



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



**CULTURA  
ACADÊMICA**  
*Editora*

## Morena Furlan

Rossana Maria Seabra Sade

**Como citar:** SADE, Rossana Maria Seabra. Morena Furlan. *In:* SADE, Rossana Maria Seabra. **Portas abertas:** do manicômio ao território: entrevistas triestinas. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014. p. 163-178.  
DOI: <https://doi.org/10.36311/2014.978-85-7983-546-9.p163-178>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-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.

## MORENA FURLAN



Graduada em Técnicas de Reabilitação Psiquiátrica em 2006 e em Ciências da Reabilitação em 2011. De 1997 a 2000, trabalhou em residências terapêutico-reabilitativas do Departamento de Saúde Mental de Trieste como sócia da Cooperativa Duemilauno-Agenzia Sociale. Desde 2000, ocupa o cargo de técnico de reabilitação psiquiátrica no *Servizio Abilitazione e Residenze (SAR)*, deste mesmo Departamento, desempenhando as seguintes funções principais: planejamento e monitoramento das atividades relacionadas a residencialidade, formação para os usuários e inserção laboral. Em 2005, colaborou na implementação do *budget di salute*, um instrumento para projetos re-habilitativos personalizados destinados sobretudo a

pessoas com transtornos mentais graves. Em março de 2014, foi consultora da OMS em um projeto trienal voltado para a transformação de processos de apoio e assistência para pessoas com habilidades em Elazig (Turquia). Tem realizado várias atividades como docente, particularmente relacionadas à formação para o uso do *budget di salute* em projetos personalizados. Em 2011, publicou, com Pina Ridente, *Applicazione dei Budget di salute nel Dipartimento di salute mentale di Trieste*<sup>1</sup>, no volume *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria – Il modello del Budget di salute*<sup>2</sup>, organizado por F. Starace (Ed. Carocci).

*A entrevista com Morena foi realizada no SAR, em sua sala de trabalho. Após ler as perguntas com atenção, iniciou com uma síntese:*

As questões abordadas no seu roteiro de perguntas parecem indagar, principalmente, sobre dois aspectos: de um lado, a possibilidade de acesso real a uma série de direitos, para as pessoas com transtornos mentais; de outro, os riscos enfrentados, até mesmo em instituições mais avançadas – como acho que seja a experiência triestina –, e a necessidade de propor projetos terapêuticos cada vez mais diversificados.

Acho que as mudanças legislativas trazidas pela Lei 180 e por outras leis italianas nacionais e regionais, na Região Friuli-Venezia Giulia também, sempre tiveram como objetivo a implementação de ações cada vez mais integradas entre os vários atores institucionais, entre eles as instituições criadas para garantir o direito à moradia, como a *Azienda Territoriale per l'Edilizia Residenziale – ATER* (órgão público que gerencia moradias populares) que, mediante listas e seleções, de alguma forma torna concretamente possível encontrar casas para pessoas com baixa renda ou com dificuldade de morar de forma autônoma.

Do ponto de vista cultural e institucional, para o Departamento de Saúde Mental de Trieste, assim como para os demais serviços de saúde, está claro que o direito à moradia também faz parte da saúde das pessoas. É difícil construir projetos terapêuticos personalizados que não envolvam a questão do direito de habitar, para pessoas com grandes dificuldades de morar com autonomia também.

<sup>1</sup> “Aplicação do *budget di salute* no Departamento de Saúde Mental de Trieste” (tradução nossa).

<sup>2</sup> “Manual prático para a integração sociosanitária – O modelo do *Budget di salute*” (tradução nossa).

O Departamento de Saúde Mental de Trieste, que nos anos 90 tinha criado uma rede de estruturas residenciais terapêutico-reabilitativas em que também se fornecia assistência intensiva para permitir que grupos mais ou menos amplos tivessem o apoio necessário, neste momento, está buscando uma transformação.

