, é provável que serão investidos muitos recursos e energias, sem obter nenhuma transformação.

Como se deram o processos de transformação relacionados à residencialidade?

A questão do habitar e dos espaços sempre foi considerada fundamental no campo da saúde mental; o fechamento do hospital psiquiátrico foi possível graças ao fato de que tinham sido encontradas casas para as pessoas morarem em grupos mais ou menos grandes. A primeira residência, criada em 1973 aqui no Parque de San Giovanni, foi realizada em um belo edifício de dois andares, onde antes ficava a direção do hospital; até o ano passado, moravam ali cerca de dez senhoras, algumas das quais ainda se lembram muito bem das histórias do “manicômio”, visto que nele tinham sido internadas. Desde então, muitas coisas mudaram, as necessidades das pessoas mudaram, bem como seu poder contratual. Assim, se na fase de fechamento do hospital psiquiátrico a prioridade era fazer com que as pessoas saíssem do hospital e para isso foi necessário e possível criar residências terapêuticas utilizando os prédios dos antigos pavilhões transformados em moradias para até quinze pessoas, hoje, seguindo a meta de personalização dos projetos, isso não pode mais ser proposto e o grupo de pessoas considerado mais apropriado para que uma convivência dê certo deve ser, no máximo, de quatro, cinco pessoas. Quando o grupo de pessoas em uma residência é grande demais, certamente prevalecerão as necessidades e o ritmo da instituição e não os das pessoas. Se, por exemplo, todos quiserem pôr a mesa ou ajudar a cozinhar em um lugar onde moram muitas pessoas, isso deixará de ser uma riqueza e se transformará facilmente em uma difi-

culdade de gestão cuja resposta provavelmente será dada com a imposição de regras restritivas. Ao contrário, nos lugares onde moram três-quatro pessoas, será mais simples, mais espontâneo para cada um encontrar uma forma de colaborar na rotina daquela casa, conquistando, assim, pequenos espaços e participando das coisas que lá acontecem, sem ser um hóspede passivo.

Em 2005, estabelecemos um primeiro limite máximo e definimos que cada residência não poderia ter mais do que oito pessoas. As pessoas foram saindo, aos poucos, das residências com mais de oito hóspedes: algumas eram muito idosas e faleceram; outras foram para casas de repouso, mas só treze pessoas em dez anos; outras, enfim, foram para apartamentos menores em outras áreas da cidade. A segunda mudança muito importante ocorreu em 2006, com a introdução do *budget di salute*, ou seja, um método inovador de financiamento de projetos personalizados que permitiu afirmar a necessidade de definir, para cada pessoa, um projeto personalizado, com objetivos bem claros.

Só para o budget di salute se elabora um projeto personalizado?

Em um projeto personalizado, *budget di salute* é o conjunto de recursos necessários para a sua realização, dos financeiros a todos os demais tipos de recursos que devem ser utilizados. Os projetos personalizados sempre fizeram parte do estilo de trabalho aqui em Trieste: as necessidades, não só estreitamente sanitárias, de cada pessoa precisam de respostas pessoais, específicas e amplas e isso requer diferentes olhares e recursos. O *budget di salute*, porém, tornou mais explícito e fortaleceu esse método de trabalho.

O *budget di salute* pode ser um instrumento muito válido por aproximar-se o mais possível das necessidades das pessoas e por oferecer respostas flexíveis e personalizadas que se adaptam melhor às necessidades mais amplas, levando em conta os recursos já disponíveis e os que podem ser mobilizados. Com ele não se trabalha mais com “pacotes de ações”, estruturas residenciais, conjuntos indiferenciados que compreendem várias ações e várias pessoas, mas sim com orçamentos individuais que definem melhor os processos e garantem que serão monitorados e avaliados.

Para introduzir o *budget di salute*, em 2006, foi preciso compreender melhor quais eram os custos e os recursos não só financeiros necessários à

realização de um determinado projeto personalizado. Essa primeira etapa do processo também foi muito importante, pois para modificar as formas de residencialidade, por exemplo, saber exatamente qual era o custo de manter uma pessoa em uma residência terapêutica 24 horas fez com que os profissionais refletissem mais sobre a necessidade de continuar com esse tipo de suporte ou sobre a possibilidade de investir aqueles recursos em algo diferente e mais útil para essa pessoa, por exemplo no aluguel de um apartamento. Tal estudo evidenciou que saber o custo de cada ação terapêutica representava um instrumento de trabalho útil também para os profissionais de saúde, não somente para os administradores. Além disso, a introdução do *budget di salute* mudou a relação com os parceiros que colaboram com o Departamento de Saúde Mental na realização desses projetos, como as diversas cooperativas sociais. No começo, as residências eram geridas por enfermeiros psiquiátricos; depois, a falta de enfermeiros e o custo das contratações levaram a um processo de terceirização, nos anos 90, e a gestão das estruturas residenciais passou, então, para cooperativas sociais.

