



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



**CULTURA
ACADÊMICA**
Editora

Renato Davi

Rossana Maria Seabra Sade

Como citar: SADE, Rossana Maria Seabra. Renato Davi. *In:* SADE, Rossana Maria Seabra.

Portas abertas: do manicômio ao território: entrevistas triestinas. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014. p. 87-98.

DOI: <https://doi.org/10.36311/2014.978-85-7983-546-9.p87-98>



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.

RENATO DAVÌ



Psicólogo, psicoterapeuta, graduado em psicologia clínica, em 1977, com uma tese sobre o processo de fechamento do hospital psiquiátrico de Trieste em que relata sua experiência de estágio na criação do primeiro *gruppo-appartamento* para jovens, onde começaria a trabalhar logo depois. Desde 1978, está fortemente engajado em atividades relacionadas à participação e ao protagonismo dos usuários dos serviços de saúde mental e à inclusão social. Foi um dos fundadores da associação de auto e mútua ajuda e de voluntariado em saúde mental Club Zyp em 1993^{1, 2}. Trabalhou em vários

¹ O percurso que levou à criação do espaço posteriormente denominado, pelo próprio grupo, Club Zyp é relatado brevemente no capítulo *Progetto del gruppo di Città Vecchia per uno spazio creativo in via delle Beccherie*, do livro *La foresta di pietra* (“Projeto do grupo [do bairro] de Città Vecchia para um espaço criativo [no apartamento situado] em Via delle Beccherie – A floresta de pedra”, tradução nossa).

² In: LA FORESTA DI PIETRA. Conferenza del Servizi di Salute Mentale. Trieste: Edizioni “e”, 1993. p. 190-192.

serviços do Departamento de Saúde Mental de Trieste, entre os quais o Centro Diurno de Aurisina; atualmente, faz parte da equipe do Centro de Saúde Mental de Barcola. Ao longo dos anos de atuação profissional, deu continuidade à sua formação mediante as discussões em equipe realizadas diariamente, diversas psicoterapias individuais e uma de grupo, bem como diversos cursos de atualização profissional. Além de psicoterapia individual e grupal e da elaboração e implementação de projetos de reabilitação psicossocial norteados pelos princípios de suporte e autonomia, continua empenhado na promoção de iniciativas que visam favorecer o protagonismo dos usuários dos serviços públicos, dentre as quais vale destacar o congresso anual *Impazzire si può*³, organizado pelo grupo *Articolo 32*⁴. Seu trabalho é centrado na complexidade do processo de recuperação do sofrimento psíquico especialmente no que se refere à pessoa que, em seu contexto, busca a sua própria forma de superar ou lidar com o transtorno mental, considerado um aspecto de vulnerabilidade aos fatores de estresse internos e externos. Para isso, utiliza conhecimentos oriundos da experiência prática e de diversas disciplinas humanas, não só do campo da psicologia, que podem oferecer contribuições específicas aos projetos e às práticas em saúde mental comunitária iniciados com o processo de desinstitucionalização do hospital psiquiátrico e em contínua evolução.

Em meu pequeno apartamento, no Parque de San Giovanni, numa noite de inverno, ao som do vento chamado Bora e saboreando um café, realizamos esta entrevista.

De que maneira o Departamento de Saúde Mental de Trieste promoveu, entre outros, o direito de habitar?

No que se refere ao direito de habitar, a primeira necessidade foi construir uma renda para as pessoas internadas, através de benefícios assistenciais ou aposentadorias, para os que tinham direito, ou do trabalho em cooperativas. No manicômio, as pessoas não recebiam um verdadeiro reconhecimento econômico pelo trabalho que realizavam, só uma quantia mínima

³ “Enlouquecer é possível”; nome dado ao encontro anual organizado por e para pessoas com experiência de sofrimento mental e outros atores sociais envolvidos na luta pela inclusão social.

