

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO**

**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**Sofrimento Mental e Terapia Social**

**FLORIANÓPOLIS, 2008**

**FABIANA CAPOZZI**

**Sufrimento Mental e Terapia Social**

*Trabalho de Conclusão de curso apresentada  
ao Departamento de Serviço de Social da  
Universidade Federal de Santa Catarina,  
como requisito para a obtenção do título de  
Bacharel em Serviço Social*

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup> Eliete Cibele Cipriano Vaz

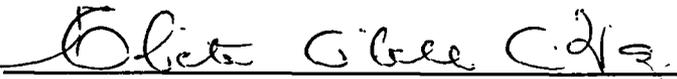
Florianópolis, 2008

**Fabiana Capozzi**

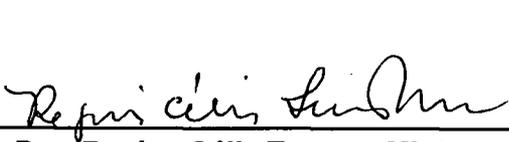
**Sofrimento Mental e Terapia Social**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à aprovação da banca examinadora como requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

**Banca Examinadora:**

Presidente:   
**Profa. Dra. Eliete Cibele Cipriano Vaz**

1º Examinador:   
**Dr. Marcos de Noronha**

2ª Examinadora:   
**Dra. Regina Célia Tamaso Mioto**

FLORIANÓPOLIS, 2008



## DEDICATÓRIA

*Cheguei da rua eufórica com a notícia. Encontrei minha mãe sentada junto à parede de nossa casa em construção, coberta em lágrimas. Naquele dia, meu pai fora o primeiro cidadão morador de Florianópolis a comprar o jornal diário, procurou ansioso o meu nome nele e então ligou para minha mãe. A notícia que eu trazia já havia sido dada: “Nossa filha foi aprovada no vestibular da UFSC...”*

*Quanto aos meus dois irmãos, guardo a figura de um poeta e protetor e de uma companhia infinita nas brincadeiras de big-big e disputas pela pretinha...*

*Dos meus avós, guardo uma carta e um tapa, e das minhas avós a gelatina colorida e um sutiã em forma de cofre para as guloseimas da netinha gordinha.*

*Da minha bisavó ficou o exemplo do silêncio e agora entendendo o aviso de meu bisavô em forma de cantiga, ainda tão menina que eu era:*

*“Do alto daquele morro tinha dois passarinho butum,  
Chorava e saluçava a morena  
Tum, Tum, Tum a morena, Tum, Tum, Tum,...”*

***A vocês dedico este trabalho.***

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Dolores Prates Barbosa Capozzi e Alberto Victório Capozzi pela vida dada pela concepção e (re) dada em várias ocasiões de meu percurso nesta Terra.

Aos meus irmãos, Alberto Capozzi Neto e Bruno Étori Capozzi, tão diferentes enquanto individualidades e tão parecidos quando se referem aos cuidados e expressões de amor para comigo.

Aos meus quatro avós, Maria e Alberto e Almerinda e Geraldo pela bênção de tê-los em minha companhia, já neste momento de vida e tão jovens quando a questão é afeto.

Às minhas tias e tios, por tudo que vivemos em minha infância e pré-adolescência, sentimentos conquistados e compartilhados que nenhuma distância geográfica é capaz de apagar. As minhas primas e primos com quem pude conviver e também às novas primas, distanciadas no tempo de uma geração e 1000 KM.

A todas as professoras e professores que fizeram parte especial na minha formação. De algumas eu não lembro nem o nome nem a fisionomia, mas guardei suas instruções. No curso de Serviço Social, agradeço a todas (os) professores que fizeram parte deste processo de formação profissional. Em especial às professoras: Tereza Kleba, Rosana Martinelli, Iliane Kholer, Raquel Mombelli, Beatriz Paiva, Myrian Mitjavila, Simone Sobral, Maria Manoela, Catarina, as professoras Tereza e Simone, Maria del Carmen Cortizo e ao professor Raúl Burgos e as professoras Regina Célia Tamaso Miotto e Vera Herweg Westphal por aceitarem fazer parte da avaliação e propostas de aprimoramento deste Trabalho de Conclusão de Curso.

As secretárias: Ondina e Rosana Gaio por toda ajuda burocrática e processual no decorrer desta graduação.

À minha professora e orientadora Eliete Cibele Cipriano Vaz, por todos os momentos, reflexões, orientação e emoções vivenciadas conjuntamente neste um ano de elaboração de TCC, onde aprendi um fazer profissional elaborado pela credibilidade, confiança competência e amizade.

Ao professor Walter Ferreira de Oliveira a quem tenho um carinho especial.

A Bibliotecária Vera Ingrid, que realizou e me orientou com tanto carinho, o trabalho de metodologia científica desse Tcc.

A dona Ivalda Delorme dos Santos, pela agilidade na formação deste trabalho, minha gratidão

A todos os profissionais do CAPS II Ponta do Coral, principalmente ao psicólogo Felipe, com quem tanto pude aprender sobre a Loucura. Em especial a Assistente Social Gisele Cunha que me recebeu e orientou com tanto cuidado e talento.

Também a todos os usuários do CAPS, principalmente àqueles (as) que comigo fizeram a Oficina de Capoeira e à Bianca.

Ao Dr. Marcos de Noronha e psicóloga Márcia Bernardes, pela atenção profissional e possibilidades a mim dedicadas.

A todos (as) participantes da Terapia Social, que se disponibilizaram a fazer parte deste processo de pesquisa e que conjuntamente refletimos questões de elaboração da vivência diária.

A todos meus colegas da Capoeira, da dança Afro e do cenário musical de Florianópolis, que me proporcionaram experimentar relações e sentimentos que eu até então não conhecia, nem sempre prazerosas, porém, humanas.

As colegas de curso do Serviço Social, pelas buscas desse processo.

E como não agradecer meus animais de estimação que acompanharam meus passos pelas madrugadas, em meio a café e fumaça, refletindo sobre as Loucuras de uma vida Loka...

A esta Ilha da Magia e as “franjas do mar”, local onde experiencie processos misteriosos...

Agradeço a Deus, que me prova sua existência nos momentos em que mais duvido de tudo e de todos.

“Que ingenuidade é dizer “assim e assim *deveria* ser o homem!”. A realidade nos mostra uma fascinante riqueza de tipos, a opulência de um pródigo jogo e alternância de formas: e algum pobre e vadio moralista vem e diz: “Não! O ser humano deveria ser *outro!*”... Ele sabe até como este deveria ser, esse mandrião e santarrão; ele desenha a si próprio no muro e diz “*ecce homo*”... Mas, mesmo quando o moralista se volta apenas para o indivíduo e lhe diz: você deveria ser assim e assim!”, ele não deixa de se tornar um ridículo. O indivíduo é, de cima a baixo, uma parcela de *fatum* [fado, destino], uma lei mais, uma necessidade mais para tudo o que virá e será. Dizer-lhe “mude!” significa exigir que tudo mude, até mesmo o que ficou para trás... E, de fato, houve moralistas conseqüentes, que queriam o ser humano de outra forma, isto é, virtuoso, queriam-no à sua imagem, isto é, santarrão: para isso *negaram* eles o mundo! Tolice nada pequena! Imodéstia nada modesta!... A moral, na medida em que *condena* em si, *não* por atenções, considerações, intenções da vida, é um erro específico do qual não se deve ter compaixão, uma *idiosincrasia de degenerados* que causou dano incomensurável!... Nós imoralistas, pelo contrário, abrimos nosso coração a toda espécie de entendimento, compreensão, *abonação*. Nós não negamos facilmente, buscamos nossa distinção em sermos *afirmadores*. Cada vez mais nossos olhos atentaram para essa economia que necessita e sabe aproveitar tudo o que é rejeitado pelo santo desatino do sacerdote, a *doente* razão do sacerdote, para essa economia que há na lei da vida, que mesmo das repugnantes espécies do santarrão, do sacerdote, do virtuoso tira sua vantagem – qual vantagem? – Mas nós, imoralistas, somos aqui a resposta...

[...]

Qual pode ser *nossa* doutrina? – Que ninguém dá ao ser humano características, nem Deus, nem a sociedade, nem seus pais e ancestrais, nem *ele* próprio [...] *Ninguém* é responsável pelo fato de existir, por ser assim ou assado, por se achar nessas circunstâncias, nesse ambiente. A fatalidade do seu ser não pode ser destrinchada da fatalidade de tudo o que foi e será. Ele *não* é conseqüência de uma intenção, uma vontade, uma finalidade próprias, com ele não se faz a tentativa de alcançar um “ideal de moralidade” – é absurdo querer empurrar o seu ser para uma finalidade qualquer. *Nós* é que inventamos o conceito de finalidade... Cada um é necessário, é um pedaço de destino, pertence ao todo, *está* no todo – não há nada que possa julgar, medir, comparar, condenar nosso ser, pois isso significa julgar, medir, comparar, condenar o todo... *Mas não existe nada fora do todo!* - O fato de que ninguém mais é feito responsável, de que o modo do ser não pode ser remontado a uma *causa prima*, de que o mundo não é uma unidade nem como *sensorium* nem como “espírito”, *apenas isso é uma grande libertação* – somente com isso é novamente estabelecida a *inocência do vir-a-ser*... O conceito de “Deus” foi, até agora, a maior *objeção* à existência... Nós negamos Deus, nos negamos a responsabilidade em Deus: apenas *assim* redimimos o mundo.”

(FRIEDRICH NIETZSCHE)

## RESUMO

“*De médico e Louco todo mundo tem um pouco*” diz o dito popular. Mas, o que realmente significa ser Louco nos diferentes períodos Históricos? Como a sociedade reconheceu e tratou sua jornada? De manifestação Divina a problema social: Como encarar a Loucura e suas manifestações atualmente? Entender que a experiência de viver entre a busca de ilusões e a concretização da realidade material, atualmente e em muitos casos, se elabora através do sofrimento, nos instiga a elaborar alternativas para superação dos conflitos que se encerram em meio ao sofrimento. Quando nas pessoas acontece o sofrimento durante o percurso de vida, as conseqüências podem se manifestar ora fisicamente ora mentalmente, quando não de ambas as formas. Pudemos presenciar esses dilemas, durante o desenvolvimento do Estágio Curricular Obrigatório I e II, no Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) II Ponta do Coral, experiência que se estendeu durante a nossa observação participante em Grupos de Terapia Social. A partir desse marcante processo, originou-se o presente Trabalho que tem como proposta abordar algumas questões referentes ao Sofrimento Mental, apontando para algumas variantes da complexidade de sua composição. Nesse sentido, priorizamos a abordagem da Antropologia da Saúde que relaciona os processos de saúde/doença, prazer/sofrimento como relações efetivadas socialmente em dimensões macro e micro social, relacionando as visões e organização da sociedade com as formas de abordagem do Sofrimento Mental e este como uma das formas de representação da organização societária. A partir de alguns delineamentos conceituais, procuramos relacioná-los aos dados da pesquisa realizada junto a 03 (três) Grupos de Terapia Social, que ocorrem no Hospital da Polícia Militar (HPM) e Associação Beneficente dos Policiais Militares de Santa Catarina (ABEPON), nos possibilitando entender como são elaborados os problemas existenciais dos (as) participantes e as possibilidades de enfrentá-los no sentido de elaboração de uma vida digna. Com finalidade de análise em relação às concepções desenvolvidas no texto, utilizamos o enfoque nas relações de Gênero. Como aporte teórico à elaboração desse Trabalho, foram fundamentais autores como: Foucault (2007); Amarante (1986); Minayo (2006); Basaglia (1985) e Vaz (1998).

**Palavras-chave:** Terapia Social, Serviço Social, Sofrimento Mental.

## ABSTRACT

"Of doctor and Crazy everybody has a little" he/she says the popular statement. But, what does really mean to be Crazy in the different Historical periods? How did the society recognize and did she treat your day? Of Divine manifestation to social problem: How to face the Madness and your manifestations now? To understand that the experience of living between the search of illusions and the materialization of the material reality, now and in many cases, it is elaborated through the suffering, it urges us to elaborate alternatives for supremacies of the conflicts that close up amid the suffering. When in the people the suffering happens during the life course, the consequences can show physically mentally some times other times, when not in both ways. We could witness those dilemmas, during the development of the Apprenticeship Curricular Obligatory I and II, in Apoio Psicossocial's Center (CAPS) II Ponta of the Coral, experience that extended during our participation in Groups of Social Therapy. To leave of that outstanding process, he/she arose the present Work that has as intended to approach some referring subjects to the Mental Suffering, appearing for some variants of the complexity of your composition. In that sense, we prioritized the approach of the Anthropology of the Health that relates the saúde/doença processes, prazer/sofrimento as relationships executed socially in dimensions macro and social personal computer, relating the visions and organization of the society with the forms of approach of the Mental Suffering and this as one in the ways of representation of the organization societária. Starting from some conceptual delineamentos, we tried to relate them to the data of the research accomplished 03 close to (three) Groups of Social Therapy, that happen at the Hospital of the military police (HPM) and Beneficent Association of the Military Policemen of Santa Catarina (ABEPON), making possible to understand each other how the existential problems of the are elaborated (the) participants and the possibilities to face them in the sense of elaboration of a worthy life. With analysis purpose in relation to the conceptions developed in the text, we used the focus in the relationships of Gender. As theoretical contribution to the elaboration of that Work, they were fundamental authors as: Foucault (2007); Amarante (1986); Minayo (2006); Basaglia (1985) and Vaz (1998).

**Word-key:** Social therapy, Social Service, Mental Suffering.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	12
2 ASPECTOS DA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO LOUCO.....	17
2.1 Antiguidade.....	17
2.2 Modernidade.....	22
2.3 A Era Contemporânea.....	27
2.4 A Instituição Hospitalar .....	34
2.5 A Psiquiatria Moderna.....	39
2.6 Novo olhar sobre a Psiquiatria e o trabalho do Serviço Social.....	41
2.7 A Desinstitucionalização e a Humanização .....	44
2.8 As Intervenções Na Área Da Saúde Mental: o curandeiro, o médico e a família da pessoa adoecida.....	47
3 CONCEPÇÕES SOBRE SAÚDE MENTAL.....	51
3.1 Aspectos Históricos da relação Saúde e Doença.....	51
3.2 Aspectos Históricos da Antropologia da Saúde.....	57
3.3 Cuidados e proteção à pessoa em Sofrimento Mental.....	65
3.4 A Saúde, a Doença e o Sofrimento Mental inseridos em processos sociais.....	69
3.5 A Política Pública do Sistema Único de Saúde e o Serviço Social.....	77
3.6 A ênfase nas questões de Gênero.....	79
4 A TERAPIA SOCIAL.....	83
4.1 Aproximações Teóricas.....	83
4.2 Alguns elementos teóricos que subsidiam a prática da Terapia Social.....	91
4.3. Caracterização dos Grupos de Terapia Social.....	92
4.4 Procedimentos Metodológicos.....	97
4.5 Análise dos Grupos .....	100
4.5.1 As mulheres dos Grupos.....	100
4.5.1.1 A Sexualidade.....	104
4.5.1.2 A Educação e os Filhos.....	112
4.5.1.3 O trabalho e aspectos sócio – econômicos.....	116
4.5.1.4 O processo de tratamento na Terapia Social.....	120
4.5.2 Análise dos Homens dos Grupos.....	123
4.5.2.1 A Sexualidade.....	127

4.5.2.2 A Educação e os Filhos.....	135
4.5.2.3 O trabalho e os aspectos sócio-econômico.....	140
4.5.2.4 O processo de tratamento na Terapia Social.....	144
4.6 A Religiosidade dos (as) participantes dos Grupos.....	147
4.7 Perspectivas de atuação do Serviço Social.....	151
4.7.1 O Serviço Social no Acolhimento e/ou Entrevista.....	151
4.7.2 A Visita Domiciliar.....	155
4.7.3 O Trabalho em Grupos.....	157
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	161
6. REFERÊNCIAS.....	165
APÊNDICE.....	170

## 1 INTRODUÇÃO

Nosso interesse pela questão do Sofrimento Mental iniciou-se pela experiência vivenciada.

Durante o processo educativo de Estágio Curricular Obrigatório I e II Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) II Ponta do Coral, nos foi oportunizada a convivência diária com pessoas que vivenciam o Sofrimento Mental. Tal convivência nos enriqueceu profundamente primeiramente, como futura profissional e, além disso, como pessoa humana. Nessa experiência nos deparamos com pessoas que vivenciam intensamente os dilemas que a vida nos impõe cotidianamente. Com significativa sensibilidade refletimos conjuntamente questões propostas por eles (as) como importantes: sinceridade, amizade, amor, sexo, etc. Deparamos-nos com pessoas que expressaram seus desejos, sentimentos e opiniões sem rodeios ou medo de interpretações ou julgamentos, dando a qualquer pessoa e profissional, uma lição de sinceridade. Outras vezes podíamos percebê-los (as) encerrados em seus pensamentos horas a fio, cabisbaixos ou deitados à varanda da casa que sedia a instituição, como se nada ou ninguém pudesse fazer algo para retirá-los daquela aparente solidão e vazio.

Ao final do estágio, iniciamos o processo de pesquisa que resulta neste Trabalho de Conclusão de Curso. A pesquisa se realizou junto a três Grupos de Terapia Social, Grupos psicoterápicos coordenados pelo etnopsiquiatra Dr. Marcos de Noronha, que se realizam nas Instituições do Hospital da Polícia Militar de Santa Catarina (HPM) e Associação Beneficente dos Policiais Militares de Santa Catarina (ABEPON). Tratou-se de uma convivência menos intensa do que no CAPS, afinal, os encontros com os Grupos se estabeleciam semanalmente. Ainda, as sessões de Terapia Social se concretizam junto a usuários (as) de uma classe social mais abastada materialmente e que na maioria das vezes, ainda possuem os vínculos familiares menos comprometidos. Entretanto, também são pessoas encerradas em forma diferenciada de lidar com as questões impostas na elaboração da vivência cotidiana.

De uma questão não podemos fugir: Todo e qualquer ser humano em sua experiência na Terra, em algum momento da vida se depara com conflitos, contradições, angústias, ansiedade ou incertezas que acarretam o Sofrimento. Entretanto: Quando este sofrimento se alastra por longo período e compromete nossas relações afetivas e de trabalho? Quando o

sofrimento nos leva à busca de recursos como drogas lícitas ou ilícitas? Quando esse sofrimento nos retira o desejo de viver o cotidiano ou ainda novas experiências?

Segundo o Relatório sobre Saúde no mundo, elaborado pela Organização Pan-Americana da Saúde(OPAS) e Organização Mundial da Saúde(OMS):

As iniciativas iniciais indicam que cerca de 450 milhões de pessoas atualmente vivas sofrem transtornos mentais ou neurobiológicos, ou então problemas psicossociais como os relacionados com o abuso do álcool e das drogas. Muitas sofrem em silêncio. Além do sofrimento e além da ausência de atenção, encontram-se as fronteiras da estigmatização, da vergonha, da exclusão e, mais freqüentemente do que desejaríamos reconhecer, da morte.( ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001, p. 14)

Enfatizamos a realidade em que estão expostas as pessoas que experimentam o processo com o Sofrimento Mental: ausência de atenção, estigmatização, vergonha, exclusão e ainda, a morte. Dentre tal problemática, faz-se urgente pensarmos e efetivarmos propostas de atenção efetiva para tais pessoas. A área da Saúde é um ramo das ciências que vem dedicando sua atenção sobre tal demanda. Tal atenção se processa sob duas perspectivas: 1) como processos unicamente biológicos; 2) como processos bio-psicossociais.

Partindo do entendimento que o Sofrimento Mental é um processo bio-psicossocial e também histórico e, nesse sentido, experienciado e elaborado cotidianamente por seus protagonistas e também pela sociedade, entendemos que este está inscrito tanto em relações macro como micro sociais. No que se referem às relações macro sociais, entendemos as pessoas com Sofrimento Mental inseridas na realidade de antagonismo das classes sociais, em ideologias instituídas que exercem formas de coação e conformam valores, atitudes e direcionamentos de existência. Como relações micro sociais, percebemos tais pessoas experimentando a fragmentação de relações afetivas e comunitárias e sendo sujeitas de expressões preconceituosas e estigmatizantes.

O Serviço Social, como profissão interventiva da área da Saúde, tem como um de seus desafios, conforme explicitado em seu Código de Ética: “Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças”. (CONSELHO REGIONAL DE

SERVIÇO SOCIAL, 2004, p.15-33). Visando tal horizonte, é necessário primeiramente tomar conhecimento sobre as pessoas que sofrem mentalmente bem como de suas experiências vivenciadas, entendendo como se conformam os processos que desencadeiam tal problemática e, então, propor alternativas para o enfrentamento de tal expressão da Questão Social.

Fora nesse sentido que nos surgiram questionamentos como:

- 1) Como historicamente se processou o entendimento sobre a questão do Sofrimento Mental, também denominado como Loucura?
- 2) Enquanto Assistente Social, como abordar atualmente tal expressão da Questão Social?
- 3) Como as relações macro sociais se estabelecem na experiência com o Sofrimento Mental?
- 4) Como se estabelecem as relações micro sociais das pessoas que experienciam o processo com o Sofrimento Mental?
- 5) Como poderíamos efetivar ações interventivas eficazes e promotoras de Saúde Mental, enquanto Assistentes Sociais?

Propomos uma forma de entendimento sobre tais questões, apresentadas neste Trabalho de Conclusão de Curso, que por sua vez se formata da seguinte maneira:

No item 2 procuramos referenciar alguns aspectos importantes da trajetória histórica referente ao entendimento, conceituações e intervenções sobre a Loucura. Tratou-se de um percurso que transforma uma compreensão de Loucura enquanto inspiração divina, amor e simplicidade; em direção a um entendimento de problema social e, nesse sentido, o Louco passa a experimentar um processo de estigmatização, preconceito e exclusão social.

No item 3 procuramos refletir a Loucura como uma questão de Saúde. Para tal nos embasamos na perspectiva da Antropologia da Saúde, embasada em um conceito ampliado que entende os processos de saúde e doença, prazer e sofrimento, morte como experiências que são elaboradas cotidianamente na vivência de relações macro e micro social. Nesse sentido, questionamos sobre como as relações macro e micro social se estabelece hegemonicamente enquanto forma de coação e objetivando a figura do Louco como um “Outro” na organização social.

No item 4 refletimos os dados de pesquisa referente aos participantes de três Grupos de Terapia Social enfatizando como percebemos, na prática, as concepções teóricas trazidas nas seções anteriores. Para tal, nos utilizamos da abordagem de relações de Gênero, analisando os dados de pesquisa sob os tópicos de: Sexualidade; Educação e Filhos; Trabalho; a busca por ajuda profissional no enfrentamento do Sofrimento Mental sendo: a Terapia Social e a Religiosidade. Finalizamos nossa análise elaborando uma perspectiva de atenção às pessoas que experienciam o Sofrimento Mental, referente aos processos práticos operativos do Serviço Social.

Nesse sentido, apresentamos como objetivos de nosso Trabalho:

- 1) Ampliar o conhecimento sobre o conceito de Loucura, principalmente no que se refere a sua perspectiva histórica.
- 2) Refletir o Sofrimento Mental sob a perspectiva de atenção na área da Saúde, em seu conceito ampliado, que entende o ser humano como ser partícipe de relações sociais significativas na elaboração de seus processos vivenciados de saúde e doença, prazer e sofrimento.
- 3) Aproximar das questões referentes a conflitos e contradições que acarretam o Sofrimento Mental nas pessoas participantes da Terapia Social, buscando relacioná-las aos processos de coação social, que se apresentam como ideologias e valores hegemônicos.
- 4) Propor alternativas de intervenção profissional para o Serviço Social em relação à problemática do Sofrimento Mental.

Os procedimentos para elaboração deste trabalho nos trouxeram a necessidade de escolhas por referenciais teóricos<sup>1</sup> e, a partir desses, um direcionamento de reflexões. Para tal nos embasamos principalmente em autores e teóricos como Foucault (2007), Pélbart (1989), Amarante (1996), Basaglia (1985), Minayo (2006), Langdon (2006), Beauvoir (1980), Mioto (2000, 2005, 2006) Noronha (2007), Vaz (1998) e Abbagnano (2007).

Os procedimentos metodológicos utilizados para elaboração desta pesquisa se efetivaram pela aproximação do método dialético para análise dos dados. Tal análise se consubstanciou pela observação participante nas sessões terapêuticas de 03 (três) Grupos de Terapia Social, sendo 02 (dois) deles ocorrendo no Hospital da Polícia Militar e 01 (um) na

---

<sup>1</sup> Ver bibliografia citada.

ABEPON. Tais participações se deram no período de Novembro de 2007 a Novembro de 2008.

Também como técnica, aplicamos um questionário aos participantes dos Grupos. Tal questionário teve como enfoque questões sobre aspectos sócio-econômicos e culturais, ao qual nos propomos relacionar com as concepções tratadas ao longo da pesquisa bibliográfica.

Nesse processo nos deparamos como duas principais realidades: Primeiramente que se trata de um ato de **coragem** fazer escolhas frente à diversidade das possibilidades de se entender as relações humanas e sociais e em segundo lugar; o tratar-se de um ato de **ousadia** elaborar qualquer forma de opinião frente à complexidade da humanidade. Nesse sentido, ressaltamos que este Trabalho, embora encerre uma jornada de sete anos de graduação, não diz nada mais do que as idéias de uma iniciante orientada e instigada pelo conhecimento.

## 2 ASPECTOS DA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO LOUCO

*Minha Estranha Loucura/ É tentar te entender/ E não ser entendida/ É ter sempre razão e assumir o papel de culpada bandida/ É fazer dos teus erros/ Num motivo qualquer a razão da minha culpa/ Ver você me humilhar/ E eu num canto qualquer dependente total do seu jeito de ser/ Minha Estranha Loucura/ É tentar desculpar o que não tem desculpas/ Minha Estranha Loucura/ É tentar entender que o melhor é você... (ALCIONE)*

### 2.1 Antiguidade

A Filosofia, enquanto ciência que trata o saber e sua utilização, desde a Antigüidade, já fazia referência à Loucura como objeto de reflexão. Segundo Abbagnano, o que Platão (427 a.C–347 a.C) “chamava de boa Loucura, que não é doença ou perdição, foi interpretada de dois modos diferentes. Primeiramente, como *inspiração ou dom divino*; e segundo, como *amor à vida e tendência a vivê-la em sua simplicidade*.”

O primeiro significado encontra-se em *Fedro*, onde Platão afirma que, “os maiores bens nos são ofertados através de uma Loucura que é um dom divino”[...]. Essa Loucura manifesta-se em quatro formas: a) Loucura *Profética*, base da adivinhação, arte de predizer o futuro; b) Loucura *Purificadora*, que permite afastar os males por meio de purificações e de iniciações no presente e no futuro; c) Loucura *Poética*, que é inspirada pelas musas [...]; d) Loucura *Amorosa*, a forma superior, à qual o homem é predisposto pela lembrança da beleza ideal, despertada nele pela beleza das coisas do mundo [...]. (ABBAGNANO, 2007, p.729).

Também nesse sentido, o filósofo Pélbart (1989, p. 25-43) analisa mais detalhadamente os dois primeiros significados da Loucura como “dom divino”. Primeiramente, no que se refere à Loucura Profética e Purificadora. Referenciamo-nos a

figura da Pitonísia<sup>2</sup> que, em seu estado de transe, diz a palavra do deus e do destino e para tal, a Pitonísia passa por um ritual (banho da fonte, bebe água sagrada) e quando já “plena de deus” declara o discurso “divinatório” e “delirante”. Segundo Platão, “os antigos (provavelmente refere-se à Grécia arcaica) nomeavam “divinatório” e “delirante” por uma mesma palavra (manikê) porque era uma única coisa”. Nesse sentido, sobre o discurso da Pitonisa:

Nunca de forma clara e direta: sempre ambígua, obscura e incerta, como se o deus que conhece o futuro resistisse em manifestá-lo ao homem [...] Heráclito estaria apontando para o sentido que as palavras ao mesmo tempo encobrem e revelam. Poderíamos inferir que dentro da própria significação, nesse espaço ambíguo entre a evidência do falar (legein, traduzido por “afirmar”) e a obscuridade do esconder (kruplein), abre-se a possibilidade do delírio. A palavra tortuosa do delírio oracular não só se opunha à verdade, como também continha um saber (mesmo porque como mostrou Marcel Dutenne, a verdade não se opunha ao falso, mas ao esquecimento, estando mais próxima da memória (mnemoyné) do que da precisão). (PÉLBART, 1989, p.26)

Nesse sentido, uma das formas de manifestação da Loucura na Antiguidade é pelo delírio de um discurso obscuro e indireto na figura da Pitonísia, que encerra a palavra de deus.

Outro significado da loucura, dado por Platão é a Loucura Poética, inspirada pelas musas. Referenciamos-nos ao culto Dionisíaco<sup>3</sup>, de “caráter de exaltação e excesso [...] em um ambiente de ruidosa euforia”, onde havia a festa das Bacantes (mulheres fiéis de Dionísio), elas “se entregavam às orgias, ao êxtase dos sentidos, entusiasmos violentos, gritos selvagens e música contagiante”. (PÉLBART, 1989, p.33-35)

No Coribantismo<sup>4</sup> o Louco está possuído por um Daimon, sendo um campo de presença divina, e é o que o torna sagrado. A mania pode resultar da ira de um deus provocada pelo não cumprimento de uma promessa ou de um sacrifício. A “cura” consistirá na reconciliação do sujeito com a divindade que o molesta, através de um ritual paroxístico, e quando “curado” é um íntimo do deus, apto a reconciliá-lo com outros “possuídos” e o louco, “curado”, vira “curandeiro”. (PÉLBART, 1989, p. 35)

<sup>2</sup> Pitonisa, na Grécia Antiga, sacerdotisa do deus Apolo; na Antiguidade mulher com dons proféticos (PITONISA, 2006, p. 2064)

<sup>3</sup> Dionisíaco: que diz respeito a Dionísio ou Baco, geralmente ligado às festas campestres, ao vinho, aos ciclos vitais. Na mitologia grega, deus da vegetação, esp da vinha e do vinho, filho de Zeus e Sémela[...] (DIONISÍACO, 2006, p.864)

<sup>4</sup> Coribantismo: orgiásticos de la grécia clásica (menadismo, coribantismo,...): em todas estas fases está presente la preocupación por ubricar las manifestaciones religiosas – culturales dentro de una sociedad articulada por relaciones de poder entre categorías sociales y entre géneros, para mejor entenderlas e interpretarlas (LEFLAINE, 2008)

Ainda sobre o significado da Loucura como “dom divino”, Nichols, discípula de Jung<sup>5</sup>, analisa no arquétipo<sup>6</sup> do “Louco”

Às vezes o Louco, tratado mais claramente como o equivalente do rei, apresenta-se com uma coroa. Simbolicamente, a coroa é um halo dourado, aberto em cima para receber a iluminação do alto, de modo que assim o rei como o louco são vistos recebendo a inspiração divina. (NICHOLS, 2007, p. 44).

Assim, a Loucura enquanto “inspiração divina”, pode se apresentar como profética, purificadora, poética e de inspiração amorosa, coroada assim como um rei, é inscrita sob um prisma de ordem espiritual em relação ao mundo, e amorosa em relação aos sentidos da beleza que o mundo apresenta.

Ainda sobre o entendimento dado por Platão sobre a Loucura Amorosa, como a forma superior, o amor à vida e a tendência de vivê-la em sua simplicidade, à qual o homem é predisposto pela lembrança da beleza ideal, despertada nele pela beleza das coisas do mundo; é relacionada por Abbagnano à obra “O Elogio da Loucura”<sup>7</sup> de Erasmo de Roterdã, que assim traça o retrato do sábio estóico:

Ele é surdo à voz dos sentidos, não sente emoção nenhuma, o amor e a piedade não impressionam o seu coração duro como diamante, nada lhe escapa, nunca deixa de duvidar, sua visão é de lince, tudo pesa com a máxima exatidão, nada perdoa: encontra em si mesmo sua felicidade, julga-se o único rico da terra, o único sábio, o único rei, único liberto; numa palavra, julga-se o todo: e o mais interessante é que ele é o único a julgar-se assim. (ABBAGNANO, 2007, p. 729).

A simplicidade está implícita no sentido de não sentir emoção alguma, em “seu coração duro como o diamante”, em detrimento da vulnerabilidade emocional. Ele encontra em si mesmo sua felicidade, como único, que tudo suporta independente das condições impostas exteriormente.

<sup>5</sup> Carl Gustav Jung (1875-1961), foi um psiquiatra suíço, que através de suas pesquisas, funda uma abordagem terapêutica denominada Psicologia Analítica.

<sup>6</sup> Representação simbólica de forças instintuais que operam de modo autônomo nas profundezas da psique humana é denominado por Jung de “arquétipo”. (NICHOLS, 2007, p.26)

<sup>7</sup> “Elogio à Loucura” é considerada um dos documentos mais significativos do Renascimento (SÉC. XVI). (ABBAGNANO, 2007, p. 729)

Sobre a ênfase da simplicidade sobre a vida, citamos também o exemplo dado pelo Prof. Dr. Walter de Oliveira, que nos relatou, durante aula da disciplina de Saúde Mental, no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, no ano de 2007, sobre uma experiência de seu período de estudos e prática em residência psiquiátrica num Hospital. Assim nos relatou sobre um paciente que, cuidadosamente, confeccionava seu próprio dinheiro; ele tinha “permissão” para sair em passeios e, algumas vezes, a equipe técnica fora acionada a buscá-lo em luxuosos restaurantes onde, após realizar fartas refeições, propunha o pagamento com seu dinheiro confeccionado.

O Louco como uma pessoa que vive a vida em sua simplicidade, também é referenciado por Nichols, novamente analisando o arquétipo do Louco, em outra perspectiva:

Muitas ambigüidades do Louco arquetípico são ilustradas num baralho francês de origem desconhecida [...]. Nesta carta, o Louco é pintado como um velho mendigo, de barba longa e olhos vendados [...] o velho mendigo carrega um violino debaixo do braço esquerdo, cuja música o acompanhará quando ele cantar por um jantar na aldeia mais próxima e ajudará a conservar-lhe a alma em harmonia e em paz ao longo da estrada solitária [...] não é cego, mas usa uma venda nos olhos, o que indica disposição para renunciar aos estímulos das cenas e eventos exteriores. (NICHOLS, 2007, p. 42).

Novamente podemos perceber o Louco vivendo a vida em sua simplicidade, trocando uma música por um jantar, andando solitariamente de aldeia em aldeia, de olhos vendados aos estímulos externos.

Nos sentidos apresentados por Platão sobre a Loucura, aprofundados com base em Pélbart e também verificados nas análises de Nichols, percebemos que o Louco apresenta-se na sociedade como uma forma particular de estar no mundo. Assim, ora sob “inspiração divina” ora sob renúncia aos sentidos, o Louco pode ser percebido como uma pessoa diferente, ou mesmo, se apresenta de forma particular no que se refere à relação com determinados aspectos da existência humana.

Além disso, como observa Nichols (2007, p. 46, 50), os loucos “desde tempos remotos” eram aceitos, queridos e protegidos pela sociedade, e tal forma de acolhimento da sociedade a essa pessoa diferente que é o louco, “continuou até o séc. XVII”.

Ainda no séc. XVI, a Loucura tem uma recíproca relação com o que é aceito como razão, no sentido de que uma fundamenta a outra.

A loucura torna-se uma forma relativa à razão ou, melhor, loucura e razão entram numa relação eternamente reversível que faz com que toda a loucura tenha sua razão que a julga e controla, e toda razão sua loucura na qual ela encontra sua verdade irrisória. Cada uma é a medida da outra. (FOUCAULT, 1987, p. 30)

E ainda,

Entre todas as outras formas de ilusão, a Loucura traça um dos caminhos da dúvida dos mais freqüentados pelo séc. XVI. Nunca se tem certeza de não estar sonhando, nunca existe uma certeza de não ser Louco: não nos lembramos de como sentimos a presença da contradição em nosso próprio juízo? (FOUCAULT, 1987, p. 44)

Nesse sentido, qualquer pessoa pode ser considerada louca ou não louca, afinal, todos nós conhecemos as contradições em nosso próprio juízo, bem como podemos estabelecer os limites permitidos sobre os julgamentos que a razão infere à nossa loucura, bem como a zombaria com que a loucura encontra a razão.

Shakespeare (1564-1616) aborda o tema da Loucura em algumas de suas principais obras. Assim, um dos casos mais caracterizados de “Loucura verdadeira” é a personagem Ofélia, da obra *Hamlet* e também *Lady Macbeth*, na obra do mesmo nome, e nesse sentido também *Rei Lear*. Shakespeare apresenta também personagens que se fingem de Loucos, com a finalidade de conseguir determinados objetivos, como por exemplo, Hamlet, e no *Rei Lear*, o personagem de Edgar. O dramaturgo retrata a Loucura também na figura do bobo de corte, principalmente na obra *Rei Lear*, onde o bobo representa o modo mais expressivo da sabedoria na Loucura, quando em suas falas, “os bobos atingem a profunda ambigüidade característica do ser humano”. (A LOUCURA..., 2008)

Como cita Foucault (1987, p. 44), no início do séc. XVII a Loucura está “presente no coração das coisas e dos homens, embaralhando as referências do verdadeiro, mal guardando a lembrança das grandes ameaças trágicas da vida.”

No sentido exposto até o momento, a Loucura é uma possibilidade, seja como experiência divina, sabedoria sobre a simplicidade da vida, ou o irrazoável que completa a razão. Como um mendigo, um bobo da corte, um andarilho ou “idiota da aldeia”, o Louco perambula pelas vilas e pequenas cidades, profetizando, “embaralhando” verdades, lembrando a anarquia, construindo possibilidades de existência sobre o estabelecimento social.

## 2. 2 Modernidade

Uma série de transformações ocorridas no processo histórico conforma uma nova Era Histórica, denominada pela ciência ocidental de Modernidade, cujo modo de produção lança as bases do sistema Capitalista<sup>8</sup>. No bojo dessas transformações que se configuram durante o séc. XVII, economicamente o Ocidente experimenta o fomento dos grandes mercados em desenvolvimento e nesse sentido, a Era Moderna inicia um grande estímulo ao desenvolvimento industrial, que se institui por subsídios a determinados grupos que vão consolidando uma nova classe social, conhecida como burguesia. Esta passa a ser detentora do poder econômico da sociedade. À medida que os mercados crescem, aos seus arredores crescem, desenvolvem-se e se tornam complexas as cidades (centros urbanos); principalmente pela expropriação da população camponesa de suas terras.

A expropriação dos camponeses, o início da exploração do trabalho das pessoas, e também do desenvolvimento das cidades, a concentração de riqueza por parte da nascente burguesia, etc., vão elaborando paulatinamente um contraponto, surgindo uma grande massa populacional sobrevivendo num ambiente de pobreza, ou seja, de miséria, penúria, indigência, enfim, de necessidades.

Segundo Foucault (1987, p. 78) é justamente no cenário de pobreza que a Loucura passa a ser percebida e desta forma, o Louco é então inserido no ambiente dos “problemas da cidade”. Não mais reconhecido o valor de ser como estando sob inspiração divina ou encantado pelas belezas do mundo e assim acolhida pela sociedade, caberá à Loucura o ambiente de marginalização. Entretanto, não se trata de um processo unicamente econômico,

---

<sup>8</sup> “O termo capitalismo designa um sistema econômico no qual a maior parte da vida econômica, particularmente o investimento em bens de produção e sua propriedade, se desenvolvem em caráter privado (i.e., não governamental), através do processo de concorrência econômica, tendo como incentivo o lucro.” (CAPITALISMO..., 1986, p. 145).

existiram outras transformações Históricas que transformam uma experiência “divina” em um “problema social”.

Com finalidade de entendimento sobre como se configurou tal processo, citamos que neste período, filosoficamente é instituída a concepção de Antropocentrismo. Esta concepção considera que a humanidade deve permanecer no centro dos entendimentos dos humanos – “o homem como centro das atenções” – em contraposição ao suposto teocentrismo<sup>9</sup> da Era Feudal. Também no que se refere à filosofia que se instaura na Era Moderna, responsável por uma mudança significativa na forma de elaboração da Loucura em relação ao imaginário social, é elaborada e instituída uma nova forma de pensamento, denominada como Racionalismo.<sup>10</sup>

Como um dos expoentes do Racionalismo, o filósofo René Descartes (1596-1650), em sua obra “O Discurso do Método” (1654) introduz a noção de que o grande método em busca da verdade<sup>11</sup> é a dúvida<sup>12</sup> – “cogito ergo sum”. Assim, o filósofo propõe que não devem ser aceitas verdades preestabelecidas, as coisas devem ser problematizadas, deve-se duvidar. Nesse sentido, a partir de Descartes, as ciências físicas e naturais se libertam da hegemonia da Igreja. O filósofo aponta três pilares que fazem errar na busca da verdade: os sonhos, os sentidos e a Loucura. Entretanto, os erros do sentido e as ilusões dos sonhos ainda podem dialogar com a dúvida, ao contrário, a Loucura não.

Na economia da dúvida, há um desequilíbrio fundamental entre a loucura, de um lado, e o sonho e o erro, de outro. A situação deles é diferente com relação à verdade e àquele que a procura; sonhos ou ilusões são superados na própria estrutura da verdade, mas a loucura é excluída pelo sujeito que duvida. Como logo será excluído o fato de que ele não pensa, que ele não

<sup>9</sup> Teocentrismo: é a concepção segundo a qual Deus é o centro do universo. (TEOCENTRISMO..., 2008)

<sup>10</sup> “RACIONALISMO: Em geral, a atitude de quem confia nos procedimentos da razão para a determinação de crenças ou de técnicas em detrimento do campo. Esse termo foi usado a partir do século XVII para designar tal atitude no campo religioso. (ABBAGNANO, 2007, p. 967)

<sup>11</sup> Segundo Abbagnano (2007, p.1182-1192) a verdade pode ser entendida de várias formas na história da filosofia. “[...] o conceito de Verdade como revelação levou a reconhecer, com base no critério de evidência, a existência de Verdades *eternas*. Descartes viu no *cogito* (v.) a evidência originária, pela qual a existência do sujeito pensante se revela ao próprio sujeito pensante, e considerou que deveria ser considerado como verdadeiro tudo o que se manifesta de modo evidente. No âmbito do que se manifesta desse modo, Descartes pôs as Verdades *eternas*, estabelecidas e garantidas pela imutabilidade de um decreto de Deus [...]. Segundo Descartes, as Verdades *eternas* são garantidas e reveladas diretamente por Deus, e por isso são eternas (*Méd., Princ. Phil.*, I, 49). ( ABBAGNANO, 2007, p. 1184)

<sup>12</sup> Segundo Abbagnano (2007, p. 348) Dúvida: “Esse termo costuma designar duas coisas diferentes, porém mais ou menos ligadas: 1º um estado subjetivo de incerteza, ou seja, uma crença ou opinião não suficientemente determinadas, ou a hesitação em escolher entre a asserção da afirmação e a asserção de negação; 2º uma situação objetiva de indeterminação ou a problematidade de uma situação: seu caráter de indecisão em relação ao possível êxito ou à possível solução [...] Às vezes também se acreditou que a Dúvida trouxesse em si ou implicasse uma certeza originária superior a toda dúvida. Essa é a corrente de pensamento que Descartes difundiu pelo mundo moderno e no qual baseou a evidência de consciência.

existe [...]. A dúvida de Descartes desfaz os encantos dos sentidos, atravessa as paisagens do sonho, sempre guiada pela luz das coisas verdadeiras; mas ele bane a loucura em nome daquele que duvida, e que não pode desatinar mais do que não pode pensar ou ser. (FOUCAULT, 2007, p.46-47)

A Era Moderna a partir de Descartes, partindo na noção de busca pela verdade absoluta e a dúvida como caminho para encontrá-la, coloca os sonhos e as ilusões dos sentidos na própria estrutura da busca pela verdade. Mas desterra a Loucura, em nome daquele que duvida. Como demonstra Foucault (2007, p.45) Descartes entende o Louco como despossuído de razão, apenas “um cérebro tão perturbado e ofuscado pelos negros vapores da bília”.

A Era Moderna marca a oposição incompatível entre o racional e o irracional, desconstruindo a reciprocidade que marcava a relação destes até o séc. XVI. Segundo Foucault (1987, p.47), o séc. XVII elabora um cenário onde a “verdade” só pode ser racional e nesse sentido, a Loucura ou tudo o que fosse percebido no ambiente do insensato “foi colocado fora do domínio no qual o sujeito detém seus direitos à verdade.”

Ainda na Era Moderna, floresce o movimento religioso da “Reforma Protestante”, que se expande por toda a Europa durante o séc. XVI. A Reforma Protestante se caracteriza pela crítica à Igreja Católica e um de seus mais importantes fundamentos consiste na valorização da pessoa humana pelo seu trabalho. Desta forma, podemos indicar que os valores de ordem cristã, embasada nos mandamentos e leis bíblicas, fundamentado no Mito Adâmico<sup>13</sup>, aliados à ética do trabalho ajudam a conformação dos valores morais acolhidos como racionais e objetivos e nesse sentido, aceitos pelo Estado Moderno.

O Estado Moderno é uma consequência das transformações políticas ocorridas na Era Moderna. Assim, a noção de “Direito Natural”<sup>14</sup> e de “Estado de Natureza”<sup>15</sup> é submetida à necessidade do estabelecimento de um “Contrato Social”, que passa a organizar a necessidade das pessoas, necessidades estas que serão defendidas pela figura do Estado. Assim, o Estado passa a ser responsável pela organização sócio-política e econômica das nascentes e crescentes cidades.

<sup>13</sup> O mito adâmico, concebido pela cultura patriarcal da linha judaico – babilônica como justificativa para a dominação do homem sobre todas as coisas e sobre as criaturas, inscrito num dos documentos mais notórios da cultura ocidental, a Bíblia. (ALVES, 2008, p. 225-237) E ainda: “Sagrada Escritura, narrativa constitutiva e base da civilização do Ocidente. Nela Deus cria o homem, confia-lhe o mundo e a natureza. Adão tem desde o início um papel e um perfil específicos. É o que organiza dando nomes, é o intérprete da ordem sagrada que, uma vez transgredida, vai dar início a uma outra ordem, fio condutor da história da humanidade sofredora.” (OLIVEIRA, 2008, p. 173)

<sup>14</sup> Direito Natural – a existência de um direito cujo conteúdo é estabelecido pela natureza.