O objetivo, agora, é devolver também a “titularidade” do apartamento, do espaço físico, da moradia à pessoa que ali vive, reduzindo fortemente tanto a quantidade de estruturas terapêutico-reabilitativas ativadas quanto o número de pessoas que nelas moram. Além disso, tem-se trabalhado, de forma cada vez mais integrada com outros órgãos, como a *ATER* que citei anteriormente, para fazer com que as pessoas se tornem, de fato, titulares do apartamento, recebendo diferentes formas de apoio, conforme suas necessidades, por meio de parcerias com cooperativas sociais. Isso permite até a pessoas com severos transtornos mentais realizarem um percurso de habitar autônomo. Embora esta questão permaneça aberta, dispõe-se, hoje, de uma estratégia bastante clara para enfrentá-la. Gradualmente, vamos rumo a pequenos núcleos de convivência, com duas ou três pessoas, ou, como disse antes, a diferentes formas de morar sozinho. Ao longo dos anos, além desse objetivo que se buscou alcançar constantemente, o fio condutor da história foi, de fato, a domiciliaridade, ou seja, a possibilidade, para pessoas que não necessitam de uma estrutura residencial com cuidados intensivos, de ficar na própria casa recebendo o apoio de que precisam, numa lógica de manutenção desse direito.

*É possível criar uma residência para uma só pessoa com assistência 24 horas por dia?*

Nestes últimos anos, principalmente após 2005, experimentamos esse tipo de modelo também. Havia uma senhora com uma longa história de sofrimento e de insucessos e que morava há muito tempo em residências terapêutico-reabilitativas aqui dentro do Parque de San Giovanni (a antiga área do hospital psiquiátrico). Ela vinha manifestando, de várias maneiras, mas sempre clara e sistematicamente, o desejo de voltar a morar sozinha, apesar de suas grandes dificuldades tanto físicas quanto psíquicas.

Em 2006, portanto, teve início o projeto, que continua sendo realizado, de assistência no apartamento que ela tinha obtido através da *ATER*, após um

período na lista de espera. A assistência 24 horas por dia que recebe é dedicada exclusivamente a ela e é realizada em parceria com uma cooperativa de assistentes domiciliares. A situação dessa senhora melhorou muito, também no que se refere a uma série de comportamentos que ela antes apresentava. Tal mudança foi determinada pela ruptura com a situação que ela vivia na residência onde morava, com mais seis pessoas com necessidades evidentemente diferentes, e onde a titularidade não era dela, ou seja, não tinha a possibilidade de usar os objetos e espaços da vida cotidiana, pois não lhe pertenciam, não eram dela – ela não tinha o direito de possuir. Nos últimos anos, esses comportamentos não se manifestaram mais, logo não foi mais necessário propor ações terapêuticas intensivas. O projeto continua, com a colaboração do centro de saúde mental de referência; quanto ao aspecto financeiro, conta com o importante apoio da Prefeitura de Trieste, sendo, portanto, um projeto que usa recursos de outros órgãos também.

Outra experiência desse tipo foi realizada para um senhor mais jovem, com o qual as equipes do Departamento de Saúde Mental têm tido dificuldades para lidar há mais ou menos vinte anos. É uma pessoa com uma situação de alta complexidade, como costumamos definir, ou, de qualquer maneira, de alta prioridade nas escolhas a serem feitas pelos profissionais no que se refere a projetos. Nesse caso, também, foi-lhe atribuído um direito que nunca tinha exercido antes. A sua história é complexa, pois foi adotado várias vezes quando era pequeno, nunca teve uma verdadeira família; é acompanhado pelos centros de saúde mental desde os 18 anos, tendo ficado por longos períodos nos centros de saúde mental e por breves e longos períodos, eu diria, em cada uma das residências terapêutico-reabilitativas do Departamento de Saúde Mental. Uma situação, de fato, difícil, pois ele sempre manifestava comportamentos de ruptura em situações habitativas como essas. Enfim, decidiu-se “apostar” em algo novo, embora a avaliação das propostas não tenha sido fácil, tratando-se de uma pessoa com uma situação de alta complexidade que sempre criava dificuldades para os profissionais e para os projetos que lhe eram propostos, acumulando uma série de insucessos.