Em Trieste, as cooperativas e o Departamento de Saúde Mental estabeleceram uma relação de estreita colaboração; trabalham juntos até na elaboração dos projetos, mas o serviço público tem a função de supervisionar e monitorar a sua qualidade. A introdução do *budget di salute*, de fato, fortaleceu essa relação de parceria já existente. Esses parceiros não só gerenciam estruturas residenciais; uma cooperativa deve ser uma empresa que crie oportunidades de moradia, trabalho e socialização e que forneça, ao mesmo tempo, suporte para que as pessoas possam usufruir dessas oportunidades. Para isso, o Departamento de Saúde Mental deve ser responsável pelos projetos e pelos cuidados oferecidos às pessoas, desempenhando um papel de controle geral de todos os recursos utilizados. A partir de então, a avaliação e o monitoramento dos projetos tornaram-se constantes e acurados: os parceiros, as pessoas envolvidas no projeto e os serviços encontram-se para verificar se o projeto está dando resultados, ou se é melhor modificá-lo. Tal procedimento visa, principalmente, garantir que o programa seja compartilhado, transparente e avaliado periodicamente. Desta forma, é possível também promover uma participação verdadeira e um protagonismo efetivo dos usuários nos projetos elaborados para eles.

Este processo é importante, pois, muitas vezes, os projetos começam bem, mas depois perdem-se um pouco de vista seus objetivos; nem sempre se trabalha com objetivos e resultados esperados e, às vezes, cai-se numa rotina, principalmente no que se refere a projetos de residencialidade.

Um projeto personalizado, elaborado por várias pessoas, assinado por todos os que nele estiverem envolvidos, inclusive pela própria pessoa a quem é destinado, e que é avaliado pelo menos a cada seis meses, permite melhorar a qualidade das ações terapêuticas e alcançar os objetivos estabelecidos.

É o que o Rotelli chama de instituição inventada, ou seja, todo dia, você precisa refletir sobre a desinstitucionalização, caso contrário você fica na inércia do trabalho que produz cronicidade no sistema?

Exatamente. Mesmo tratando-se de uma boa estrutura organizativa, não significa que possa permanecer inalterada. As pessoas e suas necessidades mudam com certa rapidez, assim como mudam rapidamente as culturas e as formas de vida em sociedade. As mudanças, as inovações organizativas, portanto, devem ser objetivos constantes de todas as instituições. As coisas precisam ser renovadas; mesmo quando funcionam, devem pelo menos ser avaliadas.

Vivemos numa realidade em movimento, é assim para todos nós: o que consideramos bom num determinado momento da nossa vida, pode não atender mais às nossas necessidades um ano depois. É preciso, portanto, avaliar com cada pessoa para compreender se realmente o tipo de resposta, se os programas nos quais a pessoa está inserida ainda são apropriados e úteis. No que se refere à residencialidade, o risco maior é a repetição de gestos e ações. Trata-se de lugares onde as pessoas moram, mas que não são realmente suas casas, são “como se fossem” as suas casas, mas nunca o são realmente. Em geral, as pessoas que vão para uma residência terapêutica são as que têm menos poder contratual e que correm maior risco de serem estigmatizadas e consideradas inválidas; são, portanto, as que encontram mais obstáculos para exercer seus direitos fundamentais como cidadãos. E é exatamente para essas pessoas que se corre o risco de propor formas de gestão despersonalizantes, reconstruir guetos, recriar condições de institucionalização. Numa situação como essa, por uma questão de simplicidade organizativa, é fácil que se tenda a criar uma rotina de trabalho assistencial

