



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



**CULTURA
ACADÊMICA**
Editora

Raffaele Dovenna

Rossana Maria Seabra Sade

Como citar: SADE, Rossana Maria Seabra. Raffaele Dovenna. *In:* SADE, Rossana Maria Seabra. **Portas abertas:** do manicômio ao território: entrevistas triestinas. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014. p. 99-110.
DOI: <https://doi.org/10.36311/2014.978-85-7983-546-9.p99-110>



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.

RAFFAELE DOVENNA



Quando ainda era estudante do curso de graduação em história, nos anos 70, envolveu-se no movimento de luta pelos direitos relacionados à saúde, entre outros, e decidiu tornar-se enfermeiro, impulsionado pelo desejo de dedicar-se, ser útil a outras pessoas. Em 1976-1977, começou a trabalhar num hospital, mas essa experiência foi extremamente difícil para ele, pela forte hierarquia da instituição, numa época, inclusive, em que um pequeno grupo de enfermeiros se reunia quase secretamente, pois ainda nem existiam os sindicatos. Antes de prestar concurso para começar a trabalhar para o Departamento de Saúde Mental de Trieste, em 1980, já conhecia o movimento iniciado por Basaglia e tinha participado de atividades organizadas pelos centros de saúde mental como voluntário, por

exemplo uma oficina de teatro organizada pelo Centro de Saúde Mental de Via della Guardia. Após vinte e três anos de atuação como enfermeiro em centros de saúde mental, fundou, junto com outro enfermeiro do Centro onde trabalhava, a associação esportiva *Polisportiva Fuoric'entro*, em 1999, da qual foi presidente. As atividades esportivas já eram realizadas, mas de forma espontânea; decidiram, então, criar essa associação para promover tais atividades dentro de um projeto de integração e emancipação social através do esporte que, gradualmente, foi-se ampliando em termos de atividades e de participação. Hoje, a associação conta com mais de 300 sócios. Pessoa de fortes convicções políticas quanto aos valores de esquerda a serem defendidos para o bem-estar coletivo, atuou intensamente em e para além de atividades partidárias, organizando e participando de inúmeras iniciativas e projetos. No que se refere à saúde mental, mais especificamente, participou de vários projetos de intercâmbio, especialmente com a Argentina, muitos desenvolvidos e coordenados por ele próprio. Para ele, um dos aspectos muito importantes relacionados às atividades da *Polisportiva Fuoric'entro* e aos projetos com a Argentina, também grandes desafios, foi justamente o fato de terem sido projetos elaborados e realizados sobretudo por enfermeiros¹. Por alguns anos, foi a pessoa de referência para os voluntários e estagiários que desejavam conhecer a experiência de trabalho de Trieste. Colaborou para a edição do volume *Condenna de ser loco y pobre – Alternativas al manicomio*², publicado em 2008 (Buenos Aires: Topía Editorial), tradução em espanhol do livro de Franco Basaglia “Conferenze brasiliane”, edição de 2000 (Ed. Raffaello Cortina), organizada por Franca Ongaro Basaglia e Maria Grazia Giannichedda, que inclui um postfácio de Denise Dias Barros, Paulo Amarante e Fernanda Nicácio³.

Raffa era o anjo da guarda dos voluntários. Quando cheguei a Trieste, no dia 03/09/2010, não sabia onde iria ficar. Liguei para Raffa que, imediatamente, veio me buscar e me acomodou com um grupo de argentinas no apartamento de Via San Vito, onde permaneci até ir para o Parque de San Giovanni. Muito

¹ Fonte: entrevista realizada por Pierpaolo Welponer em 2009. Conteúdo disponível em: <<http://www.deistituzionalizzazione-trieste.it/>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

² “A condenação de ser louco e pobre: alternativas ao manicômio” (tradução nossa).

³ O livro *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. Conferências no Brasil (São Paulo: Brasil Debates, 1979), de Franco Basaglia, já havia sido traduzido e divulgado anteriormente na Itália, mas o volume publicado em 2000 contém novas traduções.

deste trabalho devo à sua ajuda e colaboração. Um grande amigo que, infelizmente, faleceu em 2012.

A entrevista de Raffaele foi realizada em sua sala, no edifício da direção do Departamento de Saúde Mental. Raffa, sempre gentil, me ofereceu um café e se sentou numa poltrona.

