

Franco Basaglia, *Público e Privado em Psiquiatria*¹

Conferência proferida em Belo Horizonte, no Brasil, no âmbito do *III Congresso Mineiro de Psiquiatria*, na sede da Associação Médica de Minas Gerais, em 21 de Novembro de 1979

Estamos no final deste curso, muito impetuoso, imprevisto..., mas eu gosto que as coisas não sejam institucionalizadas, que sejam uma resposta nova a um acontecimento, a uma questão. Parece-me portanto que este curso não foi um seminário muito normal..., foi mesmo um pouco louco... Penso que muitos de nós, nesta situação imprevista, pudemos pensar em coisas que não foram ditas; foi desse modo estimulada a intuição, a fantasia de cada um. Vi que, em particular depois do curso, muitos de vós, separadamente, me pediram explicações. Evidentemente, era necessário fechar o círculo do debate, chegar a uma resposta precisa, para poder agir praticamente amanhã sobre a própria prática. Parece-me que o que dissemos sobre o problema específico do curso é o facto de os direitos humanos dos internados e dos doentes serem diariamente espezinhados pelas, assim chamadas, terapias psiquiátricas e de todos os dias ser necessário encontrar uma alternativa a esta situação. Hoje de manhã já não falaremos de Barbacena mesmo que amanhã o problema fique em aberto para a nossa prática. Agora, resta ver como podemos enfrentar amanhã o fim real de Barbacena.

Temos, portanto, duas formas de assistência psiquiátrica no Brasil: uma para os pobres e outra para os trabalhadores. Paralelamente, existe outro tipo de assistência, que é a assistência aos ricos. A assistência aos pobres, aos indigentes, é assegurada pelo Estado; a assistência aos trabalhadores é concedida por instituições mutualistas. Ora, de duas formas diferentes, a assistência é mais ou menos igual na atitude dos trabalhadores da saúde. Neste sentido penso que a diferença fundamental é que a assistência que o Estado dá aos pobres não tem por objecto o lucro, ao passo que a assistência dada pelas mutualistas ao trabalhador é fonte de lucro.

No início deste ano, aprovámos a reforma da saúde, que elimina todos os seguros de saúde e dá apenas ao Estado a possibilidade e a responsabilidade de gerir os cuidados prestados aos doentes. Hoje, portanto, em Itália a medicina está nacionalizada e o Estado delega a

gestão da saúde do cidadão nas regiões – que são, como aqui, os estados. As instituições de mútuo estão ultrapassadas e as diversas regiões encaixam o dinheiro com o qual garantem os cuidados de saúde. Quero salientar que os cuidados de saúde e os cuidados psiquiátricos italianos não são bons, porque são ainda a consequência das diversas caixas de mútuo que perturbaram, por assim dizer, a evolução do sistema nacional de saúde. O dinheiro destas instituições foi utilizado de várias formas; o INAM², que foi a maior destas instituições, financiou uma guerra colonial: pensem que a conquista do império etíope pela Itália foi financiada pelo dinheiro dos trabalhadores... É claro que eu não sei se as vossas instituições mutualistas financiam guerras, mas seguramente a acumulação de dinheiro de que dispõem dará rendimentos e juros enormes: os mesmos lucros que deveriam ser dados aos trabalhadores que nelas empenham o seu dinheiro.

Pensemos, por exemplo, nos lucros que as mutualidades têm com os lares de idosos privados: é uma espécie de mundo à parte, onde o interesse privado pesa fortemente sobre o interesse geral. Já falámos muito sobre Barbacena, mas penso que será muito mais fácil de resolver o problema dos manicómios do que o dos lares privados. A indignação que tivemos com Barbacena também se aplica aos lares de idosos privados, mas ela não é tão evidente, é muito mais ambígua, mais clandestina. Bem, há aqui uma discussão muito clara. O Estado brasileiro diz: não tenho dinheiro para satisfazer as necessidades de cuidados de saúde e de cuidados psiquiátricos em particular e, por outro lado, há a mutualidade, que é a única organização que pode dar uma resposta real às necessidades de saúde porque tem o dinheiro. O problema é que a mutualidade dá o dinheiro à iniciativa privada e o Estado não tem controlo sobre a prestação, sobre a forma como os cuidados de saúde são prestados. Este é o problema mais grave. Fazer grandes discursos demagógicos ou populistas é muito fácil, mas como sair deste impasse? Poderia haver várias possibilidades: que a mutualidade, por exemplo, desse o dinheiro ao Estado e o Estado organizasse os serviços de saúde. Mas o Estado, interessado em não ter problemas e em estimular a iniciativa privada, diz: não tenho a organização de saúde psiquiátrica que os privados têm. Assim continua a discussão sobre a iniciativa privada e a exploração dos doentes mentais: se há lucro, de facto, não há interesse em reabilitar e dar alta ao doente hospitalizado.

