

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



“A Produção de Sintomas como Silenciamento da Violência”

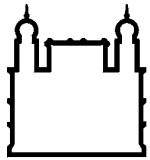
por

Marco Aurelio Soares Jorge

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na
área de Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Cecília de Souza Minayo

Rio de Janeiro, junho de 2009.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta tese, intitulada

“A Produção de Sintomas como Silenciamento da Violência”

apresentada por

Marco Aurelio Soares Jorge

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Cristina Mair Barros Rauter

Prof. Dr. Alexandre Abranches Jordão

Prof. Dr. Sergio Alarcon

Prof.^a Dr.^a Joviana Quintes Avanci

Prof.^a Dr.^a Maria Cecília de Souza Minayo – Orientadora

Tese defendida e aprovada em 16 de junho de 2009.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

J82 Jorge, Marco Aurelio Soares
A produção de sintomas como silenciamento da violência. / Marco
Aurelio Soares Jorge.-- Rio de Janeiro: s.n., 2009.
150 f., il., graf., mapas

Orientadora: Minayo, Maria Cecília de Sousa
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2009

1.Centros de Saúde. 2. Violência-psicologia.
3.Sintomas Psíquicos. 4. Psicanálise. 5. Psicoterapia de Grupo.
6.Promoção da Saúde. 7.Relações Profissional-Paciente. I. Título.

CDD - 22.ed. -303.6

“Ouve-me, ouve o meu silêncio. O que falo nunca é o que falo e sim outra coisa. Capta essa outra coisa de que na verdade falo porque eu mesma não posso”.(Clarice Lispector)

Aos meus pacientes, razão do meu trabalho.
Aos meus filhos Maria Clara, Marcelo e
Breno, razão da minha existência.

Agradecimentos

À Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, por me acolher como servidor, professor e aluno.

À Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, em nome de seu diretor André Malhão e da atual diretora recém eleita Isabel Brasil, por ser uma instituição séria, que respeita e promove o seu conjunto de trabalhadores e apóia toda iniciativa que possa trazer benefícios e qualidade para o ensino em saúde no país.

Aos colegas do Laboratório de Atenção à Saúde (Laborat), pelo companheirismo, apoio e por entenderem toda a trajetória árdua que é necessária quando se opta pelo trabalho de docência e pesquisa em saúde no Brasil.

Aos amigos do Grupo de Trabalho em Saúde Mental (GTSM): Pilar Belmonte, Cecília Carvalho, Melissa Marsden, Daniel Groisman e Nina Soalheiro, por segurarem a “barra” do nosso trabalho enquanto estive afastado.

À Ana Miranda que me auxiliou de maneira brilhante nas correções dos erros do meu português ruim.

À grande amiga e irmã Pilar Belmonte, pela amizade, pelo apoio nos momentos difíceis do trabalho e por todas as sugestões e palpites tão imprescindíveis nas horas críticas, nas quais o pensamento fica travado.

Ao amigo Sérgio Alarcon, um ser iluminado, por ter sempre acompanhado o meu trabalho, pelas sugestões tão pertinentes e toda a sua boa percepção filosófica do que é “ser humano”.

À Melissa Marsden (mais uma vez) e Renata Lima Leite Teixeira (que agora é mestra), estagiárias que me selecionaram para trabalhar com elas e acreditaram em meus

delírios e compartilharam todo o esforço para a construção do projeto do Prapav (que só aconteceu nos nossos delírios).

Às estagiárias que participaram do Grupo Terapêutico Alessandra, Carolina e Natacha porque juntos aprendemos tudo o que as pacientes puderam nos ensinar.

A todas as pacientes do Grupo Terapêutico, que deram sentido ao meu trabalho.

Aos meus pais Jamil (*in memoriam*) e Lenyra, por tudo que me ensinaram da vida. Aos meus irmãos Bebeth, Titina, Ana, Xande e Sandrinha, pela alegria da família que construímos.

À minha orientadora Cecília Minayo, por sua sabedoria não apenas como profissional, mas por sua sabedoria de vida. Soube ser carinhosa e rigorosa nas horas precisas. Soube me impulsionar com suas mãos firmes e afáveis. Sinto-me um privilegiado por ela ter me acompanhado nessa minha odisséia, muitas vezes transformando a aridez do tema em gratificação e prazer. Pude aprender bastante e admirá-la mais do que nunca.

Aos meus filhos Maria Clara, Marcelo e Breno, alegria de minha vida, com quem sempre aprendi a fazer perguntas simples. Não sei se o mundo era tão bom, mas ele foi ficando à medida que vocês foram chegando.

À Vilma, que me ensinou a nunca desistir. Agradeço todo o seu amor, carinho, apoio e toda a “energia positiva” que pôde me proporcionar durante esse tempo, sem nada ser cobrado. Agradeço também por ter suportado os afastamentos necessários para o meu estudo. Mas a minha maior gratidão é por ela fazer parte de minha vida.

Resumo

O objeto desta tese é o estudo das relações existentes entre o processo de produção de sintomas e adoecimento e as condições de violência que afetam pacientes atendidos em um serviço público de saúde. Articulando os campos do psicológico e biológico com os campos do social ou das relações intersubjetivas, busca-se uma compreensão de como as situações vivenciadas nas esferas sociais ou intersubjetivas se apresentam inscritas no corpo através de sintomas físicos ou psíquicos.

O afazer empírico que fundamenta este trabalho constitui-se em sessões de Psicoterapia de Grupo oferecidas a pacientes de um Centro de Saúde diagnosticadas como poliqueixosas ou com sintomas difusos e que, em princípio, vinham buscar nessa Unidade apenas o alívio para suas dores físicas ou psíquicas.

Nos encontros de Psicoterapia de Grupo surgiam relatos em que sentimentos de medo e insegurança eram relevantes e apareciam associados a situações de violência vivenciadas na condução de suas vidas. Foi possível constatar que a busca de tratamento por parte das pacientes foi motivada por queixas clínicas, mas o contexto de sua elaboração era constituído por um mal estar em que medo e insegurança tinham lugar especial, sendo sempre desencadeados por situações de violência sofridas, especialmente a violência intrafamiliar e as violências relacionadas ao narcotráfico e à ação policial.

O material primário ou empírico utilizado na presente pesquisa é constituído por fragmentos de discursos – a partir das sessões de terapia grupal - das pacientes atendidas.

Desta forma, esta pesquisa constituiu-se numa pesquisa-ação, em que houve não apenas um espaço de escuta, mas também uma contribuição coletiva do grupo para que as pacientes pudessem buscar seu fortalecimento pessoal, promovendo algumas transformações necessárias para que encarassem a vida com menos sofrimento e dor.

Recusando qualquer proposta teórica que circunscreva o processo de adoecimento apenas ao contexto orgânico ou fisiológico, busquei ter uma compreensão ampliada que fosse possível incluir não apenas os aspectos subjetivos, mas também as condições sociais e da vida em grupos. A não redução das ações do campo da saúde às concepções do binômio queixa-tratamento traz, como conseqüências, a emergência da multiplicidade de determinantes da saúde, sua concepção como processo e para a complexidade das relações entre os técnicos, gestores e usuários dos serviços de saúde. Dessa forma, busco discutir a possibilidade de se constituir uma clínica política que amplie a compreensão dos processos de adoecimento com a inclusão de fatores sociais.

O trabalho é constituído de quatro capítulos. O Capítulo I versa sobre a construção da hipótese do trabalho, onde também descrevo minha trajetória profissional, que determinou a escolha do objeto de estudo e a etnografia da construção do Grupo Terapêutico. O Capítulo II trata de considerações teórico-conceituais e nele conceituo o problema em estudo. O Capítulo III constitui um capítulo de metodologia da pesquisa, no qual defino o marco teórico da pesquisa e do grupo e também as suas operacionalizações. O último capítulo versa sobre as conclusões, quando procuro elaborar uma discussão sobre a produção de sintomas pelo silenciamento da violência.

Abstract

The object of this thesis is the relationship between the study of the production of symptoms' process, illness and the conditions of violence that affect patients in a public health service. Linking the psychological, biological and social fields and also the intersubjective relations, we try to understand how the situations experienced in the intersubjective or in social spheres have been shown into the body through physical or psychological symptoms.

This work is based on empirical issue which are the sessions of the Psychotherapy Group that are offered to patients at a Health Center. These patients had several complaints or diffuse symptoms and came to this Health Center looking for a relief to their physical or mental pain .

In the Psychotherapy Group sessions, there were reports about feelings of fear and insecurity which were relevant and appeared linked to situations of violence experienced in patient's life. It was possible that the search for treatment by the patients was based on clinical symptoms, but the context of their preparation was made by a distemper in which fear and insecurity had a special place, and triggered by situations of violence, especially intrafamiliar violence related to drug trafficking and police.