<sup>15</sup> Estado de Natureza – onde todos vivem livres e em igualdade, sem conflitos.

Uma forma assumida pelo Estado Moderno, que tinha como finalidade organizar as cidades, fora efetivar a atividade de exclusão social<sup>16</sup>, através do confinamento nos Hospitais Gerais<sup>17</sup>. Nesse sentido,

É esse modo de percepção que cabe interrogar a fim de saber qual foi a forma de sensibilidade à Loucura de uma época que se costuma definir através dos privilégios da razão. O gesto que, ao traçar o espaço de internamento, conferiu-lhe um poder de segregação e atribuiu à Loucura uma nova pátria, por mais coerente e ordenado que seja esse gesto, não é simples. Ele organiza uma unidade complexa, uma nova sensibilidade à miséria e aos deveres da assistência, novas formas de reação diante dos problemas econômicos do desemprego e da ociosidade, uma nova ética do trabalho e também o sonho de uma cidade onde a obrigação moral se uniria à lei civil, sob as formas autoritárias da coação. Obscuramente, esses temas estão presentes na construção das cidades de internamento e em sua organização. São eles que dão sentido a esse ritual e explicam em parte o modo pelo qual a Loucura é percebida e vivida. (FOUCAULT, 1987, p. 55)

A nova sensibilidade em relação à Loucura, em uma época que se privilegia a razão, inserida em uma realidade considerada problemática como a do desemprego e da ociosidade, é dada através da organização de uma unidade complexa, onde se constrói o sonho de uma cidade onde a obrigação moral se uniria à lei civil, sob as formas autoritárias da coação, ditando valores e impondo o trabalho como um destes e nesse sentido, a Loucura como a percebemos descrita no item 1.1 passa a ser entendida como insensata e problemática à convivência social e conseqüentemente deverá ser excluída no ambiente dos Hospitais Gerais.

Segundo Foucault (1987, p. 67 - 121) a internação se efetivava em relação a tantas quantas fossem as pessoas consideradas como “problemas sociais”. Segundo documentos históricos, essas pessoas eram denominadas como - desempregados, vagabundos, filho ingrato, espírito arruinado, homossexuais, doentes venéreos, devassos, libertinos, insanos, prostitutas, etc. Tais pessoas eram tratadas com base em um fundamento de valorização moral, ou seja, a pessoa estava relacionada e valorizada “de acordo com os bons costumes e

<sup>16</sup> Tratamos aqui o conceito de exclusão social nos referenciando que, até o séc. XVI o Louco estivera inserido à convivência social e, a partir da Era Moderna, este passa a viver internado em hospital, sem convívio social.

<sup>17</sup> “Uma data pode servir de referência: 1656, decreto da fundação em Paris, do Hospital Geral [...]. Trata-se de recolher, alojar, alimentar aqueles que se apresentam de espontânea vontade, ou aqueles que para lá são encaminhados pela autoridade real ou judiciária [...]. Por toda superfície da França, abrem-se hospitais gerais: às vésperas da Revolução é possível enumerar 32 cidades do interior que os apresentam [...]. Muitas vezes essas novas casas de internamento são estabelecidas dentro dos próprios muros dos antigos leprosários [...] também são mantidas pelas finanças públicas [...]. Não se deve esquecer que poucos anos após a fundação, o único Hospital Geral de Paris agrupava 6000 pessoas, ou seja, 1% da população [...]. Afim de habitar as plagas durante tanto tempo abandonadas pela lepra, designou-se todo um povo a nosso ver estranhamente misturado e confuso [...]” (FOUCAULT, 2007, p. 49-56).

as regras de conduta”. O autor observa que entre tais pessoas; “nenhum indício de alguma diferença: apenas a mesma desonra abstrata”. A Loucura passa a ser entendida nesse espaço de desonra.

Nesse sentido - repensando os valores da Modernidade, principalmente quanto à centralidade da razão, a valorização ética do trabalho além das referências às Sagradas Escrituras – a pessoa razoável, de ética cristã e trabalhadora é fundamental na solidificação do modo de produção Capitalista. Foucault (1987, p. 67) esclarece que o internamento, alicerçado na função de repressão, adquire novo sentido quando, não tratando apenas de prender os sem-trabalho, tem função também de “dar trabalho aos que foram presos, fazendo-os servir com isso para prosperidade de todos.”

A internação é uma criação institucional própria do séc. XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão tal como esta era praticada na Idade Média. Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a Loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo, o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da Loucura e modificam-lhe o sentido. (FOUCAULT, 1987, p. 78)

As palavras sábias e instigantes do bobo da corte, as renúncias do andarilho, o toque divino, toda criatividade e ilusão, foram encerradas e perdidas em Instituições de Confinamento e exclusão social. A Loucura passa a ser percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de convivência social, enfim como problema. Assim, o que passa a ser Loucura? Qualquer forma individual de estar no mundo que não convenha aos valores aceitos pela ordem social dominante? Realmente, a Era Moderna nos faz “perder os passos” da trajetória do Louco, de sua jornada, até então sábia e particular, e agora massificada e enclausurada.

### 2.3 A Era Contemporânea

No século XVIII, uma nova série de mudanças sócio-políticas e culturais incidirá sobre a concepção de Loucura, bem como sobre o trato aos Loucos.

Nesse período, politicamente são consagrados os Direitos Civis, que se referem à garantia de direitos individuais. Segundo Bussinger (1997, p. 28-29) os Direitos Civis prescrevem normas para a vida da pessoa em sociedade, sendo que tais direitos “dizem respeito à personalidade do indivíduo (liberdade pessoal, de pensamento, de religião e liberdade econômica) e garantida a ele uma esfera de arbítrio e de leicidade, desde que seu comportamento não atinja, interfira ou impeça o gozo dos mesmos direitos por parte de outras pessoas”. Também se trata do período histórico da “Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão” (1789), concomitantemente à promulgação da primeira Constituição da França (1791), que resumia as realizações da Revolução Francesa<sup>18</sup>.

Percebemos que a pessoa é concebida como um ser social, possuidora de direitos garantidos pelo Estado sempre em relação à sua sociabilidade. Assim, como esclarece Foucault (1987, p. 131), o séc. XVIII tem seus esforços em conciliar a noção de “sujeito de direito” com a “experiência contemporânea do homem social”, ficando assim estabelecido o fato de que “alienação do sujeito de direito pode e deve coincidir com a loucura do homem social.” Ainda segundo Pélbart (1989, p. 219)

A hipótese mais geral que orientou esta prática, pode ser resumida numa frase: o louco é um fracassado em sua sociabilidade – leia-se, em sua humanidade [...], as noções de “predomínio das paixões” e “lesões da vontade”, que representarão conjuntamente o obstáculo maior a essa sociabilidade.”

Nesse sentido, a “loucura do homem social”, “alienação do sujeito de direito”, e de “fracassado em sua sociabilidade” reafirmam a noção do Louco como uma pessoa sem

---

<sup>18</sup> Uma das maiores Revoluções da história da humanidade. “Em causa estavam o Antigo Regime e a autoridade do clero e da nobreza”. Proclamou os princípios universais “Liberdade, Igualdade e Fraternidade.” ( REVOLUÇÃO..., 2008).

condições para viver em sociedade, no momento em que está alienado<sup>19</sup> de seus direitos à convivência social, embasando tal perspectiva em idéias como “predomínio das paixões” e “lesões da vontade”. A partir do momento que o Louco é concebido como alienado de seus direitos, é também lhe negado a liberdade pessoal sobre seus pensamentos e escolhas do modo de viver a vida.

Ainda, mesmo quando inserido na sociedade, o Louco vivencia um sentimento de “exílio atroz”, como é descrito por Nietzsche<sup>20</sup>, em século posterior:

“Alguém que tenha vivido enterrado desta maneira não tem mais nenhuma experiência particular para viver, mas sente apenas os sintomas do comportamento geral em relação à sua própria vida; e eu carrego comigo recordações horríveis e não estou em condições de me libertar delas.” (NIETZSCHE, 1967, p. 20-21 apud VIRMAUX, 1990, p. 125).

Ao se afirmar que o Louco não está em condições de manter-se em sua sociabilidade, elabora-se um cenário de hostilidade social em relação às suas formas peculiares de se comunicar, de demonstrar sentimentos, de encarar a relação com a vida material. É nesse sentido que o louco vai experimentando os sentimentos de solidão, exclusão, de exílio.

Enfatizando nossa abordagem histórica, culturalmente o séc. XVIII é marcado pelo Movimento Iluminista. Tal Movimento elabora noções como: predomínio da razão, da ciência, defesa da liberdade política e econômica e da igualdade de todos perante a lei, entre outros. Influenciada pelo Iluminismo, acontece a Revolução Francesa (1789), proclamando ideais de “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”, consolidando o poder político da classe burguesa e marcando definitivamente a transição da Era Moderna para Era Contemporânea.

Do que diz respeito aos princípios revolucionários – Liberdade, Igualdade e Fraternidade - a liberdade aos Loucos referia-se à possibilidade de tratamento em isolamento nos hospitais, a partir do momento em que a Loucura passa a ser conceituada como **doença**.

A possibilidade de aglutinar os loucos em um mesmo espaço, para reconhecer e tratar suas loucuras, permite o nascimento da psiquiatria. Assim é que, para Machado (1981, p. 62-63 apud AMARANTE, 1996, p. 39.), com

<sup>19</sup> Segundo Chauí (1995, p.170-171), a alienação é o fenômeno pelo qual o homem não se reconhece na obra que criou, fazendo-a ser outro, separado dos homens. Complementamos que o alienado pode, entretanto, sentir-se superior a sua obra e com poder sobre ela.

<sup>20</sup> Nietzsche (1844-1900), filósofo que tem “queda final na alienação, que o separa dos homens” (VIRMAUX, 1990, p.125)

base em “uma relação com o louco que se dá ao nível das instituições [...], o hospício é considerado o *a priori* da percepção médica.”

O processo de aglutinação dos loucos para reconhecer e tratar suas loucuras e conseqüentemente a consolidação da especialidade médica da psiquiatria é explicado por Amarante (1996, p. 39). O autor cita um grupo conhecido como “Os Ideólogos”, “de grande influência no pensamento francês do séc. XVIII, em pleno período revolucionário”. Esse grupo busca uma base verdadeiramente científica para o conhecimento dos fenômenos da realidade, tomando como principal referência o modelo da História Natural – conhecer é classificar, separar e agrupar os diferentes fenômenos em ordens aproximativas. Para “Os Ideólogos”, “o conhecimento era assim um processo cuja base era a observação empírica dos fenômenos que constituíam a realidade”. (BECHERIE, 1989, p. 31 apud AMARANTE, 1996, p. 39).

Essa tradição enfatiza que o conhecimento do homem é impresso pelas suas experiências, para consigo e para com o que lhe é exterior. Situada na tradição filosófica de Locke, a ‘teoria do conhecimento’ é, em algum sentido, uma resposta contrária à doutrina das idéias de Descartes. Para Locke, a experiência empírica tem origem nas “sensações” que, embora não seja suficiente para capturar a essência absoluta da realidade, permite um paralelismo válido para o conhecimento do real. Segundo Foucault, 1997, p. 108 apud Amarante, 1996, p. 39:

Analisar nada mais é que observar em uma ordem sucessiva as qualidades de um objeto, a fim de lhes dar no espírito a ordem simultânea em que elas existem [...] Ora, qual é esta ordem? A natureza indica por si mesma, é aquela na qual ela apresenta os objetos.

Faz parte do grupo dos “Ideólogos” Philippe Pinel (1745-1826) que se tornou expoente no processo que transforma a Loucura em verdade médica. Como médico, matemático, enciclopedista e filósofo, Philippe Pinel muda-se para Paris em 1778 e, nesta época, visitava os Loucos confinados e escrevia artigos sobre suas observações. Em 1793, assume a direção do Bicetrê (Hospital Geral) e inicia o movimento de transformação no trato para com os Loucos, sendo uma de suas primeiras atitudes desacorrentá-los.

A partir de suas observações, Pinel passa a elaborar uma nosografia<sup>21</sup> que segundo Amarante (1996) trata-se da primeira incursão especificamente médica sobre a Loucura. Entendendo a Loucura como um rompimento com a racionalidade, rompimento este que se manifestam através de hábitos bizarros, atitudes estranhas, gestos, olhares e reações, que são registrados e comparados, a Loucura se expressa por meio de sinais precisos, constantes e determinados, e desse modo, passível de classificação e agrupados de acordo com aproximações e distanciamentos “em classes, gêneros e espécies, enfim, numa nosografia”. A nosografia trata de um método de ‘análise’ que está em oposição à metafísica ‘cartesiana’ proposta por Descartes que, para Pinel, “é um exercício especulativo que pretende ir além dos ensinamentos da experiência em si”. (AMARANTE, 1996, p. 40)

A Loucura, até então objeto da filosofia que, em resumo, tratava das questões da alma, das paixões e da moral, passa, com Pinel, a ser objeto também da medicina. Em outras palavras, um determinado aspecto da ética e da moral deixa de ser objeto exclusivo da filosofia (ou do senso comum, por sua evidente desqualificação), para pertencer também ao campo da medicina. Essa é a operação básica instruída por Pinel, a qual possibilita a inscrição da loucura, dos desvios da paixão e da moral no conceito de doença. (AMARANTE, 1996, p. 42)

Assim, é no séc. XIX que a prática médica da psiquiatria se consolida. Segundo Pélbart (1989, p. 218), “para que a psiquiatria fosse reconhecida como ciência médica, tinha que transformar a Loucura em enfermidade” e, nesse sentido, os loucos eram “curáveis”. Portanto, a Loucura sendo tratada como enfermidade e passível de cura seria submetida a um tratamento que, no entanto, não era de ordem física e sim moral.

Para Pinel, o homem é conhecido diante do que lhe é imposto por suas experiências, “para si próprio e com o que lhe é exterior” e desse modo, o que lhe é exterior é o meio social, essencialmente moral. Daí a certeza de Pinel de que as causas da Loucura, bem como o tratamento, são de ordem moral. (AMARANTE, 1996, p. 46)

De acordo com Bercherie, tais causas são: paixões intensas e muito contrariadas e prolongadas, excessos de todos os tipos, as irregularidades dos

---

<sup>21</sup> Nosografia: classificação das doenças (NOSOGRAFIA..., 2006, p.1867)

costumes e dos hábitos de vida, e a instituição (no sentido de instituir [professor], ou seja, a educação) perniciosa, fosse por brandura ou dureza excessivas, que seria predisponente. (BERCHERIE, 1989, p. 39 apud AMARANTE, 1996, p.46).

O tratamento imposto pelo isolamento do meio social e uma re-educação moral do Louco são as bases da classificação e intervenção sobre a Loucura, reconhecida e tratada como enfermidade, intervindo sobre os desvios da paixão e da moral.

Portanto, não é possível, a rigor, utilizar, como uma distinção válida na Era Clássica, a diferença, para nós imediatamente decifrável, entre medicamentos físicos e medicamentos psicológicos ou morais. A diferença só começará a existir em profundidade no momento em que o medo não for mais utilizado como método de fixação do movimento, mas como punição, quando a alegria não significar a dilatação orgânica, mas a recompensa, quando a cólera não passar de uma resposta à humilhação; em suma, quando o séc. XIX, ao intervir os famosos “métodos morais”, tiver introduzido a Loucura e sua cura no jogo da culpabilidade [...] Já não é mais como despertador que o médico deverá agir, mas como moralista. Contra a loucura, Tissot acreditava que uma ‘consciência pura e sem censuras é excelente preservativo’. E logo Pinel aparece para dizer que o despertar para verdade não tem mais sentido na cura, mas apenas a obediência e cega submissão. (FOUCAULT, 2007, p. 325-328)

Entendemos assim, o estabelecimento da diferenciação entre os medicamentos físicos e os medicamentos psicológicos ou morais. Moralmente, os loucos passam a sentir o medo como punição, a alegria torna-se somente recompensa, a Loucura é introduzida no jogo da culpabilidade e a cura não tem mais sentido, apenas a obediência e cega submissão.

Segundo Pélbart (1989, p. 46), o tratamento moral consistia em quatro técnicas:

O silêncio institucional (que esvaziasse por si só os delírios, tornando-os literalmente “sem efeito”), o julgamento perpétuo, a vigilância e a punição interiorizavam a culpa e a consciência da loucura (que Foucault chamou de “reconhecimento pelo espelho” em que se provocava a loucura de um para julgar absurda a do outro, e assim invalidar ambas) e, finalmente, a autoridade do médico, peça-chave do dispositivo.

O tratamento moral era estabelecido no sentido de “cura” perante uma enfermidade. Nesse sentido, o que seria a doença mental?

O Filósofo Hegel (1871 apud PÉLBART, 1989, p. 46-47) afirma que “a alienação mental não é a perda abstrata da razão [...] (mas) somente contradição na razão que ainda existe”<sup>22</sup>. Nesse sentido, Pélbart pergunta: - “Contradição na razão. Entre o quê e o quê?”

Segue-se assim a explicação sobre uma totalidade sistematizada, que é a consciência da pessoa, cujo universo é “sensitivo, ideativo e volitivo”. Assim, o *são* é aquele cuja consciência se apresenta numa totalidade hierarquizada e coerente, ou seja, “sanidade significa ordem, hierarquia, totalização, supremacia organizativa da consciência individual, do “gênio”. Nesse sentido, a Loucura sobrevém justamente quando esta hierarquia, esta ordem, é subvertida e acontece a rebeldia em relação “a alguma determinação já existente no interior da totalidade da consciência, que ganha autonomia e se livra do todo organizado”. Ainda, tais elementos rebeldes seriam: “a vaidade, o orgulho, outras paixões e imaginações, esperanças, amor e ódio”. Assim, tais elementos não vêm de fora da totalidade, da consciência, da razão; porém, “é no interior dessa totalidade sistematizada da consciência que ocorre uma fissura”. E ainda, o louco “absorvido” por tal elemento rebelde, não podendo subordiná-lo à totalidade, “sucumbe” e subordina-se ao elemento rebelde, “estagnando na particularidade”. (PÉLBART, 1989, p. 46-47)

Até antes da Era Moderna, o racional e o irracional se complementavam. Na Era Moderna a Loucura e a Razão são incompatíveis, e agora, na Era Contemporânea elabora-se uma nova relação entre Loucura e Razão e, nesse sentido, se no caso da Loucura não há perda da razão, porém, uma contradição, é possível um tratamento sobre ela. (AMARANTE, 1996, p.45)

Segundo Pélbart (1989, p. 219), “a nascente psiquiatria articulará o conceito de sociabilidade e o de afeto”. Sendo assim, os afetos que não são regulados pela vontade, que se transformam em “paixões violentas, egoístas, buscando apenas o prazer” tornam inviáveis a convivência e a sociabilidade e isto significaria uma doença mental.

---

<sup>22</sup> Hegel em Enciclopédia das Ciências Filosóficas, parágrafo 408, datada de 1817 (PÉLBART, 1989, p. 46)

A loucura entendida como ruptura da sociabilidade através da manifestação do desamor só pode ser considerada maldade moral. É relativa aos afetos e às normas, ou seja, à família e a sociedade. Para combatê-la, é preciso criar uma consciência artificial e uma vontade rigorosa que dominem a animalidade egoística (PÉLBART, 1989, p. 230)

Desta forma, a partir de uma condição moral estabelecida pela família, pela sociedade, representada e alicerçada pelo médico psiquiatra, estabelece-se o que seria normal ou patológico em relação à saúde mental. Nesse sentido, como analisa Pélbart (1989, p.221) foram introduzidas “variáveis históricas, sociais e culturais” na determinação da Loucura, “relativizando seu conceito e deixando de tomá-la como absoluto.”

Ainda, no contexto do nascimento da psiquiatria, encontramos a Revolução Industrial e o pleno desenvolvimento do Capitalismo. Afim de que tal movimento sócio-econômico e cultural pudesse se expandir, as pessoas deveriam ser dedicadas ao trabalho, dóceis e adaptadas ao sistema. Neste contexto nascem algumas profissões liberais com função de intervir no favorecimento de tais modos de viver, moralizando atitudes e intenções.

Entretanto, o que é o Louco senão uma pessoa “amoral”? Segundo Nichols (2007, p. 46), o Louco tem o potencial para a criação tanto quanto para destruição, para a ordem e para a anarquia e segue sempre à vontade, “liberto de todos os estorvos da sociedade, sem ter sequer um caminho para guiá-lo”.

O aspecto maroto do Louco é, com efeito um aspecto maroto. Como observa Joseph Henderson, o Embusteiro<sup>23</sup> é totalmente amoral. Não se submete à disciplina alguma e é inteiramente guiado por sua atitude experimental em relação à vida, sem embargo disso, da figura do embusteiro evolui finalmente o Herói Salvador [...] Às vezes, essa tentativa inconsciente de estabelecer contato com o potencial heróico interior não realizado pode estourar de maneiras estranhas e até violentas. Exemplo notório em anos recentes foi a tentativa de uma mulher jovem, chamada Squaky Fromme, de assassinar o presidente Ford. Não contente de desempenhar o papel arquetípico do Bufão, um errante sem pudor conforme as regras e costumes estabelecidos, Squaky propô-se a eliminar completamente o Estabelecido. “não deu certo”, relatou. Conseguiu, entretanto, certa imortalidade quando apareceu sua fotografia completa, com o barrete vermelho do bobo, na capa da revista Newsweek do dia 15 de setembro de 1975. (NICHOLS, 2007, p. 48)

<sup>23</sup> Embusteiro: [...] impostor, mentiroso, paroleiro (EMBUSTEIRO..., 2006, p. 926)

Estamos buscando entender a Loucura em sua potencialidade, como no “contato com o divino”, na simplicidade da vida e que, no entanto, está inserida em um momento histórico diverso da Antiguidade. Assim, contemporaneamente, a Loucura poderia se manifestar justamente na não aceitação do Estabelecido como justificativa para a injustiça, a pessoa que não pretende ser explorada em seu trabalho para o lucro de outrem, que não limita a intensidade de seus sentimentos nem procura padrões para manifestá-los, afinal não fala a língua de homens nem de anjos. Porém, a sociedade não permite voz a essa forma peculiar de existência, e por tal, transforma Loucura em doença e sofrimento. No processo histórico da Era Contemporânea, conforme afirma Nichols (2007, p.50) o “estabelecido se tornou cada vez mais intolerante com o comportamento que aberra do que quer que se tenha decidido achar normal.”

Assim, a forma como a sociedade constrói a relação com a Loucura, a partir do séc. XVII até a Era Contemporânea se elabora pautada na não aceitação da Loucura no convívio social e, nesse sentido, se constroem os dispositivos institucionais de internação, onde os Loucos receberiam o tratamento moral em detrimento da cura, que para Pinel não tem sentido para o despertar da verdade, mas apenas a obediência e cega submissão. As instituições de internação se desenvolveram durante o processo histórico, se legitimando pelo tratamento sobre a loucura, porém, se realizando por um processo de exclusão, alienação e cronificação dos loucos que são entregues à instituição hospitalar, como vemos a seguir.

## **2.4 A Instituição Hospitalar**

Como consequência da Revolução Pineliana e o processo de intervenção sobre a Loucura estabeleceu-se a Instituição Hospitalar, dispositivo de exclusão social do Louco. Embora sob os ideais de Liberdade, o Louco, embora desacorrentado, continua com o tratamento moral sob regime de completo isolamento que, neste caso, não é visto como falta de liberdade, porém como a possibilidade de restituir ao homem a liberdade subtraída pela Loucura.

Segundo Rosa (1997 apud ALVERGA; DIMENSTEIN, 2005, p. 47), o dispositivo psiquiátrico reforça a análise foucaultiana sobre a produção de uma sociedade disciplinar que se utiliza das instituições de confinamento, “na busca de fixar modelos de repartição de

espaço, ordenação do tempo, produzindo um sujeito dócil politicamente para operacionalizar forças econômicas, afetivas e morais que se agregam ao capital.” Enfim, o cenário propício à coerção social, no qual a Loucura fora inserida.

Sem mais, o Louco deve ser calado, deve ser educado moralmente, a sociedade delimita os possíveis da rebeldia, afim de que a hegemonia dos valores que sustentam a ordem burguesa não corra sérios questionamentos. Àqueles que ousam infringir tais mandamentos, está garantido uma jornada de sofrimento, de repressão, que o aprofundamento sobre o funcionamento das instituições psiquiátricas – que passaram a ser conhecidas como manicômios – nos revela.

Ainda sobre o contexto social do processo de produção de uma sociedade disciplinar, percebemos o fervilhar de mudanças. O desenvolvimento técnico-científico determina o aumento da expectativa de vida e as cidades se tornam superpovoadas. A concentração de riquezas por poucos (burguesia) têm como consequência uma grande massa populacional vivendo na miséria. Entretanto, os ideários de Liberdade e Igualdade da Revolução Francesa, propunham que as oportunidades de boas condições de vida existiam para todos, responsabilizando paradoxalmente as pessoas por suas condições sócio-econômicas. A ideologia dominante acredita que a sociedade funciona como uma engrenagem harmônica e, àqueles que não se encaixam nessa engrenagem, cabe a exclusão. Segundo AMARANTE (1996, p. 43), existe um aumento de casos de “alienação mental”, que é explicado pela Filosofia como: “consequência do progresso desmensurado, ora pelo abandono das antigas crenças, ora pela perda dos padrões éticos, que imprimem degradações morais nos indivíduos”.

Perante tal cenário, a crença no restabelecimento do Louco pelo tratamento moral é inserida em uma realidade que a torna praticamente inviável.

Não tardou em desvanecer em face dos infortúnios e deteriorização das condições de vida nas cidades, com bem aponta Resende (2000) ressaltando o grande número de perturbadores da ordem burguesa que passaram a ser varridos para os manicômios, o que ocasionou um grande inchaço da população a ser tratada, acabando com uma experiência que permitia um contato interpessoal mais próximo, um ambiente de maior contigüidade, o que provavelmente teria sido o fator de relativo sucesso para algumas instituições de pequeno porte que realizaram o tratamento moral. Desta forma diz tal autor “a assistência psiquiátrica mergulha novamente no longo

sono do período pré-pineliano, [...]”. (RESENDE, 2000, p. 29 apud ALVERGA; DIMENTEIN, 2005, p. 49-50)

Os tratamentos em Hospitais Psiquiátricos tornaram-se reconhecidos por uma série de maus-tratos, violência, cronificação dos Loucos ali internados, e também, em muitos casos, pela morte destes.

Hoje não se empregam mais os meios inúteis e bárbaros como as moxas (mechas de algodão com fogo), o seton (fios de seda ou lã introduzidos sob a pele para provocar supurações e expulsões de humores) e os cauterios na nuca... As aplicações de sanguessugas no ânus, na vulva e nos maléolos são indicados às vezes para prevenir os acessos intermitentes... Não bastam, obviamente, as estações para garantir a cura. Deve-se tratar a doença e os tratamentos são vários. Práticas idôneas são o isolamento e, nos casos agudos, a segregação... e sempre que possível, sem contenção física... São também convenientes os banhos tépidos de uma ou duas horas e as duchas frias como meio de repressão. (PESSOTTI, 1994, p. 193 apud PENHA, 2006)

A exemplo do Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira, mencionaremos o filme *Um Estranho no Ninho*<sup>24</sup> a fim de tecer algumas reflexões sobre a Instituição Psiquiátrica. Este filme marca a emergência das críticas à ordem psiquiátrica no seio da sociedade.

Durante o filme citado, torna-se evidente as características que concretizam a formação da Sociedade Disciplinar. A rotina do Hospital Psiquiátrico – cenário da maior parte do filme - é mantida por regras rígidas, não negociáveis e seguramente cultivada pela equipe técnica do Hospital. Com raras exceções, podemos perceber claramente as diferentes posturas assumidas por técnicos e pacientes, no sentido de que, os técnicos representam os mantenedores da ordem e da disciplina, e os pacientes os que as obedecem ou as questionam.

O tratamento medicamentoso enfatizado no filme traz à reflexão que, quando o seu uso não é aliado à terapia efetiva, serve apenas como novas correntes, com finalidade de segurar os internados na passividade. Dentre as formas mais violentas de tratamento

---

<sup>24</sup> Filme de Milos Forman (1975), roteiro de Lawrence Haubem e Bo Goldman, produzido por Saul Zaentz e Michel Douglas, direção de Milos Forman e baseado no livro de Ken Kesley .

denunciadas pelo filme estão: o eletrochoque, o tratamento moral embasado na culpabilidade dos internos e por fim a lobotomia (retirada de uma parte do cérebro).

Podemos entender com este filme, que nem todos os Loucos ali internados recuperam sua “loucura” perante a vida, ou seja, acabam por esquecer os desafios propostos a si mesmos, perdem a potencialidade de reivindicar sobre a superação de limites impostos por uma sociedade desigual, de transgredir normas e de criar possibilidades de existência, terminando institucionalizados à ordem imposta pela sociedade disciplinar. Os Hospitais se transformam em manicômios, onde aqueles que representam o perigo social ou uma forma de desordem são encerrados dentre as altas grades que separam a Instituição da realidade social. Isto acontece em um dia específico de um calendário qualquer, porém, na maioria das vezes, o dia da saída do manicômio virá apenas com a morte. Nesse sentido, podemos perceber que pessoas passam toda juventude e velhice, encerrados no universo microscópico de uma Instituição de Confinamento.

O filme apresenta como a existência vivida pelo Louco é perpassada de intensidade, tanto perante momentos de tristeza, quanto de alegria – quando incitados.

Dentre tantos, descreveremos três significativos diálogos do filme:

Médico: – “Randall Patric Mcmurph. 38 anos. O que pode me dizer sobre a razão de vir para cá?”

Mac: – “Não sei. O que diz aí? Posso fumar?”

Médico: - “A vontade. Bem, há várias coisas aqui. Diz que é agressivo, fala sem ser autorizado, não gosta de trabalhar, é preguiçoso.”

(...)

Médico: - “Você acha que tem alguma coisa errada com sua cabeça?”

Mac: -“Nada. Sou uma maravilha da ciência moderna.”

Chefe: –“Meu pai era muito grande. Fazia o que queria. Por isso deram um jeito nele. Da última vez que o vi, estava cego de tanto beber. Toda vez que botava uma garrafa na boca,

não a chupava. Ela chupava meu pai até ele encolher, dobrado e amarelo que nem os cães o reconheciam.

Mac: –“Eles o mataram?”

Chefe: –“Não disse que o mataram. Deram um jeito nele. Como estão fazendo com você.

-Billy e a enfermeira

Billy: –“Posso explicar tudo.”

Enfermeira: - “Por favor Billy, explique tudo.”

Billy: -“Tudo?”

Enfermeira: -“Não está envergonhado?”

Billy: -“ Não”

Enfermeira: -“O que me preocupa é como sua mãe irá reagir.”

Billy: -“Você não precisa contar a ela”

Enfermeira: -“Não preciso? Sua mãe e eu somos amigas, você sabe”

Billy: -“Por favor, não conte à minha mãe.”

O contexto do filme nos traz reflexões, como: Existe realmente a possibilidade de se calar um Louco? Será que retirar-lhe um pedaço do cérebro o faz “manso como uma ovelha”? Ou será que a transformação que a Loucura elabora nas pessoas e no ambiente que lhe cerca, permanece, de geração em geração, para fomentar as transformações e a dinamicidade, para trazer a coragem a quem se sentia “pequeno” diante dos desafios de se superar limites?

Pensamos que a Loucura, passou a ser entendida como enfermidade e transformada em doença, principalmente devido à exclusão, preconceito, impaciência e maus tratos a qual os Loucos foram submetidos desde a Era Moderna. Porém, não acreditamos que, mesmo como “doença”, esta experiência não possa ser reelaborada. Podemos entender que o Louco, para operacionalizar sua função de bobó da corte hoje, deve resignificar seu espaço social

perante uma sociedade cada dia mais individualizada, produtivista, laborativa, institucionalizada, disciplinada em seu foco pelo sucesso. Nesse sentido, fazer nossa sociedade entender a simplicidade, a renúncia, o poder da desordem com finalidade de reorganização, é, como diz McMurphy<sup>25</sup>, não uma briga, mas uma LUTA.

## 2.5 A Psiquiatria Moderna

“Para Nobre de Melo (1945, p. 9), o princípio nosológico-clínico é o “eixo em torno do qual se acha edificada a totalidade atual sistemática psiquiátrica. Por isso Kraepelin deve ser considerado, com plena justiça, o verdadeiro criador da psiquiatria moderna”” (AMARANTE, 1996, p. 57)

O trabalho de Kraepelin se estabelece mesmo antes deste diplomar-se pela Escola de Medicina de Würzburg, em 1878, quando já se interessava pelos aspectos médicos da Psiquiatria.

As inclinações de Kraepelin para o método orgânico de encarar a doença mental foram encorajadas por seus professores e colegas [...]. Manteve-se sempre um grande estudioso das desordens de comportamento de seus pacientes hospitalizados. Kraepelin passou seus anos reunindo incansável e meticulosamente milhares de histórias de casos, das quais extraiu um sistema de psiquiatria descritiva que é ainda empregado para classificar pacientes com base no comportamento manifesto. (ALEXANDER; SELESNICK, 1980, p. 221)

O mérito de Kraepelin está em fundar uma sistemática nosológica (em substituição as anteriores), distinguindo as alienações endógenas das exógenas, inclusive com a adoção do conceito de ‘demência precoce’ (posteriormente denominada de esquizofrenia). A classificação adotada por Kraepelin caracteriza a sintomatologia, o curso da doença e a terminação. Também tem suas investigações quanto à hereditariedade, da qual até os dias atuais se ocupa a psiquiatria. (AMARANTE, 1996, p. 57)

---

<sup>25</sup> Personagem protagonista do filme “Um estranho no Ninho”

Através da observação meticulosa das pessoas internadas como “doentes mentais”, Kraepelin funda seu princípio nosológico-clínico, combinando diferentes aspectos como etiologia, as condições de aparecimento da doença, a perspectiva prognóstica, a idade, o sexo, os hábitos, etc. (AMARANTE, 1996, p. 57)

Exemplificando esta nosologia clínica,

Kraepelin passou a utilizar os conceitos de Kahlbaum e Hecker em sua classificação dessa doença (psicose): se o paciente é mudo e violento outras vezes, têm demência precoce catatônica (utilizando o termo “catatonia” de Kahlbaum), se é tolo e inadequado em suas respostas verbais, é hebefrênico, como sugeria Hecker. Quando tem delírios de perseguição, o indivíduo tem paranóia originariamente considerada como doença separada, mas depois incluída como subvariedade de demência precoce. (ALEXANDER; SELESNICK, 1980, p. 222)

Segundo o Professor Dr. Walter de Oliveira<sup>26</sup>, apesar do mérito de Kraepelin, a grande falha do princípio nosológico-clínico é a perda da noção de totalidade e singularidade da pessoa em Sofrimento Mental. Tal princípio reduz o universo dos afetos, dos sentimentos e relações, num vocabulário médico e mensurável. O universo de uma pessoa passa a reduzir-se a um determinado diagnóstico. Entretanto, Kraepelin demonstrou a importância de utilizar a psiquiatria como método médico de observação pormenorizada, descrição cuidadosa e organização de dados, possibilitando à psiquiatria tornar-se uma especialidade clínica disciplinada da medicina.

As teorias de Kraepelin são à base dos maiores sistemas diagnósticos de psiquiatria utilizados atualmente, especificamente o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition (DSM IV) da Associação Americana de Psiquiatria e o Código Internacional de Doenças (CID 10) da Organização Mundial de Saúde.

No processo histórico de desenvolvimento da intervenção sobre o Sofrimento Mental, esta passou dos limites físicos da instituição hospitalar para a profilaxia social contra a “doença mental”. Tal processo será analisado no próximo item.

---

<sup>26</sup> Aula da disciplina Saúde Mental I, Programa de Pós Graduação em Saúde Pública/UFSC, segundo semestre de 2008.

## 2.6 Novo olhar sobre a Psiquiatria e o trabalho do Serviço Social

O desenvolvimento da clínica médica consistiu num obstáculo para a nascente psiquiatria, afinal, questionava-se a existência de uma doença exclusivamente moral. Porém, Byle, em 1822, cria uma “descrição das lesões cerebrais da paralisia geral progressiva”, possibilitando a hipótese de uma “origem lesional” da Loucura. Também nesse sentido, o médico Morel, através da “doutrina das degenerações” (1857), impõe novo saber sobre o que vem a ser conhecido como “doença mental”.

Segundo Vasconcelos (2002, p. 130) os estudos da psiquiatria se centravam nas descrições dos sintomas e sinais visíveis da “doença” e, a partir de Morel e a “Doutrina das Degenerações”, “a preocupação se desloca para a etiologia dela, para as causas e gênese da doença [...]”. A respeito da doutrina das degenerações, citamos Amarante (1996, p.53-55):

Para Morel, em virtude do pecado original, o homem primitivo é condenado a lutar contra as hostilidades da natureza [...]. Como castigo divino, este ser metafísico vai-se ‘desviando maleficamente’ do tipo primitivo ideal, de tal forma que tais desvios imprimem-se em sua constituição genética, dando assim origem às ‘raças’. Mas o castigo continua: aquele ser primitivo, cujo maior dom era sua força moral e a predominância desta sobre o físico, ao ter-se submetido ao desejo da carne [...] recebe uma ‘degeneração moral’ [...]. As ‘degenerações’ teriam um potencial hereditário – muito provavelmente pelo castigo divino [...]. No entanto, permanece a questão do por que o ‘desvio maléfico’ não se estende a toda humanidade, já que toda ela deveria pagar pelo pecado original? Pelo contrário, sua teoria vem justificar a necessária supremacia de determinadas raças sobre outras, de um lado os europeus e, de outro, os colonizados, ou em suas palavras, as ‘classes superiores’ e as ‘classes desviantes.’

Deste modo, as degenerescências se constituíam por desvios doentios de determinadas ‘raças’ em relação às ‘raças superiores’, transmitidas hereditariamente, perpassando assim o campo biológico.

Ainda Vasconcelos (2002, p. 130-131) afirma que a “Teoria das Degenerações”, de Morel, implica um claro deslocamento do campo de tratamento moral psiquiátrico. Se primeiramente, o tratamento moral se estabelecia como “profilaxia defensiva” isolando e tratando os ‘doentes mentais’ em Instituições Hospitalares, agora a profilaxia visa “combater

as causas das doenças e prevenir seus efeitos”, redirecionando o tratamento moral à totalidade social, ou seja, a busca preventiva e interventiva se estende no sentido da “moralização das massas.”

Assim, a partir da Teoria das Degenerescências, a perspectiva de análise psiquiátrica não está apenas diante de uma pessoa isolada, mas sim de uma sociedade. É através deste princípio que se fundamenta, no século XIX, o movimento de Higiene Mental.

É possível sintetizar os seguintes pontos como principais da plataforma higienista: 1) EUGENIA: baseando-se na idéia da transmissão hereditária das doenças mentais, várias formulações propunham o combate ao alcoolismo e sífilis nos adultos “procriadores”; a evitação de união conjugal de indivíduos ‘tarados’; segregação e esterilização dos “degenerados”; saneamento racial, já que os indivíduos não brancos, amarelos e mestiços foram considerados patológicos em si mesmos; e de medidas atenuantes das práticas humanitárias das administrações públicas para com os grupos considerados “degenerados” [...] 2) a reformulação do dispositivo institucional de abordagem do “psicopata” [...] 3) a ampliação das práticas de higiene mental e educação eugênica para a população em geral e para as diversas esferas da sociedade [...] (VASCONCELOS, 2002, p.151-153)

Tal movimento de higienização das massas ganha importância com o livro autobiográfico de um paciente, Clifford Beers (1903), em Nova York. Nesse sentido, elabora-se um movimento de grande repercussão sobre a questão da saúde mental, e então se criam Ligas locais de Higiene Mental que se difundiam por todo o país e assim, a psiquiatria invade todo o corpo social.

Os psiquiatras desse período começam a perceber a importância do meio ambiente do paciente, principalmente no que se refere ao processo de alta hospitalar. Nesse sentido, foram mobilizados trabalhadores sociais para “coleta de dados sociais, econômicos, hereditários, físicos, familiares, mentais, emocionais do paciente” e assim, nasce o Serviço Social psiquiátrico nos Estados Unidos. (VASCONCELOS, 2002, p.135)

Chamamos atenção para o fato de que o trabalho de diagnóstico social realizado pelo Serviço Social, sob direção da psiquiatria, tinha por objetivo final, além de um estudo das

causas sociais da doença mental com finalidade de combatê-las, o modo de adaptação funcionalista<sup>27</sup> das pessoas adoecidas ao meio social.

No Brasil, o Movimento de Higiene Mental ganha força na década de 30, fazendo parte do movimento político da época. Também tem significativa repercussão na criação das primeiras escolas Brasileiras de Serviço Social, pautando sua inferência ideo-política no currículo destas Escolas, no Rio de Janeiro e São Paulo. (VASCONCELOS, 2002, p.150-151)

A relação do Movimento Higienista e a ideologia Católica se estabelecem em pontos de complementaridade, e também de tensão. Complementarmente, enquanto a medicina cuidava dos corpos e da parte material do corpo social, a Igreja cuidava da parte espiritual do mesmo. Entretanto, seus pontos de tensão se estabeleciam por algumas questões, como as propostas defendidas pelo higienista José Oliveira Pereira de Albuquerque “em torno de uma educação sexual mais aberta ao prazer, à defesa do divórcio [...] posições mais tolerantes referentes à prostituição [...]” – que se chocavam com o pensamento católico. (VASCONCELOS, 2002, p. 147)

Tais propostas – Higiene Mental e pensamento Católico – são integradas no corpo do projeto pedagógico das primeiras Escolas Brasileiras de Serviço Social, que trabalhavam questões teórico-metodológicas, ético-políticas e também as técnico-operativas na perspectiva de um “ajustamento” da pessoa à sociedade. Assim o conteúdo higienista,

Se compunha nos programas de formação do Serviço Social (...) no primeiro ano, além das disciplinas de ciências humanas, existem dois blocos de disciplinas importantes: aquelas identificadas com a formação religiosa católica (...) e disciplinas com conteúdos identificados com a plataforma higienista. (...) O primeiro ano do segundo semestre, com exceção das 150 horas de conteúdo teórico e prático do Serviço Social, fortemente marcado pelo conteúdo religioso, tinha a carga horária restante (164 horas de curso teórico e cerca de 150 horas de estágio) totalmente dedicado ao Serviço Social

---

<sup>27</sup>FUNCIONALISMO: “O termo **funcionalismo** tem pelo menos dois sentidos e dois usos em ciências sociais. Num deles, exprime uma atitude diante dos fatos sociais baseada no princípio filosófico segundo o qual tudo o que existe numa dada sociedade tem um sentido, um significado. No outro, diz respeito a uma postura substantiva, expressando a idéia de que tudo o que existe numa sociedade contribui para seu funcionamento equilibrado – para manter o sistema social em operação – i.e., o funcionalismo pode expressar uma atitude diante dos fatos sociais, referindo-se somente ao fato de que eles devem ser vistos em termos do sistema no qual têm origem e operam; ou a teoria de acordo com a qual tudo o que ocorre num sistema social contribui necessariamente para sua manutenção e equilíbrio. Nesse segundo caso, o funcionalismo confunde-se com uma teoria do equilíbrio social, evitando estudar ou posicionar-se ante as tensões, conflitos e contradições que todas as sociedades humanas exibem em níveis e domínios diferenciados. (FUNCIONALISMO..., 1986, p. 503)

médico, constituindo então a principal área de prática profissional do Serviço Social, e com conteúdos claramente identificados com a visão higienista corrente na época. (VASCONCELOS, 2002, p.153-154)

A apropriação da Loucura pela medicina, bem como de profissões complementares a tal perspectiva, como o Serviço Social, se consubstanciou num processo gradativo, porém, mantém sua base de causa e intervenção técnica pautada na moral. Tal perspectiva ganha um contraponto a partir do século XX.

## **2.7 A Desinstitucionalização e a Humanização**

A Luta pela reintegração da pessoa em Sofrimento Mental ao meio social passa por constantes desafios e, um deles certamente trata o processo de desinstitucionalização que, em sua experiência na Europa nos anos 60, tinha como objetivo principal uma mudança cultural e quebra de paradigma, no sentido de romper com a cultura institucionalizada principalmente pela psiquiatria, justiça e assistência, concretizadas pelo controle social, coação e segregação. Nesse sentido,

Se propunham atingir a superação gradual da internação nos manicômios através da criação de serviços na comunidade, do deslocamento da intervenção terapêutica para o contexto social das pessoas, a prevenção, a reabilitação etc.; Esta transformação da forma organizativa dos sistemas de saúde mental rompeu o predomínio cultural do modelo segregativo clássico da Psiquiatria, no qual o manicômio constituía a única resposta ao sofrimento psíquico. E nesta perspectiva foram multiplicadas as estruturas extra-hospitalares, médicas e sociais, que deveriam assistir aos pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos e constituir um filtro contra hospitalizações ulteriores. (ROTELLI ; LEONARDIS; MAURI, 1990, p.20)

Pode-se falar principalmente de duas tendências que surgiram nesse processo: primeiramente de profissionais mais radicais que buscavam superar paradigmas institucionalizados e construir uma nova cultura acerca da existência-sofrimento; e segundo, uma perspectiva dos operadores dos serviços quanto à redução de gastos dispensados ao trato da “doença mental”.

Após a Segunda Grande Guerra (1939-1945), surgem nos EUA às primeiras noções sobre a desinstitucionalização, com intuito primeiro de reorganização dos “objetivos administrativos (redução dos custos da assistência para os cofres públicos)” (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2005, p. 50-51). Assim, instituiu-se o Plano de Saúde Mental do governo Kennedy, que se estabelece a partir de “medidas saneadoras e racionalizadas”, sendo: diminuição de leitos hospitalares e tempos médios de permanência hospitalar, no aumento de número de altas e criação de serviços intermediários e também pela implantação de uma rede de serviços e ações de cunho sanitário, preventivo/promocional e comunitário que objetivavam interceder no surgimento ou desenvolvimento de doenças.