⁴ Grupo formado por atores sociais engajados em atividades relacionadas à participação e ao protagonismo dos usuários de serviços de saúde mental. Seu nome se refere ao artigo da constituição italiana em que se afirma que a saúde é um bem a ser tutelado pelo Estado como direito fundamental do indivíduo e interesse coletivo.

a ser gasta dentro do hospital. O passo seguinte foi encontrar moradias: algumas pessoas voltavam a morar com a família ou eram ajudados por elas; outras constituíam núcleos autônomos ou grupos que moravam em apartamentos e recebiam diversas formas de cuidados – de algumas horas por semana a 24 horas por dia. Com uma renda baixa, não era possível alugar um apartamento pelo preço de mercado, ao passo que, juntando a renda de quatro a seis pessoas, sim. Algumas vezes, no começo do processo de desinstitucionalização, um profissional assumia a responsabilidade de alugar um imóvel em seu nome para criar residências...

Porque as pessoas não tinham direito de alugar imóveis?

Porque a renda de uma só pessoa era insuficiente. Além disso, os proprietários ou as agências podiam considerar o uso dos imóveis inadequado e recusar-se a alugá-los. Teria sido impossível criar residências para grupos. Era preciso oferecer alguma garantia e, de certa forma, manipular, pois trabalhava-se numa situação limítrofe entre a legalidade e a ilegalidade: os profissionais que alugavam os apartamentos nem sempre diziam qual era a sua finalidade, embora seu salário e sua profissão já constituíssem, de fato, uma garantia. Isso foi feito, no início, para seis, sete apartamentos.

É nesse período que se ocupa a Casa del Marinaio?

A ocupação foi depois, mas fazia parte desse problema: a falta de estruturas para criar serviços territoriais e moradias. Foi uma tentativa de induzir a Província de Trieste a adquirir aquele imóvel para a implementação de residências ou centros de saúde mental. Tratava-se de um prédio público inutilizado, que podia ser transformado num serviço útil para a coletividade.

O passo seguinte, relacionado ao direito de habitar, foi o acordo estabelecido com o *Istituto Autonomo per le Case Popolari (IACP)*, que agora se chama *Azienda Territoriale per l'Edilizia Residenziale (ATER)*, órgão público da Região Friuli-Venezia Giulia que busca soluções habitacionais para pessoas com baixa renda ou com dificuldades sociais que, portanto, não conseguem ter acesso ao mercado imobiliário. Com esse acordo, conferiam-se pontos específicos para a lista de acesso a moradias disponibilizadas pelo órgão a egressos de hospitais psiquiátricos que cumprissem os pré-requisitos. Hoje, são conferidos pontos às pessoas que realizaram um percurso

terapêutico numa residência pertencente ao órgão de saúde local ou com ele conveniada, ou ainda que moraram em casas populares administradas pela Prefeitura de Trieste.

No que se refere à relação com as pessoas, os cuidados em saúde mental mudaram. De que opções de cuidados as pessoas com sofrimento mental dispõem hoje?

As opções são muito amplas. Um aspecto importante que levou ao processo de desinstitucionalização e à reforma psiquiátrica – e que está presente até hoje – foi uma visão que não atenta só para a doença, mas também para a pessoa, em seu contexto de vida, e que considera várias questões inerentes à saúde mental, como trabalho, moradia, lazer, renda, mas também aspectos como sociabilidade e oportunidades de crescimento pessoal, como a participação e o protagonismo. Quando uma pessoa procura um centro de saúde mental, avaliam-se todos esses aspectos, ou seja, qual é o seu problema de saúde mental, mas também qual é a sua situação familiar, condição social e de trabalho, bem como todos os demais aspectos.