The empirical material used in this research consists on fragments of speech from the sessions of the Psychotherapy Group .

Thus, this research is an action research, in which there was not only a space of listening, but also a collective contribution from the whole group so each patient could get his personal empowerment, promoting transformations to his own life and seeing life with less suffering and pain.

Denying any theoretical proposal that limits the disease to a organic or physiological context, I try to have a lengthened understanding by including not only the

subjective aspects, but also the social conditions and life in groups. By not reducing the health actions into a binomial “complaint-handling” the resulted are the multiplicity of health determinants, and its conception as a process and the complexity between the relationship of the technicians, managers and users of health services. Thus, I attempt to discuss the possibility to build up a policy clinical that expands the understanding of disease processes with the inclusion of social factors.

The work consists of four chapters. Chapter I deal with the construction of the hypothesis of the study, which also describes my professional career that determined the choice of object of study and ethnography of the construction of the therapeutic group. Chapter II is a theoretical and conceptual part in which I introduce the matter of this study. Chapter III is a chapter of the methodology research in which is defined the theoretical framework of this research and the group and also their operational work The last chapter introduces the conclusions that I develop into a discussion on the production of symptoms by the silencing of violence.

Sumário

I CAPÍTULO I - ANTECEDENTES.....	15
1 Introdução	15
1.A- A Hipótese	17
I.1.B- Justificativa para a escolha do objeto: minha trajetória.....	19
2 Etnografia da Construção de um Grupo Terapêutico num Centro de Saúde.....	24
2.A- Sucessivos fracassos ao introduzir um grupo terapêutico num modelo biomédico.....	24
2.B- O momento intermediário de parceria com o Programa de Saúde da Família (PSF).....	30
2.C- Por fim, o Grupo!	32
II CAPÍTULO II - CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-CONCEITUAIS.....	35
1 Conceitualização do problema de estudo.....	35
III CAPÍTULO III – METODOLOGIA E OPERACIONALIZAÇÃO.....	68
1 Introdução.....	68
1.A- Contextualização do Grupo Terapêutico e da Pesquisa.....	68
2 Marco teórico-metodológico do Grupo e da Pesquisa.....	71
3 Operacionalização do Grupo Terapêutico.....	72
4 Operacionalização da Pesquisa.....	80

IV CAPÍTULO IV - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	83
1 Desenvolvimento do Grupo Terapêutico.....	83
2 A produção de sintomas pelo silenciamento da violência.....	103
V CONCLUSÕES.....	116
1 Por uma Clínica Política.....	116
2 Reflexões Finais.....	120
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	124
VII- ANEXOS.....	134

“O poder só é efetivado enquanto a palavra e o ato não se divorciam, quando as palavras não são vazias e os atos não são brutais, quando as palavras não são empregadas para velar intenções, mas para revelar realidades, e os atos não são usados para violar e destruir, mas para criar relações e realidades”.

Hannah Arendt, **A Condição Humana**, 2004, p. 212.

"Ninguém que se tenha dedicado a pensar a história e a política pode permanecer alheio ao enorme papel que a violência sempre desempenhou nos negócios humanos, e, à primeira vista, é surpreendente que a violência tenha sido raramente escolhida como objeto de consideração especial. (Na última edição da Enciclopédia de Ciências Sociais, a ‘violência’ nem sequer merece menção). Isto indica o quanto a violência e sua arbitrariedade foram consideradas corriqueiras e, portanto, negligenciadas; ninguém questiona ou examina o que é óbvio para todos. Aqueles que viram apenas violência nos assuntos humanos, convencidos de que eles eram ‘sempre fortuitos, nem sérios nem precisos’ (...), ou de que Deus sempre esteve com os maiores batalhões, nada mais tinham a dizer a respeito da violência ou da história. Quem quer que tenha procurado alguma forma de sentido nos registros do passado viu-se quase obrigado a enxergar a violência como um fenômeno marginal."

Hannah Arendt. **Sobre a Violência**, 1994, p.23.

I. CAPÍTULO I - ANTECEDENTES

1. Introdução

O objeto desta tese é o estudo das relações existentes entre o processo de produção de sintomas e adoecimento e as condições de violência que afetam pacientes atendidos em um serviço público de saúde. Articulando os campos do psicológico e biológico com os campos do social ou das relações intersubjetivas, busquei compreender como as situações vivenciadas nas esferas sociais ou intersubjetivas se apresentam inscritas no corpo por intermédio de sintomas físicos ou psíquicos.

O afazer empírico que fundamenta este trabalho constituiu-se num conjunto de sessões de psicoterapia de grupo oferecidas a pacientes de um Centro de Saúde que eram diagnosticadas como poliqueixosas ou com sintomas difusos e que, em princípio, vinham buscar nessa Unidade apenas o alívio para suas dores físicas ou psíquicas. Decidimos convidar essas pessoas para participarem de um grupo de psicoterapia no qual a possibilidade de narrativa de sua situação e da interação e troca entre elas próprias tornasse possível um espaço de compreensão e transformação nas formas de lidar com seus problemas.

Apesar de não ter sido predeterminado por nenhum requisito, o enfoque da pesquisa se voltou para a figura da mulher por ser ela que mais frequentemente busca auxílio nos serviços ambulatoriais de saúde.

Nos encontros de terapia de grupo, onde havia discussões de problemas de saúde, surgiam relatos em que sentimentos de medo e insegurança eram relevantes e apareciam associados a situações de violência vivenciadas na condução de suas vidas, seja em âmbito privado ou a partir de episódios de domínio público. O que as reflexões desse grupo terapêutico trouxeram de novo foi o fato de que a busca de tratamento das pacientes estava motivada por queixas clínicas, mas o contexto de sua elaboração era constituído por um mal estar em que medo e insegurança tinham lugar especial, sendo sempre desencadeados

por situações de violência sofridas. E durante o processo terapêutico foi possível estabelecer a correlação dos sintomas iniciais que motivaram a demanda de ajuda no Centro de Saúde com as situações de violência vividas que apareciam em seus relatos.

Em meu trabalho e, mais ainda com a experiência acumulada, parto da premissa de que o processo de produção de sintomas está relacionado com o silenciamento da violência. Apesar de, em nenhum momento, ter sido solicitado às pacientes do grupo que relatassem acerca de suas vivências de violência, essa era uma temática constante nas sessões de grupo, pois os sentimentos de medo e de insegurança estavam sempre relacionados a situações de violência, especialmente a violência intrafamiliar e as violências relacionadas ao narcotráfico e à ação policial.

Recusando qualquer proposta teórica que circunscreva o processo de adoecimento apenas ao contexto orgânico ou fisiológico, sempre busquei ter uma compreensão ampliada que fosse possível incluir não apenas os aspectos subjetivos, mas também as condições sociais e da vida em grupos. Essa aproximação das vivências de sofrimentos psíquicos e somáticos com situações de vida coletiva me desafiou a procurar pesquisar sobre como essa correlação se estabelece.

Cabe pensar também até que ponto é possível falar do silenciamento, representar o impensável, dar coerência ao caótico e qual pode ser o papel da história individual ou coletiva nesse contexto da sociedade de respostas rápidas e soluções provisórias.

A possibilidade de a pesquisa ser desenvolvida a partir da minha prática e vivência clínica me coloca em uma condição de extrema implicação, pois os papéis de terapeuta e pesquisador não se separam. Desta forma, esta pesquisa constituiu-se numa espécie de pesquisa-ação, em que houve não apenas um espaço de escuta, mas também uma contribuição coletiva do grupo para que as pacientes pudessem buscar seu fortalecimento pessoal, promovendo algumas transformações necessárias para que encarassem a vida com menos sofrimento e dor. A ajuda mútua oferecida pelo grupo visou a que essas mulheres pudessem ter mais força para “escrever suas histórias de vida”, como foi dito por uma delas.

1.A- A Hipótese

Quando uma pessoa busca o auxílio de um serviço de saúde, em um primeiro momento ela relata seu mal estar, demandando do profissional de saúde o alívio para suas dores e sofrimentos. Muitas vezes o procedimento comum e automático das equipes é a indicação de uma terapêutica que, geralmente, se restringe à prescrição de medicamentos. Essa forma de resposta à demanda do paciente é uma afirmação de que o que não está funcionando bem é a fisiologia do organismo, cabendo assim realizar alguns ajustes para que o equilíbrio retorne, o que deve ser alcançado com a supressão das doenças. Esse quase monopólio do modelo médico e biomédico tende a aceitar a relação de doença com o social apenas como uma faceta na produção das enfermidades. Como consequência, as práticas assistenciais continuam se restringindo aos modelos tradicionais, apesar de ser estabelecido o conceito ampliado de saúde na Constituição Brasileira em seu artigo 196, regulamentado pela lei nº 8080/90, que formula o Sistema Único de Saúde. Com a nova Constituição, o direito a saúde é então promovido à categoria de direito subjetivo público, havendo o reconhecimento de que o sujeito é o detentor e o Estado o seu devedor. Compete ao Estado garantir a saúde da coletividade e dos cidadãos, além de ser óbvio que o sujeito deve ter também responsabilidades próprias de cuidar de sua saúde e contribuir para a promoção da saúde coletiva. Tal conceito de saúde considera os fatores determinantes e fatores variáveis (alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, renda, trabalho, educação, lazer etc.), cabendo aos órgãos do Sistema Único de Saúde identificar os fatos sociais e ambientais que provocam enfermidades e desequilíbrios e, ao Governo, traçar políticas públicas condizentes com a elevação das condições de vida da população. A partir da Constituição de 1988, o enfoque epidemiológico do conceito de saúde-doença, que privilegia o estudo de fatores sociais, ambientais, econômicos, educacionais que podem gerar a enfermidade passou a integrar o direito à saúde.