Segundo Rotelli ; Leonardis ; Mauri (1990, p.21) os serviços especializados na perspectiva extra-hospitalar podem ser agrupados em três tipos: o modelo médico (administração de psicofármacos e lugar institucional no hospital); o modelo de auxílio social (sobretudo sobre as condições materiais das pessoas) e o da escuta terapêutica (psicoterapia). Entretanto, Alverga e Dimenstein (2005, p.50-51) esclarecem criticamente a realidade em que tais medidas repercutiram:

Apesar da criação desses serviços, a internação psiquiátrica tanto continua a existir na maioria das localidades quanto os serviços comunitários, ao invés de substituí-la, confirmam a necessidade de sua existência, pois selecionam os beneficiados, decompõem os serviços, não se responsabilizam pela demanda. Por conseguinte, abandonam os usuários, situando o manicômio como uma atenção certa, que não desampara sua clientela, configurando uma rede alternativa satélite do hospital psiquiátrico, que passa a ter a sua presença confirmada.

Rotelli ; Leonardis ; Mauri (1990, p. 23-25) esclarece que tais serviços funcionam como “circuito” em contrapartida da “estática” instituição de segregação. Ambas, com as mesmas conseqüências de cronificação dos pacientes e falta de eficiência e eficácia. Se na institucionalização “estática” as pessoas internadas se tornavam doentes crônicos pela exclusão social e alienação, agora como num “circuito”, circulam pelos diversos serviços diferenciados e fragmentados, sem estabelecer vínculo com nenhum deles e sem resolutividade de seus problemas sociais, materiais e psicológicos.

Alverga e Dimenstein (2005, p. 50) também trazem a problemática do trato à Loucura com o “refinamento na produção de psicofármacos” a partir da década de 1950. Assim, se por um lado esta realidade permitiu novas formas de tratamento sem a necessidade de internação no Hospital Psiquiátrico, por outro, a excessiva medicalização da loucura encobriu “questões de ordem social mais complexa”. Analisamos que tais questões se referem principalmente a interesses capitalistas das indústrias farmacêuticas, além da psiquiatrização da realidade de necessidades sociais (desemprego, habitação, saneamento, falta de lazer, oferta de drogas lícitas e ilícitas, novas formas de organização familiar, etc.).

Numa outra perspectiva, um exemplo notório que se tornou referência mundial ao processo de desinstitucionalização, foram às atitudes e alternativas desenvolvidas por Franco Basaglia, psiquiatra italiano. Assim, Basaglia, no ano de 1961, assume a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, e inicia uma série de transformações na Instituição no intuito do processo de desinstitucionalização. Nesse sentido, cria condições para reuniões e confrontos entre o pessoal médico e as pessoas internadas possibilitando um espaço para que estas pessoas que se encontravam institucionalizadas se organizassem, influenciassem e decidissem sobre o cotidiano da vida no Hospital. Assim também, no ano de 1968, Basaglia e sua equipe assumem a direção e organização do Hospital Psiquiátrico Regional de Trieste e iniciam um processo de desativação do manicômio e gradual inserção das pessoas até então institucionalizadas, em seus meios sociais, pela criação de centros externos de atenção à saúde mental. Foram propostas e executadas mudanças de paradigmas que se exerceram a partir de dentro da instituição e se direcionando para a comunidade, mudando-se o foco do paradigma racionalista de “problema – solução” para o de “probabilidade – possibilidade”, ou seja, da ênfase na causa e cura da “doença mental” para a ênfase nas possibilidades, probabilidade e facilitação da construção de novas possibilidades de existir, de criação da vida das pessoas até então internadas. (ROTELLI ; LEONARDIS ; MAURI, 1990, p.31-32)

A luta por uma sociedade sem manicômios é uma luta atual e tem um sentido ainda mais profundo, quando além de re-conceituar o Louco ao ambiente social, também está diretamente relacionado à elaboração de uma nova forma de filosofia e vivência do cotidiano

Para Santos, tal ‘fase’ se traduz no que é “a ambigüidade e a complexidade da situação do tempo presente, um tempo de transição, síncrone com muita coisa que está além ou aquém dele, mas descompassado em relação a tudo o que o habita” (SANTOS, 1987 p. 6) Se essa é uma ‘fase de transição’. não se

sabe ainda o que está por vir; e, como anunciava Basaglia (1985, p.10), “e não sabemos qual será o próximo passo”, porque essa não é uma realidade estática, em equilíbrio, mas em construção, de invenção prático-teórica, em relação direta e objetiva com a realidade que cada momento se apresenta e se transforma. Esse momento, ou essa incerteza no ‘saber futuro’[...] é, em resumo uma importante atitude epistemológica. No “lidar com as contradições do real”, na qual o projeto de desinstitucionalização volta-se para superação do ideal de positividade absoluta da ciência moderna em sua racionalidade de causa-efeito, para voltar-se para a “invenção da realidade como processo histórico. (AMARANTE, 1996, p. 22)

## **2.8 AS INTERVENÇÕES NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL: o curandeiro, o médico e a família da pessoa adoecida**

Apoiando nossas discussões sobre as possibilidades de intervenções alternativas na área da Saúde Mental, no sentido de construção do real que nosso tempo incita, trazemos às nossas discussões abordagens interventivas trazidas como experiências pelo etnopsiquiatra Michel Boussat<sup>28</sup>, no Simpósio Internacional de Saúde Mental e Cultura, realizado na Universidade Federal de Santa Catarina, no ano de 2007.<sup>29</sup>

Boussat nos expõe a idéia de humanização das Instituições Hospitalares e explica, através do exemplo de algumas experiências, como se elaborou tal processo em seu trabalho realizado com Henri Collomb, na África. Nesse sentido, primeiramente o etnopsiquiatra<sup>30</sup> enfatiza a necessidade de entendimento sobre a importância das interações no interior de um grupo, a ênfase na relação da pessoa com o sagrado e a importância da união comunitária, aspectos esses de relevante importância no entendimento do que possa ser terapêutico ou patológico em uma sociedade.

Quando Boussat iniciou sua experiência na África (Senegal), existiam cinco psiquiatras para uma população de seis milhões de pessoas, e uma taxa de pessoas com sofrimento mental similar ao de outros países. Assim, o tratamento era feito principalmente por curandeiros tribais. O trabalho desenvolvido por Henri Collomb e Michel Boussat foi entender o trabalho com o Sofrimento Mental a partir das tradições e costumes das comunidades nas quais as pessoas adoecidas estavam inseridas.

<sup>28</sup> Michel Boussat: etnopsiquiatra que inicia seus trabalhos com o etnopsiquiatra Henri Collomb, na África.

<sup>29</sup> O relato das experiências que se seguem no corpo do texto têm como fonte as anotações da acadêmica durante o Simpósio citado.

<sup>30</sup> Etnopsiquiatria: estudo das relações entre condutas psicopatológicas e as culturas nas quais se inscrevem. (LAPLANTINE, 1994, p. 14)

Boussat explica que quando o trabalho na Instituição Psiquiátrica envolve o curandeiro, o médico e a família da pessoa adoecida, o tratamento torna-se diferente. Nesse sentido, afirma que a experiência de trabalhar em conjunto deve inovar o trabalho de cuidados e essa mudança nos locais de cuidado é o que mais interessa no que diz respeito à Saúde Mental.

O etnopsiquiatra salienta que o Hospital funcionava como um local de prisão, onde as pessoas não podiam se expressar, e ainda, a proporção entre pessoas e cuidadores profissionais era em geral de 75% de pessoas adoecidas e 25% de cuidadores. Dessa forma, num ambiente assim conformado, a doença é concentrada e torna-se difícil transformar esta realidade. Foi a partir de então, que se processou o trabalho de humanização no Hospital Psiquiátrico do Senegal. Nesse sentido, o Hospital fora aberto às famílias e à comunidade. A família que quisesse deixar um de seus membros em tratamento era obrigada a deixar uma ou duas pessoas que fossem próximas ao paciente. Desta forma, as pessoas não adoecidas se tornaram em maior quantidade do que as “doentes” (50% não doentes, 25% doentes e 25% cuidadores). Igualmente importante é que a pessoa adoecida tinha direito à palavra. Assim, passou a haver no Hospital grandes reuniões entre pacientes, familiares, curandeiros tribais e cuidadores – sendo este o que menos intervinha. No processo de tratamento, uma pessoa adoecida falava, o discurso da pessoa era traduzido em cinco línguas diferentes (dialetos) e qualquer pessoa (familiar ou amigo da comunidade) poderia dar a sua opinião sobre os sintomas, causas e possibilidades de tratamento.

Assim, tal sistema agregava as pessoas também quando estas voltavam para suas comunidades, tendo aprendido com o modo de tratar europeu, com os curandeiros e, ainda prestigiar a cultura africana. Nesse sentido, tratava-se também de aprender a trabalhar com mitos<sup>31</sup>, pois na África, cada tipo de Sofrimento Mental está relacionado a um mito.

Todos os cuidadores poderiam conversar entre si. Se uma paciente estava acompanhada pela mãe com quem tinha conflito, outra mãe cuidadora dispunha-se a

---

<sup>31</sup> MITO: Segundo Abbagnano (2007, p. 784 – 788) do ponto de vista histórico é possível distinguir três significados do termo: 1º Mito como forma atenuada de intelectualidade: “[...] A esse conceito de Mito como verdade imperfeita ou diminuída frequentemente se une a atribuição de validade moral ou religiosa ao Mito. O que o Mito diz – supõe-se – não é demonstrável nem claramente concebível, mas sempre é claro o seu significado moral ou religioso, ou seja o que ele ensina sobre a conduta do homem em relação aos outros homens ou em relação à divindade [...]”. 2º Mito como forma autônoma de pensamento ou de vida: “[...] “[Mito] é uma forma autônoma de pensamento e de vida. Nesse sentido, a validade e a função do Mito não são secundárias e subordinadas em relação ao conhecimento racional, mas originárias e primárias, situando-se num plano diferente do plano do intelecto, porém dotado de igual dignidade [...]”. 3º Mito como instrumento de estudo social “[...] Mito consiste na moderna teoria sociológica que se pode atribuir principalmente a Fraser e Malinowski [...] “O Mito [...] cumpre uma função *sui generis*, intimamente ligada à natureza da tradição, à continuidade da cultura, à relação entre maturidade e juventude e à atitude humana em relação ao passado.

acompanhá-la, se necessário. O que se verifica nessa situação de cuidado trocado, é que existem pessoas que possuem habilidade para ser cuidadoras, o que foi reconhecido e instituído nas Organizações.

Boussat esclarece que, o Sofrimento Mental na África não se trata de uma questão relativa apenas ao indivíduo, antes, porém, trata-se de um sinal de “distúrbio” coletivo e o curandeiro age como um mediador, um reorganizador do grupo social.

Esta abordagem acontece especialmente no ritual iniciático, também terapêutico, o Ndöp, estudado por Andras Zempléni. Eu aprendi, com o grande curandeiro Daouda Seck, que “a enfermidade iniciática torna-se condição necessária para a consagração terapêutica. Antes de atuar, este tipo de Fajkat (curandeiro) expressa uma síndrome de longa duração, ou atravessa ininterruptamente uma série de problemas que nunca terminam, para o levarem, primeiro, a se curar, depois à sua auto formação como terapeuta e para o sacerdócio. A enfermidade é aqui um apelo aos espíritos ancestrais – os rabs – sinal de sua eleição e a origem de sua vocação terapêutica”. O curandeiro – Ndöpkat – pertence à comunidade da aldeia e a comunidade de curandeiros. Seu futuro está atrelado a este fato. Ele tanto recebe apoio, como o seu poder é compartilhado. Ele trata e é tratado pelos outros curandeiros. (BOUSSAT, 2007 apud NORONHA, 2007, p.14)

Percebemos desta maneira como a questão da enfermidade e problemas ‘ininterruptos’ na África são percebidos, ao contrário de uma visão de responsabilidade pessoal e pessimista sobre o indivíduo; trata-se de uma questão coletiva e temos a valorização de um processo que resultará em respeito e bem-estar comunitário.

Outra experiência de Boussat foi em Martinica, no Caribe, quando fora trabalhar em um hospital onde existiam pessoas internadas há cerca de 30 anos. Era difícil descobrir o potencial de vida deles. Num estabelecimento como este, de profissionais resistentes, foi criado um núcleo de arte e cultura. Os técnicos queriam manter seu status, mas foram obrigados a trazer artistas para o trabalho conjunto com os pacientes. Levaram os doentes crônicos aos ateliês de arte e deram-lhes grandes telas e tintas. Descobriu-se um potencial enorme. Ficaram tão envolvidos que se inscreveram em Congressos de pintores e, muitas vezes, ganharam 1º prêmio de pintura contemporânea. Com o tempo viu-se que eles precisavam sair do hospital e, nesse momento, foi criado um grande financiamento para que eles vivessem fora do hospital. Posteriormente, ao freqüentarem o hospital dia, chegavam de

mercedes (automóvel), táxi, e os próprios cuidadores ficaram surpreendidos. Assim houve transformação na atmosfera hospitalar, devido o reconhecimento do “potencial residual”. Como afirma Rotelli ; Leonardis ; Mauri (1990, p. 30) o objetivo é construir novas formas de viver, assumir alguns dos inúmeros papéis sociais disponíveis a partir da “probabilidade-possibilidade” criada pelos próprios pacientes, por suas potencialidades e pela facilitação e incentivo dado pela Instituição, ou seja “criar vida”. E é o que podemos apreender da experiência de Boussat.

Ainda, para auxiliar pessoas desempregadas, as autoridades compraram uma grande fábrica, cuja restauração foi realizada por antigos “doentes”. Boussat menciona, ainda, o fato de um marceneiro, após tratamento de uso abusivo de álcool, ter se tornado monitor de um esquizofrênico que aprendia marcenaria. Ao longo dos anos, a fábrica passou a ter um hotel, cozinha profissional, ateliê de escultura, fundação de bronze e ateliê de pintura.

A partir de tais perspectivas, tanto sobre a desinstitucionalização quanto sobre a humanização das Instituições, podemos concluir que, uma vez que a própria sociedade não aceita a experiência da Loucura e a transforma e incentiva como Sofrimento Mental, se fazem necessárias abordagens interventivas de cunho alternativo e criativo, a fim de que a experiência da Loucura possa ser reelaborada e que o “potencial residual” de cada pessoa em sofrimento possa ser incentivado com a finalidade de construção de vida e vislumbrar novas possibilidades de organização social.

O objeto da “existência – sofrimento”, ou Sofrimento Mental, pode ser analisado sob diversas perspectivas: sociológicas, culturais, biológicas, jurídicas, assistencial, psicológicas etc.

Buscamos no item 3 deste trabalho de pesquisa, analisar o Sofrimento Mental como uma questão de Saúde, servindo-nos de subsídio para pensar e potencializar estratégias de atuação do Serviço Social nessa área.

### 3 CONCEPÇÕES SOBRE SAÚDE MENTAL

*“Eu ando pelo mundo prestando atenção em cores que eu não sei o nome/ Cores de almodova/ Cores de frida calo colorido/ Eu ando pelo mundo e meus amigos cadê?/ As crianças correm para onde?/ Transitam entre dois lados/ De um lado eu gosto de opostos/ Exponho o meu modo/ eu canto para quem?/ Pela janela do carro/ Pela janela do quarto/ Pela tela/ Pela janela/ quem é ela, quem é ela?/ eu vejo tudo em quadrado.../ Remoto controle...” (ADRIANA CALCANHOTO)*

#### 3.1 Aspectos Históricos da relação Saúde e Doença

Conforme analisado no item 2, a Era Contemporânea converte a experiência da Loucura em objeto científico, apreendida pela especialidade médica da Psiquiatria. Partindo de intervenções de cunho moralizador, a experiência da Loucura, agora entendida como doença, é analisada sob a perspectiva da moderna razão médica.

A moderna razão médica articula-se à ideologia positivista<sup>32</sup> – mecanicista. Esta medicina entende o corpo como uma engrenagem cujo funcionamento depende do perfeito encaixe de suas peças. Nesse sentido, a doença seria então o mau funcionamento dos mecanismos biológicos, e como o resultado da ação de agentes específicos em locais específicos do organismo. A vinculação do racionalismo moderno aos conhecimentos produzidos por disciplinas científicas do campo da biologia é denominada Biomedicina. (CAMARGO JUNIOR, 1997 apud SOARES, 2008)

---

<sup>32</sup> POSITIVISMO: “O termo POSITIVISMO designa o conjunto das concepções de A. Comte (1798 – 1857); tem sua origem no que Comte considera a fase final do entendimento humano [...]. O primeiro passo de Comte na construção da filosofia positiva foi a classificação das ciências fundamentais [...]: matemática, astronomia, física, química, biologia e sociologia. Mais tarde, Comte acrescentou, como último termo da série, a moral [...]. O cálculo algébrico teve, a partir de R. Descartes, a ambição de se tornar o instrumento coordenador por excelência [...]. O positivismo considera que só a ciência do homem, i.e., a moral, pode preencher essa função, pelo estudo que realiza do equilíbrio entre o domínio objetivo e o subjetivo[...] A sociologia positiva compreende uma parte estática, que é o estudo do organismo social, e uma parte dinâmica, que analisa a evolução humana. A estática representa a ordem social e a dinâmica, o progresso.” (POSITIVISMO..., 1986, p. 938)

Na perspectiva Biomédica, a concepção de saúde está totalmente vinculada à idéia de ausência de doenças e a doença passa a ser o objeto central da intervenção profissional sendo o processo de diagnóstico efetuado como uma técnica científica, neutra, objetiva com intuito final de cura.

Atualmente existem diferentes concepções sobre o tema da promoção de saúde e que se remete a distintos paradigmas. Sobre o modelo de promoção da saúde atrelada ao modelo da história natural da doença, a saúde passa a estar vinculada à idéia de ausência de doença. Essa concepção está calcada em primeiro lugar na idéia de saúde como ausência de doença e em segundo lugar enfatiza que os programas e ações praticados estão centrados em “componentes educativos primariamente relacionados com riscos comportamentais cambiáveis” (BUSS, 2005, p.18-19); e nesse sentido, se encontrariam sob o controle dos próprios indivíduos. (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p.5-6).

No que se referem à atuação do Serviço Social na área da saúde, segundo Matos (2003, p. 86-87) :

Observa-se historicamente que a atuação do Serviço social na saúde se deu no âmbito curativo e com abordagem individual (Serviço Social de caso), sendo a preocupação com a saúde, como uma questão política, explicitada no seio da categoria somente na virada da década de 80 para 90 (Bravo, 1996).

Segundo o discurso de Jarret, na *National Conference of Social Work* (1919), a especialidade do trabalho de caso social é promover o ajustamento da pessoa socialmente desajustado, partindo de relações com fatos mentais, físicos e econômicos. (VASCONCELOS, 2002, p. 137). Deste modo, a idéia de “desajustamento social” funda as bases de um Serviço Social focado na pessoa isoladamente e sua responsabilização pelas condições nas quais se encontra, sem a crítica dialética de uma sociedade dividida em classes antagônicas. Sobre o objeto saúde e doença, o foco é a cura da pessoa doente, independente de suas relações como sujeito social e inserido em relações de classes, gênero, idade, etc.

Segundo Bisneto (2005, p. 113), no Brasil, o Serviço Social em Saúde Mental iniciou-se nos anos 1940 pela atuação no Centro de Orientação Infantil (COI e Centro de Orientação Juvenil (COJ), cuja atuação atendia jovens e famílias na prevenção higienista<sup>33</sup> com intuito de

---

<sup>33</sup> Sobre Higiene Mental ver item 2, sub item 2.6: Novo olhar sobre a psiquiatria e o trabalho do Serviço Social.

ajustamento social. Em nota de rodapé, Vasconcelos (2002, p. 171) demonstra um exemplar de cartilha do COJ:

#### Felicidade dos Filhos

(verso)

Não queira um filho exaltado/ nervoso, vingativo, desleal/ Evite que ele assim seja/ Com educação Benfazeja/ pela Higiene Mental.

(texto)

Para a formação da personalidade, os primeiros anos de vida são os mais importantes. Então é que os pais, consciente ou inconscientemente, contribuem para que a criança se transforme num adulto sadio ou num infeliz e mal-humorado. Só praticando as regras da higiene mental poderá os pais complementarmente, ter filhos felizes e contentes com a vida. Contribua para a felicidade de seus filhos, pondo em prática os ensinamentos da Higiene Mental.

‘desajustados sociais’

(verso)

Não deixe seu filho amado/ tornar-se um desajustado/ do seu meio social/ belo ou feio, magro ou gordo/ eduque-o sempre de acordo/ com a higiene mental

(texto)

As pessoas vingativas, os criminosos, os egoístas são desajustados sociais, isto é, membros da sociedade que vivem fora dela e que a ela não se adaptaram. Hoje a medicina tem meios para evitar tais males: a regra da higiene mental que, desde cedo, os pais devem por em prática para benefício de seus filhos. Evite que seu filho se torne um desajustado social, criando-o de acordo com os preceitos da higiene mental.

Percebemos que o conceito de desajustamento vinculado a um fundamento moral (“pessoas vingativas, os criminosos, os egoístas são desajustados sociais”) continua presente quanto ao que se refere à análise e intervenção sobre a Saúde Mental. A abordagem higienista

propõe regras de conduta para que a pessoa não se transforme num “desajustado social”, e não se leva em consideração as contradições sociais que compõem a realidade das pessoas protagonistas dos processos de saúde e doença.

Embora tais correntes ideo-políticas sejam defendidas ainda na contemporaneidade, a partir da década de 80 surge no contexto nacional uma série de transformações de cunho ideológico, político e operativo que repercutiram num contraponto sobre novas formas de construção social, das quais citamos:

- Período de Redemocratização: Após o golpe político de 1964 é instituída a ditadura militar no Brasil, sendo que, esta forma de governo perde sustentação na década de 80 e a partir da mobilização popular é restituído o sistema político democrático. O marco desta transição é a Constituição Federal de 1988 (CF 88), no qual é defendido o Sistema de Seguridade Social pelo tripé: Saúde, Previdência e Assistência. Especificamente quanto à Saúde é instituído o Sistema Único de Saúde cujo objetivo é a defesa da saúde como direito de todos e dever do Estado tendo como princípios básicos a integralidade (a saúde significa qualidade de vida em torno de muitas variantes que compõem a totalidade social), equidade (o direito à saúde não deve se limitar quanto às diferenças de gênero, idade, cultura, etc.) e universalidade (todos os cidadãos (ãs) têm direito a saúde).

- Movimento da Reforma Sanitária: Um movimento de profissionais liberais com consciência popular, estudantes, políticos, movimentos sociais e outros; que organizaram uma luta pela Saúde como direito de todas as pessoas, embasada na concepção de integralidade, equidade e garantia pelo Estado. A visibilidade desta organização foi dada na VIII Conferência Nacional da Saúde, onde foram lançadas as bases do Sistema Único de Saúde, assegurado pela CF 88.

- Movimento da Reforma Psiquiátrica: Segundo Amarante (2000, 2003 apud Scalvazara 2006, p. 22-26); existem quatro dimensões para as transformações operadas na e pelas práticas da Reforma Psiquiátrica, quais sejam: teórico conceitual, técnico assistencial, jurídico político e sócio cultural. O campo teórico conceitual se refere a conceitos sobre Saúde Mental construídos principalmente pela psiquiatria e psicologia, tais como: alienação; doença mental; normalidade e anormalidade; terapêutica e cura; razão; conceitos quais que subsidiam a prática. O campo político jurídico se refere à criação e alterações na legislação com relação aos direitos e à assistência do portador de Sofrimento Mental. No âmbito técnico assistencial, em conjunção com a reconceituação teórica, se refere ao modelo assistencial. A dimensão sócio cultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, haja visto que pretende

transformar o lugar social da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a Loucura.

- Movimento de Reconceituação do Serviço Social: O Projeto ideo-político hegemônico do Serviço Social passa a se pautar na crítica dialética marxista sobre uma sociedade dividida em classes antagônicas e sua atuação agora é focada nos direitos, cidadania e transformação da realidade social.

Podemos perceber pontos de congruência entre os quatro movimentos citados, sendo: a construção social pautada na pessoa portadora de direitos e de cidadania. Nesse sentido, segundo Mioto (2005), ao planejarmos uma atuação profissional no campo da saúde, devemos primeiramente esboçar qual a concepção de saúde a que nos referimos, e é justamente nesse sentido que segue neste trabalho a aproximação sobre alguns aspectos da proposta de atenção pela perspectiva da integralidade nos estudos sobre os processos de saúde e doença. Para tal, utilizaremos as contribuições da Antropologia da Saúde e sua vinculação ao conceito ampliado de Saúde.

Sobre a denominação do conceito de Loucura em nossa contemporaneidade existem várias possibilidades. No nosso trabalho de pesquisa, escolhemos não nos utilizarmos do termo doença mental. Tal escolha se justifica pautada nos argumentos de Szasz (1977, p. 18-24).

Segundo o autor, a noção de doença mental está apoiada principalmente por fenômenos como sífilis cerebral<sup>34</sup> ou os estados de delírio nos quais as pessoas podem manifestar certas desordens de pensamento e/ou comportamento. Muitos médicos, psiquiatras e outros cientistas contemporâneos mantêm esse ponto de vista, ou seja, de que em qualquer tipo de desordens do pensamento ou comportamento têm, mesmo que tênue, algum defeito neurológico que deverá ser descoberto e “sem dúvida” corrigidos pela pesquisa médica. O autor completa que tal ponto de vista implica a inferência de que “os problemas das pessoas não podem ser causados por necessidades pessoais conflitivas, aspirações sociais, valores e assim por diante”. Essas dificuldades, ou seja, os problemas existenciais são desse modo atribuído aos processos psicoquímicos. Nesse sentido, a doença mental é uma doença do cérebro. Szasz ( 1977, p.18-24) tem a opinião que tal perspectiva está baseada em dois erros fundamentais:

---

<sup>34</sup> “Sífilis ou paralisia cerebral. Uma das formas de neurosífilis com envolvimento do córtex cerebral. Sintomatologia: decréscimo na capacidade de concentração, perda de memória, irritabilidade. Surpreendente mudança de comportamento: a pessoa torna-se irresponsável, confusa, psicótica.” (SZASZ, 1977, p. 19-20)

O primeiro é defender que a doença mental é um defeito neurológico e não um problema existencial,

Um defeito no sistema visual de uma pessoa pode ser explicado correlacionando-o a certas lesões no sistema nervoso. Por outro lado, a CRENÇA de uma pessoa – seja no cristianismo, no comunismo ou na idéia de que seus órgãos internos estão apodrecendo e seu corpo já está morto – não pode ser explicada por um defeito ou doença no sistema nervoso. A explicação dessa sorte de fenômeno – supondo-se que o pesquisador se interesse pela crença em si e não a considere simplesmente como um sintoma ou expressão de algo mais significativo – deverá ser procurado em **várias fontes**. (SZASZ, 1977, p.20, grifo nosso)

O segundo erro é epistemológico. Este consiste na interpretação da comunicação entre nós e o mundo ao nosso redor, tomando-o simplesmente como sintomas de funcionamento neurológico. Apoiado no fato de que os sintomas mentais se referem às comunicações da pessoa consigo própria, com os outros, com o mundo que a rodeia, o autor esclarece:

O paciente pode afirmar que é Napoleão, ou que está sendo perseguido pelos comunistas; estes seriam considerados sintomas mentais somente se o observador não acreditar que o paciente seja Napoleão, ou que esteja sendo perseguido pelos comunistas. Isso torna evidente que a afirmação de que “X é um sintoma mental” implica fazer um julgamento que traz a comparação oculta entre as idéias, conceitos ou crenças do paciente e as do observador e da sociedade em que vivem. A noção do sintoma mental está, desse modo, intrinsecamente ligada ao contexto social e particularmente ético no qual é elaborada, assim como a noção de sintoma físico está ligada a um contexto anatômico e genético. (SZASZ, 1977, p. 21)

Consideramos evidente que a conceituação da Loucura como doença mental limita a experiência existencial deste fenômeno. Alguns autores contemporâneos, como por exemplo, Vasconcelos (2002) usa-se de termos como distúrbio mental e defensores do Movimento de Reforma Psiquiátrica preferem o termo Sofrimento Mental. Entendemos que o termo Sofrimento Mental aproxima-se com maior sustentação sobre a complexidade vivencial dos vários fatores que envolvem a experiência da Loucura na nossa atualidade, entendendo que

esta complexidade está relacionada com o conceito ampliado de saúde tal qual aborda a Antropologia da Saúde.

### **3.2 Aspectos Históricos da Antropologia da Saúde**

A Antropologia da Saúde nasceu dentro e sob os influxos do Movimento Sanitário, num tempo histórico de politização do conceito de universalização do direito à saúde. O cenário nacional em que a Antropologia da Saúde se desenvolve é descrito por Minayo (2006, p. 217)

[...] crescimento de enfermidade de origem não infecciosa e de etiologia incerta; aumento das proporções de doenças não transmissíveis no perfil de morbimortalidade; acirramento dos problemas sociais, sobretudo marcados pela veloz urbanização, eclosão de novas questões de saúde dos trabalhadores, resultante da reestruturação produtiva e vinculação cada vez mais estreita do novo quadro de problemas de saúde com estilos, modos e condições de vida [...] cresceram e se aprofundaram a descrença e a crítica da população à prática médica que lhe é oferecida, apesar do incremento das especializações.

O tempo de acelerada transição no campo político, social, econômico, demográfico, epidemiológico, tecnológico, produz uma complexa relação com a vida cotidiana e nesse sentido, sobre as relações, representações e práticas da sociedade no que concerne aos processos saúde/doença. Assim, tais mudanças passam a ser incorporados pela ciência antropológica.

A Antropologia marca seu lugar como disciplina no concerto das ciências em fins do séc. XIX e início do séc. XX. Suas investigações procuram evidenciar modos como a sociedade, populações e grupos específicos produzem, reproduz e simbolizam suas instituições e estruturas, suas relações, memórias e experiências.

A Antropologia se infiltrou nas instituições de Saúde Coletiva, tanto as científicas quanto as de gestão de Políticas (Ministérios e Secretarias de Saúde). A ciência Antropológica é acionada para comparecer com seu legado à compreensão e na interpretação de

enfermidades, cuja prevenção e controle dependem mais da colaboração dos cidadãos do que dos medicamentos prescritos pelos médicos.

As pesquisas na área da Antropologia da Saúde desenvolveram-se nos anos 80, e atingiram o auge na década de 90. Nessa primeira década do séc. XXI, a tendência é de ampliação das pesquisas na área, incorporando uma 2ª e 3ª geração de pesquisadores formados em Universidades e Centros de Pesquisas Brasileiros. Antropólogos do setor, com formação *Stricto Sensu*, fizeram concursos ou foram contratados, em geral, para comporem equipes de Pós Graduação e de Pesquisas em Saúde Coletiva.

A Antropologia da Saúde vem colaborando para mostrar o valor do conhecimento que nasce da experiência e da vivência. Os conceitos de Saúde e Doença passam a ser concebidos, em primeiro lugar, como um processo experienciado e cujo significado é elaborado pela análise de episódios culturais e sociais e, em segundo lugar, como evento biológico. Essa é uma contribuição para problematizar a hegemonia do modelo biomédico, que tende a se colocar para a sociedade como “única verdade” para o setor. (LANGDON, 2006).

A grande contribuição da antropologia é sua tradição de compreensão da cultura<sup>35</sup>. A partir do enfoque antropológico, buscamos a compreensão sobre composições da totalidade social<sup>36</sup> pelos episódios sociais e culturais, como por exemplo, aponta Minayo (2006, p. 203):

a) As visões dominantes numa determinada sociedade, as quais geralmente estão relacionadas às visões de classe social que detém o poder político e econômico, “ainda que as classes se encontrem sempre em situação de aculturação recíproca.”

b) Os elementos micro-sociais de realização do indivíduo (família, vizinhança, grupos etários, grupos de lazer, etc); elementos tais que configuram relações e conformam culturas.

c) As especialidades dos sistemas culturais e subculturas, que possibilitam as diferentes formas de ser e estar no mundo em relação a um sistema de concentração de poder por uma classe social.

d) Os elementos que podem condicionar visões de mundo (participação social, religiosa, política, etc),

---

<sup>35</sup> Cultura segundo Santos (2007, p. 22) existem duas concepções básicas de cultura. A primeira concepção de cultura remete a todos os aspectos de uma realidade social. A segunda refere-se mais especificamente ao conhecimento, às idéias e crenças de um povo. “Entendemos neste caso que cultura diz respeito a uma esfera, a um domínio da vida social.”

<sup>36</sup> Segundo conceito do antropólogo Marcel Mauss, os fenômenos estudados deveriam ser compreendidos e analisados como fenômenos sociais totais, em suas múltiplas dimensões: históricas, psicológicas, sociológicas e antropológicas (LAPLANTINE, 1994, p. 10)

- e) As relações que re-atualizam as estruturas e representações na sociedade, como: a luta de classes, movimentos sociais e revolucionários, etc.
- f) As diferentes posturas assumidas pelos atores sociais, de acordo com sua posição e seus interesses, principalmente sobre o que atinge suas vidas.
- g) “os imponderáveis da vida social que de tão leves passam despercebidos nas análises de evidências, mas pesam nas decisões de todos nós.”

Afirmamos que o Sofrimento Mental também pode ser entendido como um processo vivenciado, cujo significado pode ser elaborado pela análise de episódios culturais e sociais. No que se refere a alguns aspectos dos processos de Saúde e Sofrimento Mental:

- a) Vivemos em uma sociedade Capitalista que desde sua elaboração na Era Moderna, propõe uma visão de pessoa centrada na produtividade. Porém, a exploração e precarização das formas de trabalho, fomentam os processos de Sofrimento Mental das pessoas na luta pela sobrevivência, ou ainda, para se enquadrarem nos níveis de exigência de qualificação e produtividade do competitivo mercado contemporâneo.
- b) As pessoas vivendo os “elementos micro-sociais de realização do indivíduo” terminam por se envolver em relações de poder, ao se afirmarem pelo gênero, idade, cultura, etc. Tais relações tendem, na atualidade, a serem menos solidárias e sinceras, consubstanciando-se por grandes expectativas em relação ao outro, competitividade, jogos de interesses, etc., que afetam a Saúde Mental.
- c) Processos migratórios e a diversidade cultural em grandes centros urbanos promovem processos de aculturação que também afetam a Saúde Mental.
- d) As diferentes formas de participação social, onde se estabelecem vínculos e relações entre pessoas, contribuem para o processo de Saúde Mental.

Ficam assim evidentes como alguns dos vários fatores históricos e de organização econômica de nossa sociedade, os aspectos psicológicos e antropológicos que envolvem, entre outros e principalmente as relações de poder, a organização e formas de participação social, etc.; são decisivos na conformação das relações entre as pessoas, passando assim a organizar um sistema cultural. É justamente neste sistema cultural que buscamos compreender o lugar da Loucura, percebendo-a na atualidade e na maioria das vezes, em manifestações de sofrimento.

O fenômeno cultural possui a objetividade de “lócus” por onde passa o econômico, o político, o religioso, o simbólico, o imaginário e também, por onde se articulam conflitos e concessões, tradições e mudanças e, desta forma, constroem-se os significados humanos. Assim, a saúde e a doença não são algo estático, mas um processo que requer interpretação e ação no meio sócio-cultural, o que amplia uma negociação de significados na busca da cura da doença, promoção da saúde e alívio do sofrimento. Este é o cenário em que a abordagem antropológica se faz necessária.

Entendemos também o Sofrimento Mental como uma vivência que articula processos econômicos, políticos, religiosos e simbólicos. Tais processos constituem um cenário onde são articulados conflitos, concessões e tradições, e tais variantes são fundamentais na busca pela significação humana da Loucura e formas de articular a convivência familiar, comunitária e social com os loucos.

As negociações que subsidiam relações devem estar pautadas no entendimento da pessoa sobre si mesma e das experiências que se lhe tornaram significativas. A ciência antropológica considera o ser humano não só capaz de agir, como também observar seu próprio comportamento e projetar interpretações sobre si mesmo e tudo o que o cerca (pessoas, animais, natureza, etc.). A pessoa é capaz de elaborar classificações, modos de agir, pautados por características e propriedades observadas nos fenômenos. Para dar um exemplo, os índios Siona

Representam o corpo como sendo sujeito às forças de energia que circulam pelo universo – nos céus, na selva, na água (LANGDON, 1995). Estas energias se manifestam através dos processos de crescimento e declínio, como a lua que tem suas fases crescente e minguante e a natureza que tem suas fases de nascimento, crescimento, velhice, e morte, como pode ser observados nos animais, plantas e humanas. Os Siona percebem o corpo como uma manifestação desse ciclo, e a idéia deles é que de estar vivo, ou *wahĩ*, como eles expressam, é associado com a idéia do corpo do nenê gordo, em crescimento e o corpo do adulto como forte e maduro. A velhice representa o oposto, as forças em diminuição, que resulta no emagrecimento que os velhos experimentam. (LANGDON, 2006, p.6)

Podemos perceber que a partir das formas de observação do mundo, as pessoas têm potencial para entender e classificar suas próprias experiências. É nesse sentido que as

observações próprias das pessoas que encerram a experiência com a Loucura, mesmo em seus discursos “ambíguos, obscuros e incertos”, que ora encobrem, ora revelam situações de vida; devem ser valorizados como uma forma de apreensão da existência única de cada Ser, e a partir de tal, estabelecer suas relações com a totalidade social.

Os primeiros antropólogos a relacionarem os processos de saúde/ doença com Cultura tiveram formação médica. Podemos citar Rivers (1979), Erwin Ackerknecht (1940), Clements (1932). (LANGDON, 2006).

Esses pesquisadores tinham como preocupação a caracterização, ou classificação da medicina primitiva segundo categorias de pensamento que, de acordo com a visão de mundo do grupo, poderiam ser de ordem mágica, religiosa ou naturalista. Desta forma, a medicina nas sociedades é tida como uma instituição social interligada com os outros aspectos culturais. Entretanto, tais estudiosos sugeriam a cultura como um sistema fixo e homogêneo, onde todas as pessoas partilhavam as mesmas idéias e agiam igualmente. Ou seja, a cultura existe “apriori” da ação. Isso pressupõe uma fiel interiorização dos valores, uma socialização que exclui a intencionalidade ao remeter para um puro e simples condicionamento. (LANGDON, 2006)

Atualmente, a antropologia da saúde desenvolve-se em uma concepção sobre cultura que designa esta como essencialmente dinâmica e heterogênea. Dois antropólogos que contribuíram com reflexões “notáveis” sobre os processos de saúde e doença e a relação cultural, considerando a cultura um modelo dinâmico e interativo, foram Levi Strauss e Marcel Mauss. Segundo Minayo (2006, p.204), Levi Strauss (1963) define o lugar da morte, da saúde, da dor e do prazer no contexto das visões de mundo e das representações coletivas e analisa o papel e o lugar das terapêuticas no interior dos sistemas simbólicos mais amplos e das relações sociais; e Marcel Mauss (1950) desvenda profundas relações entre o fisiológico, o emocional, as práticas culturais e o contexto social.

Na experiência vivenciada com o Sofrimento Mental, a pessoa expressa suas visões de mundo e os significados de tal experiência estão relacionados também, às representações coletivas sobre tal. Como pudemos verificar na seção I, a partir da Era Contemporânea a Loucura passou a estar estreitamente vinculada às formas de a pessoa elaborar sua sociabilidade no interior das relações sociais; assim se pautou sua representação coletiva. Também se estende à nossa atualidade, como uma das dimensões para a transformação operadas na e pela Reforma Psiquiátrica, a dimensão sócio cultural, que pretende transformar

o lugar social da Loucura no imaginário social, transformando as relações entre esta e a sociedade, elaborando um contraponto aos processos de exclusão e segregação como forma de representação coletiva, tal como se configurou desde a Era Moderna.

Nesse sentido, a construção do lugar social para a Loucura, ou ainda, para as diferentes formas de expressão emocional e de vinculação social, traz a necessidade de concessões, negociações e articulação de conflitos entre o todo social, na formação de relações e de sociabilidade, com a finalidade de se construir os significados humanos e não simplesmente entendê-las como uma disfunção biológica e estender a tais pessoas relações preconceituosas e excludentes. Entendemos que a sociabilidade não consiste unicamente numa transformação da pessoa em Sofrimento Mental, no sentido de uma moralização e conformação segundo as regras hegemônicas da sociedade; porém, também consiste em uma aceitação social da diferença, da potencialidade de questionamentos e mudanças sobre o instituído, encerradas em quase todas as manifestações de Loucura. Tratamos assim, da busca por uma mudança de mentalidade coletiva, que hegemonicamente entende o Sofrimento Mental unicamente como uma doença, estendendo às pessoas que o vivenciam, um percurso histórico de segregação, culpabilização e estigmatização.

Os estudos de antropólogos evidenciam que as doenças, a saúde e a morte, sofrimento ou prazer não se reduzem a uma evidência orgânica, natural e objetiva, mas que sua vivência pelas pessoas e pelos grupos sociais está intimamente relacionada com características organizacionais e culturais de cada sociedade. A doença, além de sua configuração biológica, é uma vivência elaborada cotidianamente e a pessoa adoecida é, antes de tudo, uma personagem social.

Quando o Sofrimento Mental passa a ser objeto de estudos da medicina, conceituada e pesquisada como doença, buscou-se a elaboração científica de evidências orgânicas e objetivas, como nosografias, capazes de explicar isoladamente, científica e objetivamente uma experiência que, defendemos como relacionada às características organizacionais e culturais de cada sociedade. Como já verificado neste estudo, a partir do século XIX se estabelece a doutrina das Degenerações de Morel<sup>37</sup>, cujo conceito desenvolvido socialmente sobre a experiência com a Loucura está embasado na inferioridade de raças (não européias) que portam, hereditariamente, a doença mental. Como contraponto, verificamos a experiência de

---

<sup>37</sup> Ver item 2. 6 Novo olhar sobre a Psiquiatria e o trabalho do Serviço Social

Boussat com a cultura Africana, onde a Loucura é entendida como sendo um processo comunitário e não uma responsabilidade pessoal, e a pessoa em sofrimento como passando por um processo iniciático para se tornar um possível curandeiro. Tais representações coletivas condicionam a experiência que se faz com o Sofrimento Mental e tais análises vêm ao encontro do entendimento de Strauss (idem), ao afirmar que os processos de morte, da saúde, da dor e do prazer estão relacionados ao contexto das visões de mundo e das representações coletivas que se fazem delas.

O processo que relaciona a pessoa adoecida e o meio cultural é enfatizado na obra de Levi Strauss (1963): “O feiticeiro e sua Magia”. No referido estudo, o autor evidenciou que uma pessoa crê-se vítima de feitiço porque está convencida disso devido às tradições de seu grupo e, quando parentes e amigos se afastam dela considerando-a antecipadamente morta ou um risco para comunidade, devotam-lhe medo, ritual e tabu<sup>38</sup>. (MINAYO, 2006, p.205)

Outro exemplo sobre a vinculação entre a experiência da doença e seus aspectos culturais, é dado por Langdon (2006):

As representações simbólicas não só expressam o mundo, mas através da experiência vivida, eles também são incorporados ou internalizados até tal ponto que influenciam os processos corporais. Já existem casos famosos como a morte por vodu entre os aborígenes australianos (CANNON, 1942). Neste caso, um nativo aparentemente saudável morreu, sob os olhos do seu amigo e médico, em poucos dias, porque o pajé do seu grupo “apontou o osso para ele”. Este ato, apontar o osso, representa um julgamento feito à vítima por ter violado alguma regra moral, e significa que ele vai morrer. Já surgiram várias hipóteses sobre a causa da morte por sugestão (LEX, 1977). Mas qualquer explicação não pode excluir que o poder da sugestão – uma

---

<sup>38</sup> RITUAL: “Como atividade formal ou padronizada tipicamente desempenhada em certos momentos e locais específicos, o ritual difere dos hábitos e costumes por ser simbólico e, com frequência, dramático, expressando e comunicando não só idéias, mas também poderosos sentimentos [...] podem contribuir para determinar o que é politicamente significativo em uma comunidade, representando o seu passado e o seu futuro, bem como as relações sociais dentro dela.

Os efeitos do ritual político são difíceis de avaliar, [...] induzindo ou reforçando frequentemente sólidas lealdades e, por vezes, hostilidades. Dizer que os rituais políticos são expressivos não é negar que possam ser instrumental ou estrategicamente usados, seja para consolidar o poder ou resistir a ele, ou afim de expressar uma oposição limitada à ordem social existente.” (RITUAL..., 1996, p. 673)

TABU: “Termo polinésio que significa simplesmente *proibir* ou *proibido* e passou a indicar a característica sagrada da proibição em todos os povos primitivos e qualquer proibição não justificada em todos os povos [...] Freu comparou o Tabu à neurose obsessiva e viu entre as duas coisas quatro pontos semelhantes: 1º falta de justificação das proibições; 2º sua validação por uma necessidade interior, 3º possibilidade de deslocamento e contágio dos objetos proibidos, 4º criação de práticas cerimoniais e mandamentos derivados das proibições. (TABU..., 2007, p. 1103-1104)

MEDO: “Entende-se por esse nome todo estado, movimento ou condição pelo qual o animal ou o homem percebe valor (ou alcance ou a importância) que uma situação tem para sua vida, as suas necessidades, os seus interesses [...] “o medo é uma dor ou uma agitação produzida pela perspectiva de um mal futuro que seja capaz de produzir morte ou dor.” (Aristóteles, 1382) . [...] Atualmente se tende a reforçar a relação entre Emoção e razão, evitando encará-las como simples inimigas. Entre elas instaura-se uma relação que é simultaneamente de colaboração e antagonismo, cumplicidade e conflito [...]. (MEDO..., 2007, p.758)

condenação pelo pajé, figura poderosa – dá início a uma cadeia de reações físicas levando à morte. Como René Dubois diz no seu livro “a miragem da saúde”, “só o ser humano tem medo das sombras”.

Por tais relatos, fica evidente que a doença e o sofrimento são, primeiramente, uma experiência vivida socialmente, no que se referem a valores, conceitos, idéias e representações coletivas perante a pessoa e desta perante a sociedade, reciprocamente.