que se repercutirá na vida das pessoas que moram nessa residência e que serão obrigadas a segui-la. Sobretudo os profissionais que trabalham todos os dias com pessoas que frequentemente têm menor poder contratual correm o risco, constantemente, de cair numa rotina e acabar fazendo escolhas e tomando decisões por elas. Isso tudo tem pouco a ver com a dinamicidade da vida, com a potencialidade da vida. A possibilidade de correr um pequeno risco deve estar presente em todas as situações, pois é o risco da liberdade, de poder fazer algo que também foge às regras da vida cotidiana. Essa dimensão precisa estar presente na vida de uma pessoa. Mesmo que a residência seja bem organizada, mesmo que seja um lugar onde se oferece uma vida digna – e é claro que, antes de mais nada, deve-se garantir isso, pois em muitos lugares isso não acontece – não haverá muita possibilidade de evoluir. É justamente nesses contextos que a personalização dos projetos e a possibilidade de adaptar continuamente as ações terapêuticas à medida que as situações vão-se modificando são importantes para manter uma atenção constante nas necessidades de cada pessoa.

Além disso, é preciso manter a atenção alta em relação à forma de organização das estruturas residenciais, avaliá-las constantemente, colocar sob uma lente de aumento alguns mecanismos que já são vistos como naturais, questionar os procedimentos para evitar considerá-los óbvios, pois tendemos a acostumar-nos com o que fazemos, perdendo um olhar crítico.

O fim do hospital psiquiátrico não significa o fim do percurso de desinstitucionalização, pois este é um processo complexo que inclui vários aspectos, que envolve todos os setores da vida real em termos de construção de direitos para as pessoas e que requer mudança para um paradigma que não se baseie mais na doença, mas sim na saúde.

È preciso, portanto, mudar e desinstitucionalizar principalmente a relação com a loucura e a maneira como é considerada na mente e no ambiente cultural das pessoas, começando com os profissionais de saúde, para que se possa realmente modificar o modo como ela é considerada nas propostas de cuidado.

É muito importante que as pessoas tenham a possibilidade de fazer escolhas; o fato de poder escolher, entre várias propostas, a que mais atende às próprias necessidades e desejos muito contribui para o sucesso de um pro-

jeto. É mais fácil que um projeto seja realizado quando uma pessoa sente que quem está a seu lado tem realmente a intenção de ajudá-la a realizá-lo e que não lhe diz o que deve ou não deve fazer, culpando-a se não o faz, mas sim a ajuda, esclarece de que forma pode ajudá-la, mostra as possibilidades e pede para que a pessoa escolha e diga o que está disposta a fazer.

Devem-se oferecer oportunidades, portanto, mas em um contexto real, não fictício: o trabalho não deve ser realizado em uma oficina protegida, a moradia não deve ser uma instituição, a sociabilização deve ser promovida não em um centro diurno lotado de pessoas com grandes dificuldades, com os mesmos tipos de problemas, que estão ali só para passar o tempo; deve-se criar o maior número possível de oportunidades em um mundo real, com as suas contradições, mas um mundo verdadeiro, onde se transmite afetividade e as pessoas possam encontrar-se e escolher-se. Para isso, cooperativas, associações, grupos de autoajuda, entre outros, são importantíssimos e imprescindíveis para a construção de percursos de sociabilização destinados a todos, não somente a pessoas com problemas. Nesse espaço de normalidade, todos podem encontrar algo que os aproxime e compartilhar interesses.

Como se enfrenta a contradição, por exemplo, de pessoas que moram em uma residência, ou que frequentam um centro de saúde mental, mas que, todos os dias, ficam sentadas na estação de trem bebendo, ou sem fazer nada? Ou andam de ônibus o dia todo, às vezes entram e saem dos ônibus e ficam andando pelas ruas, caminhando às vezes dois dias sem meta pela cidade? O que se faz nesses casos? As pessoas sentem a necessidade de ser livres, caminhar, mas também são pessoas que precisam de ajuda, por exemplo, quando está fazendo muito frio, ou quando o vento Bora, de Trieste, está soprando forte. É um direito dessas pessoas, é verdade, mas, às vezes, elas ficam andando assim pela cidade porque não estão bem. O que se faz nessas situações? Ajuda-se, ou espera-se que as pessoas voltem para casa sozinhas? O que se faz, na prática?