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

O direito de habitar foi uma das questões fundamentais na experiência de transformação institucional e de desinstitucionalização, inclusive pelo fato, que pode até parecer banal, de que as pessoas que saíam do manicômio precisavam de uma moradia. Esse foi, portanto, um dos aspectos mais trabalhados e que teve momentos de luta também, como a ocupação da *Casa del Marinaio*, em 1975-1976, organizada por profissionais de saúde mental, que gerou também fortes discussões, mas que tinha como objetivo reivindicar o direito à moradia através de uma ação emblemática. A *Casa del Marinaio* tinha sido uma espécie de alojamento utilizado por marinheiros em Trieste, mas estava abandonada, vazia. Assim, profissionais, usuários e outros cidadãos a ocuparam, justamente, para reivindicar o direito à moradia.

Esse aspecto faz parte de uma mudança cultural, legislativa e institucional que ocorreu na Itália, principalmente em Trieste. No que se refere a esse direito, as equipes dos centros de saúde mental trabalharam muito, criando residências ou elaborando programas individuais para que as pessoas pudessem morar no território. Hoje, o direito de habitar é muito mais amplo, é visto como um direito universal, não somente para as pessoas que têm problemas de saúde mental. Entretanto, a crise relacionada à moradia, os aluguéis muito altos, na Itália, têm limitado demasiadamente esse direito.

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?

A mudança no modelo e nas práticas em saúde mental, do manicômio ao território, foi um dos aspectos centrais da reforma psiquiátrica.

Lembro-me sempre de uma frase de Giuseppe Dell’Acqua sobre como essa relação mudou, até mesmo em coisas simples, do dia-a-dia: antes, no manicômio, era a pessoa em sofrimento mental que tinha que bater à porta do médico e perguntar se podia entrar; hoje, com a reforma, é o contrário, é o médico, em suas visitas domiciliares, que tem que bater à porta da casa dessa pessoa. Esse pequeno, grande aspecto revela a mudança ocorrida na relação com as pessoas e nos cuidados terapêuticos.

Uma das coisas que as pessoas que vêm para Trieste percebem é a tentativa permanente de manter uma certa horizontalidade na relação entre profissionais e usuários – embora, na verdade, não goste mais de chamá-los usuários, prefiro dizer pessoas com problemas de saúde mental. Talvez a afetividade presente nas relações seja o que mais impressiona, pois não são só relações institucionais; há uma instituição, mas nas ações do dia-a-dia, ela se dilui muito.

Na nossa metodologia de trabalho, a pessoa é vista de forma global, não se enxerga somente a sua doença; conseqüentemente, ampliam-se as possibilidades de cuidado. Como dizia Basaglia, é fundamental trabalhar com a parte sadia das pessoas. Nas atividades realizadas pela nossa associação esportiva, a *Polisportiva Fuoric’entro*, isso fica bem evidente: alguns rapazes, por exemplo, jogavam bem futebol antes de apresentarem problemas de saúde mental, e nós tentamos ajudá-los a recuperar essas habilidades, ou seja, trabalhamos com a parte sadia das pessoas. E isso acontece em várias outras propostas.

Além disso, as ações de cuidado são complexas, não se reduzem a uma única resposta; são tantas as respostas oferecidas. Uma pessoa pode ter problemas existenciais, por exemplo, por um relacionamento afetivo ruim, ou ainda porque foi demitida – e várias pessoas entraram em depressão após serem demitidas com cinquenta anos, por exemplo, idade em que é muito difícil conseguir outro trabalho. Trabalho, moradia, ócio – não no sentido italiano do termo, de não fazer nada, mas sim no seu sentido latino, ou seja, de atividades de lazer, como esporte, arte, teatro: busca-se oferecer uma série de possibilidades para as pessoas, pois isso é cuidar.

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

Acho que a principal mudança é que sempre nos interrogamos em relação ao uso dos medicamentos. Foram realizados diversos projetos para reduzir o consumo de remédios; de qualquer forma, em Trieste, acho que sejam utilizados menos do que em outros lugares da Itália e de maneira diferente.