Podemos concluir que, quando uma pessoa se diferencia do padrão aceito socialmente, no que se refere à suas formas de expressar sentimentos, na intensidade em que estabelece suas emoções, aos padrões morais que pretende assumir para vivência cotidiana; a convivência social, familiar e comunitária se estabelece em forma de sofrimento, justamente pela não aceitação da diferença e, conseqüentemente, a pessoa se percebe e é entendida como doente, devido ao sofrimento que sente. Assim, a família, a comunidade e a ordem social, representada na figura do médico psiquiatra “apontam-lhe o osso”, ou seja, é criada a expectativa de se diagnosticar como uma doença psiquiátrica e, especialmente, de internar-lo em Instituições Hospitalares. Nesse processo, por vezes, desconsideram seu discurso, seus desejos e decisões próprias sobre o direcionamento de sua vida. Acreditamos que a pessoa silenciada e em sofrimento por uma ou várias das situações relacionadas, termina por sucumbir ou encontrar refúgio na alienação, desvalorização de si e de suas experiências, e/ou delírios sobre a realidade.

Buscando a elaboração de formas para o relacionamento entre o Sofrimento Mental e o imaginário social, considerando-se que não raro, os familiares, a comunidade e a sociedade apresentam dificuldade em lidar com as diferenças e suas conseqüências conflituosas, inicia-se a procura por intervenções e cuidados para com a pessoa que, estigmatizada em sua diferença, passa a expressar-se em forma de sofrimento ou violência, sendo tal procura um processo de negociações, descobertas e possibilidades ou frustração e abandono.

### 3.3 Cuidados e proteção à pessoa em Sofrimento Mental

A interação entre pessoa e sociedade também se estabelece no que se refere ao tratamento e busca pela cura ou alívio do Sofrimento Mental. Segundo Minayo (2006, p.206) o processo de cura depende da eficácia simbólica criada pela relação de confiança interativa entre: o médico e sua capacidade de curar; o médico e a pessoa adoecida e a fé e expectativas sociais em torno do modelo praticado. O processo terapêutico é mais bem entendido como uma seqüência de decisões e negociações entre pessoas e grupos e que nem sempre se realiza em forma de consenso. A análise dos sinais de sofrimento pode se efetivar de forma ambígua, dependendo dos diferentes conhecimentos, experiências e interesses no caso em pauta, bem como as formas de tratamento.

Como umas das formas de conhecimento que se propõe a analisar o Sofrimento Mental, cujo processo foi experienciado na Europa da década de 60, pautado no interesse de desinstitucionalização das pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, citamos Rotelli ; Leonardis ; Mauri (1990). Para este, a causa do Sofrimento Mental em uma pessoa é quase sempre desconhecida. A partir daí, entendemos que é desconhecida justamente por não ser apenas uma causa, mas uma forma de ser, viver e sentir o mundo, que acarreta formas de relacionamento em comunidade, sendo por esta valorizada ou excluída. O autor continua que, a intervenção sobre a “doença mental”, ou seja, o tratamento deve consubstanciar-se a partir da proposta de fomento sobre novas possibilidades de existir, de significação da vida pelas possibilidades/probabilidades de invenção sobre o cotidiano. Tal processo interventivo consiste em forma de negociação entre profissionais e a pessoa em Sofrimento Mental, onde os profissionais tornam-se os facilitadores de tal busca por novos significados de existir.

Sob outra perspectiva, agora enfocando a importância do grupo familiar no cuidado com os seus membros, Boussat (apud NORONHA, 2007, p. 9-10) esclarece que no início da organização social, numa estrutura inicialmente familiar, era freqüente a mãe, a tia ou a avó que se responsabilizavam pelo cuidado de seus membros adoecidos. Entretanto, a evolução tecnológica muito contribuiu para reduzir a intervenção direta da família e de seus “cuidadores”. A família delegou o poder de cuidar – cada vez mais especializada – passando da mãe, que prescrevia plantas medicinais, para o curandeiro experiente, ou do padre curandeiro para o médico generalista e enfim para o médico especialista. Este processo dificultou, pouco a pouco, o grupo familiar de seu poder de regularização e colocou nas mãos

de alguém que cada vez mais reage de acordo com as modalidades técnicas não compartilhadas com o grupo. O autor afirma que a importância da família e do grupo sobre o tratamento dos seus, é capaz de reafirmar - pela utilização de intervenções talvez não adequadas ao tratamento científico - sua eficácia. Graças a sua amplitude, no que se refere ao campo simbólico perdido, e não utilizado pelos cientistas, a família e o grupo tornam-se fundamentais no processo da experiência da “doença”, contribuindo para o entendimento de seus significados e caminhos possíveis ao tratamento.

Nesse sentido, a família pode ser entendida como importante recurso sócio, cultural, econômico e político para se refletir a intervenção sobre os processos de Sofrimento Mental, como partícipes e/ou protagonistas do processo terapêutico. Segundo Miotto (2005), refletir sobre família e sua importância no contexto de interpretação e ação sobre as vivências de saúde e sofrimento, significa em primeira instância, colocar em movimento uma forma de conceber a família<sup>39</sup> e suas relações com outras esferas da sociedade: Estado, mercado e trabalho. A partir de determinadas concepções de família, determinam-se Projetos Interventivos diferentes. A autora cita 02 (dois) Projetos Interventivos de concepções distintas: o Projeto Familista e o Projeto Protetivo.

Enfatizamos o Projeto Protetivo de atenção à família, nos quais se embasam parte dos profissionais do Serviço Social. Este propõe que a centralidade da família está calcada no reconhecimento de suas necessidades para o exercício de proteção dos seus membros e assim, para que a família proteja os seus, “é necessário garantir condições de sustentabilidade para proteção.” (MIOTTO, 2005).

Nesse sentido, também devemos considerar a família segundo suas transformações no processo histórico,

Estudos recentes têm mostrado que houve transformações profundas na sociedade contemporânea relacionadas à ordem econômica, à organização do trabalho e ao fortalecimento da lógica individualista. Ao mesmo tempo apontam uma revolução na área da reprodução humana, mudança nos valores e liberalização de hábitos e costumes. Em consequência, ocorreram

---

<sup>39</sup> Para Miotto (2000, p. 217), família é um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo, mais ou menos longo, e se acham unidas (ou não) por laços consanguíneos. É marcado por relações de gênero e ou de gerações, e está dialeticamente articulada com a estrutura social na qual está inserida.

mudanças radicais na organização das famílias, dentre as quais se observam, por um lado, processos de empobrecimento acelerado e de (des) territorialização gerada pelos movimentos migratórios, além da perda gradativa da eficiência do setor público na prestação de serviços. Por outro lado, houve um enxugamento do grupo familiar (família menor), um aumento das variedades de arranjos familiares (monoparentais, reconstituídas). (GOLDANI, 1994; PEREIRA, 1995 apud MIOTO, 2000, p.218)

Contemporaneamente, a família encontra-se permeada por uma lógica individualista, onde os papéis da mulher e do homem estão em processo de transformação, frente à revolução na área de reprodução humana e mudança de valores que se evidenciam na liberalização de hábitos e costumes. Neste cenário, deparamo-nos com novas formas de organização das famílias (famílias monoparentais de chefia feminina, famílias reconstituídas, famílias agregadas, etc.) e ainda, estas estão inseridas em ambiente social de empobrecimento acelerado, em situações de (des) territorialização e perda gradativa da eficiência Estatal na prestação de serviços.

Partindo de tais reflexões, novamente nos referenciamos sobre os posicionamentos de Bouszat e Miotto. Percebemos que o processo de fragmentação e superespecialização dos saberes acarretaram a perda da noção de complexidade e totalidade dos fenômenos de saúde e doença sobre uma pessoa ou comunidade e também nesse sentido, as tradições familiares de cuidado para com os seus se desvaneceram nas mãos da medicina especializada e mercantilizada (Bouszat, 2007), ao passo que a família continua sobrecarregada pelas transformações societárias e ineficiência dos serviços públicos disponíveis (MIOTO, 2005 ).

Nesse sentido, quando em meio às transformações sobre as formas de cuidado da família, propomos um Estado que lhes dê proteção e condições de proteger, de manutenção de suas tradições; que a história de cada família não se esgote numa luta pela sobrevivência em qualidade de vida precária, porém, que os momentos familiares e suas memórias sejam valorizados, protegidos e utilizados em suas potencialidades, como recursos terapêuticos no enfrentamento do Sofrimento Mental.

Segundo Vasconcelos (2002, p. 253-255), a presença de uma pessoa em Sofrimento Mental acarreta um forte impacto na família, sobrecarregando-a com encargos financeiros, sociais e subjetivos. Uma ou mais pessoas ficam responsáveis pelos cuidados, o que impossibilita a entrada destas no mercado de trabalho ou ainda, impedindo sua realização

peçoal e profissional. O preconceito que ainda circunda as noções de doença mental culmina em um processo de isolamento da família em relação a amigos, outros familiares, eventos comunitários e sociais, onde ela busca internamente recursos de superação de seus problemas. Entretanto, é justamente no processo de interação das pessoas na sociedade, pela criação de vínculos, laços culturais e de amizades, que a família e a pessoa em Sofrimento Mental podem enfrentar um momento de crise e impedir o adoecimento e recaídas. É justamente nesta perspectiva que se propõe o trabalho do Serviço Social

É importante que os profissionais da área de Saúde Mental, de modo especial os assistentes sociais em sua intervenção junto à família, atendam para esta realidade, para que proporcionem àquela possibilidade de superar as dificuldades vividas no convívio com o membro portador de transtorno mental, dividindo com eles o tempo de cuidar, através da oferta de serviços de atenção psicossocial diário, oferecendo-lhe o apoio necessário dos serviços para lidar com o estresse do cuidado e convidando-o a participar da elaboração dos serviços e de sua avaliação (e que não só a família, como também os próprios usuários) (PEREIRA, 2002, p.254)

Assim, a fim de se valorizar as tradições familiares de cuidados com os seus - sem sobreposição de saberes da ciência sobre ela - e ao mesmo tempo não sobrecarregar ainda mais a família em seu processo de elaboração da vida cotidiana, faz-se necessário serviços de atenção integrados, que dividam com a família os cuidados com as pessoas em Sofrimento Mental percebendo-as inseridas no todo social e assim, entrever que tal postura fomenta o processo de qualidade de vida da família como um todo.

É nesse sentido que propomos o estabelecimento de uma “relação de confiança interativa” entre a pessoa em Sofrimento Mental, a família, cuidadores profissionais e a totalidade social; que tais relações se consubstanciem em negociações, decisões e expectativas entre tais pessoas. Esta é a lógica que entendemos como viável à análise dos processos de sofrimento e propostas terapêuticas por parte daqueles que se responsabilizam pela intervenção e busca do alívio do Sofrimento Mental nas pessoas que, já por muito tempo, experienciam apenas a exclusão e “recordações terríveis”, e na maioria das vezes, sem ter com quem compartilhar.

Enfatizamos assim que, a pessoa em Sofrimento Mental, tanto quanto sua família e todos envolvidos no processo terapêutico estão inseridos em processos sociais, que servem de importante referência nas análises e propostas de ações, enfim, na compreensão dos processos de saúde e doença.

### **3.4 A Saúde, a Doença e o Sofrimento Mental inseridos em processos sociais**

Minayo (2006, p. 207) esclarece, a partir de interpretações sobre as obras de Mauss (1950) e Strauss (1963), que a noção de fato social total<sup>40</sup> serve com finalidade de se entender o impacto de acontecimentos “saturados de sentido” (doenças, epidemias, festas, ritos de iniciação, guerras, etc.) como se tratando de “janelas privilegiadas” de compreensão da sociedade instituída e de seus mecanismos. Como em uma perspectiva dialética, os fatos sociais saturados de sentido explicam uma determinada realidade social, e estes mesmos fatos podem ser compreendidos a partir de um entendimento da complexidade social.

Levi-Strauss (1963) também evidenciou que uma representação específica tão forte e enraizada na cultura como a de saúde/doença manifesta, vigorosamente, concepções da sociedade como um todo. Cada sociedade tem um discurso sobre saúde/doença e sobre o corpo, diz ele, que corresponde à coerência ou às contradições de sua visão de mundo e de sua organização social. Dessa forma, além de ser capaz de criar explicações peculiares sobre os fenômenos do adoecimento e da morte, as categorias saúde/doença devem ser consideradas janelas abertas para a compreensão das relações entre indivíduos e sociedade e entre as instituições e seus mecanismos de direção e controle. (MINAYO, 2006, p. 207)

Enfatizando a perspectiva da autora de que, os fenômenos de saúde/doença, e acrescentamos também o Sofrimento Mental, são relevantes à percepção e ao entendimento sobre a sociedade e suas instituições, bem como seus mecanismos de direção e controle, complementamos tal posicionamento com as reflexões de Szasz (1977, p. 21-22)

---

<sup>40</sup> Fato social total (MAUSS, 1950, p. 315 apud MINAYO, 2006, p. 206) trata de acontecimentos que criam mobilização subjetiva, afetam a fisiologia, catalisam energia e emoções dos indivíduos e interferem nas relações comunitárias, criando uma espécie de TOTALIDADE SOCIAL específica.

Atualmente, muitas pessoas têm como certo que viver é uma tarefa árdua. A dificuldade da vida para o homem moderno deriva não tanto da luta pela sobrevivência biológica quanto das depressões e tensões à interação social entre personalidades humanas complexas. Nesse contexto, a noção de doença mental é usada para identificar ou descrever algum aspecto da assim chamada personalidade de um indivíduo. Doença Mental – como deformação da personalidade, por assim dizer – é, então, vista como a causa de desarmonia humana. Está implícito nessa explicação que a interação social entre pessoas, é vista como algo inerentemente harmonioso, sendo o seu distúrbio devido somente à presença da “doença mental” em várias pessoas.

Nessa perspectiva, o entendimento sobre a complexidade social se estabelece como inerentemente harmônica e no que se referem aos (as) “doentes mentais”, como responsáveis pelos “distúrbios” sociais. Entendendo a Loucura como uma manifestação da “disfunção” social, o que fazer se não excluí-los (as), calar-lhes em seus discursos e ações descabíveis da harmonia funcional da sociedade?

Sob outra perspectiva, citamos autores como Basaglia (1985), Beauvoir (1949), Sartre (1946), Foucault (1972), quando trazem à reflexão uma realidade social embasada no exercício de poder de uns sobre outros e ainda, sobre a categoria do Ser excluído, do Outro, do Alienado, enfim, das pessoas que socialmente são reconhecidas como marginais à esfera social, e nesse sentido, encerradas em processos de submissão, exploração, estigmatização e exclusão. Nesse sentido, iniciamos nossa reflexão a partir do reconhecimento que convivemos em uma sociedade dividida em classes sociais antagônicas, que disputam entre si o poder, e que dentre elas existe a realidade de dominação de uma classe hegemônica sob uma classe subalterna e, em contrapartida, uma luta consistente contra-hegemônica enfrentando as formas de dominação objetivas e subjetivas, que se apresentam como ideologias, normas, valores, pressupostos, etc.

As formas de dominação se estabelecem tanto a nível macro social como em relações micro sociais. Nas relações macro sociais, podemos citar como exemplo, a concentração de riquezas mundiais por parte de algumas pessoas e grupos, resultando, em contrapartida, a miséria econômica de milhares de pessoas, fazendo-se entender ideologicamente que tal reprodução de desigualdades sociais se estabelece a partir de responsabilidades e competências pessoais (meritocratismo). No que se referem às relações micro sociais podemos exemplificar as relações de trabalho que idealizam a imagem da pessoa produtiva,

polivalente, saudável, sociável, ainda que sobrecarregada e conformada em relações de exploração da sua força produtiva.

Tal forma de organização social, embasada na exploração e no exercício de poder, é capaz de coagir as ações e reproduções das pessoas inseridas nos processos sociais e nesse sentido, as pessoas representantes do papel do Outro, do dominado, do excluído, são coagidas a atuarem de forma a dar sustentação a um Modo de Produção Capitalista.

[...] Seguindo a tradição de Saussure e Lévi-Strauss, Bourdieu admite a existência de estruturas objetivas, independentes da consciência e da vontade dos agentes, que são capazes de coagir suas ações e representações. (Gil, 2008, p.21)

Relacionamos tal processo de coação à citação de Minayo (2006, p.203) ao se referir à contribuição da antropologia na compreensão da cultura: “os imponderáveis da vida social que de tão leves passam despercebidos nas análises de evidências, mas que pesam nas decisões de todos nós.” Entendemos que os processos de coação se diluem nos imponderáveis da vida social e nem sempre seu exercício e reprodução são conscientes pelas pessoas. Esses estão inseridos nas relações familiares, de trabalho, de ensino-aprendizagem e instituições totais, onde se conformam as relações de poder.

A violência exercida por aqueles que empunham a faca contra os que se encontram sob sua lâmina. Família, escola, fábrica, universidade, hospital: instituições que repousam sobre uma nítida divisão de funções, através da divisão do trabalho (servo e senhor, professor e aluno, empregador e empregado, médico e doente, organizador e organizado). Isso significa que o que caracteriza as instituições é a nítida divisão entre os que têm o poder e os que não têm. De onde se pode ainda deduzir que a subdivisão das funções traduz uma relação de opressão e de violência entre poder e não-poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro. A violência e exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade. (BASAGLIA, 1985, p. 101)

A escritora Beauvoir esclarece que, no desafio, no “duelo singular” cada consciência pode tentar alcançar a soberania. Assim, continua a escritora, se a relação original do homem com seus semelhantes fosse exclusivamente uma relação amigável, não se explicaria nenhum tipo de escravidão, entretanto, esse fenômeno é consequência do imperialismo da consciência humana que procura realizar objetivamente sua soberania. “Se não houvesse nela (consciência humana) a categoria original do Outro, e uma pretensão original ao domínio sobre o Outro, a descoberta da ferramenta de bronze não poderia ter acarretado a opressão da mulher”. (BEAUVOIR, 1980 p. 77-78)

Podemos exemplificar nossa reflexão - mesmo que sem um aprofundamento - com o fato da II Guerra Mundial, como um acontecimento “saturado de sentido”. A grande batalha, fundamentada no exercício de soberania de uma nação sobre a outra trouxe como consequências um enorme contingente de pessoas traumatizadas por experiências de sofrimento, morte, vivência em campos de concentração, etc., muitas delas enviadas a manicômios como “doentes mentais” a partir das consequências subjetivas<sup>41</sup> de suas experiências em guerra. Segundo Amarante (1995, p.28) uma das primeiras propostas de transformação da intervenção sobre os “doentes mentais” (a Comunidade Terapêutica), se instituiu em cenário:

Ante os danos psicológicos, físicos e sociais causados pela guerra em um enorme contingente de homens jovens, tornava-se urgente reparar tais absurdos. Ao mesmo tempo, frente ao projeto de reconstrução nacional, fatores de ordem econômico-social tornavam imprescindível a recuperação da mão-de-obra invalidada pela guerra. A reforma dos espaços asilares atualizava-se, então, enquanto imperativo social e econômico, perante o enorme desperdício de força de trabalho. O asilo psiquiátrico situava-se em um quadro de extrema precariedade, não cumprindo a função de recuperação dos doentes mentais.

Percebemos como uma comoção social como a Guerra, repercutiu decisivamente sobre a saúde mental e física de um grande contingente de pessoas criando uma mobilização subjetiva, afetando a fisiologia, catalisando energia e emoções dos indivíduos e interferindo

---

<sup>41</sup> SUBJETIVIDADE: “Caráter de todos os fenômenos psíquicos, porquanto fenômenos de consciência, ou seja, os que o sujeito relaciona consigo mesmo e chama de “meus”. [...] Hegel situava na esfera da subjetividade o dever-ser em geral, bem como os interesses e as metas do indivíduo.” (SUBJETIVIDADE... 2008, p.1089)

nas relações comunitárias, criando uma espécie de totalidade social específica, entre aqueles que sofriam machucados e também aqueles que cuidam dos feridos. Essas pessoas atingidas pela guerra passaram a ser isoladas em sistemas asilares, traduzindo uma sociedade sôfrega. Ainda, a visibilidade sobre essas pessoas se estabelece apenas como importantes no “funcionamento” social, como imperativo econômico embasado na exploração da mão-de-obra, importantes na reconstrução nacional de uma sociedade devassada na luta pelo poder e soberania. Concomitantemente, o Sofrimento Mental e sua exclusão retratam uma forma de organização societária e a atenção dispensada a tais pessoas revelando como essa forma de organização da sociedade pretende encobrir suas contradições e disputas pelo destino humano.

Ainda nessa perspectiva, citamos Amarante (1996, p. 70),

Apoiando-se nas Reflexões sobre a Questão Judia, de Sartre, Basaglia compreende que o exercício da exclusão dos enfermos mentais é uma escolha deliberada, que não pode ser considerada pessoal, mas um investimento do ser-no-mundo, “a escolha de um mundo maniqueísta onde a parte do mal é sempre reputada como sendo do outro, no caso, do excluído; onde apenas neste excluir afirmo minha força e me diferencio.”

Instituída uma realidade social organizada sob as premissas do bem e do mal, “a escolha de um mundo maniqueísta”, determinou-se a partir dos valores que subsidiassem a ordem dominante o que seria o bem e o mal e nesse sentido, que o mal deveria ser o excluído, o Outro e justamente no ato da exclusão, se faz o investimento do ser-no-mundo como dominador e dominado.

Sobre a experiência da Loucura, Foucault (2007, p.507) afirma que retiraram as correntes que impediam a livre vontade do Louco, porém, as transferiram e o alienaram no querer do médico, ou seja, no exercício de poder médico sobre o Outro. Para tal, retirou do Louco a possibilidade de criar e significar a verdade sobre si mesmo e suas experiências,

Na loucura, o homem cai em sua verdade o que é uma maneira de sê-la inteiramente, mas também de perdê-la. A loucura não mais falará do não-ser, mas do ser do homem, no conteúdo daquilo que ele é e no esquecimento desse conteúdo. E enquanto ele era outrora o Estranho em relação ao Ser – homem do nada, da ilusão *Fatuus* (vazio do não-ser e manifestação

paradoxal desse vazio) -, ei-lo agora retido em sua própria verdade e, por isso mesmo, afastado dela. Estranho em relação a si mesmo, *Alienado*. (FOUCAULT, 2007, p.508-509)

Enfatizamos que, na loucura o homem cai em sua verdade<sup>42</sup>, mas também a perde. Estaria o autor se referindo à perda da vontade criadora sobre a verdade, referida por Nietzsche? A Loucura falará do ser homem, “no conteúdo daquilo que ele é e no esquecimento desse conteúdo”. Foucault afirma que outrora, o homem era o Estranho em relação ao Ser-homem do nada<sup>43</sup>, manifestação desse vazio; porém, agora ei-lo retido em sua própria verdade e, por isso mesmo afastado dela, como Alienado. Entendemos que o Louco, instituído em uma coerção moral e assim conformado em valores como possibilidade de existência, perde-se de sua potência de questionamentos e de criação passando à posição de Alienado de si mesmo.

Assim entendemos como se estabelece hegemonicamente o cenário social ao qual estamos inseridos. Salientamos a perspectiva de análise que referencia o exercício de dominação, de coerção, de poder, das condições de excluído, de Outro, de Alienado. E nesse sentido, a Loucura como dominada. Neste ambiente, concordamos com Basaglia (1985, p. 116) no que se refere à alternativa de enfrentamento de tal coação:

Para reabilitar o institucionalizado que vegeta em nossos asilos seria, portanto, mais importante que nos esforçássemos para despertar nele um sentimento de *oposição ao poder* que até agora o determinou e institucionalizou, antes mesmo de construir em torno dele um espaço acolhedor e humano do qual também ele necessita. Despertado esse sentimento, o vazio emocional em que o doente vem há anos voltará a ser tomado pelas forças pessoais de reação e de conflito, ou seja, o único ponto de apoio possível para sua reabilitação: *sua agressividade*.

<sup>42</sup> Segundo Abbagnano (2007, p.1182-1192) a verdade pode ser entendida de várias formas na história da filosofia. Destacamos a noção de verdade dada por Nietzsche, para quem a verdade foi reduzida a noção de valor e este como função de sobrevivência. Segundo Nietzsche, a vontade de verdade é apenas o desejo de um mundo permanente, perante a incapacidade de aceitar um mundo falso, cruel, contraditório, corruptor e sem sentido. A partir de tal, “a verdade não é, portanto algo que exista e que deva ser encontrada, descoberta, mas algo que deve ser criado [...]”.

<sup>43</sup> Segundo Abbagnano (2007, p.811) o Nada pode ser entendido de várias formas na história da filosofia. Destacamos o entendimento de que o Nada é vivido pelo homem à medida que o ser do homem (a existência) não é e não pode ser todo o ser: o ser do homem consiste em não ser o ser em sua totalidade, que é o Nada do ser.

Propomos a relevância da agressividade natural do ser humano, canalizada para questionar as relações de poder exercidas por Instituições como: Família, Igreja, Educação e Estado e seus derivativos ideológicos como o casamento, maternidade, pecado, culpa, produtividade, consumo, exploração, etc., capazes de coagir as ações e representações das pessoas. Porém, entendemos que ao se efetivarem tais questionamentos, muitas vezes nos deparamos com condutas violentas e sem reflexões, e que, no entanto, passam a subsidiar intervenções psicossociais, éticas e legais, ainda mais violentas e ignorantes.

A ambigüidade de nossa função de terapeutas não desaparecerá enquanto não nos dermos conta do jogo que nos é exigido. Se o ato **terapêutico** coincide com o impedimento feito ao doente de que tome consciência de seu ser excluído através do abandono de sua esfera “persecutória” específica (a família, os vizinhos, o hospital) para entrar numa situação global (tomada de consciência da própria exclusão por uma sociedade que realmente não o quer), não há outra solução senão **refutar o ato terapêutico cujo único objetivo é atenuar as relações do excluído em relação ao excludente**. Mas para tanto é necessário que nós próprios, prepostos do poder e da violência, tomemos consciência de que também somos excluídos – pelo próprio fato de havermos sido objetivados no papel de excludentes. (BASAGLIA, 1985, p. 103, grifo nosso.)

É nesse sentido que refletimos sobre as relações que a pessoa em Sofrimento Mental estabelece com seus familiares, terapeuta, cuidadores e recursos sócio-culturais. Trata-se de uma interação da pessoa em um mundo que, propomos entender como funcionando através da coerção, pela propagação de determinados valores construídos historicamente e aceitáveis às normas hegemônicas constituintes da realidade social, e estabelecidos como forma de dominação. Entendemos que as pessoas e suas relações estão inseridas neste significativo contexto social, e nesse sentido devem ser pensadas as intersubjetividades das pessoas que concretizam suas interações, que obedecem usos, costumes e regras que tendem a validar um sistema social comandado pelo exercício de poder.

Consideramos nesse contexto a reflexão de Strauss (1950, p. XXII apud MINAYO, 2006, p. 207). Segundo esse, as relações que se estabelecem em sociedade se conformam em sentido de complementaridade,

Em todas as condutas em aparências aberrantes não fazem senão transcrever um estado do grupo e tornar manifesta tais circunstâncias. Sua posição periférica em relação a um sistema local não impede que eles sejam parte integrante de um sistema local. Pode-se dizer que, para cada sociedade, condutas normais e condutas especiais são complementares. (LEVI-STRAUSS, 1950, p. XXII apud MINAYO, 2006, p.207))

Partimos deste enfoque como **meta**, na construção de uma sociedade onde não se faça mais sentido uma construção social baseada na exclusão e exercício de poder de uns sobre outros ou ainda, na determinação de condutas através de mecanismos coercitivos. Podemos concluir que, a noção de totalidade, composta pela complementaridade entre “condutas normais e condutas especiais” nos remete às possibilidades de diferenças, da possibilidade da pessoa criar sua existência para além de uma realidade maniqueísta. As possibilidades de coexistência do normal e do especial compõem um cenário onde podem ser aceitos os conflitos, negociações e quem sabe uma revolução. Propomos a reflexão sobre a possibilidade de uma sociedade que ultrapasse as noções de moral e amoral elaborada na complexidade da convivência social. Entendemos que tal proposição se contrapõe a concepção de que a relação entre as pessoas é ontologicamente harmoniosa e unívoca e assim, as pessoas “problemáticas” e “desajustadas” devem ser tratadas moralmente e adaptadas a um sistema disciplinar cuja única possibilidade aceita é a da normalidade instituída. Para tal, fazem-se necessárias possibilidades de negociações e não simplesmente a submissão, e também entendimentos e firmes propósitos. Não devemos nos esquecer que o enfoque antropológico está embasado em uma concepção de cultura dinâmica e heterogênea – ou seja, em constante movimento e interações que possibilitam re-formulações da realidade.

Quando tratamos de entender como as relações entre os processos de saúde, doença, prazer e sofrimento se elaboram entre os grupos e as representações coletivas que se fazem desses, citamos o exemplo dado por Langdon (2006, p. ) sobre a evolução da doença AIDS em pessoas soropositivas.

Enquanto que uma vez foi pensado que quem tem o vírus morre logo, esta relação tão direta entre o vírus e a morte está sendo questionada. Já sabemos que existem muitas pessoas assintomáticas que vivem com o vírus anos e anos. A expectativa de vida entre os soropositivos vem sendo prolongada ao largo dos anos. Não está claro o porquê, mas os antropólogos e outros psicólogos e sociólogos estão sugerindo que a explicação não se baseia em

processos puramente biológicos, e que também os processos simbólicos – culturais, sociais e individuais – que compõem o significado da experiência do portador são fatores na evolução do vírus para doença e morte. Posso citar a questão de estigma, a rejeição social, a perda dos laços afetivos como possíveis processos socioculturais que interagem na experiência da doença AIDS.

Da mesma forma, o Sofrimento Mental pode se agravar num forte Sofrimento Mental ou simplesmente ser aliviado como uma diferença pessoal, dependendo da aceitação ou preconceito social, comunitário e familiar, referido à pessoa em sofrimento, bem como às alternativas protetivas em relação à pessoa em Sofrimento Mental. Embora algumas doenças e espécies de sofrimento possam ser conceituadas em uma sociedade como o “Outro”, e conseqüentemente serem protagonistas de experiências como estigmatização, rejeição social e perda dos laços afetivos, a perspectiva antropológica considera que, os processos de saúde/doença e prazer/sofrimento, enquanto questões humanas e existenciais são uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais. Atingindo pobres ou ricos, pessoas com bagagem educacional ou pessoas amadurecidas pela experiência de vida, os processos acima citados conformam grupos que são considerados segundo valores psicossociais, éticos e legais. Tais grupos constituem um ambiente social, uma cultura e dentre esses as pessoas elaboram suas subjetividades, compondo assim o significado do processo experienciado que, se considerado como especial e promotor de novos questionamentos, num constante esforço de compreensão sobre o que se vem determinando como normal ou especial e ainda, entendida a sociedade em seu movimento dinâmico e interativo, é nos dada à possibilidade de elaborarmos um contraponto à exclusão e estigmatização e ainda, ao invés do exercício de poder, a complementaridade e possibilidades do Novo.

### **3.5 A Política Pública do Sistema Único de Saúde e o Serviço Social**

O Serviço Social também relaciona suas ações interventivas sob a noção explicitada até o momento. Alicerçado em concepções críticas sobre a realidade social, tem como proposta de intervenção – tendo o (a) Assistente Social como operador de Políticas Públicas – a elaboração de formas criativas e inovadoras sobre as expressões da Questão Social. Nesse

sentido, enfatizamos um dos princípios norteadores da Política Pública do Sistema Único de Saúde (SUS), definidos na VIII Conferência Nacional de Saúde e assegurados pela CF 88, sendo a integralidade:

O todo indivisível de cada indivíduo; a necessidade de superação da compartimentalização produzida entre ações de promoção, proteção e recuperação da saúde; a integração da rede de unidades produtoras de serviços de saúde e o entendimento do ser humano como ser indivisível, integrado a uma comunidade, com identidade cultural e de classe, o que o habilita a investir, respeitando a sua natureza política, do papel de ator coletivo e sujeito das transformações necessárias à construção de uma sociedade aspirada coletivamente. (MAGAJEWSKI , 1994, p.50 apud BORBA, 1998, p.24).

Sobre o que apreendemos acerca do princípio da integralidade - o atendimento integral, a noção de totalidade de cada pessoa em relação a fatores sócio-econômicos e culturais – entendemos que este embasa a não fragmentação da atenção de saúde, alargando os horizontes sobre o mundo da vida espiritual e material. Além da integralidade identificada a partir das relações da pessoa em Sofrimento Mental, partindo de uma escuta qualificada e um entendimento da inter-relação dos sujeitos em processo de saúde sob uma perspectiva crítica da organização social, cabe também ao Serviço Social a perspectiva da integralidade ampliada, que segundo Nogueira e Miotto (2006, p.8): “[...]. Para Cecílio (2004), a integralidade nessa dimensão deve ser visualizada como resultado da articulação de cada serviço com a rede complexa composta por todos outros serviços e instituições”.

É a partir de tais perspectivas que buscamos a efetivação de uma concepção ampliada de saúde, da pessoa em relação a todo o contexto que lhe seja significativo, para então vislumbrarmos a efetivação de garantia de direitos, reconhecendo a primazia da proteção das escolhas e diretrizes particulares, podendo se consubstanciar na construção de demandas coletivas, para então elaborarmos ações de caráter interventivo do Serviço Social, no sentido de construção de uma cidadania participativa e conscienciosa da importância social de cada pessoa inserida nos processos de construção da vida em sociedade.

### 3.6 A ênfase nas questões de Gênero

Como enfatizado no item 3.2 deste trabalho de pesquisa, os elementos micro-sociais de realização do indivíduo (família, vizinhança, grupos etários, grupos de lazer, etc); configuram relações pessoais, conformam culturas e as formas de organização de dada sociedade a partir de suas relações intersubjetivas. Entendemos as relações de Gênero como constituintes e propulsoras de posturas assumidas pelos atores sociais inseridos em tais elementos, posturas estas elaboradas de acordo com suas posições e interesses, principalmente sobre o que atinge suas vidas.

Os imponderáveis da vida social – que muitas vezes passam despercebidos nos fatos sociais – são constituintes das relações que se constroem cotidianamente, e como já enfatizado entendemos que estes muitas vezes se conformam através de valores que subsidiam nossas ações e pautam as formas de se experienciar os processos de saúde/doença e prazer/sofrimento. Entendemos que os valores constituintes da vida social determinam os papéis sociais que assumimos enquanto mulheres e homens na sociedade e a aceitação ou questionamento sobre determinados valores têm significativa importância sobre nossa experiência com a Saúde ou Sofrimento Mental. Retomamos Szasz (1977) ao afirmar que, a experiência com o Sofrimento Mental está diretamente relacionada com as relações que estabelecemos cotidianamente, nossas aspirações sociais, nossos conflitos existenciais, os valores que assumimos para direcionar nossa existência e como estes se relacionam em sociedade.

Os valores constituídos socialmente criam as identidades<sup>44</sup> sociais, promovendo as formas da pessoa se relacionar objetiva e subjetivamente no cotidiano da vida. Como afirma Rajj (2008, p. 146),

O gênero, cuja estrutura finca sua raízes nas instituições sociais (estado, escola, igreja e família), é transmitido, construído e sedimentado pela aprendizagem social e cristalizado em papéis considerados adequados para cada um dos sexos.

---

<sup>44</sup> Segundo Abbagnano (2007,p.162) o conceito de Identidade tem três definições fundamentais: 1ª Identidade como unidade de substância: Identidade é de algum modo uma unidade; 2ª Identidade como possibilidade de substituição: aproximação do conceito de Identidade ao de Igualdade; 3ª Identidade como convenção: Identidade pode ser estabelecida ou reconhecida com base em qualquer critério convencional.

Entendemos que vivemos uma complexidade social onde há proposta de nos manter alienados (as) das formas de coação e, assim, perpetuar uma sociedade alicerçada no exercício de poder. Para tal, as instituições que organizam a realidade social se validam utilizando de valores maniqueístas como fundamentos para existência humana, e para tal cristalizam os papéis adequados para cada um dos sexos, determinam o que significa ser uma boa ou má mulher, um homem correto ou um homem incerto. Nesse sentido, qualquer questionamento sobre tais determinações pode tanto ser considerado como desvio/doença ou em outra perspectiva, como significativo no processo de questionamentos e transformações sobre o instituído.

As interações entre as pessoas e a elaboração de seu cotidiano se efetivam permeadas pelos significados absorvidos - e dificilmente reflexivos – sobre os significados produzidos na sociedade. São vários os mecanismos ideológicos utilizados pela organização social (vitrines e propagandas, novelas ou discursos religiosos, etc.) com finalidade de, incessantemente, inculcar valores determinantes de papéis sociais para a mulher e para o homem na elaboração da vida.

A premissa dos estudos culturais contemporâneos de que a identidade é um constante processo, desencadeado e sustentado pela interação do indivíduo com o mundo nos leva, necessariamente, a reconhecer que estamos situados em relações de poder manifestadas por práticas (discursivas ou não) que nos interpelam. E, se considerarmos cultura como um campo de luta em torno da produção de significados (SILVA, 2000, p. 99) tudo o que nos rodeia, da vitrine ao templo, passa a ser visto como texto cultural e veículo de ideologia. Nas relações de gênero [...] a feminilidade e a masculinidade não são atributos naturais dos corpos, mas construções culturais, efetivadas por meio de nossas interações com pessoas, lugares e temporalidades específicas. (FUNCK, 2008, p. 55).

Assim como nos propomos discutir e defender a idéia de que a pessoa em Sofrimento Mental não se encontra experienciando tal processo especificamente e unicamente por distúrbios no funcionamento biológico, entendemos que as relações de Gênero não podem ser pautadas unicamente na diferença biológica entre os sexos. Entendemos que tanto o Sofrimento Mental como as relações de Gênero são elaborados a partir de construções sócio-culturais, e ambos os conceitos estão em intrínseca relação no entendimento da Loucura e seu processo experienciado pelo Louco.

Assim, atribuindo valores determinados à mulher e também, e diferentemente ao homem, procura-se elaborar uma forma de funcionamento social e, no caso de nossa sociedade ocidental, embasada no mito adâmico, a partir da dominação do homem e submissão da mulher.

Nos estudos de gênero, ou seja, das relações culturalmente estabelecidas entre feminino e masculino, o fenômeno da naturalização tem sido responsável por uma infinidade de crenças sobre o feminino e o masculino que aprisionam tanto homens quanto mulheres em papéis dicotomizados, com o masculino ocupando posição dominante. (FUNCK, 2008, p. 56)

Funck (2008, p. 56) ainda cita Pierre Bourdieu (1999, p. 55), em “A dominação masculina” :

[O] princípio da inferioridade e da exclusão da mulher, [...] não é mais que a dissimetria fundamental, a do *sujeito* e do *objeto*, do *agente* e do *instrumento*, instaurada entre o homem e a mulher no terreno das trocas simbólicas.

Percebemos que as relações de gênero, ou seja, os discursos veiculados a cada um dos sexos da espécie humana (feminino e masculino) conformam identidades e subjetividades e ainda, as formas destas pessoas estabelecerem suas micro e macro relações sociais, acontecendo predominantemente a objetivação da mulher como o Outro.

Entendemos também que, no período de transformação histórica em que vivemos, sendo a elaboração de um novo século, a Pós-Modernidade, de grandes avanços científicos e contrapontos como violência e a miséria, convivendo concomitantemente com questões eternas como o amor e o ódio e transformações tecnológicas antes inimagináveis; ao que se refere às relações humanas estas também tendem a serem resignificadas, acompanhando o movimento histórico em curso.

Entendendo o Sofrimento Mental como um campo de experiência onde muito dos significativos humanos e valores instituídos são questionados, optamos em elaborar a análise

sobre os grupos da Terapia Social<sup>45</sup> enfatizando as relações de Gênero e suas conseqüências sobre a saúde mental. Propomos pensar como os valores naturalizados, referentes à feminilidade e a masculinidade são apresentados e/ou questionados pelos (as) participantes dos grupos. Pensamos entendê-los num momento histórico em que a mulher assume cada vez mais funções no espaço público e sendo agora detentora de direitos civis e políticos, não deve mais ser tratada objetivamente como propriedade masculina. Em contrapartida, entendemos o homem contemporâneo entre as alternativas de, reformular suas formas de coerção histórica ou colaborar para uma nova elaboração dos valores e papéis sociais que o envolvem nas relações de Gênero.

Na próxima seção apresentamos a Terapia Social e o desenvolvimento dessa técnica psicoterápica junto a pessoas em Sofrimento Mental. Também analisaremos alguns aspectos sócio-culturais dos (as) participantes, relacionando-os com questões de Gênero, a partir de questionário estruturado e das exposições dos (as) participantes durante as sessões de Terapia Social. A partir de tais aproximações, procuraremos vislumbrar perspectivas de atuação do Serviço Social em intervenção cujo objetivo é o alívio do Sofrimento Mental.

---

<sup>45</sup> Proposta de intervenção terapêutica sobre o Sofrimento Mental, cujo conteúdo aprofundamos no item 4.

## 4 A TERAPIA SOCIAL

*“Vim gastando meus sapatos/Me livrando de alguns erros/Perdoando meus enganos/Desfazendo minhas malas/Talvez assim chegar mais perto/Vim achei que eu me acompanhava/E ficava confiante/Outra hora era um nada/A vida presa num barbante/E eu quem dava o nó/ A vida solta num instante/Tenho coragem tenho medo sim/... (ANA CAROLINA)*

### 4.1 Aproximações Teóricas<sup>46</sup>

A Terapia Social começou a ser desenvolvida no ano de 1994, pelo etnopsiquiatra Marcos de Noronha<sup>47</sup>. Este iniciou o curso de medicina no ano de 1977 na Universidade Estadual de Londrina e, em seu percurso de formação profissional, desenvolveu interesses pela filosofia, física, etiologia, homeopatia, etc., e foi no estudo da Organomia<sup>48</sup> de Reich (1897-1957) que o Dr. Marcos de Noronha dedica, com ênfase, sua atenção. Após formação médica, desenvolve especialização em etnopsiquiatria na Universidade de Nice (França). Atualmente, Dr. Noronha desenvolve sua prática principalmente em seu consultório, além do trabalho psiquiátrico no HPM e ABEPON, todos situados no município de Florianópolis/SC.

Conforme salientado neste estudo, a partir da Era Contemporânea a Loucura, bem como as formas de intervenção sobre esta, passam a estar relacionada com a sociabilidade do Louco. A Terapia Social não foge a esta idéia. Segundo Noronha (2007, p. 126-127),

A Terapia Social não se restringe a uma técnica psicoterápica, mas também se constitui numa proposta de comportamento humano. Na Terapia Social, treinamos os participantes a um comportamento, que tanto os ajude a entender e superar suas dificuldades, quanto também, a prevenir novos infortúnios. De inspiração em terapias tradicionais, ela está muito mais próxima de uma estratégia social de vida, frente às influências

<sup>46</sup> Parte do conteúdo deste item fora elaborado a partir de uma entrevista informal com o psicoterapeuta Dr. Marcos de Noronha, no mês de setembro de 2008.

<sup>47</sup> Marcos de Noronha é etnopsiquiatra – Psicoterapeuta/ sócio fundador da Associação Brasileira de Etnopsiquiatria e Psiquiatria Social, membro da seção de Psiquiatria Transcultural da Associação Mundial de Psiquiatria.

<sup>48</sup> “A Organomia, criada por Reich, partia de conhecimentos psicanalíticos e vislumbrava um homem dentro de um contexto energético e cultural.” (NORONHA, 2007, p.48)

desestabilizadoras da sociedade moderna, do que de uma ação de terapia psicológica [...] Essa modalidade terapêutica valoriza o diálogo, um bate-papo ético, íntimo e revelador num contexto social, inicialmente sob condução de um terapeuta social e, posteriormente, a postura apreendida é adotada pelo paciente, para exercício em sua vida.

Embora não acreditemos em uma proposta de comportamento humano<sup>49</sup>, haja vista, a ênfase dada neste estudo, até o presente momento, sobre a possibilidade das diferenças em meio social, e também nesse sentido, não incentivamos nenhuma abordagem psicoterapêutica que “treine” pessoas a comportamentos humanos propostos como mais validos na elaboração do cotidiano e entendendo que a experiência com o Sofrimento Mental não trata de “infortúnios” como responsabilidade pessoal, porém e além, consiste na crítica sobre uma forma de organização social embasada no exercício de poder; consideramos relevante a alternativa de abordagem interventiva focada no trabalho terapêutico de Grupo como propõem o autor. Nesse sentido, a Terapia Social considera a qualidade das trocas de experiências pessoais, na forma de um diálogo aberto entre os participantes, onde são compartilhados sentimentos, emoções, as conquistas ou desafios de projetos pessoais, discutem-se também as relações familiares, de trabalho, etc.

A proposta de um ambiente terapêutico que possibilite as trocas tem como um de seus objetivos a possibilidade de se consubstanciar as identificações entre as pessoas, no que diz respeito aos processos e etapas da elaboração da vida a partir da experiência com o Sofrimento Mental. Nesse sentido, é também possibilitada a criação de vínculos solidários entre os (as) participantes, onde conjuntamente torna-se possível refletir sobre as variantes, macro e micro sociais, que compõem os processos experienciados com o Sofrimento Mental. Segundo Noronha (2007, p.145) a criação de vínculos, o compartilhamento de emoções, as trocas de experiências etc., se estabelecem como uma nova postura perante a vida.

Em uma sociedade cada vez mais laborativa e competitiva, cenário onde as pessoas tendem a desconfiar mais do que se aproximar umas das outras, a proposta da Terapia Social discute um contraponto, ao valorizar o ambiente grupal e comunitário, como espaço onde se possibilite a concretização de conversas francas, onde se é incentivado à exposição de

---

<sup>49</sup> Noronha (2007, p. 123) esclarece que não gostaria que os aspectos técnicos que pretende destacar no texto sejam tomados como “receitas”.

sentimentos entre os seres-humanos e nesse sentido é possibilitada a elaboração de relações de confiança e respeito. Acreditamos no valor da proposta de criar espaços (terapêuticos, familiares, comunitários e sociais) aonde a experiência com o Sofrimento Mental venha a ser compreendida, compartilhada e não violentada.