Decidiu-se, de qualquer forma, reinvestir de maneira forte, em parceria com cooperativas, para tentar ajudá-lo a morar num apartamento próprio. Esse projeto começou há um ano e meio e, apesar dos momentos de difi-

culdade que continuam existindo e da necessidade de participação ativa do centro de saúde mental de referência na sua gestão, já após seis meses, o inicial apoio de 24 horas foi sendo reduzido, concentrando-se mais na faixa horária diurna. É importante destacar que as principais características da organização dos cuidados oferecidos são flexibilidade e avaliação contínua por parte da cooperativa encarregada da assistência, tanto no que se refere ao tipo de ações terapêuticas a serem realizadas quanto a todos os demais aspectos organizativos: os horários, por exemplo, variam e são estabelecidos conforme as necessidades, podendo incluir até turnos noturnos, por algum motivo específico.

O modelo que estamos tentando propor é, portanto, muito mais flexível e dinâmico, aproximando-se cada vez mais das necessidades, num determinado momento, daquela pessoa específica. O projeto muda ao longo do tempo, pois se as necessidades mudam, então é preciso identificar uma forma de melhorar o projeto também.

No que se refere aos cuidados terapêuticos, mais especificamente às oportunidades de tratamento de que as pessoas com transtornos mentais dispõem, acho que a questão principal continua sendo a mesma, ou seja, a relação com as pessoas. O trabalho terapêutico, desde o fechamento do hospital psiquiátrico até hoje, baseia-se na relação que se busca construir constantemente com as pessoas que estão diante de nós. Uma relação de escuta, compreensão; valorização das possibilidades, potencialidades, experiências de vida anteriores e da história de cada pessoa.

Os instrumentos, ao contrário, talvez tenham-se modificado e sejam, hoje, mais complexos do ponto de vista da gestão, da organização e da capacidade de torná-los úteis às pessoas com necessidades de saúde. Com certeza, desde a criação do Departamento de Saúde Mental de Trieste, os recursos financeiros sempre foram utilizados, de alguma forma, para construir e reconstruir situações, mas nunca para mantê-las. Estou-me referindo, por exemplo, à lei que estabelecia a implementação do Departamento de Saúde Mental aqui na Região Friuli Venezia Giulia, prevendo fundos para dar suporte a pessoas com transtornos mentais mediante subsídios financeiros que o Departamento, desde o início, transformou, por exemplo, em bolsas de formação para o trabalho. Esse é um dos instrumentos, além do *budget*

*di salute*, da cooperação social e das formas de associação que, gradualmente, foram sendo criados.

Acho que a lógica importante, não só da relação terapêutica, mas também do papel de mediação assumido pelos profissionais de saúde, de ponte para algo além do Departamento de Saúde Mental, compreendia a filosofia e as estratégias fundamentais de investir quer recursos econômicos, quer energias e culturas diferentes para favorecer o nascimento, o desenvolvimento e a autonomização de outros atores sociais, ou seja, de toda a rede de cooperativas sociais, de um lado, e associações, de outro. Creio que a estratégia historicamente adotada pelo Departamento de Saúde Mental foi o investimento forte nesses parceiros, pois eles são os aliados dos projetos terapêuticos personalizados para as pessoas. De alguma forma, as oportunidades diversificaram-se e constituíram sistemas diferentes de acordo com a situação; alguns não tiveram êxito e foram concluídos, mas outros foram inventados.

Nesses cenários complexos, a capacidade dos profissionais deve desenvolver-se continuamente, permanentemente. Da mesma forma, nesse sistema integrado, trabalhamos em rede com outros serviços, como o *Dipartimento delle Dipendenze di Trieste*<sup>3</sup>, a Prefeitura, bem como a Casa de Detenção da cidade. Em cada situação, portanto, evidencia-se a capacidade dos profissionais de tecerem e efetivamente coordenarem uma rede em benefício das pessoas.