É fundamental não confundir o direito de ser livre com o abandono da pessoa no seu sofrimento. Os serviços de saúde têm o dever de estar presentes; aproximar-se da pessoa que está mal e fazer o possível para ajudá-la é uma obrigação institucional. Se uma pessoa se afasta de uma residência e não retorna em dois dias, por exemplo, certamente é nossa obrigação procurá-

la, e é isso que se faz geralmente. Conhecendo seus hábitos, fazemos o possível para encontrá-la: vamos aos lugares onde achamos que ela possa estar, avisamos sua família, a polícia civil e todos os que possam ajudar nessa busca. Quando uma pessoa está mal e se afasta do centro de saúde mental, ou não aceita ajuda, torna-se prioritário usar todas as estratégias necessárias para aproximar-se e tentar convencê-la a aceitar ajuda, cuidados, mas respeitando seu direito de liberdade. Principalmente quando o fato de exercer seu direito de liberdade coloca em risco as pessoas, é preciso usar todas as estratégias e os recursos possíveis para que aceite ajuda, buscando respostas diversas e eficazes que as convençam, evitando a necessidade de recorrer a intervenções coagidas, que só devem ser utilizadas em último caso.

Infelizmente, não sempre é possível trabalhar da melhor forma; pode acontecer, então, que algumas situações não sejam percebidas, ou que, apesar do esforço, não se consiga aproximar uma pessoa que está muito mal, ou não se obtenha a sua confiança. Às vezes, esquece-se do dever de aproximar-se das pessoas que não aceitam facilmente cuidados; mesmo não sendo frequente, nesse caso as pessoas recebem a atenção da equipe somente no momento de uma nova crise.

O que se deve fazer, então?

Acho que o mais importante é fazer com que a pessoa reconheça que é útil para ela manter um contato com os serviços, que se sintam bem e que, superado um primeiro momento mais crítico, considere essa relação com o serviço interessante e positiva. É fundamental tentar estabelecer uma relação de confiança. Se a pessoa confiar no serviço e nos profissionais que cuidam dela, num momento de sofrimento será mais fácil que ela não vague pelas ruas e que peça ajuda àqueles profissionais, ao serviço. Segundo a minha experiência, sobretudo quando se trata de transtorno severo não reconhecido pela pessoa, se se trabalha com continuidade, na maioria das vezes consegue-se vencer a sua resistência. É preciso intervir com atenção, paciência e continuidade; não se cansar de ter que recomençar várias vezes, não desanimar, quando parece que não se conseguiu avançar nos objetivos. De qualquer forma, é importante promover ações que favoreçam essa proximidade; o serviço não pode ficar parado no lugar, esperando pelas pessoas, deve sempre propor novas estratégias e ir a suas casas, ir ao encontro delas.

Às vezes, perdem-se um pouco de vista algumas pessoas, o que também é justo, pois elas também devem ter a possibilidade de se afastar do centro de saúde mental, todavia não se pode perdê-las de vista completamente. Portanto, se não se sabe nada de uma pessoa por muito tempo, é importante não esquecê-la, encontrar uma maneira de entrar em contato com ela através de um telefonema, uma visita, mas sem invadir a sua vida privada.

Somente para dizer “Estamos aqui”.

Exatamente. Mostrar que estamos presentes, não perder de vista as pessoas que precisam de ajuda, organizar o trabalho do serviço para oferecer continuidade, até mesmo para os que mais oferecem resistência à essa continuidade, que é necessária. Muitas vezes, as pessoas recusam uma relação com o Centro por não compreenderem que tipo de ajuda podem receber, ou por identificá-la com algo repressivo ou restritivo da sua liberdade. Conseguir esclarecer que não se quer reprimir ou restringir a sua liberdade, mas sim, principalmente, enriquecer e oferecer oportunidades para melhorar a sua qualidade de vida favorece a relação terapêutica. A primeira vez que uma pessoa entra em contato com um centro de saúde mental porque está em crise, pode acontecer que ela não aceite, facilmente ou totalmente, um acolhimento noturno, mas se o primeiro impacto não for traumático e se o tempo de permanência se tornar progressivamente mais positivo, serão construídas as bases para uma relação de confiança.

É fundamental estabelecer relações e ampliar, também, as relações entre várias pessoas, entre vários atores sociais. Às vezes, a equipe não consegue manter contato com uma pessoa, mas talvez alguém de uma associação que tem parceria com o serviço sim, pois propõe uma relação mais informal e, por isso, mais aceitável, abrindo, assim, caminho para uma intervenção por parte da equipe de profissionais.

Por que essa relação é diferente, é um modo diferente de acolher as pessoas?