Já vi situações inacreditáveis, pessoas que tomavam dois ou três neurolépticos diferentes, por exemplo. É preciso interrogar-se permanentemente sobre o uso dos medicamentos, sobretudo numa sociedade como a nossa, em que as grandes indústrias farmacêuticas têm muito poder e, portanto, muito interesse em que os remédios sejam amplamente utilizados. Por exemplo os ansiolíticos que, se não são os remédios mais vendidos na Itália, acho que estão entre os mais vendidos; basta observar, numa farmácia, quantas pessoas entram para comprá-los.

Em outras palavras, é uma cultura que impõe responder ao sofrimento com um comprimido... mágico... que tem poder. Assim, é preciso negociar com a pessoa que quer tomar um remédio e o exige. Isso, claro, depende de como se trabalha num centro de saúde mental, pois, muitas vezes, é “cômodo” para os profissionais dar um remédio e pensar que resolveram um problema, ou que resolveram momentaneamente um problema. É algo que deve ser sempre questionado, principalmente quando se trabalha no território.

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

Nós sempre tentamos convencer a pessoa da necessidade de um medicamento, mas se ela se recusa a tomá-lo, não podemos forçá-la, a não ser que seja realmente indispensável. Procuramos convencer a pessoa, ajudá-la a compreender que aquele medicamento pode lhe ser útil, pelo menos no meu trabalho sempre foi assim.

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?

Creio que, no que se refere a esse aspecto, estamos numa situação muito difícil. Na Itália, nos últimos anos, houve uma revanche das diversas correntes da psiquiatria contra as novas formas de cuidado trazidas pela

reforma psiquiátrica; uma revanche das técnicas, da “resposta técnica” ao sofrimento das pessoas.

Essa é, portanto, uma batalha cultural e política que precisa ser travada continuamente. Acho que uma das coisas que não conseguimos alcançar, como movimento de reforma psiquiátrica, foi um maior envolvimento da universidade numa formação de médicos e psicólogos mais condizente com a reforma. O ambiente acadêmico, de fato, é muito difícil, muito fechado, mas acredito que algo mais poderia ter sido feito.

Acho que existe uma tendência a manter as situações num modelo médico, embora esteja demonstrado, como disse antes, que é muito melhor atender às várias necessidades das pessoas e realizar um projeto coletivo de transformação. Em Trieste, é assim: busca-se realizar um projeto coletivo de transformação mas que seja, também, personalizado. Há sempre uma dialética entre um momento mais social, mais aberto e a necessidade de levar em conta a individualidade também. Tal modelo é o contrário do clássico modelo médico que reduz tudo à doença, ao sintoma, e que fracassa na tentativa de responder ao sofrimento, pois cuida do sintoma de forma pretenciosa, fora do contexto. Isso vale também para a psicoterapia, de alguma forma; vale tanto para as técnicas psiquiátricas quanto para as psicológicas. Muitos psicólogos de outros lugares ficam descontentes ao ver o papel desses profissionais em Trieste.

Aprendemos, com Basaglia, que tanto a relação médica, psiquiátrica, quanto a relação psicanalítica reduzem muito a possibilidade de confronto com a pessoa que sofre, pois encerram essa relação num setting médico ou psicanalítico, ao passo que a relação entre profissionais de saúde e a pessoa que sofre é muito mais rica e apresenta muitas possibilidades a serem trabalhadas.

Dessa forma, acredito que essa revanche do biologismo – nos Estados Unidos, por exemplo, com um modelo aparentemente avançado, mas na verdade, atrasado –, bem como do modelo psicológico e psicanalítico reduz muito a potencialidade de mudança trazida pela reforma no que se refere às formas de cuidado e de reabilitação, que podem realmente produzir mudanças.

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?

Esta é uma excelente pergunta. Acho que isso depende da cultura e do modo de trabalhar da equipe no território, pois as residências podem tornar-se, de fato, crônicas; é um risco constante.

Pude observá-lo em outros lugares da Itália, onde há interesses sórdidos. Há residências, por exemplo, onde se colocam dez-quinze pessoas para morar juntas sem nenhuma proposta de reabilitação. Isso ocorre, muitas vezes, por tratar-se de contratos de licitação com cooperativas, ou melhor, falsas cooperativas, que não têm nenhum interesse em fazer reabilitação, pois reabilitar uma pessoa pode levá-la a adquirir capacidade para morar sozinha.