Mas eu sei que existe uma lei brasileira não aplicada, que estabelece a criação dos “Centros de Saúde”, não de saúde mental, territoriais que servem para atender os problemas e as necessidades das pessoas, locais onde há triagem de doentes, ou seja, um filtro que tenta travar os tratamentos e os internamentos nos hospitais. Vi alguns destes centros a funcionar em São Paulo, e vi um deles em particular que, na minha opinião, é um modelo de organização da saúde, um modelo que não pode invejar nada, por exemplo, a Cuba. Mas os operadores deste centro disseram-me que anteriormente existiam seis centros em funcionamento e que foram gradualmente encerrados devido à pressão dos proprietários dos lares de idosos, que tinham visto o número de admissões nos seus lares de idosos diminuir drasticamente.

Acredito que, antes de fazermos grandes planos para perturbar a organização de saúde, devemos olhar à nossa volta e tentar fazer o mínimo possível. Por exemplo, se propusermos que esta lei seja aplicada e que estes “Centros de Saúde” sejam criados onde forem necessários, veríamos que a situação de internamento em lares de idosos privados diminuiria, ao mesmo tempo que se iniciaria o que é essencial numa organização de saúde: o trabalho de prevenção, porque o futuro da organização, a nível mundial, não é a criação de novas instituições hospitalares, mas sim de redes de serviços preventivos. Pois bem. Não creio que uma futura organização de saúde possa eliminar totalmente o problema dos lares de idosos privados: seria como pensar que os bancos pudessem ser eliminados por imposição do Estado. Vivemos num Estado capitalista com as suas regras, e todas as leis que arrancamos ao Estado são leis que se conquistam através de uma luta, de uma luta real e popular. Por isso, não podemos pensar em ter leis socialistas: teremos reformas que tendem a ser mais ou menos reformistas, mas que, lado a lado, tendem a mudar a lógica do Estado e sobretudo a mudar a lógica da cultura das pessoas.

Parece-me importante dizer isto no final deste curso porque, para além de questionar o hospital psiquiátrico, questiona-se a existência de lares de idosos privados e mostra-se que o lucro privado é um elemento anti-terapêutico. Depois, as pessoas começam a pensar que é necessário outro tipo de intervenção. Se começarmos a ver que entre 80% e 85% do dinheiro depositado é entregue a lares de idosos privados, isto significa que estas instituições capitalizam e exploram 80% do trabalho dos trabalhadores. É [um valor]

enorme: a mutualidade é praticamente um banco que baseia o seu lucro nos juros do dinheiro e no lucro que obtém com o tipo de terapia prestada aos doentes.

Agora vamos dar uma vista de olhos mais atenta a como funciona uma destas casas de saúde privadas. Aqui vi dois [tipos]: um aparentemente bom e outro, diria, bastante mau. No entanto, eram dois hospitais que funcionavam com a mesma lógica, com a terapia da “porta giratória”, como é chamada na gíria, ou seja, com um tempo de internamento relativamente curto como sinal de modernidade, mas como a cama vazia é um desperdício de dinheiro, eis uma enorme reviravolta de que os proprietários de lares de idosos se vangloriam, e dizem: não mantemos as pessoas durante anos, meses, décadas, mas damos-lhes alta imediatamente. Desta forma parece ser uma conquista terapêutica, ao mesmo tempo que é claro que tudo isto responde a uma necessidade completamente diferente (entre outras coisas, entendo que a seguradora de saúde também possui hospitais para doentes crónicos, sempre afiliados a lares de idosos privados e que estão mais próximos dos hospitais psiquiátricos públicos).