É uma relação de mais igualdade. É sempre uma relação de acolhimento, que visa fornecer à pessoa instrumentos para melhorar a sua qualidade de vida. De qualquer forma, tenho certeza de que as pessoas percebem quando um serviço está lá para ajudá-las e está à sua disposição, quando

tem a finalidade de ajudá-las a melhorarem, e compreendem quais são as vantagens dessa relação.

Um exemplo: nos últimos anos, fechamos algumas residências após a introdução do *budget di salute* e utilizamos os recursos para que as pessoas fossem morar sozinhas ou em pequenos grupos, continuando a receber o apoio necessário. O projeto tinha como objetivo melhorar a qualidade dos cuidados, mas para algumas pessoas não estava muito claro, no início, que estariam melhor naquela nova situação e, por isso, tiveram dificuldades de fazer essa mudança. Sabemos que sobretudo para pessoas que estão há muitos anos em situações estruturadas como a de uma residência terapêutica, mesmo diante de uma perspectiva de melhora, qualquer mudança é vista como um perigo, um risco que preferem não correr. Todavia, depois que as pessoas viram as suas novas moradias, menores, mais bonitas, em que podiam encarregar-se de algumas coisas e serem ajudadas em outras e que podiam senti-las como “suas casas”, foi possível fazer as mudanças muito rapidamente. Poder dizer “este é o meu espaço, portanto quero que esteja limpo, que seja bonito, quero que, quando chegar alguém, até mesmo um profissional, toque a campainha”, é muito importante. A mudança de atitude foi tão rápida que nos surpreendeu também; o fato de poder dizer “Esta é a minha casa” foi mais fortemente reabilitativo do que anos de medicamentos e de permanência em residências terapêuticas. Quando uma pessoa mora num espaço que não é seu, com regras que não são as próprias, com certeza se empenhará menos, pois terá menos esperança e confiança na sua capacidade de viver e no seu futuro. Ao contrário, se mesmo com algum risco lhe for atribuída essa capacidade, se a sua potencialidade for reconhecida, aumentará a sua esperança de conseguir viver dessa outra forma. Creio que este seja um aspecto fundamental: fazer crescer dentro da pessoa a esperança e a confiança de conseguir retomar a própria vida. Se os que estão ao redor dessa pessoa não lhe atribuírem responsabilidades, não acreditarem que ela possa conseguir mudar, é provável que a mudança fracasse. Ao contrário, se os que estão ao seu redor assumirem junto com ela a responsabilidade de enfrentar um desafio, seja qual for o resultado, será uma experiência de crescimento para a pessoa.

Você conhece o projeto da *Villa Carsia*¹. Ali mora um jovem, com grande capacidade intelectual mas com um transtorno psíquico severo, que enquanto morava numa residência com sete pessoas no Parque de San Giovanni percebia claramente que estava numa situação de bem pouca esperança de um futuro melhor, mais “normal”, com mais autonomia e mais satisfação para um jovem. Ele corria o risco de morar a vida inteira em uma residência para sete-oito pessoas que não tinha escolhido e parecia ter perdido qualquer expectativa; parecia que o seu destino fosse mergulhar cada vez mais em uma condição de perda de si. Assumir o risco de experimentar uma mudança, criando condições para que fosse morar sozinho, mas continuasse a receber o apoio necessário, gerou uma grande transformação. E ele mudou muito e rapidamente, pois o fato de sentir que se apostava na sua capacidade e se acreditava que ele pudesse conseguir realizar essa mudança ampliou a sua própria expectativa e a sua participação no processo.

E agora ele está na sua casa, está bem?

Periodicamente, ele não está bem e precisa de mais suporte, ou de acolhimento no centro de saúde mental, mas foi possível interromper a condição de passividade em que estava mergulhado; ele deixou de ser aquela pessoa que nem tentava mais viver a própria vida. E é justamente esse desejo, essa vontade de experimentar, que se deve ajudar o indivíduo a redescobrir. Os atos terapêuticos, os cuidados são exatamente isto: dar novas oportunidades para as pessoas, ajudá-las a perceber novamente que têm direitos, entre eles o direito de viver, e a recuperar a confiança e a esperança de conseguir alcançar seus objetivos.

Vocês estão pensando em fechar o apartamento de Via San Marco para que as pessoas possam ir morar sozinhas?