Com base nessa avaliação, a equipe do centro de saúde mental atua sozinha ou busca parcerias com outros serviços, conforme as necessidades evidenciadas. As várias oportunidades de cuidado são, portanto, determinadas por uma visão da pessoa em sua totalidade, não somente do seu problema de saúde e da sua doença. Assim, a equipe do centro de saúde mental se organiza tanto para atender a necessidades farmacológicas, psicoterapêuticas, quanto para promover cuidados ou ações relacionadas a sociabilização, trabalho, moradia, etc.

Nos centros de saúde mental, a psicologia segue uma linha teórica, por exemplo psicanalítica, ou comportamental?

Não, a atuação dos psicólogos e dos psiquiatras não se baseia numa linha teórica. Cada profissional, não somente os psicólogos, psicoterapeutas e psiquiatras, escolhe a própria formação, que deve ser confrontada com o projeto do serviço territorial.

Não há, portanto, uma linha teórica; todas as linhas teóricas devem ser confrontadas com a projetualidade e as práticas terapêuticas do serviço territorial. Pela forma específica de atender às necessidades das pessoas com

transtornos mentais no território, a teoria estudada pelos profissionais deve ser confrontada com as situações práticas e não o contrário, ou seja, a situação prática deve ser adaptada às exigências teóricas de uma determinada escola de formação em saúde mental. O profissional escolhe percursos de formação na esperança de que sejam cada vez mais condizentes com as necessidades manifestadas no enfrentamento dos problemas inerentes às práticas cotidianas de um bom serviço territorial.

E é esse o projeto individualizado.

Para cada pessoa, é elaborado um projeto com base nessa visão global da sua condição que inclui ações terapêuticas relacionadas ao seu transtorno mental, mas que leva em consideração todos os demais aspectos também; o projeto é elaborado conforme as necessidades da pessoa e em seu contexto de vida.

Quando uma pessoa procura um centro de saúde mental é escutada e, no momento apropriado, faz-se uma avaliação de sua história e seu contexto de vida. A equipe se reúne todos os dias para discutir e avaliar os projetos terapêuticos. Um projeto pode ser muito complexo e necessitar da participação de vários atores sociais, recursos e instituições, ou pode ser mais simples. Quando a abordagem farmacológica e a intervenção psicossocial são definidas, tem início o apoio psicoterapêutico, que pode ser realizado por vários profissionais da equipe e cuja modalidade e duração são estabelecidas e verificadas pela própria equipe. Da mesma forma, a psicoterapia individual pode ser realizada pelos psicólogos com diversas modalidades e duração variável, mas é constantemente discutida em equipe.

Podemos dizer que, nesse contexto, se trabalha com uma psicologia social, se podemos chamá-la dessa forma, e que se estabelece uma relação com a pessoa mais de tipo social do que psicológico?

Não se trata somente de psicologia social. Os conhecimentos aplicados referem-se ao saber psiquiátrico e psicológico, mas também sociológico, antropológico, etc.; todavia, como já disse, eles devem ser adaptados à necessidade de atender, como serviço público territorial, às demandas das pessoas com transtorno mental.

A contribuição da abordagem cognitivo-comportamental talvez seja maior por ser um tipo de intervenção frequentemente indicada, embora todas as abordagens sejam levadas em conta; como nenhuma é exaustiva, é preciso síntese e um ecletismo que ainda está por ser “escrito”. O psicólogo possui uma formação que deve ser adaptada à sua prática quotidiana num serviço territorial público; além disso, esse profissional deve, continuamente, buscar capacitação e atualização quanto às intervenções terapêuticas mais indicadas para situações específicas e aos diversos aspectos relacionados à psicoterapia e às intervenções psicossociais. A nossa atuação modificou-se e vai continuar a modificar-se ao longo do tempo junto com o contexto, a cultura, a pesquisa, a organização dos serviços, os recursos à disposição.

Com o fim do hospital psiquiátrico, como mudaram as práticas realizadas nos serviços territoriais, no que se refere aos medicamentos?