**A intenção** é que esta nova postura, vivenciada nas sessões, venha a ser incorporada nas rodas de conversa de cada participante, em sua família, com seus amigos e colegas. O participante acaba se convencendo da importância dessa forma de compartilhar as emoções, principalmente na sociedade atual, que reserva pouco espaço para esse tipo de manifestação. (NORONHA, 2007, p.145, griffo nosso)

E ainda,

O participante escuta a manifestação do outro, sente-se acolhido, mas também acolhe, manifestando a sua experiência diante de uma dificuldade semelhante. À medida que um participante expressa sua dor, ou dificuldade, recordando fatos passados não resolvidos, os outros mergulham em suas vidas resgatando fatos semelhantes para também resignificá-los. (NORONHA, 2007, p. 146)

Pensamos que se trata de um “arriscar-se”. No ambiente da Terapia Social a pessoa se arrisca a expor seus significativos humanos e conseqüentemente, tem a possibilidade de encontrar a compreensão, a solidariedade, a identificação, etc., bem como é também possível um estranhamento desta pessoa em relação ao grupo, como também do grupo em relação a ela. Neste caso, enfatizamos a necessidade de se incentivar em grupos, bem como na sociedade em geral, a construção do lugar social para as diferenças, ainda que não compreendidas, porém, aceita como manifestação da existência humana e nesse sentido, com direito à convivência social isenta de processos de estigmatização.

Segundo Noronha (2007, p. 127), no encontro da Terapia Social não é dado ênfase a julgamentos ou receitas de tipos de comportamentos que, em muitos casos, já foram excessivamente utilizados pelos familiares e colegas dos participantes antes do início do processo terapêutico. O autor afirma que, os participantes que arriscam fazer julgamentos e/ou

dar receitas de atitudes, “pretensiosamente se colocam numa posição superior e de distanciamento” e assim, terminam por inibir a participação, devido o temor do julgamento. Ao contrário, o valor do encontro se estabelece no acolhimento e solidariedade entre os participantes, pelas trocas, pelo papel estendido para secagem das lágrimas, pela preocupação com o outro, pela torcida ao sucesso de projetos e superação de obstáculos pessoais, pela valorização das escolhas pessoais e direcionamentos de experiências.

O processo da Terapia Social inicia-se com uma preparação/sensibilização do (a) participante. Para tal, é incentivada a presença e vinculação no processo terapêutico, de uma pessoa da convivência do (a) participante, para assumir o papel de “confidente”.

Na Terapia Social o processo terapêutico se passa principalmente no cotidiano, é preciso criar condições, nesse cenário, para o desempenho do paciente. A figura do confidente é requisitada pelo próprio paciente que seleciona um membro de seu relacionamento e convida a participar das três sessões iniciais de preparação. No mundo atual, a sociedade tem, cada vez mais, desestimulada a figura do confidente. De modo geral, não queremos incomodar ninguém, ou dividir impotências e dificuldades com qualquer pessoa que seja. (NORONHA, 2007, p. 146-147)

Embora não entendamos a experiência com o Sofrimento Mental como “impotência”, ao contrário, como potência para questionar e não aceitar os processos de violência ao qual somos submetidos cotidianamente; concordamos com o autor no que se refere à dificuldade das pessoas que se encontram nesse processo de desvendamento da realidade social encontrar pessoas de seu convívio para compartilhar sinceramente os processos de rebelião contra o instituído. Ao que se refere às pessoas que se propõem a questionar as formas de dominação social, são reservados mecanismos sociais para calar-lhes em suas manifestações, senão retirar-lhes a possibilidade de existência social pelo confinamento, subtraindo dessas a responsabilidade pelas possíveis transformações sociais.

Segundo Noronha (2007, p.138-139) a figura do (a) confidente é explorada como figura protetora, capaz de proporcionar outra visão do mesmo fenômeno, complementando ou contrariando a visão do (a) participante. O (a) confidente recebe apoio do terapeuta, assumindo a responsabilidade de estar atento aos contratos estabelecidos com o (a) participante (medicação, internação domiciliar, acompanhamento, etc.) até que estes sejam

necessários. Ainda, geralmente é a pessoa do confidente que percebe e traz ao grupo mudanças significativas de comportamento do (a) participante e que sejam relevantes ao conhecimento do terapeuta e do Grupo.

A figura do confidente é explorada como figura protetora que recebe o apoio do terapeuta, mas também como figura capaz de proporcionar outra visão do mesmo fenômeno (...) o confidente, muitas vezes, é o porta voz que traz como é o comportamento do paciente no seu próprio contexto, para poder compará-lo no grupo. (Noronha (2007, p.138-139)

Nesse sentido, nos questionamos sobre a qual dos dois (participante ou confidente) é reservado o direito sobre a interpretação das vivências da pessoa em Sofrimento Mental? Resgatando a análise de Basaglia (1985) muitas formas de exercício de poder são concretizadas por instituições como a família e a fábrica, onde se estabelecem as relações afetivas e de trabalho e nesse sentido, capazes de infringir violência sobre as pessoas que decide não se enquadrar às regras ditadas por tais instituições. Porém, muitas vezes esses ambientes encerram toda convivência social das pessoas violentadas pela dominação, ou seja, encerram todas as possibilidades de relações pessoais. Onde encontrar o confidente? Assim se explica a realidade da prática da Terapia Social, onde muitas pessoas que iniciam a busca por ajuda para o enfrentamento do Sofrimento Mental se deparam com a realidade de que não possuem alguém em quem confiar neste momento de suas vidas. Percebem assim que, as pessoas que constroem seu cotidiano são justamente os agentes de violência ao qual estão submetidas.

Em contrapartida, a experiência com o Sofrimento Mental, muitas vezes, insere a pessoa num profundo isolamento o qual consideramos como promotor do sofrimento. A figura de uma pessoa confidente, que se disponha a compartilhar o enfrentamento das situações de violência ao qual o (a) sofredor (a) está submetido (a) torna-se humanamente necessária, mesmo que este vínculo seja elaborado ocupando um longo período de tempo, e consubstanciado por constantes negociações, interações e exercício de afeto.

Segundo Noronha (2007, p. 138) com finalidade de aliviar o Sofrimento Mental, no ambiente da Terapia Social o (a) participante tem oportunidade– e é incentivado para tal – de considerar a oferta de diferentes pontos de vista: a do (a) confidente escolhido; a do terapeuta

e dos (as) participantes do grupo, através de suas experiências pessoais. “o resultado (...) é poder escolher, entre as várias ofertas, uma experiência mais adequada à sua situação, ou então, criar novas idéias para enfrentar seu problema.”

Noronha (2007, p. 130) ainda esclarece, no que diz respeito à técnica da Terapia Social, que quando o (a) participante, em seu comportamento expressa sentimentos como desânimo, falta de perspectiva de vida, sem gana para abraçar uma boa causa e deixa de investir em si mesmo (a), no seu corpo ou aparência – procura-se recorrer ao passado através de lembranças, dos momentos onde ainda havia desejos, metas e ações de investimento pessoal. Após esse exercício de resgate da memória estipula-se um roteiro de atividades - a partir de experiências que foram consideradas como prazerosas e significativas ou ainda, instigantes. Tal roteiro se elabora como um acordo entre o (a) participante e o grupo, ao qual o (a) participante deve aderir livre e conscientemente, segundo as palavras do coordenador dos Grupos: “usando a razão”, visto à falta de motivação pessoal para garantia de suas ações e cumprimento do acordo, podendo também contar com o apoio dos (as) outras pessoas do ambiente terapêutico. Tal processo visa principalmente evitar que o participante construa a experiência com o Sofrimento Mental através do isolamento, considerando a importância do compartilhamento de emoções e sentimentos para o exercício de reflexão sobre as causas do sofrimento e possíveis alternativas de enfrentamento.

A fim de fugir ao desprazer, ou ainda, buscar a felicidade, as sessões contribuem para a elaboração de expectativas de vida, seja pelo resgate de antigos projetos pessoais ou pela concretização de novas possibilidades de existência. Enfatizada a importância da sociabilidade e (re) elaboração de vínculos pessoais, é proposto ao (a) participante que priorize a reflexão sobre como se constitui sua maneira de comunicar-se com as pessoas, para se fazer compreender em seu modo de expressar sentimentos perante as experiências subjetivas e objetivas da vida. Trata-se também de um desvelamento de comportamentos herdados, de tradições que conformam os valores que embasam suas atitudes e escolhas, e a partir de tal, buscar a conscientização sobre quais destes fomentam os processos de Saúde ou Sofrimento Mental. Assim, o ambiente da Terapia Social possibilita momentos onde o (a) participante tem oportunidade de repensar sobre as prioridades que foram tomadas durante a vida, fomentá-las ou substituí-las por novas probabilidades de elaboração do seu destino humano.

Segundo Noronha (2007, p. 193) a Terapia social cumpre essencialmente três funções, sendo:

- Recordação ou construção seletiva de um conhecimento social, que possibilite os participantes de perceberem o mundo e a realidade vivenciada pelo outro, de tal forma, que possam ao codificarem seus próprios problemas e inicialmente através do imaginário, reconstruir suas vidas para poder superar seus obstáculos.
- Promover a reflexão de suas ideologias, estilos de vida e prioridades que dão significados aos nossos pensamentos, ou então são influenciados por eles, sem que tenhamos consciência disso, para o estabelecimento de novos referenciais que possam dar um outro sentido a nossa vida.
- Organizar ações, legitimadas pelo novo pensamento e pelos novos referenciais, que possam contribuir para incorporação da nova postura dos participantes da Terapia Social, para que elas não se limitem a serem apenas informações em suas mentes, que poderiam um dia se perder no esquecimento.

No cotidiano do tratamento nesta abordagem psicoterápica, o participante vai elaborando sua experiência com o Sofrimento Mental no sentido de autonomia. Na maioria das vezes, em um primeiro momento, o participante (re) constrói vínculos, (re) cria expectativas de vida e consolida projetos. Posteriormente, com a experiência e conhecimento adquiridos sobre si mesmo, começa a aprender quais comportamentos comprometem a segurança conquistada, quais sintomas desencadeiam uma crise e assim acautelam-se e previnem-se a partir de experiências tratadas anteriormente.

Segundo o coordenador dos Grupos, processo de alta<sup>50</sup> deve ser planejado juntamente com o terapeuta e o Grupo. Os encontros, antes semanais, passam a ser quinzenais por algum período. A partir de um prévio planejamento, o intervalo entre os encontros para o (a) participante em processo de alta vai aumentando, até que esta se estabeleça definitivamente e o participante finalize o tratamento na Terapia Social com nova bagagem para enfrentar o cotidiano da vida social, a partir da experiência com o Sofrimento Mental.

---

<sup>50</sup> Existem vários exemplos de participantes que deixam de frequentar a Terapia Social por se sentirem bem, porém, sem uma alta planejada e, depois de algum tempo, retomam com os mesmos ou outros sintomas.

Embora técnicas psicoterápicas de grupo ou de enfoque comunitário existam em diversas localidades e sob diferentes propostas, a técnica de Terapia Social desenvolvida pelo Dr. Marcos de Noronha acontece somente em Florianópolis nas instituições e consultório acima citados.

Segundo Dr. Noronha, o critério estabelecido para que uma pessoa inicie o tratamento na Terapia Social é que esta esteja em condição de perceber sua necessidade de tratamento. Segundo Szasz (1977, p. 22)

O conceito de enfermidade, seja física ou mental, implica desvio de alguma norma claramente definida [...]. Qual é a norma da qual o desvio é considerado doença mental? [...]: essa deve ser estabelecida em termos de conceitos psicossociais, éticos e legais. [...] Quem define as normas e os conseqüentes desvios? Duas respostas básicas podem ser oferecidas: primeiro pode ser a própria pessoa – isto é – o paciente – quem decide que se desvia de uma norma [...] ou pode ser outra pessoa, que não o “paciente”, quem decide se este é perturbado – por exemplo, os parentes, médicos, autoridades legais, a sociedade em geral; o psiquiatra pode, então, ser contratado por outros, que não o “paciente”, para fazer-lhe algo para corrigir o desvio.

Nesse sentido, algumas pessoas chegam à Terapia Social sozinhas, ela própria designando a necessidade de ajuda psicoterápica. Ainda outras pessoas procuram a Terapia Social acompanhada ou encaminhada por familiares ou amigos, médicos, autoridades legais e sociedade em geral. A partir deste momento, inicia-se o estabelecimento do vínculo entre o terapeuta e o usuário tratando-se de uma elaboração cotidiana, conformando o terapeuta na figura do cuidador, a partir do reconhecido do Sofrimento Mental.

Seguindo a crítica de Szasz (1977, p. 22-23) “falar do psiquiatra como agente destas pessoas ou organizações não implica que seus valores morais, ou suas idéias e objetivos com relação à natureza ideal de Psicoterapia, devam coincidir exatamente com aquelas de seu empregador”. Também nesse sentido, Noronha (2007, p. 126) afirma que:

Sempre o bom senso deve preservar nos encontros, e quando o coordenador tem, ele próprio, estrutura saudável de caráter, segurança no cumprimento de seu trabalho e experiência, tem, também, menos necessidade de impor suas

ideologias. Ocorre, então, a realização da atividade terapêutica com maior liberdade e melhores resultados.

Acreditamos que a formação em etnopsiquiatria do coordenador Dr. Marcos de Noronha possibilita técnicas de análise e intervenção psicoterápicas que priorizem os aspectos sócio-culturais próprios da pessoa em Sofrimento Mental e de sua família, possibilitando o respeito e valorização de determinados valores que sejam significativos na experiência particular de cada participante, direcionando assim a construção de possibilidades norteadoras da intervenção. Ainda, o ambiente da Terapia Social possibilita que as culturas particulares de cada participante, consubstanciada por seus valores e crenças, possam ser questionadas, refletidas e significadas em relação à sociedade como um todo pelo trabalho em grupos.

Nos grupos de Terapia Social efetuados no consultório particular do Dr. Marcos de Noronha, não se faz necessário o questionamento sobre os valores morais, idéias e objetivos de algum empregador além do paciente e seus familiares. Entretanto, no que se refere aos Grupos do HPM, embora abertos à comunidade e ainda, ao Grupo da ABEPON, restrito a policias militares e seus familiares, nos defrontamos com a realidade de uma Instituição empregadora dos serviços psicoterapêuticos. Principalmente ao que se refere à ABEPON, lidam-se diretamente com a questão de hierarquia do serviço militar e da forte cobrança moral que responsabiliza tal profissão. Nessa realidade, faz-se relevante a experiência e ética do terapeuta, a fim de que o processo de tratamento dos (as) participantes não esteja vinculado a pré-determinações institucionais, porém, que se priorize a pessoa em Sofrimento Mental e suas necessidades de significação das experiências vivenciadas no cotidiano de suas vidas.

#### **4.2 Alguns elementos teóricos que subsidiam a prática da Terapia Social**

São muitos os teóricos citados no livro “Terapia Social”, que assim alicerçaram a abordagem da Terapia Social. Citaremos sucintamente alguns deles conforme Noronha (2007),

Kant (1980) é citado quando é feita a relação entre objeto e sentidos. Tanto a verdade quanto o erro e a ilusão que leva ao erro, só podem se encontrar quando tentando relacionar o objeto com o nosso entendimento. É no julgar os objetos que podemos errar.

Wilhem Reich (1979) é um forte referencial da Terapia Social. Este creditava que o grau de satisfação – desde atividade sexual até atividades rotineiras – e uma ambição proporcional a sua capacidade de realização, são aspectos consideráveis a uma visão de homem saudável.

Outro forte referencial é Moreno (1983). Segundo este, a criatividade e espontaneidade em assumir novos papéis deslumbram o trabalho sobre bloqueios. Ele também tem vários estudos sobre a sociedade, a personalidade e os papéis sociais.

Pichón Riviére (1982) interpreta o indivíduo como resultado de uma relação dialética entre este e os objetos externos e internos. Sua atividade conduzia a uma tríplice direção: psico-social, sócio-dinâmica e institucional.

Fritjof Capra (2002) revela que todas as formas de vida organizam-se em forma de rede. “Assim reforça a noção sistêmica que devemos ter”.

Gregg Easterbrook (2003) que analisa a insatisfação do norte-americano com o que já tem, e a sua conseqüente busca desenfreada pelo consumo.

Lev Vygotsky, psicólogo russo, acreditava no processo dialético e sócio-cultural do ser, onde as pessoas criam seu próprio desenvolvimento, ao invés de serem apenas submetidas a ele. (NEWMAN; HOLZMAN, 2002).

Segundo Noronha (2007), alguns enfoques da Terapia Social são essencialmente humanistas e existenciais, onde prevalecem as tentativas de regate da condição humana e sua capacidade de transformação, como valoriza Sartre.

A seguir, trataremos da caracterização dos grupos de Terapia Social e descreveremos alguns aspectos da dinâmica realizada, tanto no consultório, como nas instituições: HPM e ABEPON.

### **4.3 Caracterização dos Grupos de Terapia Social<sup>51</sup>**

---

<sup>51</sup> Parte do conteúdo deste item fora elaborado a partir de uma entrevista informal com o psicoterapeuta Dr. Marcos de Noronha, no mês de setembro de 2008.

Como já citado no item 3.1, a prática da Terapia Social se efetiva no consultório do Dr. Marcos de Noronha e também no HPM e ABEPON.

No ambiente do consultório, ao aderir ao tratamento psicoterápico da Terapia Social, o participante é inicialmente atendido individualmente pelo Dr. Marcos de Noronha. Existem também situações em que a pessoa em Sofrimento Mental, inicialmente, vem acompanhada por um familiar ou amigo, ou ainda, o primeiro contato com o terapeuta inicia-se diretamente na internação da pessoa no Hospital Psiquiátrico. Num segundo momento, a importância da figura do confidente<sup>52</sup> é trabalhada com o participante a partir de um processo de sensibilização, que acontece durante os três primeiros encontros. Depois o paciente é direcionado a um grupo de Terapia Social ou inicia o tratamento individual com o psicoterapeuta. A necessidade de tratamento individual é estabelecida conforme análise do Dr. Marcos de Noronha, sendo também consideradas as condições financeiras da pessoa em Sofrimento Mental ou de seus familiares.

No HPM e ABEPON o processo de sensibilização com um confidente não é realizado. Uma vez por semana, o Dr. Marcos de Noronha realiza atendimentos no HPM e, constatada a necessidade, encaminha diretamente a pessoa a um dos grupos que ocorrem nas Instituições citadas.

No consultório, o grupo de Terapia Social é composto geralmente por 07 (sete) participantes. No que se refere à composição dos grupos, são estabelecidos critérios como faixa etária (o grupo da “molecada”, por exemplo), e também existe uma preocupação para que tais grupos tenham pessoas de ambos os sexos. A questão de diagnóstico psiquiátrico não apresenta relevância no que se refere à conformação dos Grupos. O principal critério utilizado, com finalidade de configuração desses, trata da possibilidade de solidariedade entre os participantes. Esta solidariedade se concretiza quando, um (a) participante, vivenciando uma situação de emoção ou comportamento frente à determinada situação de vida, possa servir como “espelho” para outro (a) participante do mesmo Grupo<sup>53</sup>. Acreditamos que a intenção dessa técnica grupal é possibilitar as probabilidades de trocas e ajuda mútua entre os participantes que estejam vivenciando momentos de vida parecidos, ou tendências de comportamento que se consubstanciam a partir da adesão a determinados valores, também congruentes. Inversamente, a troca sobre momentos de vida que estejam sendo refletidos

---

<sup>52</sup> tratado no item 4.1

<sup>53</sup> Tal técnica foi reconhecida pela autora do presente trabalho como a técnica citada no item 2 deste, a técnica do “espelho”, prática psiquiátrica utilizada nas primeiras apropriações da psiquiatria sobre o tema da loucura, ainda em ambiente hospitalar.

perante valores diferenciados entre os participantes, também trazem à possibilidade de criação de novas possibilidades de entendimento sobre determinados momentos da experiência com o Sofrimento Mental.

No consultório, o tratamento psicoterápico é coordenado pelo Dr. Marcos de Noronha em encontros semanais. Uma vez por mês, as sessões de cada Grupo são realizadas por uma psicóloga com formação em Psicodrama.

Na proposta do trabalho terapêutico em grupo, praticada por mim, foi oferecida, na sala ao lado, uma atividade mensal que permitiria outra forma de comunicação por parte dos integrantes. (...) fiz o convite a Márcia Bernardes [...]. Utilizando-se das técnicas psicodramáticas, minha parceira tinha como objetivo mobilizar a emoção do grupo, seus bloqueios, além de identificar conflitos na leitura que fazia. [...]. Psicodrama, embora mais complexo que uma atividade artística ou de relaxamento, que comumente a população recorria na sociedade, tinha o lúdico e o criativo permitindo em seu palco benefícios distintos aos participantes [...]. Questões que não pudessem ser elaboradas durante o psicodrama eram trazidas para os encontros semanais comigo. (NORONHA, 2007, p.62-63)

O tratamento da Terapia Social no consultório se finaliza em cerca do tempo de aproximadamente 01 (um) ano quando realizada em grupo, e 06 (seis) meses quando individual.

Os grupos realizados no HPM e ABEPON são conformados mais amplamente, e as sessões de psicoterapia assumem um delineamento mais comunitário. Estes Grupos, como já citado, são abertos à comunidade com exceção do grupo da ABEPON, restrito a policiais militares e familiares associados. Acrescentamos que, na maioria das sessões, iniciam novos participantes, ainda outros (as) freqüentam as reuniões do Grupo designado por apenas algumas vezes. Desse modo, se concretizam nos Grupos uma parcela de participantes que aderem ao tratamento psicoterápico e outra parcela de participantes que elaboram um ambiente de rotatividade nos Grupos.

No HPM, funcionam dois Grupos distintos. O primeiro se reúne todas as segundas-feiras, no horário das 20h às 21h30 horas. O segundo se reúne às terças-feiras, no horário das 13h30 às 15horas. Ambos os Grupos citados realizam suas sessões no espaço físico do auditório das Instituições. No HPM, o auditório é fisicamente amplo e comporta

confortavelmente todos os participantes que freqüentam as sessões, acontecendo eventualmente à necessidade de se buscar pelo Hospital mais assentos, quando a reunião comporta muitas pessoas. Na ABEPON, o grupo se reúne todas as quintas-feiras, no horário das 13h30 às 15h. Neste grupo, também, as sessões se realizam no espaço físico do auditório da Instituição. No caso do auditório da ABEPON, trata-se de um espaço ainda mais amplo quando comparado ao auditório do HPM, também possui muitos assentos, não trazendo a necessidade de recursos extra ao já proporcionado pelo ambiente. Afim de que se realizem os encontros, no caso dos três grupos citados, o ambiente físico é preparado pelos participantes em forma de círculo.

No HPM, o Grupo de segunda-feira tem cerca de vinte pessoas. O Grupo é coordenado pelo psicoterapeuta Dr. Marcos de Noronha e conta também com o apoio de uma policial com formação em parapsicologia, um estagiário de medicina da UFSC e participa também o psicólogo da Instituição.

Também no HPM, o Grupo de terça-feira, tem cerca de vinte pessoas. O grupo é coordenado pelo Dr. Marcos de Noronha e uma policial com formação em Naturologia e Terapia Comunitária. O Grupo conta com o apoio eventual de duas psicólogas e o psicólogo da Instituição.

No grupo de quinta-feira, na ABEPON, participam cerca de quinze pessoas. O grupo é coordenado pelo Dr. Marcos de Noronha e conta com o apoio de uma policial com formação em Naturologia e Parapsicologia e também com o psicólogo do HPM.

Nos três grupos citados, a autora do presente trabalho realizou (como atividade remunerada pelo coordenador dos grupos de Terapia Social), no período da pesquisa, atividades de inscrição de novos participantes, controle de presenças e recebimentos de mensalidades. Tal atividade de trabalho também trouxe a possibilidade de acompanhamento e observação participante nas sessões terapêuticas dos Grupos. Esta participação nas sessões se elaborou pela apresentação do Grupo aos que iniciam o tratamento psicoterápico, também a partir de trocas sobre experiências com o Sofrimento Mental, o relato sobre experiências de participantes de outros Grupos e, eventualmente, pela coordenação de alguma sessão, quando acontecia uma situação de impossibilidade dos técnicos responsáveis estarem presentes no encontro.

A forma de pagamento do tratamento psicoterápico da Terapia Social nas instituições do HPM e ABEPON se concretiza através de uma mensalidade. O participante se responsabiliza por fornecer uma autorização de consulta pelo convênio da Unimed, válida pelo mês. Outra opção é fornecer uma autorização de consulta pelo convênio da ABEPON, no valor de R\$ 60,00. Ainda outra opção é o pagamento de R\$80,00 quando o participante não conta com nenhum dos convênios. Existe também a possibilidade do participante ser considerado “social”, ou seja, isento do pagamento. Tal isenção da taxa de mensalidade é concedida apenas pelo Dr. Marcos de Noronha, e é proposto o número de uma isenção por Grupo.

A presença do coordenador é valorizada pelos (as) participantes, principalmente pela relação de confiança conquistada e demonstrada entre estes e o coordenador. Porém, quando o Dr. Marcos de Noronha, por motivos de viagem ou emergências médicas se ausenta de alguma sessão, o Grupo não deixa de se reunir. Com antecedência, os participantes se organizam e, desta forma, conquistam determinado grau de autonomia. Também é considerada a confiança entre os (as) participantes e os profissionais colaboradores, que auxiliam na efetivação das sessões de Terapia Social.

Embora cotidianamente somente participem dos Grupos as pessoas inscritas, quando se faz necessário, e é acordado previamente, pode ser chamado a participar da sessão, um familiar ou o confidente de algum (a) participante que esteja necessitando. Tal participação tem a finalidade de ampliar a noção do Grupo sobre determinada questão trazida pela pessoa em Sofrimento Mental. O (a) convidado (a) é acolhido pelo Grupo como uma pessoa importante para que se compreenda o processo e vivência cotidiana pelo qual passa o (a) participante em questão.

Antes do início das sessões, enquanto as pessoas chegam e vão se acomodando fisicamente, vão se formando os grupos de conversas informais. Escutam-se as risadas ou lamentações, e o murmúrio das conversas paralelas. Este momento se desdobra até que o coordenador chegue e dê início à sessão psicoterápica. Primeiramente, a sessão inicia-se pela apresentação de novos participantes e também, são elencados quais os (as) participantes que trazem questões a serem trabalhadas durante o encontro. A partir destes e seus relatos, procura-se estabelecer um tema central que possibilite as identificações e as trocas entre os participantes.

Ao final da sessão, é realizada uma roda onde todos permanecem em pé, entrelaçados pelos braços, num movimento de balanço, como uma ciranda. Em seguida, algum participante, que se manifeste espontaneamente, finaliza a sessão com palavras positivas, às vezes uma poesia escrita por ele (a) mesmo (a) ou por algum poeta que ele (a) aprecie, existe ainda a possibilidade de algum provérbio popular, uma oração, ou ainda fazendo uma síntese do que foi tratado na sessão. Quando termina este “ritual”, volta-se a formar as rodinhas de bate-papo, os abraços de despedida, trocam-se palavras de solidariedade e alguns ainda se encontram para tomar um cafezinho sempre disponível pelas instituições.

#### **4.4 Procedimentos Metodológicos**

Segundo Gil (2008, p.8), o método pode ser definido como “o caminho para se chegar a determinado fim”. No que se refere ao método científico, trata-se de “um conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento.”

Dentre os métodos de pesquisa assinalados por Gil (2008, p 8-15) citamos: método dedutivo, método indutivo, método hipotético–dedutivo, método dialético e método fenomenológico. Consideramos a aproximação do trabalho de pesquisa aqui efetivado com o método dialético que, segundo Gil (2008, p. 14)

A dialética fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais, etc. Por outro lado, como a dialética privilegia as mudanças qualitativas, opõe-se naturalmente a qualquer modo de pensar em que a ordem quantitativa se torne norma.

Gil (2008, p. 15-18) continua tratando dos métodos que indicam os meios técnicos da investigação. Consideramos a aproximação de nosso trabalho de pesquisa com o método observacional,

O método observacional difere do experimental em apenas um aspecto: nos experimentos o cientista toma providências para que alguma coisa ocorra, a fim de observar o que se segue, ao passo que no estudo por observação apenas observa algo que acontece ou já aconteceu. (Gil, 2008, p.16)

Assim, a pesquisa aqui tratada se concretizou pela observação participante nas sessões terapêuticas de 03 (três) Grupos de Terapia Social, sendo 02 (dois) deles ocorrendo no HPM e 01 (um) na ABEPON. Tais participações se deram no período de Novembro de 2007 a Novembro de 2008.

Também como técnica, aplicamos um questionário (anexo A) que, segundo Gil (2008, p.121-135) é composto por um conjunto de questões que são submetidas às pessoas com o propósito de se obter informações. Tratou-se de um questionário envolvendo questões semi estruturadas, indagando principalmente ao que diz respeito às questões relativas a aspectos sócio-econômicos dos (as) participantes dos Grupos de Terapia Social. O processo de formulação e aplicação dos questionários às pessoas dos Grupos envolveu as seguintes etapas:

- a) Preparação da Apresentação Gráfica: O questionário foi digitalizado em papel A4, com espaçamento entre as questões. Destas, algumas apresentaram espaços para preenchimento (por exemplo, número de filhos) e outras, quadrinhos para assinalar opções (por exemplo, período de observação participante na Terapia Social).
- b) Introdução do questionário: O questionário contou com informações acerca de identificação da acadêmica, da responsável pela orientação do trabalho de pesquisa, o curso de graduação que subsidia a pesquisa e a Instituição aos quais estes estão vinculados. Ao final de cada questionário fora solicitado a assinatura do (a) participante autorizando o uso das informações dadas para fins de pesquisa.
- c) Pré-teste do questionário: Antes de ser aplicado definitivamente, o questionário passou por uma “prova preliminar”, onde foram detectadas falhas de imprecisão na elaboração de questões. Após serem reconsideradas, efetivaram-se os questionamentos pela precisão dos termos a serem analisados.

Como já citado no item 4.3, os Grupos se reúnem uma vez por semana. Assim, os questionários foram entregues por duas semanas, com finalidade de oportunizar os participantes que porventura estiveram ausentes durante a primeira entrega. Para tal, foi disponibilizado pelo coordenador dos Grupos, cerca de dez minutos do início das sessões para

o preenchimento dos questionários. Constituiu-se o universo dos 03 (três) grupos da Terapia Social; contendo em média 20 (vinte) participantes cada Grupo, totalizando assim o universo de 60 (sessenta pessoas). Dentre tal universo, participaram efetivamente de tal etapa, 58 (cinquenta e oito) pessoas.

O processo de pesquisa bibliográfica subsidiou todo o processo de trabalho de pesquisa. Segundo Gil (2008, p.60)

Qualquer que seja a pesquisa, a necessidade de consultar material publicado é imperativa. Primeiramente, há a necessidade de consultar material adequado à definição do sistema conceitual da pesquisa e à sua fundamentação teórica. Também se torna necessária a consulta ao material já publicado tendo em vista identificar o estágio em que se encontram os conhecimentos acerca do tema que está sendo investigado [...]. A necessidade de consulta a material publicado manifesta-se ao longo de todo o processo de pesquisa.

Assim, a item 2 deste trabalho de pesquisa se constituiu na elaboração de aspectos históricos no que se refere à Loucura, desde a Antigüidade até as formas como são atendidos hoje, os processos de Sofrimento e Saúde Mental.

No que se refere ao item 3, procuramos enfatizar a importância da perspectiva antropológica para o entendimento da saúde, doença, morte, sofrimento, etc. como processos sociais envolvendo diversas variáveis, contrapondo à visão biomédica de saúde e doença que as percebe como funcionamento puramente orgânico. Também nesta seção procuramos relacionar a perspectiva antropológica com a nova proposta do Serviço Social frente à intervenção nos processos de Sofrimento e Saúde Mental. Procuramos enfatizar como se estabelece o processo de exclusão da Loucura em nossa sociedade atual e também enfatizamos como as relações de gênero podem ser utilizadas como categoria analítica de elementos micro-sociais que consubstanciam a realidade social e a experiência com o Sofrimento Mental.

Finalizamos o trabalho pela elaboração do item 4, com a análise dos dados obtidos pela observação participante nos três Grupos de Terapia Social e aplicação dos questionários aos participantes dos Grupos, buscando relacioná-los às análises desenvolvidas nos itens 2 e

3. Como proposta desse processo analítico, efetuamos nossas reflexões a partir de uma perspectiva de Gênero.

## **4.5 Análise dos Grupos**

### **4.5.1 As mulheres dos Grupos**

Como enfatizado no item 3, o enfoque antropológico sobre a saúde busca a compreensão sobre composições da totalidade social pelos episódios sociais e culturais como: as visões dominantes de uma determinada sociedade, os elementos micro-sociais de realização do indivíduo, elementos que podem condicionar visões de mundo, diferentes posturas assumidas pelos atores sociais, os “imponderáveis da vida social”, etc. Sobre as visões dominantes de nossa sociedade em relação à mulher, a escritora Simone de Beauvoir (1980, p. 59-81) cita duas delas: o Ponto de Vista Psicanalítico, enfatizando a questão da sexualidade, e o Ponto de Vista do Materialismo Histórico, que enfatiza a questão do trabalho. Nesse sentido, a análise que se segue enfatiza questões referentes à sexualidade e ao trabalho, além da educação e criação de filhos, o engajamento no tratamento psicoterapêutico da Terapia Social e a Religiosidade, como elementos constitutivos de seu cotidiano.

Assim, a partir do ano de observação participante nas sessões de Terapia Social, e análise dos questionários (Apêndice I) entregues aos participantes dos grupos, iniciamos nossa análise relacionando o Sofrimento Mental das mulheres destes grupos, dentro da realidade sócio-econômica e cultural das participantes no processo terapêutico. Para tal, dividimos a análise em 04 (quatro) tópicos:

A Sexualidade

A educação e os filhos

O trabalho e aspectos sócio – econômicos

O processo de tratamento na Terapia Social

Para assegurar a privacidade dos (as) participantes, atribuímos aos Grupos nomes de pedras preciosas: Esmeralda, Diamante e Ônix e ainda, nomes fictícios quando referenciadas situações trazidas pelas participantes dos Grupos.

No grupo Esmeralda, analisamos os questionários de 15 (quinze) mulheres participantes da Terapia Social. No grupo Diamante, se totalizou, durante o processo de pesquisa, o número de 11 (onze) participantes mulheres, e no grupo Ônix, um total de 04 (quatro) mulheres participantes.

**QUADRO 1 : Grupo Esmeralda**

Faixa Etária		Estado Civil		Filhos	
40 a 50 anos -	40%	Casadas -	66,8%	02 filhos (as) -	40%
50 a 60 anos -	6,6%	Divorciadas -	6,6%	03 Filhos (as) -	20%
		Solteiras -	26,6%	04 filhos (as) -	6,6%
				Não possuem Filhos (as) -	30%
Escolaridade		Moradia		Renda Familiar	
Ensino fundamental -	40%	Casa Própria -	80%	01 a 02 salários mínimos -	6,6%
Ensino Médio -	40%	Casa Alugada -	20%	02 a 04 salários mínimos -	20%
Ensino Universitário -	20%			04 a 06 salários mínimos -	20%
				07 a 09 salários mínimos -	6,6%
Religião		Mora com quem		Acesso à Terapia Social	
Católica -	73,3%	Sozinha -	6,6%	Ônibus -	80%
Evagélica -	13,3%	Cônjuge e Filhos -	33,3%	Carro Próprio -	20%
Crê em Deus -	13,3%	Cônjuge -	6,6%		
		Pais -	13,3%		
		Não respondeu -	6,6%		
Tempo na Terapia Social					
01 a 06 meses -	46,6%				
07 meses a 01 ano -	6,6%				
01 a 02 anos -	13,3%				
02 a 03 anos -	20%				
04 a 06 anos -	13,3%				
Ocupação Profissional					
Servidora Pública (1), Vendedora (1), Professora (1), Funcionária Pública (1), Enfermeira (1), Autônoma(1), Do Lar (2), Operadora de Caixa (1), Doméstica (1), Comerciante (1), Professora (1), Funcionária Pública (1).					

**QUADRO 2: Grupo Diamante**

<b>Idade</b>		<b>Estado Civil</b>		<b>Filhos</b>	
20 a30 anos -	27,2%	Solteira -	18,1%	Nenhum -	18,1%
30 a 40 anos -	27,2%	Casada -	63,6%	01 filho (a) -	45,4%
50 a 60 anos -	18,1%	Divorciada -	18,1%	02 filhos (as)-	18,1%
50 a 60 anos -	18,1%			04 filhos (as)-	18,1%
acima de 60 anos -	9,0%				
<b>Escolaridade</b>		<b>Renda Familiar</b>		<b>Acesso à Terapia Social</b>	
Sem escolaridade -	9,0%	02 a 03 salários mínimos -	6,3%	Ônibus -	54,5%
Fundamental -	18,1%	03 a 04 salários mínimos -	9,0%	Carro -	45,4%
Médio -	45,4%	03 a 04 salários mínimos -	9,0%	Carona -	9,0%
Universitário -	27,2%	04 a 05 salários mínimos -	9,0%	Outros -	9,0%
		05 a 08 salários mínimos -	9,0%		
		Não respondeu -	36,3%		
<b>Moradia</b>		<b>Religião</b>		<b>Mora com quem</b>	
Própria -	72,7%	Católica -	27,2%	Cônjuge e filhos -	36,3%
Alugada -	27,2%	Assembléia de Deus -	9,0%	Cônjuge -	9,0%
		Espírita -	27,2%	Filhos -	18,1%
		Testemunha de Jeová -	9,0%	Cônjuge, filhos e pais -	9,0%
		Anglicana -	9,0%	Companheiro e filhos -	9,0%
		Não respondeu -	8,1%	Sozinha -	9,0%
<b>Início na Terapia Social</b>					
01 a 06 meses -	36,3%				
01 a 02 anos -	9,0%				
02 a 03 anos -	36,3%				
Mais de 7 anos -	9,0%				
Não respondeu -	9,0%				
<b>Ocupação Profissional</b>					
Do Lar e aposentada (1), Do Lar (1), Artista Plástica (1), Vendedora (1), Estudante (1), Administradora (1)					
Artesã (1), Professora (1), Serviços Gerais (1), Bailarina (1), Técnica de enfermagem (1), Não respondeu (1).					Não

**QUADRO 3: Grupo Ônix**

Idade		Estado Civil		Escolaridade	
40 a 50 anos -	25%	Casada -	75%	Ensino Fundamental -	75%
50 a 60 anos -	50%	Viúva -	25%	Ensino Médio -	25%
60 a 70 anos -	25%				
Renda Familiar		Acesso à Terapia Social		Moradia	
02 salários mínimos -	25%	Carro -	50%	Própria -	100%
04 a 05 salários mínimos -	25%	Ônibus -	25%		
05 a 06 salários mínimos -	25%	Não respondeu -	25%		
09 salários mínimos -	25%				
Religião		Mora com quem		Filhos	
Evangélica -	25%	Cônjuge e filhos -	50%	02 filhos (as) -	25%
Católica -	75%	Cônjuge -	25%	03 filhos (as)-	50%
		Filhos -	25%	12 filhos (as)-	25%
Tempo na Terapia Social					
1 a 6 meses -	25%				
7 meses a 1 ano -	25%				
4 a 6 anos -	50%				
Ocupação Profissional					
Costureira (1), Do Lar(3)					

**4.5.1.1 A Sexualidade**

A crítica da escritora Beauvoir (1980,p. 59-81) sob o Ponto de Vista Psicanalítico esclarece que, embora a sexualidade penetre a vida por inteiro, “o existente é um corpo sexuado, nas suas relações com os outros existentes, que são também corpos sexuados”, não se deve encarar a sexualidade como um dado irredutível. A sexualidade é apenas um dos aspectos na “procura do ser” e é a partir da *existência* que se pode descobrir-lhes as significações. (BEAUVOIR, 1980, p. 66)

Assim como não basta dizer que a mulher é uma fêmea, não se pode defini-la pela consciência que tem de sua feminilidade; toma consciência desta no seio da sociedade de que é membro [...]. Mas uma vida é uma relação com o mundo, é escolhendo-se através do mundo que nos devemos voltar a fim de responder às questões que nos preocupam. Em particular, a psicanálise malogra em explicar porque a mulher é o OUTRO, pois o próprio Freud admite que o prestígio do pênis explica-se pela soberania do pai e confessa que ignora a origem da supremacia do macho. (BEAUVOIR, 1980, p. 69)

Embora a questão da sexualidade não defina a totalidade das questões sobre a mulher, podemos encará-la como um dos aspectos na “procura do ser”, que no existindo descobre-lhe significações. Nesse sentido analisamos alguns aspectos da sexualidade feminina nos grupos pesquisados.

No Grupo Esmeralda, 86,6% das mulheres se encontra na faixa etária de 40 a 60 anos. No Grupo Ônix, 75% das mulheres se encontram na faixa etária de 50 a 70 anos. Pela nossa percepção elaborada durante o período de observação participante na Terapia Social destes dois grupos, consideramos que os rostos destas mulheres já trazem as marcas dos anos de experiência e suas rugas não só do tempo, mas também do sofrimento em que se encontram. Seus corpos não trazem à realidade as imagens femininas trazidas pelos outdoors e telenovelas, ao contrário, seus peitos respondem à lei da gravidade e seus ombros demonstram o peso do fardo imponderável que carregam.

No Grupo Esmeralda, as relações que estas mulheres possuem com seus corpos são questionadas, geralmente, dando-se ênfase no querer emagrecer, talvez menos por uma questão de saúde do que pela imagem feminina aceita e incentivada pela sociedade. Depois de algum tempo na Terapia Social, algumas mulheres deste Grupo, que ao início mostravam-se abatidas, simples em sua maneira de apresentar-se fisicamente, começam a mudar a vestimenta, mostrando um maior cuidado na preparação para se apresentarem publicamente, seus rostos aparecem maquilados e seus corpos caminham sob saltos altos. Em outras participantes, não percebemos uma mudança física, geralmente são caladas e reservadas.

No Grupo Ônix, percebemos que a maioria das mulheres não utiliza da maquiagem ou de roupas mais sofisticadas para se apresentarem publicamente, mas percebemos também aquelas que se utilizam de tais recursos. Entretanto, ressaltamos que neste Grupo tais mulheres demonstram a mesma forma de se apresentarem fisicamente desde o primeiro

encontro, durante todo processo terapêutico presenciado pela autora deste trabalho, não tornando evidente uma relação entre mudança interna e externa, considerando que a simples procura de um tratamento psicoterápico já significa uma mudança de postura em relação ao enfrentamento do Sofrimento Mental.

Podemos afirmar que se trata de dois grupos de mulheres em vida adulta, momento este que permite o questionamento de escolhas passadas e os reflexos que tais apresentam no presente, e conseqüentemente, a análise das possibilidades futuras.

No Grupo psicoterápico Diamante, a maioria das mulheres (54,4%) encontra-se na faixa etária de 20 a 40 anos (27,2% de 20 a 30 anos e 27,2% de 30 a 40 anos). Tal estatística se materializa no aspecto jovial que o grupo apresenta, nos jeans, tênis, sandálias e roupas coloridas. Seus rostos ainda não bastante marcados pelo passar do tempo encerram, entretanto, olhares questionadores que facilmente expressam suas emoções, nas lágrimas ou sobrancelhas franzidas, quase sempre instáveis de uma sessão para outra, assim como um período de descobertas que ainda não consolidou a rigidez de um caráter. Seus corpos revelam o que podemos intuir como uma vida e alimentação saudáveis, ou como a preocupação em estar de acordo com a imagem feminina mais aceita e valorizada pela sociedade, limiar de percepção quase sempre indecifrável.

Tais percepções trazem-nos questionamentos sobre a concepção construída que relaciona o reflexo físico abatendo-se sobre a questão mental. A contradição entre imagem da Saúde Mental limpa, linda e ótima e da Loucura suja, moribunda e apática. Então perguntamo-nos: Quando a beleza torna-se importância de segunda ordem? Estar saudável significa necessariamente estar bem arrumada fisicamente? Como, quando e porquê questionar a tirania da estética? Poderá uma mudança física representar uma mudança interior? A mudança é endógena ou exógena? Trata-se de questionamentos que envolvem diretamente a percepção de Saúde Mental tal como hegemonicamente, um de seus aspectos é percebido, em sua relação com a aparência física. Acreditamos que uma maneira diferente do convencional, no que se refere à apresentação física, não revela aprioristicamente a Saúde Mental. Trata-se de mais uma forma de conceituar, rotular e estigmatizar as pessoas ou ainda, reproduzir ideologias dominantes.

No Grupo Esmeralda, 46,6% estão na faixa etária de 50 a 60 anos, no Grupo Diamante 18,1% estão nesta faixa etária e ainda, 9% têm mais de 60 anos. No Grupo Ônix 75% das mulheres estão na faixa etária de 50 a 70 anos. Estas mulheres se encontram no período em

que iniciam as primeiras falhas menstruais, anunciando a proximidade da menopausa. Segundo Fraiman (1995, p.44) tal período desperta nas mulheres sentimentos diversos, correspondendo a não gerar mais filhos e, socialmente, significa o ingresso na terceira idade, que em nossa sociedade, quase sempre, trata-se de uma fase desprestigiada e desalentadora da vida. “Sentimentos de perda e vazio interior, inquietude e nostalgia, associados a cólicas e náuseas, entre outros distúrbios físicos, sinalizam o luto por uma função que está prestes a cessar, a função ovariana, a capacidade de procriar.” Embora não seja o foco deste estudo, podemos vislumbrar uma relação de transitoriedade deste período com uma nova postura da sexualidade da mulher.

Tais sentimentos citados por Fraiman (1995, p. 44) como: perda e vazio interior, inquietude e nostalgia, entre outros, dependendo da intervenção médica e terapêutica, podem simplesmente serem questionados no sentido restrito de doença mental, diagnosticados segundo alguma nosografia psiquiátrica e conseqüentemente, a mulher passa a ser medicalizada com intuito de eliminar os “sintomas da doença”. Desta forma, o momento de reflexão sobre questões como reprodução, sexualidade, papéis femininos em nossa sociedade e terceira idade, não são aproveitados como momentos de reflexão para tais mulheres.