Mas regressemos às duas casas de saúde que visitei. A aparentemente bela casa de saúde é a que tem terapia ocupacional, ludoterapia e outras terapias e a que tem um clima semelhante ao de uma comunidade terapêutica, como certas pensões familiares em zonas termais, enfim, uma enfermagem aparentemente boa mas paternalista casa com um propósito muito específico, que é o de explorar financeiramente o paciente, ao mesmo tempo que tenta fazê-lo passar o dia. Olhando então para o organograma do pessoal, havia proporcionalmente muitos médicos, muitos psicólogos e muito poucos enfermeiros. Na verdade, tudo o que diz respeito à gestão, aos trabalhos, por assim dizer, humildes desta instituição, é feito pelos doentes, ou seja, os doentes são duplamente explorados, e ainda por cima para fins terapêuticos. Os doentes com quem conversei eram pessoas dóceis, boas, pessoas em situação completamente regressiva, adaptadas à instituição que parecia uma espécie de útero, que moldava gradualmente as pessoas que nela entravam. A resposta foi totalmente institucionalizada, ou seja, medicalizada e a perturbação, o sintoma foi sempre encoberto pela medicalização. A segunda instituição, a mais feia, digamos, é um verdadeiro hospital psiquiátrico, em que a exploração do doente no seu interior não é sequer mascarada pela terapia.

É interessante, contudo, que tanto os psiquiatras como os administradores de ambos os lares de idosos declararam que o seu problema era ter pessoas internadas que nada tinham a ver com medicina; eram aqueles que eram justamente chamados de “doentes sociais”. Foi isso que também se discutiu aqui, neste congresso, pessoas que vão ao hospital porque não podem ficar lá fora, porque são indigentes e ninguém as quer: são os outros que são os verdadeiros doentes. Já falámos sobre este ponto, mas para mim não há diferença entre os dois tipos de doentes porque ambos são produtos da organização social e não causas, sejamos claros, a organização social não é causa de doença. Estes dois tipos de doentes são um produto da organização social, o que é completamente diferente, são um produto histórico social como o é a criminalidade.

Perguntámos também aos médicos destas duas instituições se achavam que o cuidado dos doentes deveria ser apenas no hospital ou também fora do hospital. Disseram-me: sim, deveria ser extra-hospitalar também, mas neste momento ainda não estamos organizados. O problema é que nunca estarão organizados, porque os cuidados extra-hospitalares são muito mais difíceis de prestar: é preciso criar uma nova organização. A política sectorial de que falou longamente Robert Castel³ é uma situação que gera pouco lucro e exige muitos operadores, pelo que a assistência privada perderia em termos de lucro e não teria qualquer interesse.

Estou a fazer uma análise tão detalhada da situação, porque acho importante discutir factos, situações reais. A insuficiência da assistência é a preocupação de muitos países do mundo e, por exemplo, Castel falou na outra noite sobre o problema nos Estados Unidos. Não quero repetir a discussão, também porque acho que os Estados Unidos estão, enquanto organização capitalista, muito afastados da situação brasileira. Mas os Estados Unidos criaram algo que foi depois exportado para outros países. Fecharam o hospital psiquiátrico público, porque já não servia para outro fim que não o desperdício de dinheiro, ou seja, já não fazia sentido, quer porque já não era um instrumento suficiente de controlo social, quer porque gerava uma despesa demasiado elevada.

Nos Estados Unidos, os manicómios são financiados pelos vários estados, como aqui no Brasil, e a lei Kennedy de 1963, de que falava precisamente Castel, decretou a criação, a expensas do governo federal, dos “Centros de Saúde Mental”. Pois bem, Castel na sua