Do meu ponto de vista, parcial por ser de um psicólogo, observo que muita atenção é dedicada ao uso e à prescrição farmacológica. Um grupo de profissionais da *Azienda per i Servizi Sanitari di Trieste* estuda os remédios mais eficazes para avaliar seus custos e benefícios; destes, é proposta uma gama de medicamentos.

Há também atenção constante para que os remédios sejam prescritos nas doses mínimas necessárias e evitados quando possível. Comparando com o que acontecia nos hospitais psiquiátricos, a prescrição tornou-se adequada e atenta às especificidades e à subjetividade de cada pessoa; além disso, o uso dos medicamentos diminuiu, quando foi possível encontrar respostas às necessidades existenciais e sociais das pessoas.

Os remédios estão inseridos numa dinâmica entre os problemas e os recursos disponíveis para enfrentá-los. Às vezes, podem substituir um recurso: como não há outros recursos para enfrentar um problema, a resposta é somente farmacológica. Em Trieste, a atenção a isso é constante; faz parte da cultura dos profissionais, incluindo os psiquiatras, prescrever medicamentos quando forem indispensáveis. Vale lembrar, porém, que é preciso estar sempre atento a esta questão.

Quando uma pessoa não quer a tomar os medicamentos, como a equipe do centro de saúde mental lida com essa situação?

No momento em que se propõe um medicamento, a pessoa já recebe algumas informações para convencê-la a levar em consideração e aceitar essa proposta. Quando surgem dificuldades, é preciso usar a persuasão, buscando pontos de mediação: experimentar por um período, analisar a possibilidade de conciliar as exigências da pessoa com as que observa o psiquiatra, conversar com o *medico di famiglia* (na Itália, o médico de referência para a saúde em geral de cada cidadão), etc.; ou seja, é preciso encontrar uma maneira de ajudar a pessoa a aceitar, aos poucos, os medicamentos, se não existirem outros caminhos para enfrentar o seu problema.

As pessoas correm o risco de ficar presas entre os muros do modelo médico, de uma psiquiatria que enxerga somente a doença. Como imaginar lugares diferentes?

As pessoas com transtorno mental são, acima de tudo, pessoas com uma complexidade individual, contextual e histórica que têm direito de exercer sua cidadania e, portanto, de viver em seu próprio contexto sócio-cultural sem ser marginalizadas ou “deportadas”.

Creio que a ideia de uma estrutura hospitalar ou similar seja somente um programa cultural e político, não uma verdadeira necessidade científica ou social: uma parte da psiquiatria resiste, pois, sendo mais cômodo, continua a enxergar a necessidade de estruturas hospitalares ou com gestão centralizadora para lidar com problemas de transtorno mental.

Em Trieste, demonstrou-se que, para os transtornos mentais, não devem existir espaços de delimitação, contenção, redução da participação das pessoas e da possibilidade de estarem inseridas na realidade social; ao contrário, as formas de cuidado devem ser atuadas no próprio contexto territorial. A questão é exatamente esta, enxergar a pessoa em sua totalidade. Dessa forma, os lugares diferentes mencionados na pergunta são todos aqueles que podem ajudar as pessoas a superar a crise, dar-lhes apoio para que possam se recuperar e reencontrar a própria específica autonomia. O único momento em que uma pessoa precisa de atenção diurna e noturna nos centros de saúde mental é durante uma crise aguda...

Em que a pessoa fica num centro de saúde mental.

Sim. E as crises, em geral, são bastante breves, logo não são necessárias estruturas hospitalares onde as pessoas permanecem por muito tempo, anos. Essa é uma concepção do transtorno mental superada e defendida pelos psiquiatras que pensam em dinheiro e numa profissão sem contradições.

A persistência do modelo médico que vê de um lado a crise e de outro a cronicidade condena ao fracasso o trabalho terapêutico-reabilitativo nas residências. É possível sair dessa contradição?

É possível sair dessa contradição com um modelo global, médico também, segundo o qual a cronicidade não existe, pois, em geral, ela é a falta de soluções ou respostas por parte de uma estrutura ou um serviço...