No que se refere ao fechamento do hospital psiquiátrico e ao uso de medicamentos, não sendo psiquiatra, não tenho competência legal para discutir amplamente esse tema. Claro que os medicamentos, assim como as consultas, as bolsas de formação para o trabalho e as visitas domiciliares devem ser vistos como instrumentos à disposição das pessoas para ajudá-las a se sentirem melhor. Seu uso, todavia, deve ser mais racional e seguir uma lógica de modificação: assim como se modifica o projeto para uma pessoa, o tratamento farmacológico estabelecido no começo de um percurso terapêutico deve prever uma mudança, pois ela não será a mesma depois de três, quatro, seis meses, por exemplo. Acho que é preciso, portanto, atentar mais ainda para as mudanças das pessoas e adequar o tratamento farmacológico a isso. Com certeza, o trabalho em equipe significa também que

<sup>3</sup> Em Trieste, o “Departamento de Dependências” é dividido em dois setores: o Setor de dependência de substâncias legais e o de dependência de substâncias ilegais.

os psiquiatras levem em conta as indicações que os enfermeiros e outros profissionais fornecem, pois estes têm mais contato com as pessoas.

*Trabalhando há bastante tempo aqui, talvez você possa fazer uma comparação: antigamente, viam-se pessoas mais impregnadas, medicadas demais. Pelo seu contato com as pessoas, você acha que, hoje, elas tomam menos medicamentos? Pois sabe-se que as pessoas adquirem maior estabilidade com os medicamentos, mas, por outro lado, ficam mais frágeis. Como você vê essa questão?*

Minha experiência de trabalho aqui não é tão longa, comparada à de outras pessoas com as quais você provavelmente conversou. Comecei a trabalhar aqui em 1997, portanto trabalho há mais ou menos dez anos no Departamento de Saúde Mental de Trieste.

*Mas, antes, você já atuava como estagiária, não é?*

Na verdade, trabalho nesta área desde 1996. Comecei com mais ou menos vinte anos e, nos primeiros três-quatro anos, trabalhei para uma cooperativa em residências terapêutico-reabilitativas do Departamento de Saúde Mental. Em 2000, fui contratada pela *Azienda per i Servizi Sanitari di Trieste*. Dessa forma, não posso fazer uma comparação entre como era há vinte-trinta anos e como é hoje.

*Fale, então, sobre este momento.*

Hoje, utilizam-se mais medicamentos de nova geração, como o leponex, que causam um pouco menos efeitos colaterais e que, além de manterem mais alta a atenção das pessoas, reduzem o estigma e a marca física que, de alguma maneira, caracterizavam a pessoa com transtorno mental.

*Além da doença, havia também a impregnação.*

Claro. No que se refere a esse aspecto, reduziu-se, de alguma forma, essa marca corporal, mediante o uso dos novos medicamentos. Talvez tenha diminuído o uso de fármacos depot, como haldol, serenase, os antipsicóticos aplicados a cada vinte-trinta dias – a famosa injeção e “Nos vemos daqui a um mês” – que causam fortes efeitos colaterais. De qualquer forma, é preciso perceber mais rapidamente as mudanças e atuar, farmacologicamente também, nessas mudanças.



*Acho que quanto mais personalizados os cuidados oferecidos às pessoas, quanto mais buscam-se coisas para serem feitas com elas, mais se trabalha de forma integrada. O medicamento é um instrumento, mas qualquer coisa pode ser um instrumento: você pode ampliar o trabalho em oficinas, por exemplo, pode organizar atividades na cidade, ou seja, quanto mais estratégias forem desenvolvidas, mais possibilidades de reduzir o uso dos medicamentos surgirão.*

Sim, mas como disse antes, também é preciso ter uma capacidade de mudança mais rápida no que se refere ao tratamento farmacológico; uma capacidade, percepção e comunicação da equipe que permita concretamente modificar o tratamento farmacológico. Na minha opinião, esse ainda é um aspecto que tem que ser sempre lembrado e levado em consideração.