exposição disse-nos que os centros que se espalharam pelos Estados Unidos foram um fracasso, no sentido em que não responderam à esperança de garantir de outra forma o controlo social dos problemas psiquiátricos. Assim, foi criada uma rede diferente, essencialmente privada, para cobrir estas deficiências. Não quero alongar-me mais sobre os Estados Unidos, mas queria referir este plano porque penso que é o futuro de muitos países. Os Estados Unidos pensaram, portanto, que os asilos para doentes mentais não são necessários, mas é interessante notar como na sua visão, digamos, “reaccionária”, as coisas sejam vistas como pode vê-las um país que tem uma orientação, digamos, “progressista”. De facto, vários hospitais psiquiátricos fecharam na América e é interessante ver como os primeiros foram encerrados nos estados mais reaccionários, [como o]⁴ Alabama. A lógica era esta: numa cidade como Los Angeles, por exemplo, ou Nova Iorque, com milhões de habitantes, dez mil pessoas mais ou menos alienadas não alteram a situação. Assim, uma parte dos internados foi colocada nas ruas onde o controlo social foi realizado de forma espontânea, porque a pobreza é o melhor controlo social, a melhor terapia psiquiátrica. Vimos isso em Barbacena, onde não há necessidade de dar medicamentos ou choques eléctricos: basta reprimir as pessoas através da pobreza e justificá-la como terapêutica psiquiátrica. Mas um país muito poderoso não precisa de justificar nada. Uma vez decidido o seu encerramento, os hospitais psiquiátricos foram encerrados, os idosos foram enviados para lares de idosos, as crianças para lares de crianças e os adultos para as ruas. Por outras palavras, essas pessoas foram abandonadas.

Nos Estados Unidos, portanto, aconteceu o contrário do que era a nossa intenção em Itália, ou seja, fechar os hospitais psiquiátricos para salvaguardar e defender as pessoas internadas. Poderíamos dizer que o que veio “da direita” na América veio “da esquerda” para nós, e é isso que estamos aqui a discutir. Queremos fechar Barbacena não porque custe muito, mas para dar um tratamento alternativo às pessoas que estão internadas em Barbacena. Não para os atirar para a rua, mas para dar um sentido real à nossa acção prática de defesa dos direitos humanos do doente. Encontramos a lógica do empresário privado nos Estados Unidos, onde dizem “quem não trabalha não come”, e então muito bem, se o hospital psiquiátrico não ganhar dinheiro, fecha. Nós, pelo contrário, queremos fechar o hospital psiquiátrico porque ele atropela os direitos humanos do cidadão, e pedimos a criação de uma nova rede de cuidados de saúde, uma rede que esteja próxima

das necessidades da pessoa que está doente, uma rede que esteja perto da casa da pessoa que está doente. A possibilidade de ter, no local onde vivo, alguém que me ajude, não um médico com lógica de médico, não um médico que medicalize a minha doença, não um médico que me explore, mas uma pessoa que responda às minhas necessidades, que previna a minha doença, para me manter saudável: é isso que espero de um Estado que se afirma democrático. E depois diria que a alternativa é criar, à custa do Estado, uma rede de cuidados que responda a estas necessidades.

Naturalmente, estas são coisas grandes de mais para poderem ser resolvidas assim, numa conversa matinal, mas acho que deveremos trazer para dentro desta lógica uma ética política que nunca existiu, porque só assim o concurso popular e uma nova organização da saúde poderão ser eficazes.

Eu não sei se fui eficaz no curso que leccionei nestes dias. Agora estamos no final, e há sempre uma tristeza muito grande, a tristeza de nos separarmos pela segunda vez. Espero que não seja a última vez que nos vemos⁵. Em todo o caso, desejo-vos tudo de bom, para que possam enfrentar o problema de uma forma mais real e mais política, porque não creio que vos possa ajudar, mas penso que são vocês que devem encontrar dentro de vós a força para romper com este círculo infernal de silêncio e de cumplicidade. Gostaria de acrescentar uma última coisa: na Itália, a lei sobre o internamento psiquiátrico datava de 1904 e foi abolida há um ano e meio. Desde que nasceu, os psiquiatras queriam aboli-la e em todos os congressos gritavam contra ela, mas depois regressavam ao hospital psiquiátrico e continuavam a ser os torturadores. Penso que, para que este grito faça sentido, é necessário que alguém incentive os psiquiatras a actuarem de forma prática, e foi por isso que escolhi este título para o meu curso: “Psiquiatria e participação popular”. Sem a participação das pessoas, o psiquiatra terá sempre a satisfação de conversar para si mesmo e por isso não haverá consequências, porque as palavras são palavras e os factos são factos, falar e agir são duas coisas muito diferentes. É melhor estar calado e não falar.