Se contrapondo à possibilidade interventiva acima explicitada, a Terapia Social propõe outra perspectiva de enfrentamento do Sofrimento Mental. Nesta, embora os psicofármacos sejam utilizados com finalidade de amenizar o Sofrimento Mental destas mulheres, ampliando as possibilidades de engajamento terapêutico, existe o cuidado para que as dosagens dos medicamentos sejam mínimas, por remédios que não causem dependência nem comprometam a saúde (como no caso dos remédios tarja preta) das participantes que o utilizam. O uso da medicação está associado a encontros semanais, onde é garantido o espaço para que as questões subjetivas e objetivas que causam o Sofrimento Mental surjam como demanda das participantes e sejam resgatadas como problematização coletiva, possibilitando a dialeticidade com a realidade social.

No Grupo Esmeralda, 73,2% já estabeleceram o matrimônio (53,3% casadas, 13,3% viúvas e 6,6% divorciadas). No Grupo Diamante, estas representam 81,7% do total das participantes (63,6% casadas e 18,1% divorciadas). Ainda sobre o aspecto do matrimônio, no Grupo Ônix 100% já o estabeleceram (75% casadas e 25% viúvas). Ao analisarmos o número significativo deste dado, afirmamos a força que ainda é possível vislumbrar na instituição do casamento em nossa sociedade atual.

Durante o ano de observação participante nas sessões de Terapia Social no Grupo Esmeralda, o aspecto da sexualidade referente às relações entre parceiros (as), nas mulheres casadas (mais da metade das mulheres do Grupo) não foi trazida pelas participantes como questão a ser trabalhada nas sessões. Surgiram-nos questionamentos como: Não existe problemática quanto à sexualidade destes casais ou esta ainda é um tabu, principalmente às mulheres, que se sentem envergonhadas a tratar de tal questão publicamente? Após 01 (um) ano de observação participante da autora deste trabalho nesse Grupo, no momento em que elaborávamos tal problematização, **Clotilde**, que iniciava pela primeira vez sua participação no Grupo em questão, trouxe-nos como um dos aspectos do seu Sofrimento Mental, a cobrança do marido para que o casal efetivasse relações sexuais e, no entanto, não existia nela o desejo para tal. No mesmo momento, **Vera**, que já realiza seu tratamento a quase 01 (um) ano, manifestou pela primeira vez esta mesma problemática.

No Grupo Ônix, podemos contar uma única vez que presenciamos uma forma de preocupação nessa mesma direção, quando **Ana** dividiu com o grupo sua preocupação com a forma física, no sentido de despertar a admiração e o desejo de seu marido.

No Grupo Diamante, embora se tratando de uma população feminina mais jovem, o que nos levaria a supor um maior desprendimento para dialogar e problematizar a sexualidade compartilhada entre parceiros (as) podemos contar com apenas um caso em que foi trazida para Terapia Social tal questão, por um casal, onde tanto o **Denilson**, em tratamento para superação do alcoolismo, quanto sua esposa, **Diana**, em tratamento para superação do Sofrimento Mental conhecido como pânico, relataram sua preocupação com a falta de desejo sexual dele.

Assim, a partir de constatações pontuais da ênfase dada a tal aspecto da sexualidade nos Grupos, posicionamo-nos que este assunto é ainda tratado, na maioria das vezes, com timidez, e o calar da problemática, também no ambiente da Terapia Social, torna-se a procura individualizada das possíveis respostas sobre tal questão, e esta busca individualizada, o não compartilhar, o não poder ou conseguir falar sobre o assunto, pode ser considerado mais um aspecto do Sofrimento Mental.

As participantes que não contam com relações conjugais estáveis, do Grupo Esmeralda (13,3% viúvas, 6,6% divorciadas e 26,6% solteiras), do Grupo Diamante (18,1% solteiras e 18,1% divorciadas) e do Grupo Ônix (25% viúvas) são questionadas e incentivadas pelo coordenador dos Grupos com perguntas como: “cadê seu namorado (a)?”, e as respostas estão

caladas, num silêncio também interrogativo. A vida sexual fora do casamento é uma possibilidade raras vezes manifesta pelas mulheres nestes Grupos pesquisados. Ainda que a questão da sexualidade seja incentivada, como em uma sessão do Grupo Esmeralda, em que o coordenador distribuiu aos participantes interessados do Grupo, uma cartilha cujo tema tratava de ejaculação precoce, tal questão, como demanda das participantes, não assume evidência durante as sessões.

A fim de dialogar com tal análise, citamos Alves (2008, p.235)

A exposição ostensiva do corpo feminino semi ou totalmente desnudo, em posturas marcadamente sensuais quando não abertamente lascivas, que vêm em qualquer tipo de gênero de propaganda, comprova a obsessão do sexo em nossa sociedade, numa interpretação ainda fundamentalmente machista de nossos destinos sociais. Identificada e identificando-se exclusivamente como fêmea, em tempos em que parir não é mais sua função profícua, porque prole numerosa hoje já não distingue o homem em termos de virilidade, a ela compete, sob a égide patriarcal, servi-lo, estimulando-o sexualmente como garantia de sua própria validade.

Basta pararmos em frente a uma banca de jornal para confirmarmos a realidade tratada pela autora. Senão em todas, quase todas as capas de revistas dirigidas ao público feminino, as manchetes sugerem várias perspectivas de entretenimento sobre o tema sexo. As fotos de mulheres semi-nuas não estão mais restritas às publicações dirigidas ao público masculino especificamente, mas podemos encontrá-las, com facilidade, em qualquer jornal diário. Dado tanta ênfase à sexualidade, pela circulação midiática, pelas ruas em forma de outdoors, no espaço privado que hoje, comporta tanto do público através dos meios de comunicação (rádio, televisão, jornal, etc.), como entender que para tais mulheres pesquisadas neste trabalho, o assunto não assuma tamanha proporção, ao menos no ambiente da Terapia Social? Tratar-se-ia de um possível questionamento sobre esta forma de tratamento social elaborado modernamente para a mulher?

Segundo a crítica de Alves (2008, p.235)

No caso das mulheres adultas, a permissividade erótica não responde a uma necessidade de defesa ou de valorização, como no caso dos homens, mas é antes um recurso ilusório de conquista em vista de uma união estável e duradoura [...]. Se antes o servilismo sexual era restrito às prostitutas no

exercício do comércio sexual, atualmente não se diferencia [...]. Sob a ótica masculina é essa a única função necessária que à mulher cabe exercer e para a qual ela, servilmente se prepara desde a mais tenra infância na ilusão de que é este o seu mérito. [...] É esclarecedora da objectualização da mulher a serviço da libido masculina a frase que, embora de sentido jocoso, não deixa de ser verdadeira, dita popularmente pelo pai quando do nascimento de uma filha: “eu antes era consumidor, agora passo a fornecedor.”

Limitando-nos à problemática da heterossexualidade, citamos Beauvoir (1980, p.79):

São exatamente essas velhas coações do patriarcado que a URSS ressuscitou, reavivou as teorias paternalistas do casamento, e com isso foi levada a pedir novamente à mulher que se torne objeto erótico: um discurso recente convidava as cidadãs soviéticas a cuidarem dos vestidos, a usarem maquiagem, a se mostrarem faceiras para reter seus maridos e incentivar-lhes o desejo. É impossível, vê-se por esse exemplo, encarar a mulher unicamente como força produtora, ela é para o homem uma parceira sexual, uma reprodutora, um objeto erótico, um OUTRO através do qual ele busca a si próprio.

Enquanto podemos ver meninas, contradizendo a infantilidade de sua idade, em danças sensuais e sedutoras, quando não lascivas, aprendidas pela mídia, formatando sua função social, determinada como objeto à disponibilidade da libido masculina, a transformação do papel social da mulher encontra limites. O que realmente significa liberdade sexual? Talvez quando as mulheres estiverem libertas da procura pelo “príncipe encantado”, enfadonhamente incutido no imaginário infantil dessas meninas, onde sempre a princesa é quem é resgatada pelo beijo do príncipe encantado e não o contrário, quando não mais existir a busca por esse príncipe em cada relação sexual que a mulher se proponha a efetivar.

Podemos perceber nas sessões do grupo, as reivindicações de algumas mulheres participantes contra este papel do OUTRO em que se encontram. Algumas vezes, vítimas de violência do marido, apresentadas sob forma de ameaças contra a vida delas, agressões verbais quando alcoolizados, humilhações cotidianas, estas mulheres encontram-se amedrontadas, cansadas e, na maioria das vezes, sentindo-se inferiorizadas frente à instituição do casamento, continuando ainda no presente e em casos como estes, a subjugar a figura

feminina. Mesmo quando não casadas, sofrem pela violência exercida por homens que as tratam como objetos eróticos.

Na ordem da submissão, no que se refere à valores e atitudes, à mulher compete, mantendo o sistema de oposições, a obediência, o servilismo, incluindo-se, neste aspecto, também a sensualidade e o erotismo e, muitas vezes, a maternidade compulsória, além da delicadeza, da docilidade, da vaidade, da solicitude, da abnegação, do devotamento, da domesticação, da aceitação, da fidelidade e do silêncio. O descumprimento dessas prerrogativas poderia levar ao repúdio, ao castigo, a agressões e até mesmo ao crime justificado, conforme atestam documentos legais antigos e a própria literatura, recursos esses que abundam, ainda hoje, não apenas nas delegacias da mulher e no noticiário da imprensa marrom, mas também na literatura, na música e no cinema. (Alves, 2008, p.229)

Como fatos relevantes ao entendimento deste papel de objeto sexual, muitas vezes reservados às mulheres, citamos o exemplo de duas participantes do Grupo Diamante. Uma das participantes, **Karina**, buscando interpretar as alucinações visuais que a acompanhavam, dividiu com o grupo que quando menina (nove anos) fora abusada sexualmente pelos dois irmãos, e que estes lhe garantiam tratar-se de algo natural. No momento em que esta participante relatava sua história de vida, outra jovem participante do grupo, **Aline**, foi solidária à experiência, contando-nos exatamente o mesmo fato, ocorrido também em sua infância, ou seja, o abuso sexual.

Embora não participante do processo de pesquisa dos questionários, devido à irregularidade de frequência às sessões de Terapia Social do Grupo Ônix, citaremos **Tatiana** que, como policial militar, dispunha de arma de fogo. Em uma noite, ao sair em entretenimento com uma amiga, fora abordada por dois sujeitos homens, que intentaram o estupro. No momento do ocorrido, a participante dispôs da arma de fogo, sem, entretanto, acertar os sujeitos. Depois do ocorrido, ela passou a ser constantemente ameaçada de morte por telefonemas e a partir daí, sentir-se perseguida em todos os momentos de seu cotidiano.

Contamos ainda com uma participante do Grupo Esmeralda, **Verônica**, que compartilha com o Grupo as constantes ameaças de morte que vem recebendo do ex-marido, constatado o motivo de desejo de separação conjugal por parte dela.

Do lado oposto, contamos com um participante homem do Grupo Ônix, **Daniel**, atualmente privado de liberdade, porém com direito ao tratamento psicoterápico na Terapia social, que frente à decisão da mulher e ex-esposa em divorciar-se, retirou-lhe a vida utilizando-se de arma de fogo.

Nas ocasiões acima relatadas, as propostas da Terapia Social variam desde o enfrentamento direto da violência, a partir de denúncias aos órgãos públicos responsáveis e mídia, até a tentativa de ajuda ao cônjuge que apresenta formas violentas de conviver cotidianamente. Tal postura demonstra que, embora tratemos de um ambiente psiquiátrico, não existem respostas definitivas para toda e qualquer questão, respostas estas assumidas pelo controle de medicação com finalidade de eliminar sintomas conseqüentes das relações de violência, sem questioná-las, pela desvalorização do discurso do “doente”, pela culpabilização da pessoa pela situação em que se encontra. Perante a violência que se instala cotidianamente na vida destas mulheres, e algumas vezes, trazem também o Sofrimento Mental para os agentes da violência (nesses casos, os maridos), ambas as pessoas subjugadas por um sistema social coercitivo, excludente e violento, a Terapia Social procura possibilitar alternativas de re-elaboração da convivência cotidiana, com finalidade de engajamento da participante e também de suas relações mais significativas, remetendo-nos a realidade de que, muitas vezes, o agente da violência, também assume o papel de único recurso afetivo da mulher.

#### **4.5.1.2 A Educação e os Filhos**

A questão sobre concepção e criação de filhos também está diretamente relacionada a padrões instituídos socialmente, aos quais as mulheres se encontram coagidas e, muitas vezes, qualquer tentativa de desvencilhamento acarreta o Sofrimento Mental. Embora saibamos que a taxa de natalidade venha diminuindo consideravelmente no mundo, a decisão sobre ter ou não ter filhos, e quando os tem, sobre ser uma “boa” ou “mal” mãe, ainda acarreta conflitos nas mulheres contemporâneas. Como salienta Beauvoir (1980, p.78-79)

Não seria possível obrigar diretamente uma mulher a parir: tudo o que se pode fazer é encerrá-la dentro de situações em que a maternidade é a única saída, a lei ou os costumes impõem-lhe o casamento, proibem as medidas

anticoncepcionais, o aborto e o divórcio [...] é impossível assimilar muito simplesmente a gestação a TRABALHO ou a um SERVIÇO, como o serviço militar. Viola-se mais profundamente a vida de uma mulher, dela exigindo-se filhos, do que regulamentando as ocupações dos cidadãos: nenhum Estado ousou jamais instituir o coito obrigatório. No ato sexual, na maternidade, a mulher não empenha somente tempo e forças, mas ainda valores essenciais.

A escritora ainda complementa: “O valor da força muscular, do falo, da ferramenta só se poderia definir num mundo de valores: é comandado pelo projeto fundamental do existente transcendendo-se para o ser.” (BEAUVOIR, 1980, p. 80)

Assim, refletimos que os valores impostos pela ideologia dominante, transcendem-se para o próprio “ser” da mulher. A mulher que só é mulher depois de ser mãe, ou ainda, como ser uma mãe exemplar, se estabelece como cobranças sociais que invadem as decisões das mulheres. Mulher que desde menina ninou bonecas e montou cozinhas de brinquedo. Entretanto, trata-se de valores que lhe determinam uma função social, e podem culminar em contradições e conflitos que se objetivam em forma de Sofrimento Mental.

Podemos perceber a força que o papel de ser-mãe encontra em nossa sociedade, e ainda a realidade da função de ser mãe como determinante da mulher, quando nos grupos pesquisados, 80% (Grupo Esmeralda), 81,6% (Grupo Diamante) e 100% (Grupo Ônix) das mulheres possuem filhos. A partir de tal realidade, podemos nos questionar sobre os valores de tais relações: Fora realmente desejo seu ser mãe? Quanto deste trabalho é considerado em seu cotidiano? Seus princípios equivalem aos da socialização que seu (sua) filho (a) vem tendo na escola, nas músicas que escuta, nas ruas que frequenta? Quando a educação do (a) filho (a) se estabelece em parceria com o pai, a mãe tem voz ou é calada sob a autoridade paterna? Podemos também salientar os vínculos que se estabelecem com a chegada de uma criança para o casal, transformando o ciclo familiar.

O economista Sen (2000, p. 231) considera o encadeamento negativo entre a alfabetização feminina e a fecundidade. A mulher instruída mantém uma relutância em serem “manietadas” pela criação contínua de filhos (as), além de possuírem conhecimento sobre planejamento familiar e serem agentes nas decisões familiares, inclusive nas questões relacionadas à fecundidade e à gestação de filhos (as).

Tal afirmação subsidia a constatação de que, no Grupo Esmeralda, que conta com 100% de mulheres alfabetizadas, onde a maioria possui Ensino Médio e Superior (41%

possuem o Ensino Fundamental, 40% o Ensino Médio e 20% o Ensino Superior), o número de filhos (as) é relativamente baixo – no máximo 04 filhos (as) (6,6%), predominando o número de 02 (dois) filhos (as) (40% das mulheres). Também nesse sentido, no Grupo Diamante, onde 91,7% das mulheres são alfabetizadas (18,1% Ensino Fundamental, 45,4% Ensino Médio e 27,2% Ensino Superior) a maioria das mulheres (45,4%) possui 01 (um) filho (a). Constatamos uma diferenciação no Grupo Ônix, onde a maioria das mulheres possui o Ensino Fundamental e o número de filhos é maior, como demonstra os dados: 75% (Ensino Fundamental) e 25% o Ensino Médio, neste grupo a taxa de mulheres que possui filhos (as) é de 100% (25% os têm no número de 02 (dois), 50% os têm no número de 03 (três) e 25% os têm no número de 12 (doze)).

Destas mulheres, no Grupo Esmeralda 59,9% moram com seus filhos, no Grupo Diamante 72,3% moram com os filhos e, no Grupo Ônix, 75% também dividem o lar com seus filhos. Tais estatísticas revelam algumas negociações que necessitam ser elaboradas, a fim de que a convivência cotidiana se estabeleça de forma a não acarretar o Sofrimento Mental para tais mulheres.

Nesse sentido, nos Grupos pesquisados, algumas sessões se conduzem sobre a temática do cuidado e educação dos filhos (as). Suas angústias delatam a falta de cooperação destes nos afazeres domésticos e sobre suas vidas individualizadas que dificulta a solidariedade entre as gerações. Ainda, existem situações em que o envolvimento dos filhos com as drogas traz a necessidade de posturas ambivalentes entre o cuidado de acolher e o de repreender. Trata-se dos elementos micro-sociais e relacionais que afetam a Saúde Mental da mulher.

A partir dos relatos das participantes, percebemos que quando em Sofrimento Mental, muitas vezes, a mulher-mãe muda sua relação com os afazeres domésticos, tornando-se assim menos “produtiva”. Nestes casos, seus filhos (as) logo surgem com cobranças e às vezes incompreensão frente à “impotência” da mãe. A mesma postura eles assumem quando a mulher-mãe, após um período de Terapia Social, passa a empreender mudanças em suas maneiras de encarar suas tarefas cotidianas. Nestas situações, podemos nos deparar com reações como: “a mãe está doente ou a mãe está louca”.

Sob outra perspectiva, podemos vislumbrar aqui uma oportunidade de trabalhar a solidariedade entre gerações, de questionamento sobre o papel da figura feminina. Questionarmos situações em que a mulher-mãe trabalhou uma vida inteira nos afazeres

domésticos, cuidado e educação dos filhos, muitas vezes sem cooperação, e sem jamais ter a perspectiva de uma aposentadoria deste serviço, tal como um serviço escravo. Ou em outros casos que, na metade do caminho, estas mulheres percebem o não querer ser tratada como vassala. Porém, entendemos que tais reflexões e possíveis mudanças não se estabelecem sem contradições e conflitos, e conseqüentemente Sofrimento Mental.

A partir do momento em que, a função do cuidado com o lar, cuidado e educação dos filhos passam a ser vislumbrados como um trabalho familiar, um trabalho conjunto e solidário, não sobrecarregando a figura feminina no estigma de “dona do lar”, passa a ser existentes as probabilidades de esta mulher encontrar seu espaço também no meio público, em sua comunidade, em relações sociais mais amplas. Acreditamos que esta nova perspectiva esteja relacionada ao bem-estar mental da mulher.

Podemos contar também com situações em que, o papel dos filhos (as) transforma-se no de cuidador, principalmente das mulheres de idade mais avançada. Momentos em que acompanham suas mães à Terapia Social, assumindo a postura de confidentes, trazendo novos elementos para pensar conjuntamente o Sofrimento Mental delas, e desta forma, protegendo-as contra o abandono e vulnerabilidade de suas situações e buscando conjuntamente novas possibilidades de vida a partir da terceira idade.

Em alguns casos, a situação da mulher em Sofrimento Mental assume outra direção. Referimos-nos às situações de dependência. Conforme as explicações do coordenador dos Grupos, a dependência assume formas diferentes, podem estar relacionadas à adição de substâncias tóxicas, como geralmente é reconhecida, mas também assume forma de dependência sobre determinados relacionamentos, com o (a) cônjuge, namorado (a), pais e filhos (as). Encontramos essa situação no caso de **Maria**, participante do Grupo Ônix, uma mulher de 69 anos e mãe de 12 (doze) filhos (as), que se encontra num sofrimento aparentemente profundo, sendo uma das problemáticas, a questão referente ao seu filho mais novo - que segundo os familiares apresenta um baixo grau de deficiência mental, necessitando de medicação contínua – e de quem sempre ela cuidara. Por desentendimentos familiares, o filho em questão decidiu morar com um dos irmãos em residência diferente da mãe. Segundo o coordenador do Grupo, o afastamento deste filho vem possibilitando o trabalho terapêutico sobre a dependência desta mãe em relação a este filho, vislumbrando a autonomia afetiva desta relação para os dois envolvidos.

Existem ainda as participantes que, tendo passado e superado a experiência de dependência às drogas, repartem com o grupo seus desejos de, agora, no momento de vida em que se encontram “como sempre desejei, trabalhando, independente, liberta dos vícios” (**Denise**), *construírem uma família*. Seus sentimentos são expressos como: ansiedade, choro e solidão. Algumas encontram acalento na religiosidade, na fé, como no caso de **Cristina**. Outras não. Continuamos a nos questionar se seus desejos são referentes à necessidade humana de afetos e compartilhamento ou as decisões ideológicas do casamento e da maternidade.

#### **4.5.1.3 O trabalho e aspectos sócio – econômicos**

O economista Sen (2000, p. 220-222) relata que, a proposta sobre o bem-estar da mulher evoluiu e se ampliou, incorporando e enfatizando o papel ativo da condição de agente das mulheres. O autor acrescenta que tal condição é influenciada por variáveis como: o potencial das mulheres para auferir uma renda independente, encontrar um emprego fora de casa, ter direitos de propriedade, serem alfabetizadas e participar como pessoas instruídas nas decisões dentro e fora da família.

Segundo Beauvoir (1980, p. 449):

A mulher sustentada – esposa ou cortesã – não se liberta do homem por ter na mão uma cédula de voto, se os costumes lhes impõem menos obrigações do que outrora, as licenças negativas não lhe modificam profundamente a situação adstrita à sua condição de vassala. Foi pelo trabalho que a mulher cobriu em grande parte a distância que a separava do homem, só o trabalho pode assegurar-lhe uma liberdade concreta.

Sob a perspectiva do trabalho, constatamos que no Grupo Esmeralda 66,6% das mulheres trabalham no espaço público, possuindo uma renda familiar acima de dois salários mínimos (R\$ 830,00). No Grupo Diamante, 72,7% das mulheres trabalham no espaço público, e considerando as mulheres que responderam à questão, a maioria com renda familiar

na faixa de 02 a 03 salários mínimos (36,3%). Segundo os autores, o trabalho é capaz de possibilitar a mulher como protagonista de sua vida (Sen), garantindo-lhe liberdade (Beauvoir), porém, existem outras variáveis a serem analisadas no que se refere ao trabalho. Contamos com exemplos nos Grupos pesquisados de mulheres que compartilham suas angústias no que se refere ao ambiente de trabalho.

Segundo a palestrante Margarida Barreto, na Conferência: “Saúde Mental, trabalho e violência: O sofrimento expandido”<sup>54</sup>, o cenário contemporâneo é composto por realidades como: reestruturação produtiva; onda de demissões como resultado de novas tecnologias; flexibilidade do trabalhador; terceirização; precarização do trabalho; competitividade; figura do colaborador (coopera, participa e deve estar à disposição, sem adoecer). Existe ainda, uma seleção aprimorada para o trabalho, como por exemplo, o detector de mentiras na hora das entrevistas. Tais condições trazem a exigência de maior disciplina do trabalhador, e inferem decididamente sobre a Saúde Mental da pessoa que trabalha.

Em seu discurso, a palestrante enfatiza que, existe também uma triagem dos (as) candidatos (as) às vagas de emprego. No caso das mulheres, procura-se a beleza, a discrição, etc. Acrescentamos que um número significativo das mulheres dos Grupos pesquisados trabalha em cargos relacionados à função determinada para a mulher na ideologia dominante, como educadoras, cuidadoras e trabalhadoras do lar.

Barreto afirma que existe uma eliminação das pessoas fora do padrão de saúde globalizada, ou seja, saúde global e perfeita. Adoecer significa estar fora da norma e traz como consequência a demissão. Acrescenta que, não estão se formando novos empregos e cresce as doenças com causas no trabalho. A palestrante conta sobre o registro de 5000 pessoas mortas/dia no mundo, devido a acidentes/doenças de trabalho. São dados que comprovam a violência no mundo do trabalho, no intramuros de uma empresa, tratando-se de uma violência que não é só urbana. Considera ainda que, o trabalho, que deveria ser lugar de prazer, termina por se transformar num lugar de terror. Afirma ainda a existência da violência moral, conformada pelo uso do poder e da força (política, física e moral), resultando na discriminação e humilhação, e o assédio moral não visível.

Barreto afirma que, tais fatores resultam na expulsão do mundo do trabalho e atinge as relações familiares e a socialização. A própria auto-estima se rebaixa. O trabalhador

---

<sup>54</sup> Conteúdo extraído de anotações feitas a partir das falas de Margarida Barreto durante o VII Encontro Catarinense de Saúde Mental e Seminário Internacional de Saúde Mental e Cultura, em mês Junho de 2007

violentado passa a ter comportamento persecutório, vai se desestruturando, passa a ter problemas de sono, pensamentos cristalizados e degradação da saúde.

Destacamos **Daniela**, uma participante do Grupo Esmeralda que, relatando sobre as dificuldades no ambiente da escola em que trabalha como professora compartilhou com o grupo as situações de hostilidade que sofreu por parte das companheiras de trabalho, no que se refere ao seu Sofrimento Mental, quando estas passaram a estigmatizá-la como louca. Tal realidade teve como uma das conseqüências o sentimento de perseguição, que passou a acompanhar a subjetividade da participante. Outro exemplo trata de **Selene**, uma participante do Grupo Diamante que compartilhou com o Grupo uma situação de violência na escola em que trabalha. Após grupos de adolescentes, armados, invadirem a escola, ela se prontificou a ser reconhecida como esposa de policial e assim, acionar com rapidez a intervenção policial no acontecimento e ainda, tomando a dianteira na situação, se propôs a conversar com uma das adolescentes envolvidas na invasão. Neste momento fora agredida fisicamente e verbalmente e também foi ameaçada pela adolescente. Após tal episódio, a participante da Terapia Social começou a apresentar Sofrimento Mental e medo de voltar a trabalhar na escola.

Segundo Barreto, tais formas de violência têm como resultados, num primeiro momento, a subjetividade do Sofrimento Mental, e num segundo momento os problemas físicos. Também, o sofrimento pode culminar na depressão, pânico e suicídio. Ainda, nascem os sentimentos de tristeza, mágoa, ressentimento e vingança que culminam muitas vezes nas demissões. Conta-se também das alterações no convívio familiar, que se manifestam por atitudes violentas que se vão para toda família.

A palestrante finaliza enfatizando que, estamos falando de Direitos, de Dignidade, da importância de um ambiente de trabalho digno. Afirma que nascemos para viver em comunidade, e ser livre não significa se sentir constrangido sob nenhuma força física ou moral. Respeito significa estima, campo da virtude que nos permite estar com o outro. Quando nos relacionamos colocamos em prática nossos valores (que também estão subordinados às leis do mercado, trabalho e produto), nossos costumes, a ética e educação formal.

Tal explanação demonstra que o trabalho, nem sempre pode estar relacionado a uma Saúde Mental profícua. Ainda encontramos o estigma que recai sobre a pessoa “doente mental”, como uma pessoa “improdutiva” e “incapaz” para o trabalho. Tal pré-conceito é

ainda vinculado à figura do Louco no imaginário social. Acreditamos que tal estigma não considera o ambiente de violência que tantas vezes encerra o mundo do trabalho tal como se revela atualmente.

Sob outra perspectiva, novas formas de trabalho, como o trabalho de Cooperativas e Economia Solidária, são incentivadas com finalidade de fazer frente a tais formas de violência. Não negamos o valor positivo que o trabalho pode representar. Algumas participantes dos Grupos pesquisados, após reaverem uma aposentadoria por diagnóstico psiquiátrico, como no exemplo de Júlia, ou voltarem do afastamento do trabalho (perícia médica) de forma readaptada (outra função no serviço), como no caso de Cristina, e assim, se reinserirem no mundo do trabalho e das relações que este possibilita, demonstraram satisfação ao restaurarem sua participação no espaço público social e nas implicações subjetivas que isto representa. Entretanto, tais situações construíram-se num processo de superação do Sofrimento Mental, a partir da participação na Terapia Social e busca por novas alternativas de vivência cotidiana.

Enfatizando a questão material que o trabalho proporciona, retomamos a constatação de nossa pesquisa que as mulheres do Grupo Esmeralda, que trabalham no espaço público, têm como renda familiar o valor acima de dois salários mínimos (R\$ 830,00). Acrescentamos a tal dado, a verificação da estatística de que 80% das mulheres do Grupo possuem casa própria, o que significa o não dispêndio da mensalidade de um aluguel. Ainda relacionamos o dado de que a maioria das mulheres do Grupo pesquisado que possuem filhos, os tem no número de 02 (dois). Nesse sentido, o Grupo Diamante, apresenta dados estatísticos semelhantes (renda familiar acima de 02 (dois) salários mínimos e número de filhos, na maioria, de 01(um) por mulher entrevistada e 72,7% possuem casa própria. Tal realidade nos possibilita afirmar o potencial para relativa autonomia financeira das mulheres destes dois Grupos.

Tal realidade se modifica no Grupo Ônix. No momento da pesquisa constamos que apenas 01 (uma) das mulheres trabalha fora das funções de funcionamento do lar, exercendo a profissão de costureira. Das mulheres deste grupo, 75% trabalham no espaço privado do lar e possuem, na maioria (50%), 03 (três) filhos. Relatam ainda uma renda familiar, na maioria (75%) acima de 04 (quatro) salários mínimos. Concluimos que a renda familiar é providenciada por outros membros familiares e, embora estas mulheres não estejam expostas as possibilidades de violência no trabalho em espaço público, possibilidade esta que

abordamos anteriormente, surge à questão da dependência financeira, que, no entanto, até o momento desta pesquisa, não se apresentou abertamente como forma de Sofrimento Mental.

Referindo-nos a outro item sócio-econômico do questionário, entregue às participantes dos Grupos, que se refere meio de transporte utilizado para acesso às sessões de Terapia Social tratamos que, a fim de possibilitar aspectos de qualidade de vida para tais participantes, faz-se necessária também a responsabilização do Estado perante determinados serviços públicos, como, por exemplo, o transporte público. Constatamos que 80% das participantes do Grupo Esmeralda utilizam-se deste serviço a fim de ter acesso à Terapia Social. No Grupo Diamante 54,5% têm acesso à Terapia Social via transporte público e 25% das mulheres do Grupo Ônix, também. A realidade deste serviço em Florianópolis, conta com tarifas que passam por constantes reajustes de aumento, palco de constantes movimentos populares e greves dos trabalhadores do setor, transformando o cotidiano das pessoas usuárias do transporte público. Além disso, conta com um sistema de integração considerado por muitos usuários ineficaz e estressante. Entendemos que se trata da garantia do direito de ir e vir, resguardado pelos Direitos Humanos, salientada sua importância.

Finalizamos este item nos referindo novamente ao trabalho, como uma possibilidade de convivência, ambiente de socialização e relações pessoais e profissionais, além da garantia de recursos financeiros, também como espaço para realização profissional objetiva e subjetiva, além da superação das próprias capacidades também como espaço de prazer. Construir o trabalho dentro desta concepção, muitas vezes envolve mudanças, reflexões e escolhas, muitas vezes difíceis de serem elaboradas individualmente. O espaço da Terapia Social comporta tais possibilidades, bem como outras, como o não trabalhar no espaço público e depender financeiramente de outrem, desde que seja uma escolha pessoal, consciente e que não determine contradições e conflitos pessoais, ou seja, o Sofrimento Mental, afinal, a Terapia Social tem como proposta diminuí-lo na medida do possível.

#### **4.5.1.4 O processo de tratamento na Terapia Social**

A partir das análises efetuadas nos itens anteriores podemos concluir que, as mulheres destes Grupos pesquisados, com intuito de conquistarem autonomia objetiva e subjetiva,

necessitam incorrer na problematização de seus valores, a escolha de princípios norteadores de suas ações e a concretização de mudanças quando estas se fazem necessárias.

Colocaremos a mulher num mundo de valores e atribuiremos as suas condutas uma dimensão de liberdade. Pensamos que ela tem que escolher entre a afirmação de sua transcendência e sua alienação como objeto, ela inventa soluções entre as quais existe uma hierarquia ética. (BEAUVOIR, 1980, p. 70-71)

O espaço da Terapia Social pode ser considerado facilitador de tais reflexões. Porém, acreditamos tratar-se de um processo complexo, envolvendo muitas variáveis de relacionamentos, de conceitos, de escolhas, de emoções. No Grupo Esmeralda, 13,3% das mulheres estão envolvidas nesse empreendimento a mais de 04 (quatro) anos freqüentando a Terapia Social. A maioria (46,6%) está iniciando o processo (de 01(um) a 06 (seis) meses de tratamento). No Grupo Diamante 36,3% estão iniciando este processo (01 (um) a 06 (seis) meses), entretanto, uma mesma proporção de mulheres (36,3%) estão envolvidas na Terapia Social a mais de 02 (dois) anos e ainda 9% a mais de 07 (sete) anos, tornando claro um subgrupo de constância considerável em relação à Terapia Social. No Grupo Ônix, 50% das participantes freqüentam a Terapia Social a mais de 04 (quatro) anos e a outra metade do grupo se divide entre o tempo de 01 (um) a 06 (seis) meses (25%) e 07 (sete) meses a 01(um) ano, sendo elas 25%.

Não existem garantias de que no espaço da Terapia Social, a mulher irá encontrar o fim do Sofrimento Mental, as respostas para seus questionamentos, ou a solução para seus conflitos. Entendemos que não se trata de uma responsabilidade particular. Como enfatizado até o presente momento, existem conceitos hegemônicos que a envolvem cotidianamente, tanto objetivamente como subjetivamente, em suas relações macro e micro sociais.

Consideramos que muitas transformações ideológicas na Contemporaneidade envolvem a figura da mulher. Contamos como marco histórico o movimento feminista da década de 60 e, novas realidades objetivas, como o desvencilhamento do ato sexual e a concepção através dos anticoncepcionais, além de novas formas de concepção humana (fertilização in vitro, por exemplo) que alteram o papel da figura masculina neste processo. As famílias assumem novas conformações, como as famílias monoparentais e de chefia feminina. A abertura do mercado de trabalho para as mulheres também a colocam numa nova

perspectiva social. Entretanto, tanto as questões acima citadas, como questões ainda mais polêmicas como: a virgindade, a sexualidade, a fidelidade, a maternidade, o aborto, o homossexualismo, a drogadição, a prostituição, a violência etc., continuam a ser alvo das contradições que cercam a subjetividade feminina e que se reflete em suas emoções, comportamentos e formas de lidar com o cotidiano e suas relações.

O entendimento da complexidade de tais realidades pode ser considerado um processo árduo e demorado. Para a mulher, trata-se de um processo de conscientização do papel que lhe é outorgado, o papel de Outro, tanto como mulher, como de pessoa em Sofrimento Mental. Depois deste processo cabem ainda os próximos passos, muitas vezes indecifráveis, do que realizar com tal consciência.

Podemos ainda nos questionar sobre situações como a de **Penélope**, uma participante do Grupo Esmeralda que, há anos vem participando da Terapia Social, com relevante frequência, e que entanto, raras vezes se manifesta. Nas poucas vezes que fora solicitada sua participação, conta da dificuldade em lidar com o telefone que não pára de tocar e a comunicação do rádio conversando com ela. Quando particularmente, a autora deste trabalho pergunta sobre sua vida, a participante fala dos espíritos que lhe perseguem e das “macumbas” que lhe infligiram. Reclama do psiquiatra que cuidara dela no passado e que até hoje a persegue. Relata ainda no questionário da presente pesquisa, em pergunta relacionada ao número de filhos, que possui vários (filhos) que tivera de diferentes namorados na época do colégio. Poderíamos duvidar de tais informações fornecidas por ela? Ignorar o seu discurso? Há aproximadamente 01 mês, o coordenador do Grupo pediu que ela trouxesse o pai para conversar sobre novos recursos psicofármacos. Podemos perceber que apesar do silêncio que a encerra no cotidiano da Terapia Social ela não é considerada como uma integrante a parte do Grupo. Porém, trata-se de um desafio para o próprio Grupo questões ou discursos que fogem à nossa realidade estruturada. Questões como o amor e o ódio (o psiquiatra que a persegue, a macumba), a maternidade (os vários filhos), as relações de cuidado, estão presentes nesta mulher, estão sendo reivindicados, problematizados. Estamos preparados (as) para discuti-los a partir de formas tão diferenciadas de expressão, seja em nossas próprias vidas ou na de outros?

O ambiente terapêutico da Terapia Social propicia um momento em que as pessoas, e neste caso, as mulheres, ao se exporem, desabafando suas contradições, conflitos e questionamentos sobre o instituído, travam uma possibilidade de entendimento, a partir da

escuta solidária e das trocas, que não se trata de uma questão individual, porém, de outras mulheres como ela. Concretiza-se desta forma uma oportunidade de potencialidade da coletividade que, a partir da reflexão e possíveis mudanças, vislumbra perspectivas de novas significações frente ao Sofrimento Mental das mulheres e para a questão feminina contemporânea. Também podemos vislumbrar a possibilidade de se exercer flexibilidade frente a questões tão questionadas e ainda não superadas, como a desvalorização e exclusão da Loucura, da forma de ser diferente, de encarar o sofrimento como parte do tratamento e da possibilidade de superação.

#### **4.5.2 Análise dos Homens dos Grupos**

Fizeram parte da pesquisa, um total de 26 homens, sendo 13 (treze) participantes do Grupo Ônix, 07 (sete) participantes do Grupo Diamante e 06 (seis) participantes do Grupo Esmeralda. Com finalidade de preservar anônima a identidade dos participantes utilizamos nomes fictícios para os protagonistas dos casos citados. A fim de análise, adotamos os mesmos tópicos utilizados para análise das mulheres dos Grupos.

A Sexualidade

A Educação e os Filhos

O Trabalho e aspectos Sócio – Econômicos

O Processo de tratamento na Terapia Social

**QUADRO 4: GRUPO ESMERALDA**

<b>Idade</b>		<b>Estado Civil</b>		<b>Número de Filhos (as)</b>	
20 a 30 anos -	16,6%	Solteiro -	16,6%	01 filho (a) -	16,6%
40 a 50 anos -	66,6%	Casado -	50%	02 filhos (as) -	16,6%
60 a 70 anos -	16,6%	Separado -	16,6%	03 filhos (as) -	33,3%
		União Estável	16,6%	03 enteados -	16,6%
				Não possui filhos -	16,6%
<b>Escolaridade</b>		<b>Renda Familiar</b>		<b>Acesso à Terapia Social</b>	
Ensino Fundamental -	33,3%	Menos de 01 salário mínimo-	16,6%	Carro próprio -	33,3%
Ensino Médio -	66,6%	01 a 04 salários mínimos -	33,3%	Ônibus -	66,6%
Ensino Superior -	0%	04 a 05 salários mínimos -	50%	Carona -	16,6%
				Outros -	16,6%
				Alguns responderam mais de um item	
<b>Moradia</b>		<b>Religião</b>		<b>Mora com quem</b>	
Própria -	66,6%	Católica -	66,6%	Cônjuge -	33,3%
Alugada -	16,6%	Testemunha de Jeová -	16,6%	Cônjuge e filhos -	16,6%
Cedida -	16,6%	Não respondeu -	16,6%	Irmão -	16,6%
				Pais -	16,6%
				Companheira -	16,6%
<b>Tempo na Terapia Social</b>					
01 a 06 meses -	33,3%				
01 a 02 anos -	50%				
Não respondeu -	16,6%				
<b>Ocupação Profissional</b>					
Policial Militar (02); Motorista (01); Petroleiro (01); Estudante (01); Bancário (01)					

**QUADRO 5: GRUPO DIAMANTE**

<b>Idade</b>		<b>Estado Civil</b>		<b>Número de Filhos (as)</b>	
30 a 40 anos -	14,2%	Casado -	71,4%	01 filho (a) -	28,5%
40 a 50 anos -	57,1%	Divorciado -	28,5%	02 filhos (as) -	14,2%
50 a 60 anos -	28,5%	Solteiro -	0%	03 filhos (as) -	28,5%
				04 filhos (as) -	14,2%
				02 enteados -	14,2%
<b>Renda Familiar</b>		<b>Acesso à Terapia Social</b>		<b>Moradia</b>	
01 a 02 salários mínimos -	28,5%	Carro Próprio -	57,1%	Própria -	71,4%
02 a 05 salários mínimos -	28,5%	Ônibus -	42,8%	Alugada -	14,2%
05 a 07 salários mínimos -	28,5%			Cedida -	14,2%
Acima de 07 salários mínimos -	14,2%				
<b>Religião</b>		<b>Mora com quem</b>		<b>Tempo na Terapia Social</b>	
Católica -	57,1%	Cônjuge -	14,2%	01 a 06 meses -	42,8%
Evangélica -	14,2%	Cônjuge e filhos -	42,8%	07 meses a 01 ano -	42,8%
Adventista -	14,2%	Amigo -	14,2%	04 a 06 anos -	14,2%
Não respondeu -	14,2%	Companheira -	28,5%		
<b>Escolaridade</b>					
Ensino Fundamental -	14,2%				
Ensino Médio -	57,1%				
Ensino Superior -	28,5%				
<b>Ocupação Profissional</b>					
Cobrador de Ônibus; Vendedor (02) Desempregado (02); Vigilante (01); Advogado (01)					

**QUADRO 6: GRUPO ÔNIX**

<b>Idade</b>		<b>Estado civil</b>		<b>Número de filhos</b>	
20 a 30anos -	7,6%	Solteiro -	15,3%	01 filho (a) -	30,7%
30 a 40 anos -	38,4%	Casado -	58,3%	02 filhos (as) -	23,0%
40 a 50 anos -	38,4%	Viúvo -	15,3%	03 filhos (as) -	30,7%
50 a 60 anos -	7,6%	Divorciado -	7,6%	Não possui -	7,6%
Acima de 60 anos -	7,6%	União Estável -	7,6%	Não respondeu -	7,6%
<b>Escolaridade</b>		<b>Renda Familiar</b>		<b>Acesso à Terapia Social</b>	
Ensino Fundamental -	7,6%	03 a 05 salários mínimos -	61,5%	Carro Próprio -	61,5%
Ensino Médio -	92,3%	05 a 09 salários mínimos -	15,3%	Ônibus -	46,1%
Ensino Superior -	0%	Acima de 09 salários mínimos -	23,0%	Táxi -	7,6%
				Alguns responderam mais de um item	
<b>Moradia</b>		<b>Religião</b>		<b>Tempo na Terapia Social</b>	
Própria -	69,2%	Católica -	53,8%	01 a 06 meses -	23,0%
Alugada -	23,0%	Evangélica -	15,3%	07 meses a 01 ano -	30,7%
Cedida -	7,6%	Espírita -	7,6%	02 a 03 anos -	30,7%
		Cristão -	7,6%	Mais de 07 anos -	15,3%
		Crente (Maranata) -	7,6%		
		Crê em Deus -	7,6%		
<b>Mora com quem</b>					
Cônjuge -	23,0%				
Cônjuge e Filhos -	38,4%				
Sozinho -	7,6%				
Pais -	7,6%				
Companheira -	7,6%				
Preso no 4º BPM -	7,6%				
Não respondeu -	7,6%				
<b>Ocupação Profissional</b>					
PoliciaI Militar - (06); bombeiro Militar (01); Soldado Militar (04); ex-PoliciaI Militar (01); SubTenente (01)					

#### 4.5.2.1 A Sexualidade

Há muito, existe uma naturalização e perpetuação da ideologia no que se refere à masculinidade, colocando o homem em uma posição superior. A contemporaneidade ainda guarda aspectos da História Moderna, de predominância do racionalismo e de uma cultura patriarcal.

É também com o Iluminismo que a racionalidade e a ciência passam a ser identificadas com a masculinidade, mas é, sobretudo, no séc. XIX, na esteira dos estudos de Darwin e do determinismo, com teses de diferenciação do homem e da mulher baseado nos postulados biológicos, que se naturaliza a relação entre os gêneros colocando o homem em posição de superioridade com base no sexo. A posição da ciência, juntamente com os valores arregimentados pela burguesia e os pressupostos ideológicos decorrentes da emergência dos estados nação acabam, em definitivo, entronizando o homem na posição de dominação. (OLIVEIRA, 2008, p. 174)

Em posição de dominação, ao homem é também reservado o espaço público onde se realiza a ação, o fazer, como podemos perceber na educação dos meninos, os jogos competitivos e de ação, o palanque das Igrejas destinado hegemonicamente para os homens e nesta perspectiva, o comando do destino da humanidade. Tais espaços determinados ao homem criam-lhe subjetividades condizentes, formatando um modo predominantemente de o homem se expressar e estabelecer suas relações.

Sob o comando do falo, órgão fecundante e marca indiscutível da diferenciação sexual, símbolo de potência, ao homem compete garantir sua validação, o que exclui toda e qualquer manifestação de fraqueza e de debilidade. À virilidade física, apanágio incontestado do macho, agregou-se um valor moral, o da honra, cujo correlato negativo é a desonra. Congregando força, insensibilidade, agressividade, segurança e coragem, o macho deve ser forte e, nessa ordem, as emoções que sensibilizam, como o amor, a compaixão e a piedade, devem ser afastadas. Também a sexualidade deve ser constantemente provada. Chamado a demonstrar constantemente sua virilidade, independentemente de afeto [...] (ALVES, 2008, p.228)

E ainda,

Essa priorização do fazer sobre o ser, do mundo da cultura sobre o mundo da natureza, assinalada por Simone de Beauvoir em 1949, parece se justapor à já apontada naturalização do masculino como rústico, duro, direto e dinâmico – ou seja, clássico -, em oposição a um feminino que seria macio, complicado, indefinido, irremediavelmente romântico. (FUNCK, 2008, p. 59)

Trata-se de séculos de História, onde uma forma predominante de ser homem fora aceita, o homem acima descrito, o baluarte de uma cultura patriarcal. Segundo Kreimer (1991, p. 31) muitos jovens e adultos têm grande capacidade de conviver com as contradições sem a elas dar a devida atenção. Em alguns casos nunca param para pensar nestas questões, a duvidar dos modelos pré-estabelecidos, a questionar os significados tradicionais.