Apesar dos dispositivos constitucionais e da Lei Orgânica da Saúde, podemos afirmar que a prática clínica não mudou, pois não houve alterações significativas nem nas formas de abordagem dos problemas de saúde e nem no paradigma do modelo biomédico.

Assim, partindo do pressuposto de que o silenciamento da violência produz sintomas, posso afirmar que os procedimentos de saúde que levam em conta apenas os aspectos orgânicos reforçam esse silenciamento. Portanto, nesse processo há um duplo silenciamento; primeiro na produção de sintomas e, posteriormente, por meio dos procedimentos médicos tradicionais que limitam a clínica apenas à supressão desses sintomas.

Segundo Minayo (2004) a violência não é objeto próprio do setor saúde, sendo antes de tudo uma questão social. Ela se torna parte desse campo pelo impacto que provoca na qualidade de vida da população e pela concepção ampliada de saúde. As relações entre violência e produção de sintomas foram confirmadas em trabalhos de Almeida (2008) quando estudou o quadro de dor crônica de mulheres com as condições de violência física e sexual. Ela assim relata:

Neste estudo, parto do pressuposto de que mulheres vítimas de violência podem desenvolver um processo de somatização em que a dor aparece como uma das queixas principais. Esses achados foram confirmados pelos resultados de uma pesquisa realizada por mim mesma, no ano de 2000, quando encontrei altos índices de históricos de violência em pacientes com queixas de dor crônica. Mais de 90% das pacientes investigadas haviam sofrido violência verbal e física, entre moderada e severa, e quase a metade, 46,2%, haviam sido vítimas de agressão sexual durante a vida (2008, p. 19).

No trabalho com terapia de grupo busquei conhecer e relacionar os determinantes sociais e familiares com as queixas físicas ou psicológicas.

Os grupos terapêuticos, propiciando espaços de encontros e possibilidades de fala e escuta e, assim, coletivizando o sofrimento individual, certamente contribuem para que as experiências de violência possam ter significados e sentidos na vida das pessoas que deles participam, proporcionando possíveis mudanças, enfrentamentos e transformações qualitativas.

A importância do trabalho em grupo está fundamentada na crítica a uma concepção de subjetividade relacionada à noção de identidade individual. No viés explicativo de caráter individualista pratica-se uma clínica intimista que tem, entre seus vários efeitos danosos, o de reproduzir a dissociação entre individual e social. Essa lógica remete o

indivíduo a buscar "dentro de si" as causas de seus sofrimentos. Assim, ele é o ponto de chegada e o ponto de partida de suas angústias e dores, como se estivesse em sua mente ou em seu corpo a causa e a cura das dores.

Tendo recebido minha formação clínica em um contexto grupalista, toda minha vivência tem apontado no sentido de problematizar a questão que é comumente pautada na concepção de indivíduo *versus* sociedade, e conseqüentemente, de psicologismo *versus* sociologismo. Assim, o grupo se impõe como uma tentativa de romper com essas dicotomias, não apenas se colocando em um lugar intermediário entre o individual e o social, ou entre o sujeito e o coletivo, mas compreendendo o grupo como um dispositivo, como aquilo que possibilita o funcionamento dos modos de subjetivação, como afirma Regina Benevides de Barros:

Máquina de decomposição de verdades, de concepções tomadas como naturais e universais, o grupo pode acionar confrontos entre expressões de modo-indivíduo vigente. Ao tomar os enunciados como remetendo não a sujeitos individuais, mas a coletivos, ao percorrer os caminhos maquínicos do desejo que não se esgotam nas vivências individualizadas, o grupo dispara desconstruções dos territórios enclausurantes da subjetividade. Entrar em contato com as multiplicidades que flutuam, não almejando equilíbrios, mas invenção de bifurcações de um tempo que é maquínico – tempo de intensidades -, eis a via política de nosso paradigma (Barros, 2007, p. 325).

1.B- Justificativa para a escolha do objeto: minha trajetória

Minha opção por trabalhar com a Saúde Mental se deu pelo interesse em conhecer o ser humano numa dimensão que pudesse transcender à visão meramente biologicista e reducionista que me foi transmitida na época dos meus estudos universitários. Comecei a aprender Psiquiatria durante o período de internato no curso de medicina. Naquele ano, pude conhecer a precariedade na assistência em saúde mental.

Depois de graduado em medicina, trabalhei como bolsista no Centro Psiquiátrico Pedro II do Ministério da Saúde, em 1978. As péssimas condições de assistência, os maus tratos impingidos aos pacientes e a falta de humanização na assistência desencadearam um movimento de críticas e protestos por parte dos novos profissionais que ingressavam nos serviços. Foi o repúdio às condições carcerárias e desumanas presentes nos hospitais

psiquiátricos que sensibilizou os novos profissionais e sua união se transformou no Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental do Rio de Janeiro. Ter participado desse movimento me impulsionou fortemente na busca de uma atenção à saúde especialmente promotora de saúde mental e não apenas supressora de doenças.

Quando comecei minha carreira e participei do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, o que existia em psiquiatria na verdade era a “supressão de doentes” através da sua exclusão e de seu isolamento em grandes manicômios, nos quais a única possibilidade de alta seria provavelmente pelo caminho do óbito.

Os conhecimentos da Psicanálise e da Socioanálise adquiridos no Curso de formação do Instituto Brasileiro de Psicanálise, Grupos e Instituições (IBRAPSI) me foram úteis para corroborar a certeza de que o campo da luta por um modelo de assistência em saúde se dá principalmente no campo da clínica: na atenção a nossos pacientes. Mas para se pensar nessa micro-política transformadora seria necessário, também constituir uma clínica do sujeito, atravessada pelas diversas forças: subjetivas, familiares, institucionais, sociais e políticas. Ter participado do Simpósio Internacional de Psicanálise, Grupos e Instituições em 1978 me fez entrar em contato com palestrantes como Franco Basaglia, Erving Goffman, Shere Hite, Felix Guattari, Gregório Barenblitt e Sérgio Arouca, entre outros. Esses autores me auxiliaram muitíssimo nas reflexões que vinha exercitando, tanto naquela época como nos dias atuais, em que escrevo esta tese.

Os novos ares da democratização do país - depois de uma ditadura militar que durava mais de 15 anos àquela altura - começavam a chegar também à assistência em saúde mental. Em março de 1982, no meu trabalho como coordenador no Hospital Jurandyr Manfredini (HJM), acreditava que o ambulatório seria o espaço privilegiado para se contrapor uma atenção humanizada ao modelo manicomial. Mas essa crença se diluiu com a percepção de que este, na verdade, pelas condições gerais existentes, facilmente se transformava no prolongamento do hospício. Qualquer modelo transformador deveria implicar em mudanças mais radicais.

Já no Pronto Socorro do Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), em 1989, pude perceber que havia uma diferença marcante entre os pacientes de várias internações e os

que eram internados pela primeira vez na sua vida. A vinculação com a família, a fala sobre o adoecimento, a forma como buscavam ajuda, mostrava que tanto os parentes como os pacientes de várias internações reproduziam um discurso capturado da instituição psiquiátrica. Essa percepção me motivou a elaborar um projeto para a realização de um serviço diferenciado, substitutivo à internação, para pacientes com quadro agudo de transtorno psicótico ou neurótico grave que buscavam ajuda pela primeira vez, sem nunca terem sido alvos de internação. O fato de poder criar um dispositivo de atenção diária em saúde mental para pacientes agudos sem história de internação anterior me trouxe muito orgulho, satisfação pessoal e profissional, pois podendo coordenar um serviço criado por mim, foi possível concretizar minhas idéias e desenvolver um trabalho não apenas clínico ou de planejamento e gestão, mas também um trabalho político, sabendo que a política de saúde mental se faz no campo da prática clínica. Nesse lugar eu pude realmente me contrapor ao modelo asilar, segregador e violento da psiquiatria hospitalocêntrica. Assim, a clínica desenvolvida na Casa D'Engenho era de grande consistência política. Foi criado um modelo e uma prática que, por sua vez, sofreu enfrentamento, administrado dia a dia, minuto a minuto, a partir de várias estratégias criadas (Jorge, 1997).