PERGUNTA [abreviadamente, P]: Gostaria de dizer algo sobre o filme de Barbacena e sobre a razão de, ontem à noite, ter rejeitado o papel de herói⁶. Verdadeiramente, este

filme foi feito com sacrifício de várias pessoas, existem vários heróis anónimos nesta história, mas o mais importante é que o atendimento psiquiátrico não se restrinja a técnicos e a heróis. Os heróis, como sabemos, chegam a finais trágicos, e a revolução dos mineiros já nos mostrou isso. Acreditamos, por isso, que os heróis somos todos nós, na medida em que lutamos juntos, lado a lado, com o mesmo propósito e unidos pela mesma ideia: o fim dos manicómios. Isto não é apenas para técnicos. Todas as pessoas devem estar envolvidas, o povo, os trabalhadores, para exercer o poder democrático e pressionar as instituições a produzirem novas regras, para que possamos intervir nesta política de bem-estar.

RESPOSTA [abreviadamente, R]: Já que o Antônio [Soares Simone] falou, gostaria de lembrar algo que o Antônio disse ontem à noite, e que é um ensinamento democrático. Acerca de um prémio que lhe foi atribuído, disse que o herói não é ele, mas sim todos nós. Agradeço-lhe novamente por me ter ensinado, aqui em Minas Gerais, algo muito importante.

P: Acredito que trouxe uma nova visão sobre como devemos lutar para mudar esta situação, para transformar este pessoal médico que temos aqui, que é o principal responsável por esta situação. Na verdade, se os hospitais estão lotados é porque algum médico mandou para lá doentes. Todas as drogas psiquiátricas são mal utilizadas porque o psiquiatra não as prescreveu bem. Se os hospitais estão cheios de casos sociais é porque o médico não conseguiu perceber no dia seguinte que não se tratava de um caso psiquiátrico. Tenho aqui um documento de um grupo de enfermeiros que dizem que estão fartos de serem considerados carcereiros, e que estão o dia todo no hospital, ao passo que o médico está cinco, dez minutos com os doentes. O tempo em ambulatório é muito curto: quatro horas para dez doentes, mas o médico reduz esse tempo para uma hora e meia ou duas. Creio que o problema seja, portanto, o de como mudar a cabeça destes psiquiatras e de os privar de todos estes privilégios.

R: Bem, apesar de concordar com tudo o que se passou no congresso, notei duas grandes ausências no debate: por um lado, os internados, e isso, diria, é bastante compreensível, dada a situação actual; mas, por outro lado, e isto é mais grave, notei a ausência dos enfermeiros. Não sei se estão [alguns], mas tenho a impressão de que os enfermeiros ficam no hospital porque não podem abandonar o trabalho, tendo um contrato férreo e não tendo o privilégio dos médicos que podem ir a conferências. Além disso, os enfermeiros têm dificuldade em verbalizar, por isso o médico diz que também representa o enfermeiro aqui, o que não é verdade, porque o enfermeiro continua a ser a pessoa que permanece dentro do hospital. Estava à espera desta questão porque para mim a figura do enfermeiro, ou seja, do operador de nível inferior ao médico, é essencial para a discussão sobre a mudança. Penso que nos devemos focar na transformação do enfermeiro, e também do médico, mas como? Tenho algumas propostas que vêm da minha prática.

Primeiro, o médico. Na minha opinião, para o médico há dois problemas a enfrentar: um é o da formação, o outro é o problema do trabalho do médico já formado. Em primeiro lugar, parece-me que a discussão se situe a montante e se trate de um discurso sobre a universidade. A universidade deve mudar profundamente, porque se não trouxermos o aspecto social para o estudo da medicina, criaremos sempre médicos que estão totalmente ao serviço do dinheiro e que só vêem o sentido do seu trabalho no lucro. Seria preciso que o estudante, enquanto estuda na universidade, fosse para o campo, para ver as pessoas não no hospital, mas na sociedade em geral, para ver como surgem as doenças, como as fábricas destroem o homem, como a família é fonte de contrastes, de contradições absurdas, como o tempo livre é um momento de alienação da pessoa. Este é o verdadeiro significado da formação do médico, para além de saber quantas vértebras temos, quantos pulmões temos, quantos corações temos. É pela situação inicial que devemos começar o trabalho por uma formação diferente, também da população, no que diz respeito ao problema da saúde.

Para o médico já formado, diversamente, é necessário começar a transformar a sua instituição e que ele comece a ver os mecanismos de opressão social que existem no hospital; então começará também ele a compreender qual é o problema do lucro e do poder como elementos de repressão do doente.