*Caso contrário, há um retrocesso. Basaglia falava da necessidade de colocar a doença entre parênteses e isso era uma afronta à psiquiatria. Se você não atentar para esse aspecto, poderá ocorrer um retrocesso nesse processo, como você disse.*

Com certeza. Posso dizer que as ações, de fato, são avaliadas constantemente. Ademais, são realizadas atividades específicas para que os usuários recebam informações sobre quais são os medicamentos, como são usados, e para que também possam avaliá-los. Acho, portanto, que os usuários vão tornar-se cada vez mais conhecedores desse aspecto, pois, além dos percursos que nós propomos, existem, hoje, muitas mais possibilidades de informar-se do que há trinta anos.

*De fato, hoje, nos centros de saúde mental, as pessoas conversam sobre sua medicação, sobre os efeitos positivos e negativos e sobre as vantagens e desvantagens de tomá-la ou não.*

É verdade. Além disso, presta-se muita atenção à questão do uso racional dos medicamentos, com avaliações feitas mediante amostras, para as pessoas que vivem aqui nas residências há muito tempo também, com o intuito de tentar garantir um uso racional e não esquecer que “Mário”, por exemplo, está tomando um determinado medicamento, ou uma determinada dosagem, há dez-vinte anos. Uma série de ações são realizadas, mas acho que ainda é preciso investir fortemente na comunicação relacionada às mudanças que se produzem na vida das pessoas.

No que se refere às dificuldades que as pessoas têm, às vezes, de tomar remédios, ou ao fato de elas não quererem aderir à proposta que lhes é feita, creio que os centros de saúde mental organizam-se de várias formas para enfrentar esse problema. Entretanto, minha experiência a respeito desse aspecto é bastante reduzida, exceto no que concerne às pessoas em situações de alta complexidade, com as quais o remédio sempre é um elemento de negociação no projeto, portanto, é sempre necessário verificar, estabelecer um acordo, e se o acordo for rompido, buscar retomá-lo.

Certamente, no tocante aos medicamentos, um dos objetivos é a capacidade de automedicação, numa lógica de conscientização, de respeito do acordo terapêutico que é estabelecido. A questão da continuidade, não só terapêutica mais também farmacológica, porém, ainda é delicada. É uma das peças desse quebra-cabeças que deve ser sempre levada em conta e é um elemento que não pode ser considerado definido para sempre, logo o serviço deve negociar e verificar constantemente, estabelecer um pacto, construir uma aliança, que às vezes se rompe, mas que, depois, é estabelecida novamente, de alguma forma.

Quanto ao risco que as novas instituições também correm e que devem levar em conta, no que se refere aos lugares de atenção para pessoas com transtornos mentais, para mim esse é um tema fundamental. Os contextos, às vezes, determinam a qualidade da relação terapêutica, tanto em termos de poderes que são concretamente representados num lugar e não em outro quanto em termos de boa relação, portanto em termos de possibilidade de acesso, de respeito, de privacidade, de lugares bonitos, bem cuidados, limpos, decorosos.

Creio, realmente, que esses sejam fatores importantes, fundamentais, eu diria, e não aspectos secundários, algo que pode ser deixado para outro momento. Na verdade, o espaço é o marco dentro do qual acontecem as relações e mediante o qual as relações podem ou não ser valorizadas. Um quadro bonito está dentro de uma moldura que também deve ser bonita, portanto creio que os lugares devam ser bem cuidados, também no que se refere a mesas, cadeiras, paredes, camas, criados-mudos, abajures, pois eles representam, de alguma forma, o que pode ou não acontecer lá dentro, ou seja, determinam o que pode ou não acontecer, para qualquer pessoa, para além do contexto específico da saúde mental.

Quanto a persistência do modelo médico, crise e cronicidade, acho que, em Trieste, a distinção entre crise e cronicidade nunca foi feita, em termos de filosofia da ação terapêutica, e queria que não se fizesse nunca.

*Segundo Rotelli, a cronicidade é do sistema.*

E das instituições, que se repropõem sempre da mesma maneira e podem tornar-se crônicas, pois somos, de alguma forma, sistemas econômicos, não no sentido de recursos financeiros empregados, mas de preferência pelo menor esforço. Mudar, modificar-se, requer esforço; de alguma maneira, portanto, o risco é sistematizar, limitar, codificar estaticamente as pessoas em termos de agudos, pós-agudos e crônicos para racionalizar a organização. Na verdade, o risco dessa visão é que se reproduzam e se mantenham imóveis as pessoas também, enquanto poderiam, ao contrário, desenvolver suas capacidades e potencialidades.