A cronicidade é do sistema e não da pessoa.

Exatamente. A cronicidade existencial é do sistema. A pessoa tem a sua história, seu ciclo de vida, seus problemas, e é preciso lembrar que é mais fácil os problemas aumentarem que diminuírem ao longo do tempo. Todavia, se estiver inserida num contexto em que se leve em conta suas exigências e necessidades, bem como formas para enfrentar os limites que forem surgindo, ela vivenciará uma contínua evolução do seu ciclo de vida, mesmo que, às vezes, seja uma involução, pois isso também faz parte da vida.

Dessa forma, pode-se falar impropriamente de “cronicidade” de uma doença, mas não das respostas que a ela são dadas. Uma doença “crônica” sempre muda a sua forma de se manifestar conforme a resposta que recebe. Isso também vale para a crise: se a considerarmos somente como doença, sem enxergar a pessoa em seu contexto, a crise será somente expressão da doença e o contexto não terá nenhuma relação com ela.

O trabalho terapêutico-reabilitativo nas residências deve atentar para o contexto e para as respostas diante das novas demandas que as pessoas expressam através de seu comportamento, de suas crises também. É preciso considerar os diversos momentos, ciclos, contextos de vida e as várias oportunidades de expressão e de trabalho das pessoas, além de tudo o que se refere às mudanças nas estruturas residenciais e nas relações e histórias que nelas acontecem, pois as residências podem ser boas por um período, mas, depois, deixar de sê-lo. Pessoas que moram juntas não devem obrigatoriamente fazê-lo para sempre, pois podem sentir necessidade de mudar.

Algumas experiências se concluem e isso implica mudanças; se a estrutura não muda, os problemas que continuam a se apresentar podem ser causados por essa dificuldade de transformação.

Do momento da crítica ao manicômio, “a pessoa e não a doença”. Quanto a compreensão da pessoa mudou?

Eu diria “a pessoa e não só a doença”, senão parece que não se leve em consideração a doença também, e não se trata disso; por outro lado, existe uma psiquiatria que enxerga só a doença.

Acho que mudou muito a compreensão da pessoa. É uma mudança cultural importante considerar a pessoa em sua totalidade, complexidade, e não só a doença e como intervir exclusivamente no que diz respeito a ela. Sabe-se que, para aos transtornos mentais, não é assim, não é como para outras doenças: o transtorno mental envolve, em diferentes níveis, toda a dimensão existencial da pessoa. Através dessa mudança cultural, portanto, foi possível começar a conscientizar-se dessa totalidade.

Ainda há muito o que fazer pois, por ser mais cômodo, os profissionais tendem, frequentemente, a manter uma visão limitada do outro e das suas necessidades, a esquematizar, a reduzir a própria compreensão e, às vezes, seu envolvimento e colaboração num contexto abrangente, no qual a forma de ver o outro é determinante.

Por isso é importante observar, continuamente, o trabalho, as técnicas e o que se pode mudar, além de inventar novos instrumentos também.

No que diz respeito a esse trabalho, há uma vasta cultura, envolvendo várias escolas de psiquiatria, psicologia, enfermagem, que aporta uma grande contribuição, mas que ainda se confronta muito pouco com a cultura das boas práticas dos serviços de saúde mental.

A discussão diária em equipe é fundamental para construir e modificar as práticas, mas também para superar eventuais aspectos críticos que os profissionais manifestam, em geral compreensíveis, não relacionados a “indiferença” ou “malvadez”, mas a falta de recursos. O trabalho excessivo, o peso do envolvimento e da responsabilidade, bem como a complexidade da atuação podem levar o profissional a analisar de maneira limitada e a

esquematar uma situação, tornando seu entendimento e sua intervenção terapêutica mais superficiais.

O que significa, hoje, cuidar?