A ideia de fechar esse apartamento surgiu após avaliarmos que, atualmente, nele moram seis jovens para os quais não faz sentido propor uma permanência eterna em uma residência terapêutica. Faz mais sentido que parte dos recursos investidos nessa estrutura seja utilizada para financiar um suporte personalizado, ou seja, buscar moradias individuais e organizar o apoio terapêutico necessário. De um modo geral, estamos indo nessa dire-

¹ É um conjunto de moradias populares onde quatro apartamentos foram destinados a pessoas que tinham morado em residências terapêuticas, nos quais são desenvolvidos projetos reabilitativos personalizados.

ção. Depois que uma pessoa realizou um percurso terapêutico-reabilitativo mais intensivo de dois-três anos em uma residência, deve ter a oportunidade de experimentar outra situação; se não conseguir morar sozinha de forma totalmente autônoma, terá o suporte necessário e quando precisar, receberá cuidados dos profissionais dos centros de saúde mental. Dessa forma, as pessoas estarão inseridas em uma rede de suporte como qualquer outro cidadão, pois mesmo precisando de um apoio específico para morarem sozinhas, não podem ser privadas do direito de vivenciar o papel de “donas da própria casa”.

Sempre haverá pessoas que precisam de suporte constante no que se refere ao habitar. É inútil, portanto, mantê-las numa residência terapêutico-reabilitativa a vida toda. É melhor que morem em suas casas e que ali recebam suporte, assistência personalizada e adequada às suas reais necessidades que, aliás, exceto em um número limitado de situações, nunca é diurna e noturna.

Antes de mais nada, é importante distinguir entre residencialidade terapêutica e a necessidade de encontrar lugares para as pessoas em sofrimento mental morarem; a residência terapêutica é um instrumento com uma função específica, é uma estrutura intermediária e, portanto, deve ser um lugar de transição, uma das etapas do percurso terapêutico e reabilitativo.

Um jovem pode precisar de atenção diurna e noturna, mas se receber um forte apoio, poderá morar sozinho depois, com o suporte necessário.

Exato. Há um jovem nessa situação; hoje, precisa de um cuidado intensivo. Não sei como será no futuro; este é um momento difícil, que deve ser superado através de propostas adequadas, pois ele precisa ter oportunidades. Algumas vidas são devastadas não só pela doença; às vezes a doença surge depois. Às vezes, uma pessoa não vê nenhum de seus desejos realizados e, então, perde totalmente a confiança de poder seguir adiante; aí, chega o psiquiatra e lhe coloca o rótulo de crônico. É realmente absurdo um processo como esse. Mas voltando ao jovem de que estava falando, acho que ele está buscando algo que não encontra e acho que ainda não consegue confiar em nada e em ninguém. Nós também estamos buscando algo e acredito que cedo ou tarde ele vai se interessar por alguma das propostas que lhe estamos fazendo, vai acreditar que uma dessas propostas pode

ajudá-lo. Numa situação como essa, de uma pessoa muito jovem, é fundamental realizar, no início, ações muito incisivas que, mesmo custando mais, por serem mais personalizadas, permitem realizar percursos rápidos de autonomia, evitando que as formas de intervenção tornem-se crônicas. Neste sentido, propostas como morar sozinho na “sua casa”, com o suporte necessário, uma bolsa de formação para o trabalho, oferecer apoio em projetos e necessidades específicas que a pessoa exprima podem ser inicialmente caras, mas talvez permitam evitar uma longa permanência em residências terapêuticas, também caras.

No Brasil, temos a lei de reforma psiquiátrica e temos, agora, mais força política. Como evitar o risco do “manicômio difuso”? Com “manicômio difuso” quero dizer cronicidade do sistema; por exemplo, posso criar estruturas residenciais mas que são iguais ao manicômio, pois, nelas, as pessoas não têm liberdade, não expressam seus desejos, e seus direitos não são respeitados.

Em primeiro lugar, é preciso criar centros de saúde mental que atendam às necessidades das pessoas, garantam os seus direitos e respeitem a sua dignidade; este é o pressuposto necessário e indispensável. É verdade que a institucionalização das práticas e dos serviços é uma ameaça constante, mas é preciso lembrar que existe uma diferença enorme entre o manicômio e um centro de saúde mental comunitário, uma diferença política e organizativa. É verdade, também, que uma residência mesmo pequena pode tornar-se uma instituição cronicante, mas, de qualquer forma, é mais provável que uma residência para cinco-seis pessoas ofereça uma qualidade de vida melhor e mais digna para elas do que uma instituição com trinta pessoas.