O enfermeiro, pelo contrário, deve começar a compreender que ele próprio é elemento de repressão violenta e de tortura, que também ele está nas mãos do director do hospital, o qual, ao utilizá-lo como repressor do paciente, divide a classe proletária, porque o doente e o enfermeiro pertencem à mesma classe. E é este o modo de controlar o hospital, fazendo de um torturador do outro. Este é o mecanismo que vemos sempre utilizado pelos patrões; encontramos-lo na fábrica, onde o chefe de equipa controla o seu companheiro, um contra o outro; é a lógica da divisão do trabalho, que conhecemos muito bem, através da qual se domina a classe subjugada. Isto é formação de pessoal: não é ensinar novas técnicas, porque as novas técnicas são sempre as velhas técnicas de opressão. Que podemos ensinar aos enfermeiros de Barbacena a não ser destruir Barbacena? Mostrar que o enfermeiro é o torturador do outro. Dizer ao médico que deve mudar o rumo da sua vida: esta é a resposta que te dou.

P: Eu sou enfermeira profissional e gostaria de esclarecer que naquele documento que foi citado diz que estamos cansados de preencher papelada burocrática e que estamos cansados de levar doentes, de os amarrar, de lhes dar sedativos, quando na realidade isso é algo que dói, tortura-nos directamente. Como profissionais de saúde, todos vocês sabem, por exemplo, que podem contar com assistência psicológica, porque, como nós, se devem sentir torturados pela tortura que exercem. Nós não temos essa assistência. Mesmo os “assistentes”⁷, que são pessoas de baixo nível socio-económico, com muitos problemas sociais, também vivem com a pobreza, com a desgraça, com a tortura, com o sofrimento dos doentes mentais, e não dispõem da mínima assistência. Não sei, mas poderia haver um hospital a fazer uma reunião semanal, mensal, para que estas pessoas pudessem desabafar um pouco das tensões que estão a viver em relação aos doentes.

Outra coisa que gostaria de falar é esta: Basaglia disse que estamos ausentes, e estamos mesmo. Mas estamos porque nunca nos foi possível estar presentes, nunca nos foi permitido estar presentes, nem eles se envolveram, nem aqui, porque este curso era muito caro para nós. Em vez disso, gostaríamos de conversar, temos muitas coisas para dizer, porque quem está em Barbacena somos nós, quem carrega o peso das coisas somos nós, e se o “auxiliar” sofre muito na relação com o doente, nós também sofremos muito,

porque sentimos que a nossa formação profissional está absolutamente devastada. Nada pode ser feito, absolutamente nada, tudo é proibido. Se quisermos fazer alguma coisa dizem-nos: este não é o seu trabalho, este é o trabalho do assistente social, este é o do psiquiatra. Estamos realmente rodeados de tarefas burocráticas e não podemos fazer nada, mesmo sabendo que temos muito para dar aos doentes, pelo menos, enquanto seres humanos; a relação de apoio que um pode dar ao outro, porque não há necessidade de qualquer título de doutor em medicina, nem de ser psicólogo, nem de ser assistente social para estar próximo de uma pessoa.

R: Agradeço à jovem em nome de todos e faço uma proposta: que na moção final do congresso se faça uma autocrítica, em que seja realçado o que ela acabou de dizer e que a moção inclua sugestões relativamente aos enfermeiros e aos “assistentes”, porque o problema dos enfermeiros não é um problema brasileiro, é um problema internacional. Qualquer congresso médico é um congresso de médicos, [mas] a medicina não⁸ é um problema também dos enfermeiros. Os enfermeiros têm de ficar no hospital a amarrar os doentes, a dar-lhes os comprimidos, para que os médicos possam vir dizer as suas belas palavras, envolver-se na demagogia e no populismo e, no final, as coisas não mudam, porque não há os verdadeiros actores na medicina, que são os enfermeiros. Com isto também não quero ser populista, digo coisas reais porque me refiro à experiência que tivemos nos últimos anos na Itália.