O convite para ingressar na Equipe Clínico-Jurídica do Grupo Tortura Nunca Mais do Rio de Janeiro, em 1999, foi um fato importante para mim. Através de oficinas sobre Clínica e Direitos Humanos, a equipe se propunha a capacitar estudantes e profissionais de saúde e de saúde mental que se deparavam com situações da violência do Estado. A inserção no trabalho proporcionou-me a ampliação da minha visão crítica acerca da história do homem e a construção de nossa sociedade. Integrando este grupo, foi possível compreender que a violência perpetrada por um Estado ditatorial, como ocorreu no Brasil e em outros países vizinhos, não acabou, apenas se modificou. Ou seja, o Estado ainda continua violento, mas a violência exercida hoje é direcionada a outros atores sociais. O ativista de esquerda, alvo da violência durante o período ditatorial porque acreditava num mundo dividido em capitalismo e comunismo, foi substituído pelos pobres, pelos negros, pelos jovens das periferias urbanas. Na verdade, não houve uma substituição, mas a relevância social dos primeiros na época da ditadura havia retirado o foco do alvo de sempre: pessoas de baixa renda, sobretudo homens. Wieviorka discorre sobre esse novo paradigma da violência:

O que nos permite precisar a idéia de um novo paradigma da violência: é que esta deve ser efetivamente abordada, doravante, com conceitos que não podem mais ser os do mundo bipolar, nem os de um mundo onde a economia permitia pensar diretamente as relações internacionais em termos de dominação e de exploração, ou da modernização mais ou menos avançada. Ela deve ser apreendida através de uma de suas novidades radicais: o fato de ser ao mesmo tempo globalizada, posto que relativa a fenômenos planetários, e localizada; geral, e, para utilizar o termo de Hans Magnus Enzensberger (1995), molecular: ela própria mundializada, e fragmentada ou eclodida. (...) Esse caráter singular da violência contemporânea nos obriga a refletir ainda mais, indo de um extremo, sócio-histórico, a outro, centrado na pessoa. A violência nos interroga, não porque, mais do que em outros momentos, caminharíamos para o caos generalizado, ou porque, mais do que em outros momentos estaríamos mergulhados na incerteza crescente do pós Guerra Fria, mas porque devemos aprender a concebê-la de outra forma, com a mais viva consciência de uma nova situação histórica e política (Wieviorka, 1997, p. 28).

A importância deste relato sobre minha trajetória profissional é evidenciar a maneira com que fui elaborando meu interesse por essa temática, formulando perguntas e buscando respostas teóricas e práticas.

Durante os anos em que trabalhei no hospital, todo o meu empenho se direcionou ao enfrentamento da violência institucional, atuando no desmonte do aparato manicomial e, junto com outros, criando estratégias de intervenção que pudessem promover a cidadania e as garantias dos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais e seus familiares. Atualmente, penso que esse aspecto é apenas mais um que emerge de uma complexa questão que está colocada no campo de interseção entre Violência e Poder. Minhas reflexões sobre a prática me autorizam a dizer hoje que a violência se manifesta em todos os aspectos da vida do ser humano: desde o foro de sua subjetividade até as questões que afetam o mundo global, como é o caso das guerras que persistem, malgrado todo o esforço da sociedade para ser mais civilizada.

Foram as conclusões que aqui descrevi que me levaram, em 2003, a iniciar a construção de um trabalho de Psicoterapia de Grupo com pacientes no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no Rio de Janeiro. Quando busquei esse novo desafio, estava tomado pelo incômodo de observar e constatar que o mesmo aparato da violência continua presente, apenas o alvo da repressão não é mais o jovem subversivo, mas as populações pobres, moradoras das periferias nos grandes centros urbanos, desprovidas ou mal servidas na área da habitação, do trabalho, da assistência à saúde e da educação. Constatei, sobretudo, que nos espaços urbanos onde

muitos desses pacientes vivem não há liberdade de ir e vir e as normas de vida não fazem parte de um consenso coletivo. A lei que vigora ou é a de marginais que utilizam o espaço da comunidade para o exercício impune da criminalidade ou é a do poder público, que só se apresenta para reprimir e provocar mais desordem do que ordem e paz.

Assumindo criar os grupos de psicoterapia, coloquei-me algumas perguntas: o que leva uma pessoa a procurar ajuda em um serviço público de saúde, com queixas de nervosismo, irritabilidade, tristeza etc? A produção de tais sintomas estaria relacionada com as situações de violência vivenciadas? É possível pensar e construir uma clínica ampliada que inclua em sua pauta as questões de violência?

Diante destas perguntas e muitas outras que surgem quando tentamos responder algumas delas busquei, então, aprofundar o estudo acerca da violência e suas relações com a saúde mental, sua participação no processo de adoecimento individual e na produção dos sintomas. Outro aspecto importante é a de pensar na constituição de uma clínica que possa trazer para os profissionais de saúde mais visibilidade dos fatores sociais e subjetivos presentes no processo de adoecimento.

Isso tudo me levou a buscar no desenvolvimento desta tese as respostas destas questões e os possíveis desdobramentos em novas perguntas, pois é assim que se move o homem, é assim que podemos perpetuar nossas vidas.

2. Etnografia da Construção de um Grupo Terapêutico num Centro de Saúde

2.A- Sucessivos fracassos ao introduzir um grupo terapêutico num modelo biomédico

Em maio de 2003 elaborei, juntamente com duas estagiárias¹ e com o Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman (Nedh), na época vinculado ao Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), departamento da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), um projeto de atendimento intitulado Programa de Atenção a Pessoas Afetadas pela Violência (Prapav).

O objetivo desse programa era acompanhar pessoas afetadas pela violência em grupos terapêuticos. As pessoas chegariam a nós através dos encaminhamentos feitos pelas equipes e técnicos do CSEGSF. Uma vez encaminhados, os pacientes seriam submetidos a uma seleção, onde avaliáramos se o seu quadro clínico estaria relacionado a vivências traumáticas, não sendo necessária a especificação do tipo de violência sofrida.

A proposta não se limitava apenas a organizar um programa de atenção, mas também a desenvolver um projeto de pesquisa sobre violência e saúde, tendo como foco a violência e sua relação com a produção de sintomas físicos e psíquicos.

Na pesquisa a ser desenvolvida em concomitância com os atendimentos, seria possível refletir sobre as conseqüências e implicações sociais da violência que afeta parte da clientela do Centro de Saúde, composta por moradores do Complexo de Manguinhos - região do entorno da Fundação Oswaldo Cruz. Em conseqüência, a idéia seria trazer para a prática diária dos profissionais de saúde, discussões mais fundamentadas na realidade empírica acerca da violência, dos direitos humanos e da saúde.

¹ As duas estagiárias que participaram de todas as tentativas de implantação do PRAPAV foram Melissa Marsden e Renata Teixeira Leite.

Tal proposta não foi concebida para se sobrepor aos atendimentos da Equipe de Saúde Mental já existente no Centro de Saúde, e sim para contribuir com uma compreensão mais complexa e aprofundada da situação de saúde dessa população.

Contudo o projeto inicial sofreu algumas modificações, em função das características do Centro de Saúde e de alguns obstáculos que dificultaram a concretização do grupo. A seguir descreverei as estratégias para divulgação do trabalho e as tentativas para constituir o grupo terapêutico.

Logo que iniciei o trabalho no CSEGSF, em novembro de 2003, pensei que seria relevante conhecer, pela via da aplicação de um questionário, a percepção que os profissionais têm de como a violência atravessa o seu ambiente de trabalho e suas vidas. Minha hipótese era de que tal estratégia permitiria obter informações acerca da compreensão que o profissional de saúde que atua nesta instituição tem sobre a temática da violência. Essa abordagem também teria como consequência a divulgação do trabalho que me propus a iniciar e possibilitaria, assim, o entendimento e a caracterização dos procedimentos tomados pelos profissionais quando um paciente traz uma história de violência. Como o Centro de Saúde é responsável por grande parte dos atendimentos não emergenciais aos moradores de seu entorno, poderíamos também ter um conhecimento das formas de violência mais comuns que afetam as pessoas que procuram o serviço de saúde e saber como elas são acolhidas pelos profissionais e funcionários, em geral.

O Centro de Saúde contava, à época, conforme listagem que nos foi fornecida pela direção, com um quadro de cento e quarenta e oito funcionários ativos. Optei por entrevistar apenas aqueles profissionais que tinham contato direto com os pacientes, ou seja, os que desenvolviam alguma atividade relacionada à atenção ou promoção à saúde. Assim excluí os funcionários com atividades administrativas, mas incluímos os que trabalhavam na recepção, pois são eles que estabelecem o primeiro contato com os pacientes que buscam o atendimento. Minha proposta previa entrevistar médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, dentistas, acupunturista, recepcionistas e educadores físicos. Esse conjunto configurou um grupo de oitenta e cinco pessoas.