Entretanto, Sabo (2002, p.34 apud PIRES; FERRAZ, 2008, p.29 - 30) acredita em uma mudança de paradigma do macho “uma vez que um número crescente de homens começam a refletir, sentir e falar sobre eles de forma diversa. O que realmente significa “ser homem” ser “masculino”, construir sua identidade no cotidiano através da procura do “machismo”?

No contexto de nossa pesquisa, o Grupo Ônix é composto predominantemente por homens (76,4%), o que nos expõe a uma variedade de situações que envolvem a masculinidade. Entretanto, vale salientar que este Grupo é restrito a Policiais Militares, o que possibilita relacioná-los a uma variante comum: a relação profissional em meio ao ambiente de Segurança Pública, de policiamento, um ambiente predominantemente masculino, onde valores morais (de honra, ambição, autoridade, agressividade, etc.) estão arraigados no fazer profissional perpassando a subjetividade destes participantes e elaborando a construção diária de suas vidas.

O Grupo Ônix é basicamente dividido entre a faixa etária de 20 a 40 anos (46,0%) e acima de 40 anos (53,6%). Assim, o Grupo mescla uma irreverência juvenil, em tempo de amadurecimento, de escolhas, de relações com os pais e as namoradas<sup>55</sup>e, construindo o

---

<sup>55</sup> Não existem no grupo formas assumidas publicamente de homossexualidade.

ambiente terapêutico, também questões de elaboração de luto, aposentadoria, estabilidade e superação, educação de filhos e relações matrimoniais.

Segundo Kreimer (1991, p.198) a “mediana edad” (dos 28 aos 40 anos) traz um significativo movimento de desenvolvimento dos homens. Aos 28 anos aproximadamente, segundo o autor, encerra-se o primeiro ciclo da vida e todas as experiências vividas foram significativas na formação de sua identidade. Por volta dos 35 anos, existe a necessidade de decisões entre a busca de novas experiências ou a elaboração processual das experiências adquiridas até o momento. Aos 42 anos aproximadamente, os homens se dão conta “de que nuestra vida no esta em outra parte que em cada instante”. Assim, se também relacionarmos que a faixa etária deste Grupo tem centralidade entre os 30 e 50 anos (76,8%), percebemos que as decisões sobre direções de vida e a relação com a assimilação desta a cada instante, caracterizam o ambiente terapêutico.

O participante **Carlos** traz perante o Grupo Ônix, a situação que vivencia em seu cotidiano. Já aposentado como sub-tenente da Polícia Militar e buscando na Terapia Social o alívio de uma depressão que, segundo ele, não tem motivos para existir, haja visto, filhos (as), neto e esposa convivendo em considerável harmonia. Entretanto, todas as vezes que se manifesta nas sessões, enfatiza a infância e adolescência sofrida, fora vítima de violência e solidão por parte da mãe que o acorrentava em casa para sair ao trabalho e, quando voltava, agredia-o fisicamente. Carlos orgulha-se dos princípios morais que conquistou apesar das adversidades e também ressalta que hoje cuida da mãe que um dia no passado o maltratou. Nesse contexto, problematizamos se suas conquistas hierárquicas na Polícia Militar e sua família “harmoniosa” são todas as conquistas possíveis de uma vida já estabelecida e que, porém, ainda encerra uma grande jornada.

Também no Grupo Esmeralda, encontramos 83,2% dos participantes homens que se encontram na faixa etária dos 30 aos 50 anos e no Grupo Diamante 71,3% dos homens encontram-se nesta faixa etária, que encerra o direcionamento das experiências concretizadas e a busca de superações para elaboração criativa na perspectiva da possibilidade de mais algumas dezenas de anos de vida.

No que se referem à apresentação física, os homens dos Grupos pesquisados apresentam-se com certo padrão estético. São homens, na maioria, esbeltos e bem arrumados, por vezes sentimos seus perfumes masculinos e percebemos a preocupação com o barbear dos seus rostos que, algumas vezes são moldados com o recurso do bigode. No mais, seu trajar

não se destaca por cores vivas ou modelos irreverentes, porém, encerram um padrão em tons neutros e simples.

No que se refere ainda ao Grupo Ônix, a maioria (58,3%) dos homens é casada e ainda, 7,6% declararam “união estável”, (contamos ainda com 15,3% viúvo, 15,3% são solteiro e 7,6% divorciado), ainda citamos o dado de que neste Grupo, 38,4% dos homens moram com cônjuge e filhos e 23,0% moram com cônjuge.

Podemos vislumbrar que as relações conjugais neste Grupo, na maioria das vezes, assumem o sentido de companheirismo. Isto porque, quase sempre, suas companheiras assumem também o papel de confidentes. Elas aparecem geralmente nos momentos de crise de seus parceiros, compartilhando preocupações e informações sobre o cotidiano dos participantes em foco. Geralmente assumem a postura de repreensão, como mães contando as “artes” dos filhos para o médico.

A elaboração do luto pela perda da esposa, como no caso de **Leonardo**, participante deste Grupo, pode levar vários anos de sofrimento em meio à solidão, à falta e à saudade. Em uma sessão psicoterapêutica do Grupo, Leonardo se refere à saudade da falecida esposa com o argumento: “Sinto falta do tempero da comida dela”.

Sobre o Grupo Ônix, ao que se refere às relações sexuais, podemos citar apenas uma manifestação. **Sílvio**, um dos participantes mais antigos do Grupo, tendo a sensibilidade do poeta que assume a função de escrever suas poesias e levar para a finalização das sessões psicoterapêuticas, e que após a morte de um companheiro de trabalho ao acatar uma ordem de trabalho sua, entrou em uma crise que o levou, durante certo período, a um profundo isolamento. Ele compartilha com o Grupo sua procura por se tornar mais ativo sexualmente. Sílvio quase sempre se refere à esposa durante as sessões, como cúmplice de seu cotidiano, não apenas como vigilante de seu comportamento, porém, também como inspiradora de suas poesias. Pelo exemplo de Sílvio, podemos vislumbrar que a esposa assume como papel relevante em sua vida, mais uma característica de companheirismo maternal, o que de certa forma vem se tornando motivo de inquietação para o participante.

No Grupo Esmeralda, metade dos Homens (50%) é casada e 16,6% se declararam amasiado, e ainda 16,6% são separados e 16,6% solteiros. Citamos ainda o dado que no Grupo Esmeralda 33,3% moram com cônjuge e 16,6% moram com cônjuge e filhos.

Citamos o exemplo de **Joaquim**, um senhor de Terceira Idade, que participa do Grupo Esmeralda de maneira descontraída. Faz muitas graças e facilmente cria o riso coletivo do Grupo. Tem sua esposa como confidente que, por várias vezes visitou o Grupo, a cada novidade que Joaquim trazia a seu cotidiano e que, entretanto, causava a preocupação da esposa, como por exemplo: a interrupção do uso de medicamentos ou a decisão de voltar a dirigir. Durante o processo desta pesquisa, alguns trechos de sua história de vida foram sendo compartilhado com o Grupo, como o período de internação em Hospital Psiquiátrico e a possibilidade de Joaquim ter escrito uma carta amorosa para a cunhada, resultando em uma crise familiar, fato este que ele nega enfaticamente. Incentivado pelo coordenador do Grupo para que investigasse agora essa estória sobre a tal carta, contando com a possibilidade de esquecimento de ter tido tal atitude, Joaquim nega a proposta, novamente enfatizando que não a escreveu e desabafa com o Grupo o sentimento de mágoa pela ingratidão desta cunhada, segundo seu relato, ajudada por ele em um momento de mudanças na vida dela. Causou estranhamento no Grupo o relato de sua esposa, em uma visita à sessão psicoterapêutica, de que em ambiente do lar, Joaquim passa horas da manhã, sentado cabisbaixo na varanda da casa, recusando qualquer tipo de incentivo da esposa para que realize alguma atividade na casa. Ainda complementa que ele dorme a tarde inteira e não se preocupa com a troca de roupas. Assim, ela descreve um homem aparentemente diferente daquele que o Grupo está acostumado a conviver, como citado no início deste relato. Salientamos ainda que, em determinada situação terapêutica, Joaquim traz ao Grupo o desejo de interromper a tomada de medicamentos relacionando-a a falta de desejo sexual.

Pires e Ferraz (2008, p.29 - 30) afirmam que as transformações na condição masculina, pela conquista dos sujeitos antes oprimidos (mulheres, por exemplo) que neutralizaram o estigma da força física e do lugar de poder do homem, provocaram a crise da masculinidade. Tal crise se refere principalmente na angústia masculina em enquadrar-se na imagem tradicional do macho (agressivo, provedor, frio, seguro, etc.). Também ao que se refere à perda de seu papel tradicional de dominação e frente às exigências de novas atribuições sociais, como tarefas domésticas e cuidados com os filhos.

O mundo de transformação das mulheres pelo feminismo deslocou os homens de suas funções tradicionais, como também plantaram dúvidas sobre o que realmente significa ser homem hoje, se elas assumem seus espaços no ambiente público e não dependem nem jurídica nem financeiramente deles. Em anos recentes, os homens se tornam mais reflexivos,

mais sensíveis. As mudanças das últimas décadas trouxeram conseqüências para suas vidas e suas relações. (KREIMER, 1991, p. 19-20)

Na perspectiva de que não existe uma única forma de elaboração da identidade masculina, reconhecemos que convivemos, juntamente com formas tradicionais de ser homem, também com outras perspectivas para a masculinidade.

Enfatizamos a noção de que vivemos em um período histórico de mudanças. Segundo Maffesoli (informação verbal, 2008)<sup>56</sup> trata-se de um período de movimento, de mutação societária, mudança esta de fundo não apenas social, mas que afeta todos os nossos instintos profundos. O autor enfatiza que, neste movimento de mutação, trata-se de abandonar dogmas, abandonar representações, “hoje é momento de purgar essas representações, o pensamento sábio é elaborar...”

De acordo com Lucena (2008, p.14), o “mundo contemporâneo, do qual a descontinuidade, a fragmentação, a ruptura e os deslocamentos fazem parte, há a pluralização das identidades”. Nesse sentido, também Pires e Ferraz (2008, p. 28-29) afirmam que em nossa sociedade não existe um modelo universal de homem, que não possa ser transformado conforme o tempo e as circunstâncias.

Um dos aspectos dessa ruptura, de busca pelo novo, de um complemento para o cotidiano, encontrou no dado da pesquisa de que se trata do Grupo Diamante, entre os pesquisados, de maior índice de divórcios (28,5%). A maioria deles (71,4%) está casada e 49,9% moram com o cônjuge. Entretanto, dividem com o Grupo certa dificuldade em elaborar o cotidiano matrimonial e embora, neste Grupo contemos com 100% de homens que possuem filhos ou também enteados, a realidade em que se constrói este cotidiano demonstra certa inquietude no que diz respeito aos vínculos familiares tradicionais.

Um homem que aparentemente não vê o casamento apenas como procriação, geração de descendência, forma de status burguês ou certificação de sua virilidade, mais que está aberto para outras experiências enriquecedoras da relação matrimonial, consentâneas com uma flexibilização das responsabilidades familiares, denotadas de uma nova ordem econômica e cultural. De fato, esse homem parece pretender uma mulher que trilhe caminhos renovados, que seja também partícipe de suas alegrias e sonhos

---

<sup>56</sup> Anotações da palestra de Michel Maffesoli, promovida pelo Departamento de Enfermagem, em Setembro de 2008, na UFSC.

fora do lar, onde por tempo excessivo a prendeu o atavismo cultural. (OLIVEIRA, 2008, p. 183-184)

Analisamos que tal processo de superação de conceitos pré-estabelecidos não se encerra sem contradições. Citamos o exemplo de **Antônio**, participante do Grupo Diamante. Este havia construído um lar tradicional, de pai, mãe e filhos e um bom emprego, quando se apaixonou por uma mulher que não era sua esposa. Decidido, rompeu os laços matrimoniais e aventurou-se em uma paixão que, àquele período o completara. Entretanto, tal romance não teve efeito duradouro. Atualmente, Antônio lembra nostalgicamente de sua ex-esposa e em certa ocasião de sessão terapêutica, contou ao Grupo sobre a saudade que sentira da sua estabilidade conjugal com a ex-esposa, na semana seguinte a um encontro entre eles e os filhos. Em outra sessão terapêutica, Antônio desencorajou um participante, que iniciava sua participação no Grupo e trazia o mesmo dilema por ele vivido um dia, a tomar a mesma decisão que ele efetivara no passado. Como enfatiza Oliveira (2008, p.186): “Durante os processos de transição histórica sempre existem aspectos ou características das formações sociais precedentes que permanecem na nova configuração, ainda que modificados ou reformados.” (OLIVEIRA, 2004, p. 21)

Ainda no Grupo Diamante, citamos também **Evandro**. Em determinada ocasião de sua vida, fizera a mesma escolha de Antônio, em situação semelhante. Entretanto, diferentemente do enlace da história de Antônio, Evandro elaborou uma convivência apaixonada e duradoura com a nova companheira. Evandro aliava seu novo relacionamento a um período de profícuo reconhecimento profissional quando, entretanto, descobrira, segundo seu relato, que suas conquistas profissionais estavam relacionadas a uma relação extraconjugal de sua nova companheira com o seu chefe na época. A partir deste fato, embora Evandro continue com a companheira, ele passou a se isolar do social e se sentir desanimado para enfrentar o cotidiano de sua vida.

Sobre o Grupo Esmeralda, citamos **Augusto**, que freqüenta a Terapia Social do Grupo a cerca de um ano. Geralmente chega atrasado às sessões psicoterapêuticas, porém, mantém determinada assiduidade. Nos primeiros meses de sua participação no Grupo, sua forma de expressão verbal era incompreensível à maioria dos (as) participantes, ao tecer em um discurso, várias situações entrecortadas, sem manter uma linearidade de raciocínio. Com o passar do tempo, seu discurso se tornou mais claro aos participantes porque sua maneira de expressar verbalmente passou a seguir certa linha de raciocínio. Então, o Grupo Esmeralda

começa a acompanhar, pelos fatos relatados por ele, seu relacionamento amoroso com uma mulher e também, as desavenças cotidianas com a família dela, que se opõe ao romance. Não se trata do primeiro relacionamento conjugal de Augusto, que já fora casado anteriormente. Augusto também compartilhou com o Grupo o processo de fraude no seu trabalho, em que fora acusado injustamente por roubo, o que culminou em sua demissão do Banco em que trabalhava. O que envolve o Grupo nas comunicações de Augusto, o homem mais falante do Grupo, é o acompanhamento do desenrolar dos fatos de sua relação amorosa, como uma novela em capítulos semanais, envolta em um enredo de intrigas, declarações de amor, separações e reencontros, envolvendo novos personagens a cada capítulo. O Grupo atualmente participa de seus contos através de opiniões, incentivos ou reconsiderações. No período de entrega dos questionários desta pesquisa, Augusto morava com a companheira, declarando-se, ao que corresponde ao estado civil, como amasiado. Até o último encontro da autora deste trabalho no Grupo, ele estava morando sozinho e compartilhava com o Grupo, demonstrando entusiasmo, o pedido de reconciliação da mulher amada.

Nesse sentido, nos referenciamos que as transformações contemporâneas colocam também o homem em posições de questionamentos frente às formas de assumir sua masculinidade e relação entre os sexos. Atualmente, o homem não mais se desencoraja em se desvencilhar de relacionamentos que não o completam, buscando alternativas de convivência. Mostram-se capazes de fazer escolhas e assumir a responsabilidade pela busca de relacionamentos que efetivamente lhe proporcionem novos desafios como homem, seja na elaboração de escolhas passadas ou pela construção de novos horizontes.

Trata-se de um masculino fruto de décadas de feminismo, que tende a acompanhar as mudanças engendradas nesse novo panorama mundial, a partir de uma re- elaboração de valores e conceitos, tornando-se diretrizes de novas atitudes perante o cotidiano. Eis um tempo de transição, onde o novo convive com o arcaico e vice-versa, onde se estabelecem escolhas: Quais serão nossas tradições? Quais serão nossos novos horizontes?

Podemos nos referenciar ao conceito de “metrossexual” para designar uma destas novas tendências de masculinidade,

O neologismo “metrossexual” (metrosexual em inglês) começou a parecer cada vez mais na mídia a partir de 2003. Antes já se designava esse tipo, que demonstrava um gosto pelo cuidado com o próprio corpo e com a própria

beleza, como “homem sentimental” de acordo com a reportagem de PLAYBOY em Abril de 2000: O universo masculino ingressa no ano 2000 com uma nova equação. O tradicional “homem que é homem” dá lugar ao novo homem sentimental. Outras variações anteriores existiam. Bardinter (1996, p. 244), por exemplo, tratava do “homem reconciliado” – aquele que conserva a sua masculinidade, porém, já admite expressar sua sensibilidade e aceitava tarefas domésticas, antes restritas às mulheres. Várias denominações para um mesmo conceito. (GARBOGGINI, 2008, p. 77)

Segundo Mafessoli (1999 apud GARBOGGINI, 2008, p. 77) trata-se de uma tendência de feminização do mundo, “um mundo marcado pelo hedonismo, [...] a pregnância do cotidiano, toda aquela evolução que podemos denominar como *feminization du mond*”.

#### 4.5.2.2 A Educação e os Filhos

Podemos contar com a importância do papel da figura masculina na vida dos homens. Acostumados a crescer em ambiente que encerram os super-heróis dos desenhos animados, buscam também encontrá-los na figura paterna, ou ainda, na figura dos homens que circundam seu ambiente.

Na maioria das vezes, no âmbito tradicional, o envolvimento do pai com os filhos se estabelece no sentido do “sustentar/alimentar” e no que se refere à educação, que estes também sejam capazes de prover. Entendemos que tais preocupações também sejam manifestações humanas de amor nas relações familiares. (SOARES, 2008, p.171)

No Grupo Diamante, constatamos que 100% dos participantes possuem filhos. Podemos citar o exemplo de **Jaime**. Este, após muita dedicação, consolidou-se como advogado e acumulou razoável quantia de dinheiro. Em um novo empreendimento financeiro, Jaime investiu seus recursos materiais e, entretanto, o empreendimento faliu. Este iniciou um processo de desânimo profundo, com repercussões em seu funcionamento orgânico. Jaime trouxe como questão ao Grupo a preocupação em manter um bom nível econômico para educação do filho, como a garantia do estudo em colégio particular.

Também participante do Grupo Diamante, retomamos o exemplo de **Denilson** (já citado no item 4.2.1.1). Este, buscando a superação do uso abusivo do álcool, compartilha

com o Grupo, como a questão da paternidade influi em sua decisão de parar com o uso abusivo do álcool. Denilson enfatiza o temor em repetir com seu filho de poucos anos, a experiência que tivera com seu pai, haja vista ter gravado em sua memória, os momentos em que seu pai chegava alcoolizado e violento em casa, quando ele era uma criança.

No Grupo Ônix, constatamos que 84,4% possuem filhos (as). São várias as manifestações sobre a elaboração do processo cotidiano com estes, sobre educação e convivência. Segundo Fialho (2008, p. 221-222)

[Existem] limites do entendimento das relações dentro da casa, quando estas se reduzem ao cumprimento de um estatuto e esquecem a fonte natural que dá sentido a esse estatuto. O alimento em causa, que os pais concedem aos filhos e os filhos aos pais, não pode estar sujeito a prazos nem ser entendido como mera educação ou nutrição. Esse alimento é a própria vida revivificada pela constante interação da solidariedade e dos afetos. A grande ameaça que põem em perigo este entendimento é o egoísmo e o individualismo que, em última análise, podem destruir casas e conduzir a pólis a uma crise profunda.

Chamamos a atenção, principalmente ao que se refere ao Grupo Ônix, à tradição do trabalho militar, de geração a geração, como o cumprimento de estatuto ou tradição familiar. Algumas vezes, podemos perceber casos de policiais militares filhos de também policiais militares. Citamos a exemplo deste Grupo um pai (**Jeremias**) e filho (**Anderson**) que fazem o processo terapêutico juntos. Jeremias demonstra preocupações com o filho que, após um grave acidente, e por motivos não claros para autora deste trabalho, também está sendo retirado do corpo da polícia militar. Anderson manifesta-se pouco, geralmente com discurso não muito compreensivo, fala da relação com a namorada e questiona sobre possíveis direitos que tenha em relação à Instituição. O pai reclama a maneira agressiva em lidar com situações domésticas. Devido à inconstância dos dois às sessões de Terapia Social, fica-nos impossibilitado o acompanhamento de seus dilemas cotidianos. Entretanto, entendemos seus esforços em estabelecer entendimentos familiares e de solidariedade um para com o outro.

Citamos também **Marcelo**, participante do Grupo Ônix. Iniciando seu processo terapêutico há poucos meses, porém com considerável frequência, vem aprendendo a lidar com uma acentuada oscilação de humor, que se manifesta ora em agressividade, ora em lágrimas. Logo nos primeiros encontros, contou ao grupo que tivera um objetivo “*eu queria*

ser fisioculturista” e para tal, durante certo período, tomara anabolizantes. O seu pai é um honrado policial militar, considerado experiente e sério, e Marcelo segue o seu caminho como policial, porém, não sem contradições. O fisioculturismo ou o militarismo, qual dos dois é a construção, de anos, a qual Marcelo se utilizaria para elaboração da próxima etapa de sua vida? Qual dos dois é a busca de novidades, a busca de experiências que lhe falta?

Contamos também a situação vivida por **Cláudio**, também participante do Grupo Ônix. Este procura a Terapia Social buscando melhorar condições para enfrentar um casamento que acaba de desfazer-se e também, no que se refere à problemática com os 02 (dois) filhos, sendo um deles submetido a cumprimento de medida sócio-educativa de privação de liberdade. Cláudio traz questões como justiça e honestidade entre suas relações. Culpa sua ex-esposa de proteger os filhos das repreensões físicas e verbais que ele os infringia e demonstra-se indignado frente às desonestidades dos filhos, ao venderem seus bens materiais, segundo suas hipóteses, para o consumo de tóxicos. Incentivado por uma Assistente Social a não visitar o filho internado na Instituição que o priva de liberdade, pelo fato da possibilidade de ser reconhecido como policial e acarretar revolta dos adolescentes internados contra o seu filho; sentindo ímpeto de agredir a esposa, sem, porém, concretizá-lo... Qual investimento deste homem para próxima metade de sua jornada? Se sentir insatisfeito frente a este empreendimento familiar, partindo para novos horizontes ou buscar alternativas para elaboração de tais experiências familiares? Quando em uma sessão, conversávamos sobre o já citado caso de Cláudio e sua relação com os filhos, o participante Daniel (já citado neste trabalho, no item 4.2.1.1) questionou a Cláudio: “Como têm sido sua relação com seus filhos? Você sai com eles para jogar bola, para passear?”. Entendemos que Daniel propõe ao companheiro que amplie suas relações familiares para além das situações materiais, que envolva seus filhos ludicamente e fortaleça os vínculos entre eles. Complementamos que **Daniel**, atualmente preso no 4º BPM devido à morte da ex-esposa, tem hoje todos os vínculos com seus filhos cortados por parte dos mesmos e ainda, segundo seu relato, seu filho mais velho, também policial militar, tem como perspectiva que seu pai seja encaminhado a Manicômio Judiciário. Entretanto, geralmente nas sessões em que se manifesta, conta ao Grupo como era amorosa sua relação com os filhos, nas brincadeiras antes de dormir e na hora das tarefas de educação escolar, o acompanhamento de cada vitória dos filhos, principalmente ao que se refere ao Ensino Superior, bastante salientado por ele.

Citamos também o exemplo de **Gerson**, do Grupo Ônix. Este participante traz a problemática de sua relação com seu pai, no que se refere à educação de seu irmão mais novo.

Percebemos que Gerson possui um estranhamento em relação ao pai, não aceitando a maneira deste educar seu irmão mais novo, principalmente devido às preocupações que este irmão traz à sua mãe. Embora Gerson esteja matriculado no Grupo há algum tempo, não possui uma frequência assídua, desta forma não entendemos como se processa seu cotidiano, entretanto, podemos vislumbrar sua maneira emocionada e agressiva de se comunicar em grupo, podendo se notar em uma sessão que chegou ao grupo fardado e armado, sendo solicitado pela coordenadora que voltasse à recepção e deixasse sua guarnição. Citamos o exemplo de Gerson com intuito de esclarecer que se trata das raras manifestações do relacionamento destes participantes, como filhos, a respeito de seus pais. Quando nos remetemos às explicações do coordenador dos Grupos de que, muito de nossos comportamentos são herdados hereditariamente e também pela educação dos pais, notamos que tal reflexão, tal retrospectiva sobre seus relacionamentos familiares ainda são pouco elaboradas pelos participantes do Grupo.

No Grupo Esmeralda contamos que 83,1% dos participantes possuem filhos. **Danilo** é um jovem participante do Grupo Esmeralda. Embora não possua filhos, trata-se de um participante que podemos referenciar no que se trata da relação entre filho e pai. Este se manifesta pouco verbalmente. Iniciou o processo terapêutico no grupo há cerca de um ano, acompanhado pelos pais a fim de intervir sobre uma crise psicótica – segundo seu relato posterior, naquele momento acreditava, entre outras coisas, que o alimento que lhe serviam em casa estava envenenado. Danilo inicia o tratamento terapêutico aliado ao uso de medicações e é considerável sua assiduidade aos encontros do Grupo. Quando iniciou o engajamento na Terapia Social, muda o foco de uma constante busca espiritual, que se manifestava em frequência às reuniões da Igreja e ambição por cargos hierárquicos dentro da instituição, pela determinação em ingressar no Ensino Superior, empreendimento este que faz frequentando o cursinho pré-vestibular da UFSC, desde o começo do ano de 2007. Embora Danilo participe verbalmente das sessões com raridade, percebemos no decorrer do ano de observação participante nas sessões do Grupo, que seu semblante transformou-se, tomando aspecto mais sereno e demonstrando mais segurança.

Recentemente, Danilo compartilhou com o Grupo seu desejo de suspender o uso de medicações e então, fora solicitado pelo coordenador do Grupo a presença de seu confidente para equacionar tal demanda. Danilo trouxe o pai que compartilhou com o Grupo que o filho passava a madrugada no computador e acordava muito tarde. O pai enfatiza como valor o

trabalho, demonstrando orgulho no contar ao Grupo que sempre trabalhara, desde muito jovem; porém, salienta o respeito pela decisão do filho de, neste momento, apenas estudar.

Enfatizamos o fato de Danilo ter escolhido como confidente o pai. Embora tenha relatado ao Grupo que atualmente tem um círculo de amizades, a relação de confiança sobre seu tratamento terapêutico estabelece-se com o pai, participe dos momentos de crise, elemento fundamental na elaboração de sua masculinidade, que vem sendo solidificada pelas experiências cotidianas. Percebemos que o momento da Terapia Social se estabelece como recurso para aproximação de pai e filho, nas negociações do dia-a-dia, na superação de formas diferenciadas de expressar contradições e afetos em ambiente familiar.

Alex chega à Terapia Social do Grupo Esmeralda acompanhado pelo pai, um policial militar aposentado, que demonstrou ao Grupo sua disposição em ajudar o filho na busca pela superação do uso abusivo de substâncias tóxicas. Alex está separado da esposa e possui filhos que, segundo seu relato, tornaram-se um recurso afetivo e de apoio no empreendimento terapêutico. Ele é funcionário da Petrobrás e, atualmente encontra-se afastado por perícia médica. O participante comenta com o Grupo ter perdido muitos bens materiais devido ao vício das drogas. Alex encontra-se em um momento de sua vida em que escolhe pela vereda das reconciliações familiares, a retomada de certa estabilidade profissional e financeira e um maior controle sobre suas emoções de ansiedade e dependência. Tal escolha se contrapõe ao universo das festas regadas a drogas, as surpresas e fortes emoções que encerram este caminho. Segundo o entendimento de Kreimer (1991, p. 202), a escolha por valores essenciais parte do próprio interior do homem, das vivências que se lhes tornaram subjetivamente significativas. Assim entendemos que, transitar entre perspectivas opostas, realizar escolhas, trata-se de uma elaboração cotidiana de experiências de vida que, no caso de Alex, inclui recursos humanos, sociais e afetivos como a Terapia Social, Grupo de alcoólicos anônimos e Grupo de narcóticos anônimos, os quais compõem seu atual dia-a-dia.

Constatamos ainda nos Grupos pesquisados que, a maioria dos participantes possui o Ensino Médio, representando: 57,1% dos participantes do Grupo Diamante, do Grupo Ônix 92,3% dos homens possuem o Ensino Médio e ainda nesta perspectiva, 66,6% dos participantes do Grupo Esmeralda.

#### 4.5.2.3 O Trabalho e os aspectos sócio-econômicos

No Grupo Ônix, constatamos dados como: renda familiar (100% possuem renda familiar acima de 03 salários mínimos); acesso à Terapia Social (69,1% têm acesso as sessões via carro próprio ou táxi) e ainda, 69,2% possui casa própria. No Grupo Diamante, sobre tais variáveis constatamos que: 71,2% possuem renda familiar acima de 02 salários mínimos, 71,4% dos participantes possuem casa própria e ainda 57,1% tem acesso à Terapia Social via carro próprio. No Grupo Esmeralda contamos com as porcentagens de 50% dos participantes tendo renda familiar acima de 04 salários mínimos, 66,6% possuem casa própria, 66,5% tem acesso à Terapia Social via carro próprio, carona ou outros. Nesse sentido, podemos entender uma relativa estabilidade financeira dos participantes, o que nos remete à constatação de que as questões trazidas no ambiente terapêutico são predominantemente de ordem subjetivas e elaborações cotidianas.

Segundo Kreimer (1991, p.92), o trabalho assume valor de centralidade na vida dos homens, é o que mais lhes proporciona “sensación de haber cumplido” e encarrega a vida de significados. Segundo o autor, mesmo que se, em outros aspectos da vida “ser um desastre”, mas a área laboral estiver organizada, é como se estivesse assegurado um lugar na vida.

Nascido para vencer, o homem concebe a vida como luta e, neste caso, a conquista se propõe como realização, portanto, como um valor. Ao homem cabe, sobretudo, vencer. Vencer pela força, pela inteligência, pela razão, pelo dinheiro, pelo tamanho, pelo sexo... Enfim, vencer sempre. A maldição divina – ganharás o pão com o suor do teu rosto – determinando a luta, multiplicou-se *ad infinitum* [...] (ALVES, 2008, p. 226)

Perante os argumentos que colocam à centralidade do trabalho na vida do homem, em sua relação com o espaço público, com a provisão material – conceitos da cultura patriarcal ainda muito valorizados – temos também de entendê-los nas relações interpessoais que o compõe.

Durante certo período da Terapia Social do Grupo Ônix, houve um tema que ocupou centralidade nas questões trazidas pelos participantes. Esta diz respeito ao ambiente de

trabalho, no que se refere às relações hierárquicas dentro do ambiente da Polícia Militar (PM). Os participantes traziam queixas de perseguição e desrespeito por parte dos ‘superiores’ no ambiente de trabalho. Perante esses casos relatados, o coordenador do Grupo propõe que se faça uma análise do próprio comportamento do participante, buscando em si mesmo as possibilidades de lidar com o conflito. Não descartando a hipótese de serem verdadeiras as perseguições e desrespeito, pergunta-se: “O que tem em mim que, perante tal situação, reajo desta maneira diante de tal postura do superior?”

Quando um participante nos relata que, vários dos seus colegas de trabalho já haviam mudado de setor frente a desentendimentos com uma mesma chefia, e o mesmo demonstrava sofrimento e desejo de também mudar o local de trabalho, a autora do presente trabalho sugeriu que fosse feito um documento coletivo e encaminhado a órgão responsável, para que pudessem ser tomadas algumas possíveis providências. Tal sugestão não se deu sem preocupação pelo resto da equipe, e, neste momento, retomamos a questão levantada no item 3.3 deste trabalho, com base nas análises de Szasz (1977, p.22-23) sobre o papel do terapeuta. Neste Grupo terapêutico, basicamente formado por policiais militares, os terapeutas estão trabalhando para estes e também para a Instituição da Polícia Militar. Trata-se da arte profissional do terapeuta, conquistada a partir de muito conhecimento, experiência e ética.

Citamos, com certa curiosidade, que a questão de conflitos no ambiente de trabalho da Polícia Militar, fora trazida por três participantes durante o período da pesquisa e, nos últimos encontros destes participantes, estes trouxeram os resultados positivos: um caso a chefia foi mudada, em outro caso, o participante transformou sua maneira de reagir frente às “provocações” do superior e ainda, no caso do último participante, a chefia mudou sua maneira de lidar com ele. Tais processos se elaboraram em meses de Terapia Social e, atualmente, os três participantes encontram-se afastados do Grupo e até o momento em que se finaliza esta análise, não surgiram mais demanda a este respeito.

Contamos com dois participantes do Grupo Ônix, bastante assíduos, que se encontram privados de liberdade no 4º BPM. Um deles, **Daniel**, já citado neste trabalho (itens 4.5.1.1 e 4.5.2.2) e também **Glauco** que, segundo seu relato, por ter sido usuário de drogas, fora vítima de uma simulação policial, onde policiais colocaram em seu veículo, uma determinada quantia de drogas e ele fora incriminado como traficante, sendo, desta maneira, retirado do corpo da polícia militar. Nesta mesma situação, passaram pela Terapia Social deste Grupo, dois policiais que permaneceram presos durante determinado período. Estes alegaram também

uma simulação policial a fim de incriminá-los por furto. Assim, o ambiente da Terapia Social neste Grupo assume também viés jurídico. Algumas ocasiões o coordenador do Grupo é chamado para dar depoimento perante Tribunal. O ambiente terapêutico nestes casos torna-se um recurso social para tais participantes se defenderem e serem acreditados em seus depoimentos e ainda, recurso afetivo para superação de situações como a de Glauco que continua preso apesar do tempo de pena já ter sido cumprida e também Daniel, que logo enfrentará seu julgamento perante júri popular.

Embora encontremos no Grupo Diamante os dados que nos levem a considerar uma determinada estabilidade financeira, tal estabilidade constatada se encerra em meio a uma perspectiva contraditória de instabilidade, como podemos concluir de fatos como longo período de afastamento do trabalho por perícia médica; profissionais autônomos sem vínculos empregatícios e ainda, como único Grupo em que homens se manifestam como desempregados (02).

Podemos citar o exemplo de **Antônio** (já referenciado neste trabalho no item 4.5.2.1). Este divide com o Grupo Diamante, entre tantas decisões de mudanças no rumo de sua vida, os problemas relacionados à área laboral. Um enredo desconhecido pela autora deste trabalho tem como conclusão a demissão de Antônio do Banco onde trabalhava e, atualmente, encontra-se aguardando o desfecho de um processo jurídico contra a instituição. Antônio é incentivado pelo coordenador do Grupo a não concentrar suas atenções no processo jurídico, porém, buscar alternativas laborais que lhe proporcionem autonomia financeira em relação aos filhos.

Como cita Oliveira (2008, p.178),

A viagem do Engenheiro<sup>57</sup>, deste modo, como uma viagem ao eu, em que memória e ilusão são convocadas juntamente com as angústias do presente, num confronto do que foi e do que ainda não é, ou que ainda não tem regra, espaço de tribulações e inseguranças do homem pós – moderno, no caminho hesitante, exigente de criatividade, entre um velho paradigma em extinção e um novo que apenas se anuncia. (OLIVEIRA, 2008, p. 178)

---

<sup>57</sup> Aqui a autora refere-se ao protagonista do romance *A ÚLTIMA DONA*, da escritora portuguesa Lídia Jorge, obra literária analisada no artigo (OLIVEIRA, 2008, p. 173- 188).

E ainda,

A trajetória de delegação, bem como a hesitação e a contradição desvendam o receio da individualidade masculina em expor-se, a dificuldade em assumir uma definição clara, o que permite pensar que apesar das mudanças em processo, o homem está ainda relutante em deixar o lugar de onde lhe é possível atribuir e aferir valores e significados [...] (OLIVEIRA, 2008, p. 186)

Em situação semelhante, encontra-se o participante **Denis**, também do Grupo Diamante. Este iniciou um processo contra a firma onde trabalhava, alegando que a causa de seu Sofrimento Mental se estabelecia por questões relativas ao trabalho que realizava cotidianamente na empresa. Ao que tudo indica, Denis ganhou o processo. Denis se expressa durante as sessões psicoterapêuticas de forma não muito clara construindo uma relação mais direcionada ao coordenador do Grupo.

**Jonas e João** são os dois policiais militares que freqüentam o Grupo Esmeralda. Jonas encontra-se no processo terapêutico há anos e, atualmente, freqüenta as sessões psicoterapêuticas mensalmente. João participa do Grupo há alguns meses e freqüenta semanalmente as reuniões do Grupo. Ambos trouxeram como motivos da procura pelo recurso da Terapia Social, sofrimentos como: stress no trabalho militar, insônia e desânimo para efetuar as tarefas do dia-a-dia. Durante o processo terapêutico, efetuaram algumas mudanças em suas vidas diárias. Primeiramente efetuou-se a mudança de turno do trabalho policial, substituindo o período laboral noturno pela jornada de trabalho em turno matutino e vespertino. Buscaram também se engajar em atividades físicas e ampliação da convivência familiar. A partir destas mudanças, segundo seus depoimentos, as manifestações de Sofrimento Mental diminuíram e atualmente, ambos compartilham com o Grupo suas condições estáveis no que se refere à Saúde Mental. Podemos concluir que a consciência sobre as conseqüências de um ritmo de trabalho estressante, além da eleição de outras atividades igualmente capazes de enriquecimento da vida, marcou uma nova postura de construção cotidiana destes dois homens.

#### 4.5.2.4 O processo de tratamento na Terapia Social

O ambiente da Terapia Social torna-se uma conquista para os homens engajados no processo terapêutico. Conquista pelo fato de se despirem dos padrões instituídos de macho forte e assumirem suas fragilidades e conflitos, e ainda, sendo tais exposições perante outros homens. Segundo Kreimer (1991, p.19), perante feminização da cultura e a própria feminização do homem, estes percebem sensações para as quais não estão preparados. Nesse sentido, pensamos que os Grupos de Terapia Social tornam-se espaços sociais, como recursos, com propostas de se fazer pensar essas transformações, conscientes ou inconscientes, às quais os homens atuais encontram-se desafiados.

Uma cena marca a autora deste trabalho durante a observação participante nas sessões terapêuticas do Grupo Ônix, no que se refere às possibilidades de vínculos solidificados na Terapia Social. Este fato ocorre quando **Sílvio** (já citado no item 4.5.2.1), ao cumprimentar **Beto**, dá-lhe um beijo no rosto, ao se encontrarem no início da sessão de terapia. Eles iniciaram o processo terapêutico em período semelhante, há mais de 05 anos e há pouco tempo entraram em crise juntos, aparentemente pelo mesmo motivo (baixa dosagem de determinado mineral no organismo). Apoiaram-se mutuamente durante este período de crise e ambos, pela experiência e sensibilidade, são colaboradores do Grupo, em seus comentários e acolhimento dos novos participantes do processo terapêutico na Terapia Social.

Este Grupo conta com 15,3% dos participantes em processo terapêutico durante o período de mais de 07 anos, também conta com 30,7% de participantes que estão no Grupo de 02 a 03 anos; 30,7% dos homens do Grupo fazem tratamento durante o período de 07 meses a 01 ano e ainda, 23,0% iniciam agora o processo de tratamento psicoterápico na Terapia Social (01 a 06 meses).

A Terapia Social também assume diferentes formas de se estabelecer como recurso terapêutico.

Citamos o exemplo de **Edson** que frequenta a Terapia Social no Grupo Ônix, com a finalidade de superar vícios de substâncias tóxicas. Demonstrando considerável sensibilidade, por vezes, Edson se emociona nas sessões, relatando as dificuldades de lidar com situações graves no exercício da profissão de bombeiro, a qual muitas vezes o expõe ao stress. Possui uma “união estável”, conforme suas palavras e também uma filha, pela qual demonstra

considerável carinho, como pudemos verificar em uma visita de sua família ao Grupo. Porém nos questionamos sobre o que nele não consegue, muitas vezes, negar ao convite dos amigos para uma noite de festa e uso de substâncias tóxicas? Tais decisões trazem prejuízos a ele, como faltas em dias de trabalho e as repreensões perante a Polícia Militar. Ele apresenta ao Grupo duas das alternativas de sua vida: sua família e seu emprego por um lado, e alguns amigos e os prazeres das drogas, de outro. Seria estar entre a elaboração de relações familiares e profissionais, construídas ao longo dos últimos anos e as efemeridades das noites prazerosas, que trazem personagens e situações novas em suas esquinas? Trata-se de momentos de decisões sérias ao que se refere ao seu destino humano.

Em outra perspectiva, contamos o exemplo de **Vinicius**, participante do Grupo Esmeralda. Este reside com a mãe, a qual também possui problemas relacionados ao Sofrimento Mental. Geralmente, Vinicius se expõe na Terapia Social, entretanto, dificilmente busca outra informação a não ser medicamentosa e orgânica. Pergunta sobre medicamentos e fala sobre os tremores em suas mãos. Apenas quando é interrogado sobre como estabelece seu cotidiano, ele faz menção a algum curso que esteja frequentando (informática) ou seu empenho em desenvolver equações físicas ou matemáticas. Porém, as informações só surgem quando solicitadas, não aparecem como fundamental componente de seu cotidiano, frente à importância dada por ele ao que se refere às substâncias químicas em seu organismo.

Metade dos homens do Grupo Esmeralda frequenta a Terapia Social entre o período de 01 a 02 anos, 33,3% estão iniciando o processo terapêutico (01 a 06 meses) e ainda, 16,6% não responderam a essa questão do questionário de pesquisa. O Grupo Esmeralda apresenta-se à nossa percepção como o Grupo de maior heterogeneidade de formas masculinas de ser. Os homens deste Grupo estão camuflados na condição de minoria – dos Grupos pesquisados, o Grupo Esmeralda é o mais numeroso e o que possui menos homens.

Ao que se refere ao Grupo Diamante, contamos com 14,2% de participantes em processo terapêutico em período de 04 a 06 anos. Estão na Terapia Social entre o período de 07 meses a 01 ano 42,8% dos participantes e ainda, iniciando a participação nos Grupos, contamos com 42,8% dos homens deste Grupo.

No Grupo Diamante foi possível acompanhar o processo terapêutico de **Márcio**. Integrante de uma família de vários irmãos homens, ele compartilha com o Grupo o sofrimento por ser diferente dos irmãos. Márcio afirma não priorizar os bens materiais como eles e enfatiza sua paixão pela música e sua coleção de discos, o que, segundo seu relato, por

toda sua juventude, fora motivo de desavença com o seu pai, que lhe dizia “isso é coisa de maconheiro”. Por longo período na Terapia Social, Márcio verteu em lágrimas a não aceitação da morte da mãe. Em um período de final de ano, nas festividades de encerramento do ano de encontros do Grupo, Márcio se responsabilizou pela parte musical. No mesmo período relatou ao Grupo a reconciliação que teve com seu pai no seu leito de morte. Segundo o coordenador do Grupo, Márcio parecia reagir às angústias que seus sonhos delatavam, como compartilhava com o Grupo, sonhos em que o Mar agitado cobria-lhe o território. Márcio também freqüentemente relatava desentendimentos com a esposa e também, há quase um ano encontrava-se afastado do emprego por perícia médica. Não estaríamos diante de um “homem sensível”, citado como exemplo de um novo perfil de masculinidade? (GARBOGGINI, 2008, p. 77).

Apontamos para um fato marcante, relacionado à vida de Márcio. Há alguns meses, ele fora procurado por um adolescente, segundo seu relato, “todo arrumadinho, não trajando essas calças que mostram a cueca”, e que lhe anunciava ser possivelmente seu filho, fruto de um namoro de Márcio enquanto solteiro. Márcio conta que há época de solteiro fora procurado por uma namorada, dizendo-lhe estar grávida e que, naquele momento, Márcio disse que a apoiaria caso realizasse um aborto. A namorada não aceitou a proposta e, segundo as palavras de Márcio ao Grupo, disse-lhe que teria o filho e que ele nunca o conheceria. Após longos anos, no leito de morte desta mulher, ela revelou ao filho a identidade de seu pai. Então, depois de realizado o teste de DNA, Márcio, demonstrando muita felicidade, ganha um novo filho. Depois deste processo, acompanhado semanalmente pelo Grupo, Márcio retoma o emprego e se afasta da Terapia Social pela incompatibilidade de horários.

Concomitantemente ao desenlace desse episódio, os demais homens do Grupo começaram a serem menos assíduos às sessões psicoterapêuticas, concomitantemente ao início da participação de novos homens no Grupo Diamante, homens estes ainda em fase de juventude, trazendo novas problemáticas a serem analisadas.

Assim consideremos que a Terapia Social é um processo que se relaciona diretamente com a vida cotidiana, encerrada hora em suas rotinas ora em suas surpresas. Como no caso de Márcio, existe o momento em que a Terapia Social não coincide mais com o período da vida e, como já citada no item 4.1 em nota de rodapé n.37 decidem não mais participar da Terapia Social, mesmo sem um processo de alta planejada. Porém encontramos nos Grupos, principalmente no que se refere à população masculina, ainda muitos participantes que

encontram na Terapia Social um recurso social para estabelecimento de vínculos e também como momento para equacionar questões cotidianas em compartilhamento com o outro. Algumas pessoas permanecem na Terapia Social, enquanto outras encontram outros recursos cotidianos, ainda outras pessoas iniciam o processo terapêutico tornando o ambiente dos Grupos pesquisados, um ambiente dinâmico, de acompanhamentos de processos humanos, e também de acolhimento de novas possibilidades de questionamentos e de existência.