Entretanto, acredito que algumas residências devam permanecer, pois há casos em que é muito difícil propor um percurso de moradia assistida ou autônoma. Na Residência I, por exemplo, moram oito pessoas em situações de alta complexidade, embora eu tenha que dizer que dessas oito, provavelmente cinco não seriam atendidas pelo Departamento de Saúde Mental se tivesse sido criado hoje, pois são pessoas com deficiências graves que vêm de longas internações no hospital psiquiátrico. Provavelmente, portanto, não serão criadas outras residências como esta. De qualquer forma, é preciso garantir-lhes a possibilidade, por exemplo, de estarem numa residência que não receba mais do que oito moradores – não dez, vinte ou trinta –, com uma equipe estável, em que cada pessoa tenha seu espaço pessoal. Além disso, os hóspedes ou moradores devem ter um projeto de vida próprio, portanto um projeto personalizado, com objetivos logicamente diferentes, como usar o banheiro, aprender a comer de forma mais digna ou, ainda, que desenvolva ações que lhes permitam realizar experiências de vida diferentes, como viajar, conhecer outros lugares e situações. Tais projetos, por fim, devem procurar envolver também outros atores sociais, justamente para evitar o risco de que as situações de imobilidade produzam outros tipos de imobilidade, ou até mesmo de regressão, das habilidades conquistadas.

Voltando à reflexão feita anteriormente, não acho que existam só crise e cronicidade e, portanto, que os crônicos devam ficar numa residência.

Como dissemos no início, creio que essas estruturas sejam instrumentos, assim como os medicamentos, as bolsas de formação para o trabalho, as consultas, o acolhimento. Para mim, a questão é avaliar se uma pessoa que hoje está numa residência pode ter acesso a um projeto personalizado, que lhe permita morar num lugar próprio e receber apoio em domicílio.

Por outro lado, se uma pessoa realmente precisa de um período de permanência numa residência, deve-se, também, estabelecer o seu percurso de saída dessa estrutura. É necessário, portanto, refletir sobre as possíveis transformações que podem ser efetuadas, construídas, bem como sobre os recursos investidos nesse tipo de estrutura, que são grandes e que poderiam ser gastos de outra forma, para promover mudanças para as pessoas também. Nos últimos anos, tem-se trabalhado nesta direção; foram fechadas estruturas que já eram pequenas, considerando que o nosso critério de qualidade prevê no máximo oito pessoas para cada residência.

*Por esse motivo vai ser fechado o apartamento de Via San Marco?*

Sim. A partir de 2006, foram fechadas as residências *H* e *G*, o apartamento de *Via San Vito*, três estruturas residenciais; este ano, estamos pensando em fechar uma quarta residência e talvez propor projetos de pequenos apartamentos para mulheres que há muito tempo são acolhidas em duas estruturas aqui no Parque de San Giovanni – a chamada *Casa Rosa Luxemburg* – que, de alguma forma, acolhem mulheres como as da Residência *I*, ou seja, pessoas que vieram de longas internações no hospital psiquiátrico. Conseguir realizar processos de transformação permite evitar o risco de cronificação das instituições, transformando-as.

Como dissemos anteriormente, houve uma ruptura forte com o mundo da medicina tradicional e com o mundo da ciência que continua sendo tradicional, uma ruptura entre duas formas de pensar. A Basaglia interessava o doente e não a doença; cabe ressaltar que essa ideia, aliás, foi mal compreendida, extremizada, pois Basaglia não disse que a doença mental não existia.

*Exatamente, Basaglia não disse que podemos negar o sofrimento do outro.*

Basaglia defende uma ruptura com o modelo diagnóstico, médico.