No início, o mais difícil na transformação do hospital foi sempre a oposição dos enfermeiros, que não entendiam por que razão tinham de mudar. A sua posição de tutor era mais simples do que a de quem percorre um caminho de transformação, até porque o medo do enfermeiro é muito maior do que o do médico: se o médico for despedido, arranja outro emprego porque é um médico livre; se o enfermeiro for demitido por ser rebelde, ele continuará a ser uma pessoa sem emprego. Essa é a diferença entre o proletário e o burguês, e portanto a resistência do enfermeiro à mudança é o medo de perder o emprego, o que é compreensível; devemos entender tudo isso e garantir que a mudança seja colectiva, e para todos, porque só na organização e na força o enfermeiro encontrará o caminho e a vontade de mudança, porque é uma mudança para todos, porque encontrará a união com o paciente não como um “doente”, mas como uma pessoa que pertence à sua

própria classe oprimida . E então fica claro que, à medida que falamos dos problemas, a medicina e a psiquiatria desaparecem e vemos que a psiquiatria e a saúde são um problema eminentemente político.

Quando a Senhora disse que o enfermeiro não pode fazer certas coisas, porque cabem ao assistente social ou ao médico, fica claro que esse tipo de organização, de divisão do trabalho, é a destruição da saúde. A Senhora é jovem, mas penso que já trabalha no hospital há muito tempo e que já poderia fazer tudo o que um médico faz. O médico faz coisas muito banais que a enfermeira mais humilde poderia fazer; mas o médico tem a possibilidade – que vem do seu papel – de exercer um poder que o enfermeiro não pode exercer. A diferença não é o conhecimento, porque o que o médico sabe o enfermeiro também sabe: nada mais é do que a possibilidade de aprender coisas ao longo do tempo. A diferença entre os dois é acima de tudo uma diferença de poder. E, portanto, o que devemos buscar é muito difícil: é o intercâmbio de papéis. Eu, por exemplo, até na função de médico e de director, trabalhei muitas vezes como enfermeiro.

O que significa ser enfermeiro? Por que razão se chama “assistente”? “Assistir” significa “ocupar-se de”, “estar com”, “cuidar de”. Aqui, isso significa ser enfermeiro, ser “assistente”; e “assistente” deveria ser o nome de todos os profissionais de saúde. Em vez disso, há sempre esse papel de poder, que cria uma confusão no próprio paciente, que a certo ponto já não sabe a quem se deve dirigir, vendo o médico como a pessoa que lhe dá a saúde, quando na realidade, pelo contrário, quem o assiste é o enfermeiro que está com ele. É este intercâmbio dos papéis que pode verdadeiramente dar sentido à alternativa real, porque uma lógica vertical conduzirá sempre à destruição da situação de saúde. O problema é que, em vez disso, é necessária uma organização horizontal, mantendo naturalmente diferentes papéis, mas de tal forma que o ponto, a cultura de referência, seja sempre o de uma transferência de conhecimento e não de uma transferência de poder. Eu, digo a verdade, não sei o que estou a fazer. Isto é, se dirijo, isso é poder; mas diante da pessoa que está doente, que está a sofrer, eu não sei que diferença existe entre ela e eu. Provavelmente, ela é muito mais útil do que eu posso ser. Esta é, parece-me, a situação fundamental e parece-me que este é um ponto que deve ser posto em evidência: o problema é que a Senhora deve expressar a sua subjectividade como eu devo expressar a

minha, para ser útil ao paciente. E assim, para concluir, eu proporia ainda aos organizadores da conferência que incluíssem esta autocrítica na moção final, porque é verdade que também podia haver o problema que referiu, que o curso era muito caro⁹ e, portanto, não estava aberto a todos os “assistentes”¹⁰, já que não podiam pagar. Eu penso que é possível terem existido muitos erros no congresso, mas numa organização que é ainda menina, e que não tem quem a eduque, há sempre erros. E ainda bem que esta organização não tem pai, porque ele teria sido certamente um pai castrador...