Assim, através de um questionário semi-estruturado com doze perguntas abertas e cinco objetivas, estabeleceríamos o primeiro contato direto com os profissionais do Centro de Saúde Escola. A estrutura do questionário (Anexo I) era formada por três partes. A primeira parte continha informações sobre a identificação do profissional, como sexo, idade, categoria profissional, escolaridade, tempo de trabalho na instituição e quais as atividades e clientela atendida. Na segunda parte as perguntas estavam relacionadas ao entendimento que o profissional tinha acerca do conceito de violência, violência e saúde, a percepção de situações e tipos de violência sofrida pelos pacientes atendidos por ele e se sente capacitado ou se a instituição estava preparada para atender a essa demanda. A terceira parte do questionário continha perguntas sobre a opinião pessoal acerca da percepção da violência e se o profissional de saúde já havia sofrido algum tipo de violência física ou psicológica, não apenas no local trabalho, mas em sua vida.

Tive enorme dificuldade em realizar algumas entrevistas. Apesar de nenhum funcionário ter recusado explicitamente, muitos alegavam falta de tempo como justificativa para não serem entrevistados. Não obstante essa explicação para a não participação pude constatar, desde o início, que a resistência em responder às perguntas do questionário não se explicava unicamente por esse fator. Os profissionais de nível superior se mostravam os mais resistentes à abordagem, sendo os médicos os que, em maior número, colocaram maiores dificuldades em fornecer a entrevista (Anexos II e III). Dos vinte e três médicos lotados no Centro de Saúde apenas dois foram entrevistados, o que apontava para o entendimento de que, quanto maior a graduação, mais difícil se tornava conseguir a entrevista. Dos dois médicos entrevistados, um fazia parte de uma equipe de PSF e o outro era homeopata. Talvez o fato de trabalharem com a comunidade ou de terem uma visão mais vitalista do paciente possa ter contribuído positivamente para a concessão dessas entrevistas.

Com o pouco sucesso do questionário, optei então pelo contato individual com os profissionais, buscando divulgar meu trabalho. Essa forma de interação indivíduo a indivíduo foi necessária e a única possível, por causa da inexistência de um espaço instituído em que se pudesse encontrar os servidores do Centro reunidos. Se houvesse esse lugar organizacional teria sido possível elaborar uma discussão de temas de interesse

coletivo, como eu acreditava fundamental para os propósitos do projeto. Além dessa ausência de espaço instituído para reflexão, defrontei-me também com a inexistência de algum mecanismo eficaz de divulgação interna, como o envio de *e-mails* ou algum tipo de informe eletrônico ou impresso, que estivesse ao alcance de todos os servidores.

O CSEGSF fazia poucos encontros regulares, reunião ou fórum de discussão abrangendo todos os seus profissionais. Isso contribuía para o isolamento e o desenvolvimento de um trabalho atomizado, sem espaço de reflexão ou de aperfeiçoamento das ações individuais e grupais. A demonstração mais significativa de trabalho coletivo que observei se resumia aos trabalhos realizados pelos programas especiais que o Centro possuía, como o Núcleo de DST/AIDS², o de Terrapia³ ou o Programa Atenção à Saúde do Idoso (PASI).

Em resumo, constatei ali uma falta de comunicação que partia da própria estrutura organizacional verticalizada, que dificultava troca de experiências e aprendizado entre as diferentes atividades e, muitas vezes, uma falta de interação entre os membros de um mesmo programa que, ao que tudo indicava, acontecia também com a equipe de saúde mental. Constatei isso quando sugeri que estabelecêssemos algum tipo de parceria com a equipe do Prapav (Programa de Atendimento a Pessoas Afetadas pela Violência), constituída por mim e mais duas estagiárias. Meu propósito era, nesse caso, contribuir diminuindo sua lista de pacientes em espera de atendimento. Pedi aos psicólogos e ao psiquiatra que me encaminhassem os casos em que percebessem história de violência. Notei, então, que cada um destes profissionais ficava responsável pelo atendimento individual de uma dada faixa etária da população e se fechava em seus atendimentos clínicos.

² Programa de acompanhamento ambulatorial de pacientes portadores de doenças sexualmente transmissíveis e do vírus HIV.

³ O Terrapia - Alimentação Viva na Promoção da Saúde faz parte das ações do Centro de Saúde, propondo a maior integração com o ambiente natural como forma de Promoção da Saúde nas unidades públicas de Atenção Primária à Saúde. Trabalham com a Alimentação Viva por meio de atividades de plantio, colheita e preparo dos alimentos como um meio de desenvolver sua própria pesquisa individual sobre saúde. Busca-se proporcionar mudanças de hábitos alimentares e das práticas de auto-cuidado utilizando recursos naturais, sensibilizando o participante para os assuntos relacionados à Ecologia, reafirmando a relação entre saúde e ambiente natural.

Percebi, com isso, que havia urgência na divulgação do programa para a constituição do grupo terapêutico. Pensei que a aproximação com os diferentes projetos existentes no Centro não só permitiria um maior conhecimento dos processos de trabalho da instituição, como também criaria uma oportunidade de proporcionar um maior intercâmbio com os funcionários. Assim, criei uma escala de visitas diárias, estabelecidas de acordo com a disponibilidade dos projetos e com os dias em que ocorriam as atividades dos Núcleos e também das duas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF).

Essa última estratégia foi extremamente eficaz para que eu conhecesse os profissionais e os processos de trabalho. Houve boa receptividade da grande maioria das pessoas que trabalham nos Núcleos e no PSF. Percebi também que minha participação ativa nas atividades desenvolvidas teve fundamental importância para a obtenção de resultados positivos na busca de uma maior inserção nossa no Centro. O fato de eu estar interessado em conhecer, acompanhar e participar das atividades desenvolvidas pelos Núcleos e pelo PSF e, portanto, por cada profissional que desenvolve suas atividades nesses setores do CSEGSF, permitiu um estreitamento de relações e, conseqüentemente, uma abertura para que eles viessem a conhecer também as minhas idéias sobre a formação de um Grupo Terapêutico e, por fim, que pudessem aceitar a proposta do Programa de Atenção a Pessoas Afetadas pela Violência (PRAPAV). Mas, apesar de todo esse esforço aproximativo, não foram feitos encaminhamentos para o grupo terapêutico.

Procurei também me aproximar dos outros funcionários que não faziam parte de nenhum núcleo ou projeto específico como, por exemplo, os técnicos de enfermagem que atuavam no setor de vacina ou de curativos. Percebi sempre que havia um desinteresse evidente em realizar encaminhamentos para o grupo terapêutico que trataria a questão do impacto da violência sobre a saúde, reafirmando assim, claramente, o domínio do modelo biomédico. Alguns profissionais preferiam encaminhar os pacientes para outro tipo de assistência, outros simplesmente negligenciavam a presença de violência nos sintomas apresentados pelos que recorriam ao Centro de Saúde e, em determinados casos, nenhum encaminhamento era dado, reduzindo-se o tratamento à medicalização.

Em virtude das dificuldades expostas, parti para um contato mais direto com a população que buscava atendimento no Centro de Saúde. Durante algumas semanas passei a divulgar o trabalho entre todos aqueles que aguardavam pela triagem e consultas, no grande salão de espera onde se concentravam os pacientes. Essa estratégia constituiu uma cartada final para que os próprios clientes interessados - porque se identificavam com o perfil do grupo que eu pretendia criar - viessem me procurar.

Apesar de fornecer informações sobre o dia, o horário e a sala de realização do grupo terapêutico, muitos me procuravam, travavam um primeiro contato desabafavam suas mazelas e sentimentos, mas acabavam não retornando. Assim, constatei que suas demandas não eram por um atendimento psicoterápico continuado, mas sim para uma atenção pontual. A angústia daquelas pessoas era aliviada com minha escuta em breve momento de catarse, mas não se transformava em motivo de busca de atendimento continuado. Ainda não fora dessa vez que conseguiria criar o grupo terapêutico.

Mais ainda, aprofundando as tentativas, preparei um cartão contendo informações sobre a proposta de trabalho e os distribuí aos pacientes, ao mesmo tempo em que fazia sua divulgação oral, acreditando com isso estimular a procura pelo serviço. O cartão continha dados de local, dia e hora da realização do grupo, nomes dos integrantes da equipe e telefone para contato. Com isso pretendia minimizar possíveis desinformações. Mesmo assim, não fui procurado por nenhum paciente e continuei sem constituir o grupo. Concluí que esta foi mais uma estratégia ineficaz e que continha pressupostos errôneos. Eu supunha que não conseguiria formar o grupo porque os técnicos não encaminhavam os pacientes devidamente e que um contato direto, acrescido de um texto com informações precisas, seria suficiente para trazer as pessoas certas ao grupo, mas estava, mais uma vez, equivocado. A estratégia seguinte foi a de estabelecer parceria com o Programa de Saúde da Família (PSF), que será relatada a seguir.