Outra questão importante é a forma de lidar com a crise. Uma das peculiaridades do trabalho realizado em Trieste é que, durante a crise, a pessoa é acompanhada pela mesma equipe que a assiste no momento em que ela está melhor, está mais compensada. O fato de que os centros de saúde mental tenham leitos o permite e isso é fundamental, pois a crise não é algo separado da vida da pessoa e das respostas oferecidas pela equipe; a pessoa é vista de forma global, portanto, os mesmos profissionais que oferecem cuidados quando ela está melhor cuidam dela durante uma crise.

Em muitos outros lugares na Itália, todavia, é diferente: os centros de saúde mental não têm leitos, ficam abertos algumas horas por dia, no máximo oito horas, e quando a pessoa está em crise vai para um hospital. Acho que essa característica do trabalho feito em Trieste seja fundamental, pois permite valorizar a crise. De fato, a crise pode ter um valor para a pessoa, pode ser trabalhada, se você souber interpretá-la e se estiver ao lado da pessoa; além disso, permite manter a continuidade do cuidado oferecido, evitar um afastamento durante esse momento. A crise, em síntese, é vista como parte da trajetória realizada por quem a vivencia, que pode até ajudar, também, no trabalho com essa pessoa, pois permite compreendê-la mais profundamente.

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

É um pouco difícil responder a essa pergunta, pois viemos de uma história que já tem quase quarenta anos; assim, como a maioria das pessoas não conheceu o manicômio, felizmente, ele não é levado em consideração.

Um exemplo: quando estive na Argentina com um grupo grande de pessoas da *Associazione Nazionale Polisportiva per l'Integrazione Sociale (ANPIS)*, os profissionais, bem como os usuários, pediram para visitar um manicômio, fazer uma espécie de “psicotour”, ou “manicômio-tour” [*risada*], porque nunca tinham visto um...

Assisti a um filme, aqui na Itália, em que a mãe dizia à filha: “Se você continuar fazendo isso, vou colocar você num hospício!” E um senhor que estava próximo disse: “Você não pode, porque os hospícios não existem mais!”

De fato, o entendimento das pessoas mudou profundamente. O manicômio ainda permanece no imaginário tanto das pessoas “normais” quanto das que precisam de ajuda, mas todos compreendem que há uma diferença, mesmo não tendo conhecido um manicômio.

O que significa, hoje, cuidar?

Cuidar significa tudo o que eu disse antes, ou seja, considerar os vários aspectos da vida das pessoas, todas as suas necessidades. Isso vale também para a questão da cura, pois temos que destruir o mito de que de algumas doenças mentais não é possível curar-se.

Conheci pessoas que se curaram, que estão bem: um pouco graças aos medicamentos, um pouco graças a todas as outras ações terapêuticas. Assim, cuidar, hoje, significa atender às necessidades das pessoas de forma articulada, não considerar somente uma parte, a doença, a cabeça, ou o corpo; isso pode valer para o esporte, por exemplo, embora nem no esporte conte somente o corpo.

Uma associação esportiva permite realizar ações de cuidado complexas; não proporciona só o momento do jogo, mas também momentos de trocas; faz surgir amizades, cumplicidades, principalmente para as pessoas sós. Ao mesmo tempo, o esporte obriga a respeitar regras, pois quando você está jogando futebol, por exemplo, precisa respeitar as regras determinadas pelo juiz naquele específico contexto. Permite, também, realizar ações de

auto e mútua ajuda sem usar técnicas, de forma quase espontânea: os rapazes se encontram e trocam experiências.

Vi momentos muito lindos, fantásticos, principalmente quando jogamos em outras cidades e ficamos em hotéis, pois criam-se grupos que trocam experiências, falam sobre os efeitos dos medicamentos, ajudam-se reciprocamente. Certa vez, um dos rapazes, que quando não se sente bem se tranca em casa e não sai, foi tirado dessa situação pelos companheiros de time que lhe telefonavam sempre, batiam à sua porta, dizendo: “Vamos lá, Davide, desça, venha jogar com a gente!” E eles conseguiram, mesmo não sendo profissionais de saúde. Essa é uma forma de cuidado não profissional, uma forma não clássica, mas criada numa situação que só aparentemente não tem nada a ver com cuidado.

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

O que sempre digo é que é fundamental criar um serviço público e refletir sobre a maneira de trabalhar nesse serviço público, pois, de fato, um centro de saúde mental pode vir a ser um manicômio difuso.

Assim como uma residência.