*De fato, com a psiquiatria como modelo de poder, mas não desconsidera o sofrimento das pessoas.*

Como modelo de poder, mas, eu diria, ainda, como modelo epistemológico. Há quase quarenta anos, ele fez o que a ciência moderna está tentando fazer agora, ou seja, romper com o modelo causa-efeito e com o seu consequente diagnóstico: existe uma causa, que determina um efeito; logo, devemos cuidar do efeito e ver se conseguimos tratar fisicamente a causa, de alguma forma, mediante os diversos tipos de shock, de manicômios e, hoje, das diversas práticas em psiquiatria. Aliás, a psiquiatria – felizmente, na minha opinião – paga um preço alto por não ter uma etiologia precisa; assim, a abordagem biopsicossocial permite à psiquiatria sair, de alguma forma, desse modelo médico.

Há outro risco, ou seja, transformar qualquer ação em sanitária, por isso os profissionais devem ter a capacidade de passar do setor sanitário ao social para, depois, retornar ao sanitário, enriquecendo-o. De fato, cada vez mais estudos, inclusive recentes, da OMS e de outras organizações, esclarecem que os determinantes de saúde são, na verdade, aspectos que têm forte relação com renda, qualidade de vida, moradia, sociabilização, possibilidade de estar no mundo, os quais totalizam 70%, enquanto que aspectos mais classicamente médicos, sanitários totalizam somente 20-30%. Apesar disso, as despesas sanitárias permanecem ligadas aos aspectos que têm um peso relativo. Creio, por fim, que um modelo como este continue sendo pioneiro, também no tocante a outras questões relacionadas à saúde das pessoas.

Quanto a atitudes, modos, capacidade de efetivamente gerar compreensão, acho que Basaglia deu uma contribuição importante para uma abordagem fenomenológica dessas questões: não se julga, mas sim, escuta-se, coloca-se, de certa forma, no lugar do outro; reflete-se sobre as possibilidades e potencialidades existentes e trabalha-se com isso. Esforça-se, portanto, não para identificar o porquê, mas sim quais habilidades, capacidades, experiências existentes podem contribuir.

*Não se trabalha com a incapacidade, mas sim com a potencialidade das pessoas.*

Com certeza. Não é uma visão ortopédica, de prótese, mas sim uma visão que, de alguma forma, busca desenvolver por meio da relação.

*No Brasil, temos a lei de reforma psiquiátrica e temos, agora, mais força política. Como evitar o risco do manicômio difuso?*

Para evitar o risco do manicômio difuso é preciso não negar as contradições existentes. As contradições incomodam tremendamente os seres humanos, pois se contrapõem àquilo que a pessoa quer, ou seja, à necessidade de organizar o mundo de acordo com o próprio modelo. Por outro lado, elas são vitais num modelo que é vital, portanto o esforço não deve ser para eliminá-las, achatá-las, mas sim para percebê-las e torná-las vitais. Isso não significa viver num caos terrível; significa, simplesmente, partir da subjetividade das pessoas que estão perante nós.

Entretanto, isso requer um esforço enorme. Antes de mais nada, é preciso não construir “pacotes preestabelecidos”: comportamentais, psicoeducacionais, psicanalíticos, neurolinguísticos e tantos outros, pois os modelos e as teorias se multiplicam... Na minha opinião, trata-se de não padronizar a resposta, mas sim buscar respostas para cada situação, para a pessoa que está diante de nós, conseguir estabelecer um código de interpretação comum e, a partir disso, construir uma proposta terapêutica.

Se partirmos disso, da pessoa, da sua família, do seu contexto, etc., creio que poderemos evitar, facilmente, o risco de novos manicômios, não só no Brasil, mas aqui na Itália também, pois há uma tendência a construir pacotes, padrões, regras, protocolos, orientações e a predeterminar as respostas, construindo uma não resposta, ou mantendo uma situação como está. Para fazer isso, evidentemente, é necessária uma instituição que, mesmo sendo instituição, seja flexível, dinâmica e o menos burocratizada possível; que busque, de alguma forma, perceber e realizar ações para aquele determinado momento.