#### 4.6 Religiosidade dos (as) participantes dos Grupos

**QUADRO 7: RELIGIOSIDADE**

<b>Religiosidade</b>			
<b>Mulheres</b>		<b>Homens</b>	
<b>Grupo Esmeralda</b>		<b>Grupo Esmeralda</b>	
Católica -	73,3%	Católica -	66,6%
Evangélica -	13,3%	Testemunha de Jeová -	16,6%
Crê em Deus -	13,3	Não respondeu -	16,6%
<b>Grupo Diamante</b>		<b>Grupo Diamante</b>	
Católica -	27,2%	Católica -	57,1%
Assembléia de Deus -	9,0%	Evangélica -	14,2%
Espírita -	27,2%	Adventista -	14,2%
Testemunha de Jeová -	9,0%	Não respondeu -	14,2%
Anglicana -	9,0%		
Não respondeu -	8,1%		
<b>Grupo Ônix</b>		<b>Grupo Ônix</b>	
Católica -	75%	Católica -	53,8%
Evangélica -	25%	Evangélico -	15,3%
		Espírita -	7,6%
		Cristão -	7,6%
		Maranata -	7,6%
		Crê em Deus -	7,6%

Com finalidade de embasar nossa análise sobre a religiosidade, nos apoiamos em Maffesoli (2005, p. 35-44) que nos explica suas idéias sobre o político em seu aspecto religioso. No referido texto, o autor nos esclarece as diferentes perspectivas que encerram nossa realidade: a do religioso pagão (essencialmente plural) e a do religioso unilateral.

Sobre a perspectiva do paganismo, o autor acima afirma que se trata de uma realidade que introduz a idéia de “relatividade, de limitação mútua”. Segundo suas palavras: “Antes do triunfo do imaginário totalitário, antes da elaboração da realidade do Estado – Nação [...] prevalecia o equilíbrio conflitual numa realidade de múltiplas facetas” (MAFFESOLI, 2005, p. 36). Nesse sentido, o autor nos traz exemplos históricos – Florença de Maquiavel em seu apogeu e também Genebra em Benetto Croce – tratando-se de organizações sociais onde existia uma “composição” entre os opostos, onde a complementaridade entre os opostos, entre as diferenças permitia o fato de se neutralizarem.

Relacionamos tal perspectiva com os aspectos históricos sobre a Loucura realizados na seção 2 (2.1) deste trabalho. Lembramos Pélbart (1989, p. 25-43) que faz referência à figura da Pitonísia que em seu estado de transe, declarando um discurso “divinatório” e “delirante”, e que encerra a palavra de Deus. O autor também se refere à Loucura Purificadora, ou ritual, como “dom divino”, tratando do culto a Dionísio e das festas Bacantes, onde mulheres se entregavam às orgias, aos êxtases dos sentidos, entusiasmos violentos, etc. Também trata dos rituais de reconciliação da pessoa “possuída” com o deus, fato que a transforma em curandeiro. Percebemos um período de pluralidade, de diferentes formas de se relacionar com o Divino, e também, no que se refere ao expressar-se “loucamente”.

As formas como a Loucura se expressa em nosso modo de organização social contemporânea, também assumem, por vezes, tais manifestações. Poderíamos aproximar o discurso psicótico do “discurso delirante” da Pitonísia, poderíamos ainda aproximar as oscilações de humor (com ênfase no período da euforia) com o ambiente das festas Bacantes e por fim, a reconciliação com Dionísio com o processo terapêutico. Porém, o ambiente social atual em que tais manifestações se encerram não se constitui num ambiente plural; ao contrário, as pessoas que se comunicam de forma diferenciada são protagonistas de experiências com o preconceito, a estigmatização e exclusão social.

Segundo Maffesoli, a decadência de uma organização social plural “sobrevém quando ocorre o triunfo de uma parte sobre a outra” (2005, p.37):

Pode-se dizer que por uma espécie de efeito perverso, querendo alcançar a perfeição da unidade, isto é, pretendendo negar ou recusar a diversidade, a pluralidade de gostos e de interesses, acaba-se na degradação, na queda do conjunto social, quando não simplesmente na intolerância com seu cortejo de exações. (MAFFESOLI, 2005, p. 37-38)

E ainda,

Rigidez e pobreza do monoteísmo que, ao contrário do AMOR FATI de Nietzsche – tu amarás teu destino, destino trágico se assim for, destino imprevisível e potencialmente plural -, proporá um drama histórico, de etapas programadas e convencionadas, drama gerado e organizado pelo clero político. (MAFFESOLI, 2005, p. 38-39)

O autor cita dois tipos de Drama que podem ser vivenciados. Primeiramente o trágico – drama, essencialmente pagão e que segue em numerosas direções:

Podemos dizer que o trágico é essencialmente pagão [...]. Daí as inumeráveis versões ou lições dos mitos pagãos. A partir de uma trama central, esboça-se, em arabescos, uma multiplicidade de digressões, de diversões, de contornos indefinidos e de ensinamentos heterogêneos, cada um dentre eles podendo se aplicar a tal aspecto da vida, e não a vida em sua totalidade. (MAFFESOLI, 2005, p. 39)

Sob outra perspectiva, o autor apresenta o Drama perfeitamente linear, exprimindo o “fantasma do Uno, do monoteísmo.”

O messianismo pode tomar formas diferentes, mas a sua essência, sua natureza, é uma só: a perfeição, terrestre ou celeste, é possível, racionalmente passível de predição, e alcançável ao fim de uma dura caminhada, com provações programadas e ultrapassadas progressivamente. (MAFFESOLI, 2005, p. 40)

Contando sobre o limite de nossa análise, pelo não aprofundamento sobre a gênese das religiões citadas pelos participantes dos Grupos (Católica, Evangélica, Assembléia de Deus,

Espírita, Testemunha de Jeová, Anglicana, Adventista, Maranata) podemos, entretanto, afirmar que a maioria dos (as) participantes são Católicos, como podemos verificar no Quadro 7, e ainda, consideramos o predomínio de religiões embasadas no Cristianismo, que segundo Maffesoli (2005), encerram uma linearidade, uma moral de organização e gestão dos costumes, conduzindo o “dever-ser” ao “tu-deves” político.

Em nome da sábia interpretação da vida cristã, os “senhores” construirão uma ARTE DE PENSAR que irrigará em profundidade os séculos XVIII e XIX. Esta estabelece de fato a reversibilidade entre lógica e moral. Moral que se deve compreender, aqui, no seu cotidiano mais simples: organização e gestão dos costumes que fazem sociedade. Já se mostrou que todas as ideologias, desde o século XVIII, repousam sobre essa reversibilidade. Em suma, o “dever-ser” evangélico condicionará o “tu-deves” político, isso com apoio do sábio que elabora as leis racionais da coerção correlativa de tal injunção. (MAFFESOLI, 2005, p.42-43)

Também citamos que o Grupo Diamante traz a maior diversidade de escolhas religiosas entre os (as) participantes, conformando o Grupo num aspecto mais plural, apesar desta maioria se encerrar no Cristianismo.

Concluimos a análise deste item novamente citando Maffesoli (2005, p. 44)

O pensamento do contraditorial lembra que nem tudo se educa, que a desordem tem seu lugar e que o excesso de regulação é potencialmente mortífero ou, ao menos, desativa a tensão vital pela qual uma determinada comunidade se sente responsável por si mesma e assegura assim a própria “conservação de si”.

Entendemos que nossa organização social, mesmo que instituída e consolidada hegemonicamente sob princípios de linearidade do Uno, não está isenta da efervescência de valores que não se conformam nesta realidade. Entendemos que as pessoas que experimentam a experiência com o Sofrimento Mental vivem esse contraditorial citado por Maffesoli, sendo, a contradição de valores e princípios norteadores dos significativos humanos. Porém, como já argumentado, a hegemonia ideológica da nossa contemporaneidade ocidental não aceita os opostos como complementares e, nesse sentido, tudo o que se entende na “contra-mão” só

pode manifestar-se em forma de rebeldia e luta, tendo como consequência os processos de sofrimento e na maioria das intervenções, na coerção.

A proteção exige submissão, e o grande Deus, seja o do monoteísmo ou o da providência estatal ou da economia liberal, é um *Moloch* que pede a abdicação da pessoa, de corpo e alma, para servi-lo. Essa abdicação pode resultar no constrangimento físico e na privação de liberdade; pode ser também um “constrangimento moral” (Durkheim) de efeito insidioso por ser anódino e cotidiano. (MAFFESOLI, 2005, p. 41)

Entretanto, ainda acreditamos e trabalhamos no sentido da existência de possibilidade de escolhas, entendendo, conforme Maffesoli, que nem tudo se educa e existe potencialidade na desordem e na pluralidade. Cabe como desafio elaborar a diferença, que se transformou em sofrimento, como potencializadora de uma sociedade plural e complementar, compreensiva e acolhedora das diferenças e das consequências da experiência com o sofrimento. Sobre tal desafio, elaboramos a seguir, o último item de nosso trabalho refletindo brevemente sobre as possibilidades de intervenção profissional do Serviço Social junto às pessoas que estão elaborando suas experiências de vida em meio ao Sofrimento Mental.

## **4.7 Perspectivas de atuação do Serviço Social**

### **4.7.1 O Serviço Social no Acolhimento e/ou Entrevista**

Com finalidade de pensarmos a respeito da prática interventiva do Serviço Social frente às experiências de Sofrimento Mental, partimos da constatação de que a cada momento cresce o número de mulheres e homens que, perante complexificação de vidas pessoais e social, manifestam-se através do Sofrimento Mental. Perante tal realidade, faz-se cada vez mais necessário a formação profissional que traga subsídios especiais no enfrentamento de tal demanda.

O momento em que tais pessoas buscam ajuda especializada de profissionais para lidar com conflitos, preocupações e crises, deve ser respeitado pelo fazer profissional como

momento singular em que “a atuação do Assistente Social é uma forma de participação de sua existência à outra existência”. (VAZ, 1998, p. 18)

O momento do Acolhimento ou ainda sobre a Entrevista Individual pode ser reconhecido em sua possibilidade no referente à elaboração de uma relação entre profissional e cliente, ou seja, entre duas pessoas que se disponham a efetivar uma relação onde as existências sejam compartilhadas numa relação profissional, na busca de compartilhamento das dificuldades enfrentadas. Nesse processo, pensamos ser essencial entender cada pessoa como potencialmente responsável pela sua liberdade e crescimento. Segundo Carl Rogers (1981 apud VAZ, 1998, p. 11)

[A] Potencialidade de cada indivíduo como *pessoa* portadora de força interior que conduz à liberdade e ao crescimento, ao existir e agir, necessitando para isso RELACIONAR-SE de maneira saudável e adequada, sendo valorizada e aceita como ela é.

Assim, os momentos de Acolhimento ou Entrevista Individual, onde se estabeleça a escuta solidária e a valorização das experiências vividas da pessoa, iniciando a criação de uma relação com o (a) Assistente Social; deve ser aceito e compreendido como momento em que a pessoa expõe a sua própria visão do problema que experiencia e as opções próprias que já se efetivaram para resolução deste problema até o momento. Desta forma, o trabalho do Serviço Social se elabora como potencializador do desenvolvimento de uma consciência do Ser em si da pessoa em Sofrimento Mental, afinal, é no relacionamento, nas reflexões e compartilhamento sobre as variantes que constituem nossa atmosfera pessoal e social que apreendemos o nosso Ser no mundo.

Ainda segundo Vaz (1998, p.11), no que se refere à relação elaborada junto ao usuário, trata-se de estabelecermos uma atitude penetrante, onde o (a) Assistente Social não deve se deixar influenciar por nenhuma tradição, autoridade ou suposição de julgamentos sobre fatos, mas tão somente nos limitarmos à sua observação. Acrescentamos que tal observação deve ser seguida do esforço de compreensão sobre a experiência vivida e significativa para cada pessoa.

Como categorias constituintes do processo de elaboração da relação entre Assistente Social e usuário, Vaz (1998, p.22-29), enfatiza as seguintes categorias: PALAVRA,

DIÁLOGO e ENCONTRO. Sem, no entanto, nos determos no elaborado processo de conceituação efetivado pela autora sobre tais categorias, nos utilizaremos destas com finalidade de pensarmos a possibilidade de elaboração da relação profissional entre (a) Assistente Social e usuário.

Sobre a PALAVRA,

Portadora do ser [...] não é o homem quem conduz a palavra, mas é ela que o mantém no ser. A palavra proferida é uma atitude efetiva, eficaz e atualizadora do ser no homem [...] É por meio da palavra que saímos de nós mesmos, nos expandimos, nos encontramos. Tal tendência é essencialmente humana. (VAZ, 1998, p. 22-23).

Desta forma pensamos que, utilizando-nos de instrumentos como, por exemplo, o roteiro de entrevista está se possibilitando que a palavra se manifeste enquanto portadora do Ser. Nesse sentido, buscamos compreensão das ações, suas respectivas conseqüências e sobre as transformações da pessoa em sua busca por equacionar as questões que lhe causam o Sofrimento Mental, haja vista que, a procura pela ajuda profissional, muitas vezes, vem a seguir de tentativas pessoais e/ou familiares de lidar com as situações de dificuldades.

Nesse sentido, as primeiras aproximações entre profissional e usuário visam ir para além das descrições de sintomas e suas respectivas nosografias. Podemos vislumbrá-las como possibilidades do firmamento de uma relação onde as situações vivenciadas, quando transformadas em palavras, tornam-se significativas na compreensão do Ser, e ainda, um Ser não apenas individual, mas representante de necessidades coletivas, manifestas em forma de Sofrimento Psíquico.

Sobre o DIÁLOGO,

A partir do diálogo, utilizado como mediador e viabilizador da relação, é trazida à tona nossa possibilidade de ser, incluindo a angústia e o medo da abertura ao outro, pois o hábito da máscara nos convida permanentemente à recusa de tal entrega. (VAZ, 1998, p. 24).

Como enfatiza a autora, o diálogo traz à tona toda **nossa** possibilidade de ser. É assim que através das trocas que o diálogo possibilita o trazer nossa experiência enquanto profissionais e o recebimento do processo experienciado pelo usuário, e vice-versa; em busca do desvelamento de situações que se traduzem como problemas, entendidas como demandas humanitárias que esclarecem sobre as reais necessidades de uma humanidade em processo de transformação.

Sobre o ENCONTRO, Vaz (1998, p.25) esclarece,

O Encontro significa mais que um “confronto de qualidades”, ultrapassa essa descrição para uma participação com o outro, tendo uma conotação profunda de afetividade, que leva a relação é o sentido humano que deve impregnar a práxis. Este apelo ao outro nos chama a sair de nós mesmos.

Assim entendemos o Encontro como a participação com o outro, “tendo uma conotação profunda de afetividade”. Nesse sentido, o (a) Assistente Social estabelece com o cliente uma participação conjunta, embasada na compreensão das singularidades de cada pessoa que busca ajuda, visando à construção de alternativas necessárias ao enfrentamento do Sofrimento Mental e busca pela resolução de conflitos e superação de eventuais casos de violência explícita ou implícita no que se refere às relações afetivas e relações objetivas do (a) cliente.

Utilizando-nos do Acolhimento e/ou Entrevista, podemos elaborar os primórdios de uma relação onde a *Palavra* torne evidente o Ser em suas múltiplas experiências. Ainda se, enquanto profissionais, nos libertarmos de uma posição hierárquica e de poder sobre a pessoa que busca ajuda, e ao contrário, construirmos um *Diálogo* enquanto trocas de processos vividos em experiências profissionais e pessoais, elaboraremos uma atmosfera de possibilidades e busca de alternativas no enfrentamento do Sofrimento Mental, priorizando as escolhas do (a) cliente, solidificando um *Encontro* que, através de um trabalho conjunto e afetivo, tem por objetivo a pessoa protagonista de sua própria transformação e compreensão de uma existência humana, e ainda no que diz respeito aos profissionais, que tais encontros se transformem em novos desafios e crescimento enquanto pessoa humana.

#### 4.7.2A Visita Domiciliar

Segundo Amaro (2003, p. 13) a Visita Domiciliar,

É uma prática profissional, investigativa ou de atendimento, realizada por um ou mais profissionais, junto ao indivíduo em seu próprio meio social ou familiar. No geral, a Visita Domiciliar, como intervenção, reúne pelo menos três técnicas para desenvolver: a observação, a entrevista e a história ou relato oral.

Deste modo, enfatizamos que a Visita Domiciliar trata de uma aproximação junto à pessoa em seu próprio meio social ou familiar, onde é possibilitada ao profissional a observação e apreensão da história, ou fragmentos da história, que compõem o cotidiano do (a) cliente.

Entendemos que no caso específico da experiência com o Sofrimento Mental, a Visita Domiciliar deve ter como horizonte a valorização que o (a) usuário propõe sobre seu ambiente significativo. Podemos citar como exemplo, quando uma Visita Domiciliar se estabelece no lar da pessoa em Sofrimento Mental, a observação deve se direcionar aos espaços da casa que o (a) usuário demonstra como essenciais no seu cotidiano, enfatizando-se as pessoas que convivem com ele (a) nesses espaços. Assim perguntamos: Quais momentos estão guardados nos porta-retratos? Que espécies de objetos criam o espaço significativo? Uma escrivaninha, um instrumento musical, um guarda-roupas? Um fogão? Livros, instrumentos esportivos ou panos? Todos estes ou o vazio de um colchão em meio a paredes vazias e amareladas? A quem ou a quê esta pessoa direciona seu afeto? Pessoas, animais, plantas ou objetos?

Afinal, tudo na visita FALA. A mobília da casa, assim como as FALAS e emoções manifestadas ou veladas dizem mensagens que devem ser observadas e consideradas na interpretação e análise que se desenvolverá a partir da visita. Nesse sentido, requer que o visitador oriente seus SENTIDOS para ouvir não apenas as palavras ditas, como as NÃO-DITAS. VER no movimento dos corpos, nos gesto realizados ou bloqueados, na tonalização ou silenciamento da voz, na queda das lágrimas, nas relações físicas de afeto e repulsa, o que esses atos-mensagens contam de medos, ciúmes, afetos, proteções e maus-tratos. (AMARO, 2003, p. 38).

Neste Encontro com o ambiente significativo do (a) usuário, o (a) profissional está participando do seu cotidiano e transpassando esse encontro para uma relação humanitária, buscando compreender seus valores, seus significados e a partir de tais aproximações, vislumbrarem conjuntamente quais os possíveis recursos afetivos, pessoais, comunitários, sociais, culturais e econômicos que possam auxiliar no processo de elaboração da experiência com o Sofrimento Mental, estabelecendo as possibilidades de esta pessoa emancipar-se, conquistando a liberdade.

Muitas vezes o fato de estar junto com o usuário, compartilhando de fragmentos de seu cotidiano, facilita a compreensão de suas dificuldades, favorece o clima de confiança e acaba por fortalecer o aspecto eminentemente humano da relação constituída. (AMARO, 2003, p. 17).

Temos como necessidade prévia da Visita Domiciliar, em situação de investigação sobre o Sofrimento Mental, a necessidade que se estabeleça um objetivo ou roteiro de Visita conjuntamente com o usuário. Entendemos que o (a) usuário é o “guia” da Visita, a ele (a) cabe ter um objetivo a compartilhar com o (a) visitador (a). Talvez a Visita se estenda a uma praça, praia ou rua em que ocorreu um fato marcante na vida da pessoa, ou simplesmente sua história esteja descrita nas páginas de um livro ou numa música que ele (a) deseje compartilhar com o (a) visitador (a). Isso requer do (a) profissional flexibilidade e principalmente a sensibilidade de se dispor à compreensão das possibilidades de significados humanos.

O problema é que nem sempre nossa razão e visão estão aptas a captar todas as relações, ações e significados que compõem o real do sujeito ou grupo que estamos dispostos a observar através da visita. Apesar de essa dificuldade constituir-se num fator complicador, ao mesmo tempo é ela mesma um fantástico desafio. Ela desafia constantemente nossa consciência a despojar-se de preconceitos e mitos; ao passo que nos provoca a olhar a realidade com curiosidade e espírito investigativo. (AMARO, 2003, p. 21).

Nesse sentido, enquanto profissionais privilegiados pela confiança do (a) usuário em dividir conosco seus significados de vida e de mundo, seu ambiente e seus conflitos, salientamos das palavras da autora acima citada, no que se refere a esse “fantástico desafio” de nos despojar de preconceitos e olhar a realidade dessas pessoas com relativa curiosidade. Acrescentamos que devemos buscar a compreensão sobre a realidade que nos torna evidente, compreendendo primeiramente que a aproximação com uma pessoa é um novo universo de possibilidades que se abre à nossa frente e, nesse sentido, a possibilidade de um novo processo de aprendizagem humanitária.

#### **4.7.3 O Trabalho em Grupos**

Conforme proposto na ação interventiva da Terapia Social e também, como projeto técnico-operacional do Serviço Social, trazemos o enfoque do trabalho em Grupos.

As autoras Afonso (2003), no texto “Metodologia de Trabalho com Grupos e sua utilização na área da Saúde”, esclarecem a respeito de cinco formas de organização de Grupos, enfatizando entretanto que as fronteiras entre esses grupos não são rígidas “pois se referem tanto a elementos como a processos”. São esses:

- a) Grupo Focal: Grupos que tem por objetivo apenas conhecer (e/ou pesquisar) as crenças, idéias e sentimentos de seus participantes.
- b) Grupos Sócio-Educativos: Grupos que tem por objetivo conhecer as crenças, idéias e sentimentos de seus participantes visando a sua reflexão, adaptação e/ou mudança, e estimulando novas aprendizagens, para o enfrentamento de uma dada problemática.
- c) Grupos Operativos: Grupos que tem por objetivo conhecer crenças, idéias e sentimentos de seus participantes visando a sua reflexão e mudança, estimulando novas aprendizagens dentro de sua realidade, enquanto realidade compartilhada no contexto sócio-cultural, bem como estimulando a operatividade, autonomia e mobilização dos participantes.
- d) Grupo Terapia: Grupos que trabalham sobre conflitos psíquicos de seus membros, considerando suas crenças, idéias e sentimentos, conscientes e inconscientes, visando a sua reflexão e mudança, estimulando a elaboração de problemas

psíquicos, emocionais e relacionais, buscando promover a mudança da problemática psíquica e/ou da própria estrutura psíquica de seus membros e ajudá-los a construir formas de lidar com suas angústias e conflitos psíquicos e relacionais.

Assim, dentre tal exposição sobre as possibilidades de organização de Grupos dada pelas autoras, propomos nesse estudo, no que se refere à ação interventiva do Serviço Social em Grupos no contexto de participantes que experienciam a realidade com o Sofrimento Mental, a ênfase no Grupo Focal.

Tal ênfase se explica pela constatação, já ressaltado ao longo deste trabalho, que vivenciamos uma contemporaneidade que guarda em si processos de transformação latentes e também em curso, como por exemplo, as relações de gênero, as formas de organização de famílias, as ciências e a cultura popular também. Acreditamos que as pessoas em Sofrimento Mental questionam as estruturas arcaicas de nossa sociedade e também as direções que tomam os valores sociais, buscando equacionar e legitimar suas escolhas sobre o modo de conviver consigo própria e com o mundo que a cerca, encerrada nas relações com Instituições sociais objetivas e sentimentos/emoções subjetivos. Acreditamos tratar-se de pessoas que não se alienaram na corrida cotidiana de consumo e superficialidade que caracterizam a sociedade atual, porém, na forma de Sofrimento Mental, demonstram uma forma legítima de inconformação ou ainda, o início de uma reflexão em relação ao instituído.

Pensamos que o Grupo que tenha como participantes tais pessoas, quando trabalhado como Grupo Focal, ou seja, tendo como objetivo conhecer e pesquisar sobre crenças, idéias e sentimentos de seus participantes, traz como consequência um rico material de crítica sobre as formas de lidar com as transformações societárias, em suas contradições e perspectivas, podendo se traduzir em uma possível legitimação de novas formas de se elaborar o cotidiano. Ainda sobre ao que se refere às características e formas de elaboração do Grupo Focal:

O trabalho se destina a coletar informações, por exemplo, para uma pesquisa ou para um futuro programa de saúde. O grupo provavelmente foi criado por uma demanda externa a ele. Não existe o objetivo assumido de mudança de idéias, crenças e sentimentos e muito menos de se trabalhar as relações entre participantes.

O grupo recebe um tema para discussão e a coordenação trabalha com um roteiro de perguntas, que ajuda a orientar a discussão. Podem ser usadas técnicas de dinamização da discussão, como a “tempestade cerebral”, frases inacabadas que os participantes completam, organização de turnos de falas entre as pessoas, organização de um quadro de idéias convergentes e divergentes a respeito do tema, letras de música ou trechos de crônicas. Mas a ênfase não é na dimensão educativa nem na dimensão clínica e sim na pesquisa. (AFONSO; 2003, p. 39)

Conforme salientado pelas autoras, o Grupo focal não se direciona ao objetivo Educativo; entretanto pensamos que a escolha sobre os temas, letras de músicas ou trechos literários já trazem embutidos em si uma perspectiva de visão de mundo a ser refletido, ao menos, ao que se referem aos dilemas, conflitos ou possibilidades escolhidos pelo (a) profissional para serem refletidos e questionados. Caberá à pesquisa perceber as diferentes reflexões à questão proposta e embora não direcione uma proposta educativa, simplesmente por não optar por uma direção de valor, o trabalho do Grupo Focal possibilita aos participantes um momento de reflexão, mesmo que individual, dando visibilidade aos conflitos e contradições que possivelmente encerram seus significativos, assim como as possibilidades e alternativas que muitas vezes estão camufladas ou esquecidas na vivência cotidiana e elaboração do Ser.

Ao longo desses três itens sobre as propostas interventivas para o Serviço Social na relação de ajuda com pessoas que experimentam o Sofrimento Mental, enfatizamos algumas questões que vieram sendo trabalhadas ao longo desse trabalho. Primeiramente, resgatando Basaglia (1985) como profissionais devemos estar conscientes de dois pontos: a) ao que se refere à nossa condição de agentes de coação empregados por um Estado ou mercado organizado e legitimado no exercício de poder; b) ao que se refere à nossa disponibilidade de fomentar nas pessoas que experimentam o Sofrimento Mental, sua agressividade para questionar as formas de submissão e violência ao qual são submetidas. Nesse sentido, percebemos tratar-se de uma reflexão de pessoa enquanto profissional, na escolha de sua visão de mundo, de qual proposta assumir. Segundo Míoto (2005), o (a) profissional deve primeiramente esboçar qual sua visão de Saúde, de Família antes de iniciar uma prática interventiva. Estendemos essa perspectiva a qualquer objeto de investigação ou intervenção. Fazem-se necessárias escolhas, e esse entendimento reflete a realidade de diferentes possibilidades, que traduzem não só a vida profissional como também a do usuário.

Entendendo tratar-se de um processo complexo, propomos como início, meio e fim: o RESPEITO às individualidades.

Finalizamos este item ressaltando a importância de todo o processo interventivo do (a) profissional ser orientado pela competência e pela ética profissional, primando pelas pesquisas, reflexões bibliográficas, elaboração de documentação processual como, por exemplo, os relatórios. Também ressaltamos como válido um acompanhamento de supervisão profissional qualificada com finalidade de assegurar um momento de reflexão conjunta e trocas de perspectivas sobre a questão do Sofrimento Mental.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho nos deparamos com uma realidade histórica não pouco inquietante. Como uma manifestação como a Loucura, que na Antigüidade encerrava a palavra de Deus, que experienciava a simplicidade das belezas da vida, que era inspirada pelo amor; passa – pelas transformações que concretizam o Capitalismo, a complexificação das cidades e o maniqueísmo de valores religiosos – a ser entendida como o mal, como problema, como doença.

Compreendemos que atualmente a Loucura, muitas vezes, não mais pode ser vivenciada senão na forma de Sofrimento Mental. Isso porque se trata da experiência de pessoas vítimas de violência, de exercício de poder “dos que empunham a faca contra os que se encontram sob sua lâmina” (BASAGLIA, 1985). Tais formas de violência ora se apresentam objetivamente, como ameaças ou concretização de morte física, agressões físicas, verbais ou subjetivas, enclausuramento; ora se apresentam tão sutilmente que não entendemos os motivos que levam ao Sofrimento Mental.

A partir de Pinel (séc. XVIII), as intervenções sobre a Loucura se deram na perspectiva da moralização, pela instituição de valores que passam a subsidiar a concretização do Modo de Produção Capitalista, como a família, a educação, a disciplina, o trabalho, etc. Quais as alternativas de escolhas para a pessoa que se expressa loucamente? Pela ideologia dominante existem duas: ou se conformar aos valores instituídos ou apodrecer em um manicômio.

Atualmente, conquistado o espaço para denúncias contra formas explícitas de violência contra os Loucos e ainda, sendo elaboradas novas e mais humanas formas de intervenção sobre a Loucura, e também sendo reivindicada a possibilidade das diferenças; temos como desafio refletir sobre os processos de violência implícitos que fomentam o Sofrimento Mental, nascido na não aceitação familiar, comunitária e social de formas diferenciadas de expressão, comunicação e relacionamentos.

Por essa reflexão nos detivemos nesse Trabalho de Conclusão de Curso em relação às questões como: Sexualidade; Educação e criação de filhos, Trabalho, a busca por ajuda

profissional no enfrentamento do Sofrimento Mental e a Religiosidade. No que se refere aos Grupos pesquisados, entendemos que:

- 1) O valor do trabalho é questionado principalmente no que se referem às relações humanas nele efetivadas, seja no exercício de poder institucional, nos vínculos competitivos entre profissionais ou ainda, em formas de violência resultantes da desigualdade social, como no exemplo citado de invasão de gangues em escolas de periferia.
- 2) No que se refere à Sexualidade percebemos que a liberalização de hábitos, valores e costumes não se encerram sem questionamentos. Embora a instituição do casamento e gestação de filhos esteja ainda solidificadamente estabelecidos em nossa sociedade, percebemos que suas contradições encerram decisões de desvencilhamento, seja de desejos pessoais ou ainda de convivência familiar, ora percorrendo caminhos de violência, ora submetidos a percursos de renúncias e submissão.
- 3) O considerável nível educacional (maioria dos participantes possui o Ensino Médio) concretiza realidades como: emprego no espaço público com renda familiar acima de dois salários mínimos e um baixo número de filhos (as) (média de dois por entrevistado (a)).
- 4) Sobre a Terapia Social percebemos que a minoria das pessoas entrevistadas efetivou um vínculo terapêutico por um período superior a um ano. Existe uma parcela significativa de pessoas que frequentam a Terapia social por algumas sessões e não mais voltam e ainda, um público flutuante, com frequência irregular. Também entendemos o espaço da Terapia Social como possibilitador de um atendimento onde as questões que fomentam o Sofrimento Mental podem ser elaboradas comunitariamente.

Ao que se refere às conformações dos Grupos pesquisados, entendemos que:

- 1) O Grupo Esmeralda como um conjunto de pessoas, na maior parte mulheres, onde a maioria busca maneiras de elaborar a vivência cotidiana preferencialmente em conformação com os valores instituídos hegemonicamente. Problematizam melhores formas de lidar com experiências no ambiente de trabalho, na maioria das vezes valorizando-o; buscam comunitariamente alternativas para lidar com a educação dos

filhos e relações matrimoniais. Trata-se de um Grupo que traz ênfase no recurso medicamentoso como solução possível ao enfrentamento do Sofrimento Mental.

- 2) O Grupo Ônix é um conjunto de pessoas, na maioria homens, onde são questionadas principalmente as relações hierárquicas do ambiente institucional da Polícia Militar; essas pessoas buscam equacionar o complexo objeto de intervenção da polícia e também onde encontramos significativas experiências com relação ao consumo de substâncias tóxicas como álcool e outras drogas. Por se tratar de um Grupo restrito a Policiais Militares e familiares dependentes, muitos dos participantes já se conhecem do ambiente de trabalho, dando ao Grupo um caráter mais amistoso. Percebemos neste Grupo relações mais tradicionais e também, um ambiente onde a morte está mais presente nos relatos dos participantes.
- 3) O Grupo Diamante é um conjunto de pessoas, onde a maioria vivencia as contradições e conflitos que encerram as posturas de mudanças e diferenças. Pessoas que em algum momento de suas vidas buscaram novos amores, novos investimentos financeiros, novas alternativas para educação dos (as) filhos (as), etc. Percebemos ser o Grupo mais questionador no que se refere aos valores instituídos, mesmo que tais questionamentos ainda pareçam estar em processos inconscientes, expressando-se apenas em atitudes.

Encerramos este processo de aprendizagem teórica e experimental afirmando que este nos enriquece e nos conscientiza sobre muitos aspectos da vivência cotidiana com o Sofrimento Mental. Conscientizamos-nos que o processo de estigmatização da Loucura, por vezes se concretiza tão sutilmente, que muitas pessoas entram e saem deste processo sem qualquer consciência do fato ocorrido, sobre suas causas e desdobramentos, e se consideram satisfeitas apenas por serem (re) adaptadas ao Modo de produção Capitalista. Ainda não conscientes, podem um dia ainda passarem da condição de dominados a de dominadores como um progresso na vida.

Os (as) Assistentes Sociais, sendo oportunizados (as) a orientar pessoas em Sofrimento Mental nos momentos de crise e dificuldades, têm como principal desafio a reflexão sobre tais processos junto ao (a) usuário (a). Trata-se de trazer à práxis interventiva uma reflexão conjunta que dinamize o potencial dessas pessoas como pessoas questionadoras, críticas, corajosas e promotoras de transformações. Consiste em entender também que muitas vezes a

violência se responde com violência. O que fazer então? Estabelecermos infinitamente relações pautadas na violência, pautadas na institucionalização, estigmatização e preconceito?

Tratamos de uma busca em direção à superação das aparências, do óbvio, das condições de objeto e de Outro, das funções de objeto na satisfação consumista.

Enquanto profissionais responsáveis elaborando relações afetivas e sinceras com pessoas em Sofrimento Mental, seremos conjuntamente partícipes de um momento histórico de transformação. Como cita Basaglia (1985, p. 101) “não sabemos ainda quais serão os próximos passos”, tantas ainda são as reflexões, proposições e escolhas a serem elaboradas. Entretanto, conscientemente poderemos valorizar nossas experiências e reciclar aquilo que não nos cabe mais, cada pessoa entendendo em seu Ser o que vale como que.

Esperamos profundamente que a Loucura seja novamente vislumbrada poeticamente, em sua simplicidade perante as belezas do mundo, em sua potencialidade em encerrar as palavras dos deuses, que a sociedade novamente lhe estenda uma coroa como uma rainha.

## 6 REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- \_\_\_\_\_. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- AFONSO, L. (Org.). **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. Belo Horizonte: Edições Campo Social, 2003.
- ALEXANDER, F.; SELESNICK, S. T. A Era moderna. In: \_\_\_\_\_. **História da psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente**. 2. ed. São Paulo: IBRASA, 1980. p. 206-239.
- ALVERGA, A. R. ; DIMENSTEIN, M. A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In: AMARANTE, P. D. C. (Coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**, 2. Rio de Janeiro: Nau, 2005. p. 45-66.
- ALVES, M. M. P. Vencer é preciso! Considerações sobre o universo masculino. In: LUCENA, M. I. G.; OLIVEIRA, F. (Org.). **Representações do masculino: mídia, literatura e sociedade**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2008. p. 225-237.
- AMARANTE, P.D. C. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P. D. C.(Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.
- AMARO, S. **Visita domiciliar: guia para uma abordagem complexa**. Porto Alegre: AGE, 2003.
- BARDINTER, E. **A identidade masculina**. Lisboa: ASA, 1996.
- BASAGLIA, F. **A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- BEAUVOIR, S. **O Segundo sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980
- BISNETO, J. A. Uma análise da prática do Serviço Social em Saúde Mental. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 82, p. 110-129, 2005.
- BORBA, J. Políticas de saúde e democracia: estratégias, impasses e contradições do movimento sanitário brasileiro. **Revista Katálysis**, Florianópolis, n.1, p. 19-28, jun. 1998.
- BRAVO, M.I.S. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/UFRJ, 1996.
- BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção a Saúde. In: CZERESNIA, D. ; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos , reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
- BUSSINGER, V. V. Fundamentos dos direitos humanos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 53, p. 9-4, mar. 1997.
- CANNON, W. Voodoo death. **American Anthropologist**, Washington, v. 44, n. 2, p. 169 – 181, 1942.

- CAPITALISMO. In: DICIONÁRIO de ciências sociais. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1986. p. 145.
- CECÍLIO, L. C. O. **As necessidades de saúde como conceito**. Estruturante na Luta pela integralidade e Equidade na Atenção à Saúde. Rio de Janeiro: ENSP, 2004. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br>>. Acesso em: 07 jul. 2005.
- CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. 4. ed. São Paulo: Ática, 1995.
- CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais** : Coletânea de Leis. Belo Horizonte: CRESS, 2004.
- DIONISIACO. In: DICIONÁRIO enciclopédico ilustrado veja Larousse. São Paulo: Abril, 2006. p. 864.
- EMBUSTEIRO. In: DICIONÁRIO enciclopédico ilustrado veja Larousse. São Paulo: Abril, 2006. p. 926.
- FIALHO, M. C. Admeto, Senhor da Casa Vazia, em *Alceste* de Eurípedes. In: LUCENA, M. I. G.; OLIVEIRA, F. (Org.). **Representações do masculino**: mídia, literatura e sociedade. Campinas, SP: Editora Alínea, 2008. p. 207-225.
- FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1987.
- FOUCAULT, M. **História da Loucura**: na Idade Classica. São Paulo: Perspectiva, 2007.
- FRAIMAN, A. P. **Coisas da idade**. São Paulo: Editora Gente, 1995.
- FUNCIONALISMO. In: DICIONARIO de ciências sociais. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1986. p. 503.
- FUNCK, S. B. Pedagogias do espaço doméstico: quartos para meninos e a construção de masculinidades. In: LUCENA, M. I. G.; OLIVEIRA, F. (Org.). **Representações do masculino**: mídia, literatura e sociedade. Campinas, SP: Editora Alínea, 2008. p. 55 – 67.
- GARBOGGINI, F. B. O metrossexual: um homem do terceiro tipo. In: LUCENA, M. I. G.; OLIVEIRA, F. (Org.). **Representações do masculino**: mídia, literatura e sociedade. Campinas, SP: Editora Alínea, 2008. p. 77-93.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GOLDANI, A. M. As Famílias brasileiras: mudanças e perspectivas. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 91, p. 7-22, 1994.
- KREIMER, C. J. **Él Váron Sagrado**: el surgimiento de una nueva masculinidad. Buenos Aires: Editorial Planeta, 1991.
- LANGDON, E. J. **A doença como experiência**: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. Disponível em: <<http://www.cfh.ufsc.br/~nessi/>>. Acesso em: 10 dez. 2006.
- LANGDON, E. J. A Morte e corpo dos Xamãs nas narrativas Siona. **Revista de Antropologia da USP**, São Paulo, v.38, n.2, p. 107-149, 1995.
- LAPLANTINE, F. **Aprender etnopsiquiatria**. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- LEFLAINE, G. **Reseñas**. Disponível em: <<http://www.ucm.es/~bucm>>. Acesso em : 15 out. 2008.
- LEX, B. W. Voodoo death: new thoughts on an old explanation. In: LANDY, D. (Org.). **Culture, Disease and Healing**. New York: MacMillan, 1977. p. 327 – 331.

A LOUCURA em Shakespeare e Freud. Disponível em :  
<[http://www.bernardojablonski.com/pdfs/graduacao/loucura\\_shakespeare\\_freud.pdf](http://www.bernardojablonski.com/pdfs/graduacao/loucura_shakespeare_freud.pdf)>  
Acesso em : 10 mar. 2008.

LUCENA, M. I. G. Discurso e gênero: uma questão de identidade. In: LUCENA, M. I. G.; OLIVEIRA, F. (Org.). **Representações do masculino: mídia, literatura e sociedade**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2008. p. 13-21.

MAFFESOLI, M. **A transfiguração do político: a tribalização do mundo**. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2005.

MAGAJEWSKI, F. R. L. **Seletividade estrutural e a construção do sistema único de saúde em Santa Catarina no período 1987 – 1990**. 1994. 238 f. Dissertação (Mestrado em Administração)- Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico. Florianópolis, 1994.

MEDO. In: *Dicionário de filosofia*. 5a. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007. p. 363 -375.

MINAYO, M. C. S. **Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde**. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

MIOTO, R. C. T. Cuidados sociais dirigidos à família e segmentos sociais vulneráveis. In: **CAPACITAÇÃO em serviço social e política social**, módulo 04. O Trabalho do Assistente Social e as Políticas Sociais. Brasília: UnB, 2000. p.211-224.

\_\_\_\_\_. *Família e política social*. Florianópolis, 2005. Mimeografado.

MIOTO, R. C. T ; NOGUEIRA , V. M. R. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde**. Formação Profissional e Trabalho. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, ABEPPS. 2006. Disponível em: <[www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/sumario.htm](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/sumario.htm)>. Acesso em: 11. Fev. 2009.

MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

NEWMAN, F. ; HOLZMAN, L. **Lev Vygotsky – cientista revolucionário**. São Paulo: Loyola, 2002.

NICHOLS, S. **Jung e o Tarô: uma jornada arquetípica**. São Paulo: Cultrix, 2007.

NIETZSCHE, F. **Crepúsculo dos ídolos, ou, como se filosofa com o martelo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

NOBRE DE MELO, A. L. **Introdução à psiquiatria**. Rio de Janeiro: Odeon, 1945.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, A. E. et al.(Org.). **Serviço Social e Saúde**. Formação Profissional e Trabalho. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, ABEPPS. Cortez, 2006. Disponível em: <[www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/sumario.htm](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/sumario.htm)>. Acesso em: 11 fev. 2009.

NORONHA, M. **Terapia social**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2007.

NOSOGRAFIA. In: *DICIONÁRIO enciclopédico ilustrado veja Larousse*. São Paulo: Abril, 2006. p.1867.

OLIVEIRA, A. M. D. C. M. Masculinidade e pós-modernidade: a imagem do homem e o fim das grandes narrativas. In: LUCENA, M. I. G.; OLIVEIRA, F. (Org.). **Representações**

- do masculino:** mídia, literatura e sociedade. Campinas, SP: Editora Alínea, 2008. p. 173-189.
- OLIVEIRA, P. P. **A construção social da masculinidade.** Belo Horizonte: UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ, 2004.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001:** saúde mental: nova concepção, nova esperança. Disponível em: <<http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2008.
- PÉLBART, P. P. **Da clausura do fora ao fora da clausura – loucura e desrazão.** São Paulo: Brasiliense, 1989.
- PENHA, R. M. **Loucura violentada:** a hospitalização como fonte de loucura e violência. São Paulo, 2006. Mimeografado.
- PEREIRA, I. C. G. Do ajustamento à intervenção da cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** 2. ed. São Paulo; Cortez, 2002. p.217-262.
- PEREIRA, P. A. P. Desafios contemporâneos para a sociedade e a família. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 48, p. 103-114, 1999.
- PIRES, V. L.; FERRAZ, M. M. S. Do machismo ao masculino: o vínculo das relações de gênero transformou o homem?. In: LUCENA, M. I. G.; OLIVEIRA, F. (Org.). **Representações do masculino:** mídia, literatura e sociedade. Campinas, SP: Editora Alínea, 2008. p. 23-39.
- PITONISA. In: DICIONÁRIO enciclopédico ilustrado veja Larousse. São Paulo: Abril, 2006. p.2064.
- POSITIVISMO. In: DICIONÁRIO de ciências sociais. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1986. p. 938.
- RAIJ, C. F. de M. Representações do masculino na tragédia Sêneca. In: LUCENA, M. I. G.; OLIVEIRA, F. (Org.). **Representações do masculino:** mídia, literatura e sociedade. Campinas, SP: Editora Alínea, 2008. p. 143-165.
- REVOLUÇÃO francesa. In: WIKIPÉDIA. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Teocentrismo>>. Acesso em: 10 dez. 2008.
- RITUAL. In: Dicionário do pensamento social do Século XX. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996. p. 673
- ROTELLI, F. ; LEONARDIS, O. ; MAURI, D. Desinstitucionalização: uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização** . São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-61.
- SANTOS, J. L. **O que é cultura.** São Paulo: Brasiliense, 2007.
- SCALVAZARA, F. **A operacionalização da reforma psiquiátrica brasileira – um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.** Dissertação de mestrado. Florianópolis. UFSC, 2006.
- SEN, A. K. **Desenvolvimento como liberdade.** São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- SILVA, T. T. **Teoria cultural e educação:** um vocabulário crítico. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

SOARES, J. C. R. S. **A Biomedicina em xeque**. Disponível em: <<http://www.uff.br/higienesocial/abiomedicinaemxeque.doc>>. Acesso em: 14 ago 2008.

SUBJETIVIDADE. In: Dicionário de filosofia. 5 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007. p. 1089.

SZASZ, T. S. **Ideologia e doença mental: ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem**. . Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

TABU. In: Dicionário de filosofia. 5 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007, p.1103-1104.

TEOCENTRISMO. In : WIKIPÉDIA. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Teocentrismo>>. Acesso em: 20 dez. 2008.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2. ed. São Paulo; Cortez, 2002.

VAZ, E. C. C. **Comunicação entre pessoas: relação de ajuda no serviço social**. Franca, SP: UNESP- FHDSS, 1998.

VIRMAUX, A. **Artoud e o teatro**. São Paulo: Perspectiva, 1990.

## APÊNDICE

Este questionário é parte da pesquisa para elaboração de Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social, da acadêmica Fabiana Capozzi, sob orientação da Profa. Dra. Eliéte Cipriano Vaz, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

A identidade dos participantes será mantida em sigilo.

### QUESTIONÁRIO<sup>1</sup>

1) Nome completo: \_\_\_\_\_

2) Sexo: F

3) Idade: \_\_\_\_\_

4) Estado civil: \_\_\_\_\_

5) Número de filhos: \_\_\_\_\_

6) Nível de escolaridade: \_\_\_\_\_

7) Ocupação Profissional: \_\_\_\_\_

8) Renda familiar: \_\_\_\_\_

9) Meio de transporte utilizado para o acesso à sessão de terapia:

carro próprio

Ônibus

Táxi

Outros \_\_\_\_\_

10) Casa:

Própria

Alugada

Cedida

---

<sup>1</sup> Para fins de preservar a identidade dos participantes, utilizaremos nomes fictícios.

11) Religião: \_\_\_\_\_

12) Mora com quem?

Cônjuge

Companheiro (a)

Filho (os)

Pais

Amigo (s)

Outros (especificar) \_\_\_\_\_

13) Quando iniciou tratamento na Terapia Social?

1 a 6 meses

7 meses a 1 ano

2 anos a 3 anos

4 anos a 6 anos

Mais de 7 anos

Autorizo a acadêmica Fabiana Capozzi a utilizar essas informações em Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social, pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_