2.B- O momento intermediário de parceria com o Programa de Saúde da Família (PSF)

Percebi que o PSF era realmente o núcleo cuja atividade permitiria um contato mais direto com a vida cotidiana dos moradores da região. Esse Programa possibilitaria uma avaliação mais adequada dos pacientes que haviam tido uma significativa piora na qualidade de vida por causa da violência que haviam padecido ou vinham sofrendo. Por esta razão, decidi marcar uma reunião com toda a equipe que está articulada com o Centro de Saúde para explicar ao grupo em que consistia minha proposta de trabalho e como pretendia atuar.

Fui muito bem recebido nessa reunião e foi possível esclarecer algumas dúvidas acerca do perfil dos pacientes que estava procurando. Esclareci que nem toda pessoa que sofre violência necessariamente precisa de atendimento psicológico. Apesar de, neste encontro, os servidores do PSF terem dado depoimentos mostrando que a violência é um grande problema enfrentado pela equipe no trabalho em suas relações com as comunidades onde atuam, nenhum encaminhamento foi feito nas semanas que se seguiram à primeira reunião.

Fui convidado, então, para participar de reuniões com mulheres que pretendiam realizar cirurgia para ligadura de trompas⁴. Explicando melhor: o projeto do PSF prevê e encontros periódicos eram realizados para transmitir informações à população sobre determinados temas de saúde. Nesse caso, eram reuniões para esclarecimentos sobre métodos contraceptivos e planejamento familiar. Particpei dos encontros acompanhado das estagiárias e junto com o enfermeiro que integrava a equipe do PSF. Pude perceber a importância das informações sobre o assunto para que as mulheres pudessem tomar decisões conscientes. Após o terceiro encontro, muitas delas, após receberem orientação, optaram por adotar métodos de controle da natalidade não definitivos e menos invasivos que a ligadura de trompas. Tive, então, a oportunidade de refletir junto com as pacientes sobre situações de violência que ocorrem nas relações conjugais. Divulguei, assim, minha

⁴ O Centro de Saúde não faz esse tipo de procedimento.

proposta de organização do Grupo Terapêutico para esclarecermos os efeitos possíveis da violência sobre a saúde. Mesmo assim não houve encaminhamentos para o Grupo.

Numa reunião com o diretor do Centro de Saúde e a coordenadora do Nedh (Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde) para avaliação do desenvolvimento do projeto, falamos sobre as dificuldades encontradas na organização do Grupo e sobre outras possíveis estratégias para viabilizar o trabalho. Conjuntamente, surgiu-nos a idéia de uma parceria mais consistente com o PSF, da seguinte forma: eu continuaria a receber encaminhamentos provenientes de todos os profissionais do Centro, mas a equipe do Grupo Terapêutico, a partir daquele momento, passaria a ser vinculada ao PSF. Com isso, se ampliaria a possibilidade dos casos pertinentes nos serem encaminhados, visto que o Grupo acolheria toda e qualquer pessoa que os profissionais do PSF julgassem necessitar de um apoio na área de saúde mental. Ou seja, eu e as duas estagiárias não iríamos restringir o atendimento apenas às pessoas afetadas por violência, mas a idéia do Grupo Terapêutico ainda estava mantida.

Entrei em contato com a coordenação do PSF para estabelecer efetivamente a parceria. A equipe do PSF sempre teve dificuldades em conseguir atendimentos para os pacientes no próprio Centro de Saúde, em especial com profissionais de saúde mental, havendo uma longa lista de espera por atendimento. Portanto, percebi que havia, nesse momento, uma oportunidade de complementar e estender o atendimento prestado pelo PSF.

A partir daí eu e meu grupo passamos a receber as pessoas encaminhadas pelo Programa. Uma vez atendidas, nos preocupávamos em fornecer um retorno aos profissionais que nos haviam indicado os pacientes acerca do andamento do caso, em encontros periódicos. E passamos também a registrar os procedimentos adotados, por escrito.

Surpreendentemente, a maioria das pessoas encaminhadas a nós eram crianças. Elas vinham com orientação da escola pedindo avaliação “neuropsicológica”, sendo solicitada a confirmação de diagnóstico de “déficit de atenção”. Após avaliação, constatávamos que as crianças não apresentavam nenhum déficit de atenção e que o problema a nós remetido estava localizado ou no sistema pedagógico ou em situações de estresse dos profissionais

de educação. Tentamos entrar em contato com as professoras, mas foram tentativas infrutíferas. Elas se recusaram a nos receber.

Descobri ainda a existência de uma demanda de atendimento psicológico para os próprios funcionários do PSF. O nível de desgaste enfrentado por esses profissionais é alto e diz respeito também ao excesso de trabalho, à não aceitação da naturalização da violência vivenciada e, principalmente, ao estresse causado pelas situações de risco a que muitos estão expostos por desenvolverem suas atividades profissionais dentro das favelas, onde a violência social se apresenta nas vivências do cotidiano.

Portanto, a parceria com o PSF foi muito rica para o trabalho a que me propus, na medida em que eu e meu grupo pudemos ficar mais próximos da população e, , compreender melhor sua realidade. Foi a partir daí que criamos estratégias e dispositivos interessantes em busca da promoção da saúde e por melhor qualidade de vida para os indivíduos.

Acontece que, mesmo começando a prestar atendimento, não consegui formar o Grupo Terapêutico que constituía a proposta inicial, pois a demanda era composta por crianças, enviadas para avaliação neuropsicológica.

2.C- Por fim, o Grupo!

Em junho de 2004, houve uma mudança na direção do CSEGSF e, na nova proposta organizacional, foi constituída a “Equipe de Saúde Mental e Social”, integrada por profissionais de saúde mental e de assistência social. A primeira medida tomada pelo novo coordenador foi a de estabelecer reuniões semanais com todos os profissionais. A partir dessas mudanças, o projeto do Grupo Terapêutico passou a integrar a referida equipe. Esses encontros trouxeram a todos um novo alento e, da minha parte, senti que, sendo incorporado por uma equipe que estava se organizando, poderia desenvolver o trabalho com maior consistência e articulação institucional. Houve, a partir de então, a necessidade de desvincular a proposta do Grupo Terapêutico do PSF e integrá-lo à Equipe de Saúde

Mental e Social. Esse movimento pareceu-me uma possibilidade promissora para constituir o Grupo.

Foi agendada a apresentação da proposta do Grupo em uma das reuniões da Equipe de Saúde Mental e houve boa aceitação por parte dos colegas. Mas, os meses se passavam e ainda não se concretizara o Grupo, por falta de encaminhamento de pacientes.

Finalmente, percebi que não seria factível a constituição do Grupo Terapêutico nos moldes estabelecidos no projeto inicial do Prapav. Em uma reunião da Equipe de Saúde Mental e Social declaramos o fim do Projeto de Atenção as Pessoas Afetadas pela Violência (Prapav). No entanto, essa declaração de óbito não significava o fim da proposta de Grupo Terapêutico. Anunciei que iríamos formar um grupo de pacientes com queixas difusas ou os assim chamados “poliqueixosos” e que gostaria que nos encaminhassem pacientes com esse perfil. Todos gostaram da idéia, pois observavam que existia uma quantidade grande de pacientes com esse perfil no Centro de Saúde. Realmente, a partir de então, os encaminhamentos começaram a chegar.

Por fim o Grupo pôde ser constituído! Contudo, agora seu perfil era outro: atendia pacientes portadores de queixas difusas, sem diagnóstico preciso tanto por parte dos psicólogos, do psiquiatra ou da clínica médica. Muitos deles, quando foram encaminhados ao Grupo, tinham sido rotulados de “somatizadores”, “pacientes psicossomáticos” ou “freqüentadores contumazes” do Centro de Saúde.

A escolha desse perfil de clientela veio da sabedoria, fruto da experiência: em qualquer Centro de Saúde há uma clientela conhecida por suas queixas difusas e pelos seus sintomas psicossociais. Esses pacientes apresentam um quadro que insiste em desafiar o modelo clássico biomédico, pois suas doenças não se localizam apenas no corpo biológico. Ao contrário, trazem evidências da associação de questões subjetivas e sociais na composição do quadro clínico.