Para mim, o tempo é um aspecto fundamental nesses processos. Às vezes, é como se o tempo para as pessoas que acompanhamos tivesse parado, enquanto, na verdade, passaram-se meses, anos. Acredito, portanto, que se tivermos capacidade de nos tornar mais rápidos, poderemos colher mais frutos do nosso trabalho.

*São os profissionais que devem entender isso e estar junto com as pessoas para ajudá-las a caminhar e perceber que esse tempo e esse espaço mudam, caso contrário elas podem ficar manhã, tarde e noite sentadas, olhando para o céu.*

O tempo vazio da instituição, onde se espera o almoço, o jantar (se tiver sorte) e o resto é, de alguma forma, bastante vazio. E esse é, certamente, um risco.

*Hoje, eu vejo uma diferença em relação a vinte anos atrás, quando, às vezes, uma pessoa ficava sentada num centro de saúde mental fumando o dia todo.*

De fato, para escrever um romance, por exemplo, ou para a narração de uma história, de uma biografia, são fundamentais os chamados tempo-cronológico e espaço; esses dois aspectos são as coordenadas que nos orientam e que, felizmente, não podemos deixar de lado, pois nos mantêm ligados à concretude da vida.

*Com certeza. Antes de concluir esta entrevista, gostaria que você falasse sobre a atual estrutura organizacional do SAR.*

Há um psiquiatra responsável pelo setor, Pina Ridente; duas técnicas de reabilitação psiquiátrica, uma sou eu e a outra é Cristiana Canova, que trabalha no Club Zyp; uma operadora social, duas assistentes sociais e mais ou menos quinze enfermeiros. No SAR, há um número não muito alto de enfermeiros, considerando que, nos centros de saúde mental, que funcionam 24 horas por dia, dos cerca de trinta-trinta e dois profissionais, quatro são médicos, dois psicólogos, um é técnico de reabilitação psiquiátrica, um assistente social e os demais vinte-vinte e cinco são enfermeiros.

*E qual é o seu trabalho, especificamente?*

Cada vez mais, ao longo dos anos, o meu trabalho foi estruturando-se na elaboração de projetos personalizados, ou seja, esse instrumento para cuja criação eu também contribuí.

*Esse instrumento começou a ser utilizado há quanto tempo?*

Em abril de 2006.

*Quais são as principais atividades do SAR?*

O SAR coordena, principalmente, três tipos de atividades: residencialidade e habitar assistido, formação e inserção laboral e protagonismo dos usuários. Tenta reunir as necessidades dos centros de saúde mental e construir

alianças com outros atores sociais, como associações, cooperativas e outros órgãos e instituições, para elaborar projetos que atendam às necessidades dos centros de saúde mental e dos usuários. Também é responsável pela definição das parcerias entre público e privado relacionadas a projetos terapêutico-reabilitativos por meio do *budget di salute*, essa mudança bastante radical, introduzida há cinco anos, que nos permitiu obter instrumentos formais e administrativos para reconverter recursos não mais vinculados a estruturas, como acontece tradicionalmente. Consequentemente, é possível definir uma assistência personalizada e não mais para dez leitos, por exemplo, que impedia de modificar o uso dos recursos investidos; hoje, ao contrário, investindo recursos em cada projeto individual, é possível reconvertê-los, quando necessário, modificando o apoio econômico e operacional oferecido às pessoas. É um instrumento muito importante, utilizado pelos centros de saúde mental com o nosso apoio, com uma constante avaliação.

Eu trabalho com isso, porém, desempenho várias outras funções: já trabalhei com inserção profissional e bolsas de formação para o trabalho; cursos específicos de protagonismo no que se refere a associações como a associação de voluntariado Club Zyp há alguns anos; projetos de formação para voluntários, profissionais e usuários.

*Mas o seu trabalho é mais centrado no projeto personalizado?*

Meu trabalho é definir instrumentos para os profissionais dos centros de saúde mental, a fim de que eles possam construir e reconstruir projetos personalizados em parceria com outras instituições. Neste momento, o objetivo mais importante é exatamente divulgar esta modalidade de trabalho e é o que estamos fazendo.

*Muito obrigada pela entrevista.*