Assim como uma residência. Como dissemos anteriormente, muitas residências são assim. Conseqüentemente, depende muito de como se trabalha nos serviços de saúde mental, como se realizam as ações comunitárias de saúde. Acho que, no Brasil, bem como em toda a América Latina, há experiências muito importantes da chamada “atención comunitaria”, com as quais devíamos aprender muito.

Entretanto, participei de vários projetos de cooperação na Argentina e tive a impressão de que, lá, falta consciência política, não no sentido de política partidária, mas sim de consciência do próprio trabalho político, de políticas de saúde. Na minha opinião, para realizar a reforma psiquiátrica, a consciência política dos profissionais é essencial, pois só assim eles compreendem como lutar pela reforma e evitar, justamente, que se passe do manicômio concentrado ao manicômio difuso. A situação, no Brasil, eu não conheço, talvez seja diferente da que vi na Argentina, talvez os profissionais sejam mais conscientes, não sei...

Em alguns lugares sim, em outros não. Em geral, porém, os profissionais não têm consciência disso, sendo que alguns nem conhecem o processo de reforma psiquiátrica italiana.

Às vezes, os profissionais se escondem atrás das técnicas, pois elas protegem muito; ao contrário, é preciso que os profissionais sejam atuantes, enfrentem as contradições.

É verdade que a reforma, na Itália, foi realizada em outro momento histórico, mas o que permitiu realizá-la foi justamente o comprometimento político dos profissionais nesse processo de mudança. É como o papel profissional nesta experiência, que também não é facilmente compreendido: trabalhar nas instituições assumindo um papel profissional, mas modificando-o ao mesmo tempo. Por exemplo, se sou psiquiatra e tenho um papel profissional de controle social, assumo esse papel, mas o modifico na prática.

Para mim, essa é a chave da reforma, da mudança que ocorreu na Itália nos anos 70-80, e essa cultura não existe em outros países. Estive na Alemanha, por exemplo, onde os profissionais realizam coisas lindas, às vezes até de forma voluntária, pois criam residências e dormem nelas, mas o manicômio continua existindo.

Assim, na questão da luta anti-institucional, é importante assumir um papel profissional para depois criar alternativas e mudá-lo. Posso dar como exemplo eu mesmo: sou enfermeiro, mas o que faço agora, ou o que fazia das minhas atribuições profissionais quando trabalhava num centro de saúde mental? Fazia tudo o que era necessário para que as pessoas se sentissem bem; não me fechava no meu papel profissional, sem dar um passo além do que tinha sido estabelecido burocraticamente. Questionar o próprio papel profissional permite realizar essa reforma e mudar a sua maneira de atuar.

Só que, no Brasil, o sindicato dos enfermeiros, por exemplo, é forte e a questão do papel profissional é vista por ele de forma muito rígida...

Mas aqui também era assim ...

Se você fizer qualquer coisa fora do seu papel, por exemplo, se você estiver com os usuários cozinhando ou lavando a louça e o sindicato souber disso, ou

se alguém o denunciar, terá muitos problemas, pois ações como essas não são consideradas tarefas de enfermeiros, mas sim de outros profissionais. O papel considerado dos enfermeiros é ministrar medicamentos, ajudar as pessoas, etc. É como você disse: se isso não mudar, como poderemos realizar a reforma? Até mesmo porque a maioria das pessoas que trabalham em saúde mental são enfermeiros.

É verdade. De fato, o trabalho dos enfermeiros é fundamental. A reforma psiquiátrica em Trieste foi realizada pelos enfermeiros que trabalhavam no hospital psiquiátrico e esse é um aspecto sensacional desta experiência.

E se você fizer uma análise estatística, ainda hoje a maioria dos profissionais que trabalham em Trieste são enfermeiros.

Sim, claro. De qualquer forma, a questão fundamental é produzir saúde. Como você produz saúde? Só com um desempenho rígido do seu papel profissional, ou ampliando-o, por exemplo, criando uma associação esportiva? A nossa associação foi criada por dois enfermeiros, por mim e um colega, e é coordenada por enfermeiros. Não há médicos ou psicólogos; foi criada e desenvolvida por nós. Dessa forma, se eu tivesse tido que desempenhar meu papel profissional de forma rígida, como você disse, não teria realizado nada.

Um grande amigo que partiu. Muito obrigada, Raffaele, aprendi muito com você.