AGRADECIMENTOS

Tradução portuguesa, segundo a norma anterior ao Acordo Ortográfico de 1990, de José Melo Alexandrino, tomando como referência o texto da primeira edição italiana das 14 conferências de Franco Basaglia, na obra organizada por Franca Ongaro Basaglia e Maria Grazia Giannichedda, *Conferenze brasiliane*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000 (também disponível, num outro formato, [aqui](#)). Direitos de tradução: ©PÁGINA UM

Além dos agradecimentos devidos às editoras da referida versão italiana das *Conferenze brasiliane* (de que existe uma nova edição revista de 2018), Franca Ongaro Basaglia e Maria Grazia Giannichedda, o tradutor e o PÁGINA UM desejam igualmente exprimir e reiterar os seus agradecimentos a todos quantos tornaram possível a divulgação da obra mais famosa de Franco Basaglia fora de Itália, as pessoas como tal expressamente referidas na Nota introdutória de Franca Ongaro Basaglia, a saber: Fernanda Nicácio, Paulo Amarante, Denise Dias Barros, Antônio Soares Simone, Giampero Demori, Chiara Lesti, Paulo Vendinha, Claudia Ehrenfreund, Letizia Cesarini Sforza e Pier Aldo Rovatti.

¹ Tal como sucedeu com o título das demais conferências, também o desta não foi dado por Franco Basaglia, mas sim pelos organizadores das diversas iniciativas realizadas em Belo Horizonte, tendo de resto Basaglia o hábito de rapidamente os desconstruir, no início das suas palestras.

² O Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie (INAM), a instituição mutualista mais importante da Itália [cfr. Marilisa Poci, «Ricordi sulla sanità in Italia: l'INAM e il Formulario galénico del 1959», in *nuova Rivista di Storia della Medicina*, anno II (LI), n.º 1 (2021), p. 166], foi suprimido em 1977 e substituído, no ano seguinte, pelo Servizio Sanitario Nazionale (*ibidem*, p. 177).

³ O famoso sociólogo Robert Castel (que já estivera também com Franco Basaglia no 1.º Simpósio Internacional de Psicanálise, no Rio de Janeiro, em Outubro de 1978), fora convidado também pela Associação dos Psiquiatras de Minas Gerais para o *III Congresso Mineiro de Psiquiatria*, a realizar em Belo Horizonte entre 15 e 21 de Novembro de 1979.

⁴ Omite-se a referência à Califórnia, que imputamos a lapso.

⁵ Franco Basaglia viria a morrer 9 meses depois, no dia 29 de Agosto de 1980.

⁶ Antônio Soares Simone foi o psiquiatra de Minas Gerais a quem se ficou a dever (i) o esforço de convencimento do Governador do estado, Francelino Pereira, bem como do Governo na autorização da vinda de Franco Basaglia a Barbacena e a Belo Horizonte, (ii) a organização e dinamização das várias conferências que Basaglia viria a proferir na cidade, em Junho/Julho e em Novembro de 1979, e, duas décadas mais tarde, (iii) a descoberta das fitas magnéticas com as gravações das quatro conferências proferidas em Novembro (embora não as de Junho/Julho), o que viria a permitir a primeira edição consolidada, no ano de 2000, das *Conferenze brasiliane*, mais tarde traduzidas em diversas línguas.

Refira-se ainda a propósito que, na sessão de abertura deste III Congresso, tinha sido exibida a curta-metragem da mineira Iole de Freitas, rodada na Cidade de Deus, “Deixa falar”, seguida do comentário de Franco Basaglia, palavras que não deixariam de ser notícia (designadamente no *Jornal do Brasil*, de 22 de Novembro de 1979, p. 17).

⁷ “*Atendentes*”, na edição de 2010, que preservou a designação brasileira dessa função (*atendente hospitalar*), cuja remuneração média salarial, em Setembro de 2024, se situa em torno dos 220,00€ (R\$1.355,00).

⁸ A menos que a frase se deva ter por sarcástica, o “não” deve dar-se por não escrito.

⁹ Sobre os custos aproximados do curso, podem ver-se as taxas de inscrição praticadas entre 25 e 29 de Junho de 1979 (nos Seminários, Curso e Supervisões), no *Jornal do Brasil*, de 22 e de 23 de Junho de 1979, Caderno B, p. 3 (disponível na Biblioteca Nacional Digital, acessível em <<https://bndigital.bn.gov.br>>); por sua vez, é Maria Grazia Giannichedda quem anota, na conferência proferida por Basaglia em 17 de Novembro de 1979, que a dado momento, tendo-se verificado agitação na sala, ter-se-á ouvido o seguinte a Basaglia: “Eh, os pobres estão a entrar, para se chegarem à mesa dos ricos...”.

¹⁰ Referidos, com bonomia, na edição original, igualmente como “*atendentes*”.

[Notas finais da responsabilidade do tradutor.]