Em relação à sua pergunta, sobre como evitar o manicômio difuso, além da lei, acredito que um elemento importantíssimo seja a mentalidade e a motivação de quem trabalha nessas instituições. Manter alto o nível de participação, de motivação e de atenção dos profissionais, no que se refere ao respeito e à escuta sem preconceitos, cria uma boa base para o desenvolvimento dos serviços, embora não seja fácil manter alto esse tipo de motivação. O que um meu colega diz, “mostrar a sua cara naquilo que você faz”, exprime bem essa ideia, ou seja, fazer as coisas não só porque você precisa cumprir seu horário de trabalho, mas sim realizá-las usando as próprias capacidades, participando ativamente, acolhendo e respeitando

as pessoas. Como incentivar e manter essa atitude em relação ao trabalho? Na minha opinião, é importante que o sistema incentive transformações nos serviços e práticas, mantenha aberta a possibilidade de mudança e de participação direta dos profissionais na organização dos serviços, para que possam expressar a própria subjetividade. É forte a motivação que surge quando os profissionais, tanto do serviço público quanto das cooperativas, participam diretamente de um processo de transformação e de inovação que lhes diz respeito. Fazer parte de um grupo que cria transformação, envolvendo os usuários também, e manter uma dinamicidade nas relações e na participação faz com que todos se sintam diretamente ligados a esse processo, possam dizer o que pensam, possam sentir-se “orgulhosos” de fazer parte de algo que tem valor.

Em períodos de grandes transformações, é mais simples, de certa forma, manter alta a motivação; todavia, mesmo em períodos como o atual, de menores transformações, a participação continua sendo um estímulo fortíssimo para todos, para sentir-se protagonistas de algo, envolvidos em um processo que evolui, sentir-se protagonistas de uma mudança do próprio tempo.

Muito obrigada por esta linda entrevista.

BIBLIOGRAFIA SELECIONADA

RIDENTE, G. Psichiatria e differenza di genere. In: DEBERNARDI, A.; MEZZINA, R.; NORCIO, B. (a cura di). *Salute mentale*. Pragmatica e complessità. Trieste: Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale/Regione Friuli-Venezia Giulia, 1992. p. 765-770. (Per la Salute Mentale, v. 1).

RIDENTE, G. Spazio donne: esperienza e progetto. In: LA FORESTA DI PIETRA. Conferenza del Servizi di Salute. Trieste: Edizioni “e”, 1993. p. 25-31.

RIDENTE, G. Centro Donna-Salute Mentale di Trieste. In: SIGNORELLI, A. (a cura di). *Fatevi regine*. Roma: Sensibili alle foglie, 1996. p. 149-155.

RIDENTE, G. Se il malessere non trova spazi di espressione. In: MARINI, S. (a cura di). *Un passo in più*. Donne e disagio mentale a Trieste. Empoli: Ed. Ibiskos, 2006.

RIDENTE, G. L'utilizzo della metodologia del Budget individuale di salute/Progetto personalizzato nell'operatività del DSM di Trieste. In: STARACE, F. (a cura di). *Manuale per l'integrazione socio-sanitaria*. Roma: Carocci-Faber, 2011.

RIDENTE, G. Promoting recovery in long-term mental health institutional care: an International Delphi Study. *Psychiatric Services*, v. 61, n. 3, p. 293-299, Mar. 2010. Disponível em: <<http://ps.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=101257>>. Acesso em: 24 jun. 2014.

RIDENTE, G. Una diversa sofferenza, un bisogno diverso? In: BON, S. (a cura di). *Donne attraverso soglie, spazi, confini, libertà*. Gradisca d'Isonzo: Centro Isonzino di Ricerca e Documentazione, 2011. p. 107-116.

RIDENTE, G. The development of the Quality Indicator for Rehabilitative Care (QuIRC): a measure of best practice for facilities for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry*, v. 11, Mar. 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/35>>. Acesso em: 24 jun. 2014.

RIDENTE, G. Quality of Longer Term Mental Health Facilities in Europe: Validation of the Quality Indicator for Rehabilitative Care against Service Users' Views. *PLOS ONE*, v. 7, n. 6, Jun. 2012. Disponível em: <<http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0038070>>. Acesso em: 24 jun. 2014.