Conforme Carla Ribeiro Guedes et al. relatam,

A análise desse eixo temático nos mostra os impasses com os quais a biomedicina se depara ao lidar com os sofredores de sintomas vagos e difusos, revelando como os

médicos têm dificuldade em responder de forma efetiva a esses pacientes. A partir disso, podemos aventar a hipótese de que, pelo fato das ditas ‘somatizações’ ludibriarem o princípio fundamental da biomedicina, a relação de causalidade entre doença-lesão e seus correspondentes, e pela existência de fatores subjetivos que participam desse processo, os médicos se vêem despreparados para oferecerem soluções eficazes a essa demanda (Guedes et al., 2008, p. 138).

Infelizmente, esses passos errantes em toda essa trajetória me levam a concluir que a subjetividade do paciente, com toda sua complexidade, não faz parte do campo de interesse do modelo biomédico. Ao contrário, integrando a lógica racionalista científica, os profissionais de saúde, em geral, procuram evidências tangíveis para corroborar suas hipóteses diagnósticas sobre a doença do indivíduo. Assim, há uma verdadeira fragmentação do paciente entre sintomas objetivos e sintomas subjetivos. Os primeiros estariam de acordo com a lógica do modelo das ciências biomédicas, enquanto que os outros não têm espaço de expressão, não são considerados e nem aceitos. Constatei também que os próprios pacientes são fortemente contaminados pela mesma lógica biomédica e que, ambos, clientes e profissionais, não sabem como considerar uma visão mais integral e unitária da pessoa.

Observei, durante a organização do Grupo Terapêutico que, na verdade, a violência está presente em grande parte da vida das pessoas atendidas no Centro de Saúde. Só que, na maioria das vezes, ali ela não tem espaço de expressão, não está claramente definida; por outro lado, os profissionais de saúde não conseguem relacionar a sintomatologia apresentada pelo paciente, dentre outros motivos, em função das limitações de seu instrumental teórico-técnico. Também os doentes silenciam sobre sua situação, se envergonham dela e não consideram que os consultórios médicos são locais ideais para se falar sobre o tema.

II. CAPÍTULO II - CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-CONCEITUAIS

1. Conceitualização do problema de estudo

Para que fosse possível relacionar os sintomas físicos ou psicológicos com a violência, busquei estabelecer claramente as formas de abordagem do objeto dentro do enfoque teórico-conceitual. Assim, tratei de articular conceitos que me auxiliassem na compreensão do fenômeno a ser analisado, sendo eles o de violência, de violência e poder, de saúde, de medo e insegurança, de sintomas, de silenciamento, de psicoterapia de grupo e de clínica ampliada.

Violência

O conceito atual de violência aborda essa questão a partir de diversas dimensões, considerando-a um fenômeno gerado nos processos sociais, históricos e culturais. Portanto, seu entendimento não pode ser descolado da sociedade, que é responsável pela sua produção (Minayo, 1994).

Existem diversos enfoques acerca da definição de violência, alguns antagônicos em relação aos outros. Sabemos que o termo violência é polissêmico. Segundo Minayo, “(..) o eixo central de qualquer reflexão sobre a violência se fundamenta na complexidade, na polissemia e na controvérsia deste objeto: ele gera sobre si muitas teorias e, freqüentemente, quase todas são parciais” (2005, p. 57). Apesar das diferentes concepções, Minayo considera que é praticamente unânime a idéia de que a violência não faz parte da natureza humana e que, também, não tem raízes biológicas:

Trata-se de um complexo e dinâmico fenômeno biopsicossocial, mas seu espaço de criação e desenvolvimento é a vida em sociedade. Portanto, para entendê-la, há que se apelar para a especificidade histórica. Daí se conclui, também, que na configuração da violência se cruzam problemas da política, da economia, da moral, do direito, da psicologia, das relações humanas e institucionais e do plano individual (1994, p. 7).

Um ato violento pode ser definido como o uso de palavras ou ações com intenção de provocar danos físicos ou psicológicos em outras pessoas ou grupos. Também deve ser incluído na definição o uso abusivo ou injusto da autoridade, assim como o uso da força que resulta em ferimentos, sofrimento, tortura ou morte. É possível distinguir alguns tipos de violência, importantes para esta tese: o estrutural, o de resistência e o intrafamiliar.

Para Minayo (1994), a violência estrutural caracteriza-se pela naturalização das desigualdades sociais que produzem miséria, fome, discriminações e exclusão dos seres humanos, uns em relação aos outros. Essa naturalização se destaca pela exclusão econômica e política de grande parte da população.

A violência de resistência constitui-se de diferentes formas de resposta dos grupos, classes, nações e indivíduos oprimidos à violência estrutural. Esta categoria de pensamento e ação geralmente não é naturalizada; pelo contrário, é fruto de movimentos sociais e de classe e objeto de contestação e repressão por parte dos detentores do poder político, econômico ou cultural.

A violência intrafamiliar refere-se a atitudes e comportamentos de agressões físicas, psicológicas ou de negligência que aparecem nas relações conjugais, parentais e entre irmãos. Prefiro aqui usar o termo 'violência intrafamiliar' ao invés da expressão 'violência doméstica', porque nesse último caso se privilegia o espaço onde ocorrem as violências; e no primeiro caso, o foco está nas relações.

Para compreender mais a fundo o conceito de violência, li alguns estudos filosóficos e, especialmente, os trabalhos da filósofa Hannah Arendt. Essa autora situa a reflexão sobre violência no âmbito da discussão sobre a liberdade, tema que constitui uma das matrizes do seu pensamento. Em 1951, Arendt publicou seu primeiro livro intitulado "As Origens do Totalitarismo", um clássico sobre o tema da violência e de suas relações com o poder. A obra é composta por três capítulos que tratam do anti-semitismo, do imperialismo e do totalitarismo. Nela, a autora delinea alguns temas de grande fundamento para sua obra, como a liberdade e poder, que são retomados em reflexões posteriores. Nesse seu trabalho, a autora aponta o que será sua trajetória de reflexão teórica:

O anti-semitismo (não apenas o ódio aos judeus), o imperialismo (não apenas a conquista) e o totalitarismo (não apenas ditadura) - um após o outro, um mais brutalmente que o outro, demonstraram que a dignidade humana precisa de nova garantia, somente encontrável em novos princípios políticos e em nova lei na Terra, cuja vigência desta vez alcança toda a humanidade, mas com força limitada, pois, ao mesmo tempo, gerada por novas entidades territoriais e controladas por elas (1989, p. 11).

Apesar de não ser o tema central do seu trabalho, Arendt faz algumas reflexões importantes sobre a questão da violência. Ela a caracteriza como elemento pré-político ou anterior ao surgimento da *polis*. Quando aborda o espaço da aparência e do poder, faz uma relação entre a violência e a deterioração do mundo político e entre a violência e a ausência de ação e de diálogo, essas últimas expressões efetivas de poder.

Em 1961, Arendt publicou outro livro: “Entre o Passado e o Futuro”, no qual disserta de forma intensa sobre temas como liberdade e autoridade. Ela afirma que:

Para as questões da Política, o problema da liberdade é crucial e nenhuma teoria política pode dar-se ao luxo de permanecer alheada ao fato de que esse problema conduziu ao obscuro bosque onde a filosofia se extraviou (2002, p. 191).

No primeiro capítulo dessa obra, Arendt vislumbra a existência da “antiga confusão de poder com violência” (2002, p. 49). Apresenta de forma corajosa sua crítica ao pensamento marxista sobre a violência como “parteira da história”, concepção a que denomina “glorificação da violência”, por sua “negação do *logos*, do discurso, da forma de relacionamento que lhe é diametralmente oposta e, tradicionalmente, a mais humana” (2002, p. 50). A autora também fundamenta a diferença entre autoridade e violência, obediência e coerção.

Entre os anos de 1968 e 1969, Hannah Arendt escreveu um ensaio intitulado “Sobre a Violência”, cuja última tradução para o português foi realizada em 1994. O ponto central do texto se baseia na distinção singular e polêmica entre poder e violência. Segundo André Duarte, que assina um ensaio crítico publicado como apêndice ao texto de Hannah Arendt, é:

(...) a partir da conceitualização destes dois fenômenos distintos que Arendt propõe parâmetros para a compreensão dos acontecimentos políticos particulares com os quais está ocupada, bem como para a compreensão da própria articulação entre poder e violência nas sociedades contemporâneas (Duarte, 1994, p. 84).

Esse livro se divide em três capítulos. No primeiro, Arendt mostra que a multiplicação dos meios de violência pela revolução tecnológica fez com que as antigas verdades a respeito de violência e poder se tornassem inaplicáveis. Aponta também para a fragilidade da argumentação teórica sobre o tema, analisando o que chamou de “glorificação da violência”, retomando a crítica ao marxismo. Na segunda parte, a autora estabelece uma série de delimitações conceituais: violência, poder, vigor, autoridade, comando, obediência. Arendt constrói um verdadeiro arcabouço referencial sobre tais conceitos e suas inter-relações. No terceiro capítulo, a autora discute as diversas conceituações contemporaneamente usadas para definir a violência, fazendo uma análise que abrange desde as teorias de base biológica até as de caráter ideológico. A tese defendida por Arendt assegura que é no campo político que estão colocados os fenômenos do poder e da violência.