Na minha opinião, cuidar significa considerar a pessoa em todos os seus aspectos, no seu contexto relacional e existencial, e refletir junto com toda a equipe sobre o que pode ser feito, buscando também parcerias com outros serviços territoriais que representam aquilo que a sociedade criou para cuidados à saúde, assistência, seguridade social...

Criando um circuito.

Um circuito, uma rede de cuidados e assistência.

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

Na minha opinião, o risco do manicômio difuso é uma escolha política e cultural. É muito difícil evitar o manicômio difuso se não é feita uma escolha política para isso, pois nem tudo pode ser técnico. Quando não há políticas que buscam evitar o manicômio difuso, creio que ele se reconstrói, pois se a instituição não tem condições de exercer às suas funções efetuando, ao mesmo tempo, uma crítica constante de si mesma, entra num processo de institucionalização.

No fundo, temos recursos limitados em todas as situações. Talvez sejam mais limitados no Brasil e, por isso, seja necessário organizar ações conforme as prioridades a fim de evitar o manicômio difuso. De qualquer forma, trata-se de uma escolha política, que pode estar relacionada a políticas de saúde, mas é sempre política; sem essa escolha, é difícil evitar a institucionalização. A inércia e a redução das respostas oferecidas são inerentes a qualquer realidade. A instituição, mesmo que nova, quando se sobrepõe às respostas a serem dadas, às necessidades das pessoas, torna-se institucionalização.

Por isso só negar a instituição não basta. É preciso inventar, todos os dias, uma nova instituição.

Negar a instituição significa somente negar a parte inútil da instituição, a que se transforma em burocracia, inércia que freia os processos, respostas inapropriadas, autoalimentação dos mecanismos institucionais contra as necessidades das pessoas, não a parte da instituição que é um recurso, um serviço, uma resposta. À medida que se torna necessário, portanto, é preciso desinstitucionalizar partes da instituição...

É preciso reconstruir constantemente o conceito de instituição.

Sim, porque sempre surgem mecanismos que tendem a reconstruir uma parte inercial, que serve só à própria instituição e não às pessoas que deveriam ser atendidas em suas necessidades por essa instituição.

O grupo Articulo 32, por exemplo, também é um espaço criado para refletir sobre essas questões?

Sim. As pessoas que utilizam mais frequentemente os serviços de saúde mental são muito importantes e devem ter grande visibilidade para quem oferece cuidados. A participação e o protagonismo das pessoas com experiência de sofrimento mental faz parte da história da reforma psiquiátrica de Trieste: das assembleias realizadas no hospital psiquiátrico de Gorizia, nos anos 60, ao grupo *Arcobaleno* de Trieste, nos anos 70; das cooperativas sociais, associações culturais e de voluntariado voltadas para a saúde mental às várias atividades e eventos que têm contado com a participação e o protagonismo dos usuários dos serviços de saúde mental.

Hoje, uma das formas de participação se manifesta através do grupo *Articulo 32*, formado por pessoas com experiência de sofrimento mental, profissionais, familiares, voluntários e outros cidadãos. Nele, procura-se discutir temas atuais relacionados às questões de saúde, com o intuito de levar essas discussões para cada centro de saúde mental e promover iniciativas para sensibilizar todo o Departamento de Saúde Mental e os moradores da cidade de Trieste a respeito desses temas.

Desde o começo do processo de desinstitucionalização, a atenção às pessoas e à sua participação na organização e programação dos centros de saúde mental teve grande espaço. Todavia, isso não é suficiente; é preciso ter mais voz, mais poder, para melhorar os serviços. Um dos próximos objetivos é que pessoas com experiência de sofrimento mental sejam contratadas

como profissionais “naturais” e que façam parte da equipe dos centros de saúde mental.

Para avaliar também?

Sim, para desenvolver projetos de pesquisa relacionados à avaliação da qualidade dos serviços fornecidos pelo Departamento de Saúde Mental.

Muito obrigada pela entrevista e pela contribuição.