A ênfase maior da obra de Arendt é dada no aspecto instrumental da violência: “Ela não promove causas, nem a história, nem a revolução, nem o progresso, nem o retrocesso; mas pode servir para dramatizar queixas e trazê-las à atenção pública” (2002, p. 58). É importante ressaltar que a concepção de violência, para Arendt, nesse sentido se diferencia da visão de outros autores. Meios, implementos, instrumentos, ferramentas são alguns dos substantivos usados pela autora para se referir a esse fenômeno que atravessa a história, as formações e os espaços sociais.

Arendt discute, sobretudo, acerca do que chama a justificção biológica da violência. A ação violenta é explicada como uma estratégia para conceder ao poder novo vigor e estabilidade. A autora contesta esta posição, afirmando que “nada poderia ser teoricamente mais perigoso do que a tradição do pensamento organicista em assuntos políticos, por meio da qual poder e violência são interpretados em termos biológicos” (2002, p. 55). Enfatiza que “nem a violência nem o poder são fenômenos naturais, isto é, uma manifestação do processo vital, eles pertencem ao âmbito político dos negócios

humanos, cuja qualidade essencialmente humana é garantida pela faculdade do homem para agir, a habilidade para começar algo novo” (2002, p. 60). Dessa forma, contesta as especulações organicistas da violência como doença da sociedade.

Para a autora, a violência é diminuição de poder e não princípio de ação. Esse é um ponto importante em sua teoria sobre a violência, pois ela mostra o antagonismo que existe entre violência e o poder legítimo.

Violência e Poder

A violência, para determinados autores como Santos (1986; 2002), também pode ser definida como um ato de excesso que se verifica no exercício de cada relação de poder que ocorre nas relações sociais. Na sua ótica, a violência social contemporânea caracteriza-se pelo uso de força, coerção e dano em relação ao outro, enquanto um ato de excesso nas relações de poder, tanto em forma de estratégias de dominação quanto em redes micro, que vão das famílias aos diferentes grupos sociais.

Hannah Arendt (1994), diferentemente de outros autores, estabelece que violência e poder são antagônicos, fazendo uma distinção marcante entre esses dois termos. A partir da análise de estados totalitários ela vai buscar uma explicação singular sobre a relação desses dois conceitos. Defende que a verdadeira autoridade vem da delegação que lhe é conferida por outrem para o exercício do poder. Portanto, não deveria existir confusão entre violência e poder. Se o poder é o exercício delegado da vontade de outrem ele é o contrário da violência, ele é um serviço que promove o desenvolvimento da sociedade. Ao invés disso, a violência é a impostura, é o uso da autoridade sem vinculação com a delegação de outrem.

Celso Lafer (2004) qualifica Hannah Arendt como “uma autêntica intérprete do seu tempo”. Mesmo depois da sua morte, em 1975, ao conjunto de sua obra é conferida a qualidade de um clássico, qual seja, a atribuição de estimular novas leituras e releituras sobre questões candentes, como a violência.

Para Arendt, a violência destrói o poder, não o cria. A autora afirma que não se deve tratar a violência como um fenômeno em si mesmo. Dessa forma, ela contesta alguns

autores como C. Wright Mills quando escreve que “(...) toda política é uma luta pelo poder; a forma básica de poder é a violência” (1982, p. 208). Assim como Max Weber, quando define o Estado como “o domínio do homem pelo homem baseado nos meios de violência legítima, quer dizer, supostamente legítima” (1984, p. 695).

Assim, muitos autores estabelecem uma relação íntima entre Estado e violência, sendo essa a força formadora do primeiro. Para Hannah Arendt, há um consenso entre os pensadores, tanto dos que se posicionam mais à direita como os que se dizem de esquerda, de que existe relação íntima entre poder e violência. Deste modo, todos os autores tendem a definir a “violência como a mais flagrante manifestação do poder” (1994, p. 31). O que surge como consenso nas diferentes conceituações é o princípio da violência como instância central de definição de toda relação política entre os seres humanos.

A autora afirma que a ação conjunta é geradora de poder. A ação não violenta é a única que possibilita o encontro dos homens pela palavra. A não violência é requisito essencial para a geração do poder. Onde há sociedade há poder e este é inerente às estruturas sociais, não é propriedade de uma pessoa, mas pertence ao grupo. Um dos aspectos que diferencia o poder da violência é a horizontalização das relações de poder. Por outro lado, o ato violento busca o inverso, ou seja, estabelece uma relação real ou simbólica onde o outro - que é o afetado - se cala.

Hannah Arendt chama a atenção para o uso indevido e como sinônimos de palavras como “poder” (power), “vigor” (strength), “força” (force), “autoridade” e “violência”, pois elas se referem a fenômenos distintos. Essa pensadora incita a que tais significados sejam avaliados e examinados, pois, seu uso correto não é apenas uma questão de lógica gramatical, mas de perspectiva histórica. Quando os tomamos como sinônimos, estamos reconhecendo que têm a mesma função, ou seja, todos indicam os meios pelos quais o ser humano domina seu semelhante.

Para Hannah Arendt, **poder** é a capacidade humana para agir em conjunto. Deriva da concordância de muitos a um curso comum de ação e tem como um dos seus elementos fundamentais a aptidão persuasória da iniciativa. Assim, o poder

(...) corresponde à habilidade humana não apenas para agir, mas para agir em concerto. O poder nunca é propriamente de um indivíduo; pertence a um grupo e permanece em existência apenas na medida em que o grupo conserva-se unido. Quando se diz que alguém está no poder, na verdade essa afirmação se refere ao fato de que ele foi empossado por certo número de pessoas para agir em seu nome (Arendt, 1994, p. 60).

Já o **vigor** define algo no singular. É a propriedade inerente a um objeto ou pessoa, pertencente a seu caráter. Arendt afirma que “é da natureza do grupo e de seu poder voltar-se contra a independência, a propriedade do vigor individual” (1994, p. 37)

O termo **força** é comumente usado por diversos pensadores como sendo sinônimo de violência, notadamente quando se referem a ele como um meio de coerção. Para a autora, o termo deveria ser usado apenas no sentido de “força da natureza” ou “força das circunstâncias”, indicando a energia liberada por movimentos físicos ou sociais.

Arendt elabora o conceito de “reconhecimento” como elemento central da categoria **autoridade** e do lugar de hierarquia que independe de imposição. Por consequência, para a autora, a autoridade se dá por delegação do coletivo e não por coação ou pela força.

Voltando à reflexão sobre o caráter instrumental da violência, Arendt (1994) vai mais a fundo com a seguinte reflexão:

A violência, sendo instrumental por natureza, é racional. Ela não promove causas, nem a história, nem a revolução, nem o progresso, nem o retrocesso; mas pode servir para dramatizar causas e trazê-las à atenção pública (1994, p. 57).

É o fato de ser um meio para atingir determinados fins através da coerção que torna a violência instrumental. É o caso da pura violência que se impõe para calar os opositores e a destruir a pluralidade dos participantes da cena pública. A autora afirma que quanto mais poderoso é determinado regime, tanto menos violento ele será. Ao contrário, quanto mais for impotente, mais violento será. Assim, quanto menor for sua capacidade de se legitimar, ou seja, de se manter por meio de consenso, de ação coletiva ou através de discussões persuasivas, maior a necessidade do uso da violência para a manutenção do poder. O que surge da violência não é o poder, mas a sua negação - e dessa negação não brota o oposto.

A violência não reconstrói o poder: paralisa-o e o aniquila. Para Arendt, a forma extrema de poder é a equação do todos contra um e a forma extrema da violência significa, ao contrário, a equação de um contra todos.

Arendt considera que:

Nem a violência nem o poder são fenômenos naturais, isto é, são manifestações do processo vital; pertencem ao domínio político dos assuntos humanos cuja qualidade essencialmente humana é garantida pela faculdade do homem de agir, isto é, pela sua capacidade de principiar algo novo (1994, p. 60).

Para ela, o poder não se reduz ou se confunde com a violência, pois o fenômeno fundamental do exercício do poder é a instauração coletiva do novo e não da dominação. Do poder fazem parte o concerto e o diálogo, enquanto da violência a ação peculiar é o silenciamento.

Também para Michel Wieviorka, o sujeito tem mais chances de se construir e de se exprimir quando participa ativamente de relações, inclusive quando elas são conflituosas e o conflito permite o diálogo e a negociação:

Os atores que se opõem num conflito são adversários e não inimigos; mesmo se nem tudo é negociável num conflito, este é o contrário da violência, que fecha o espaço da discussão e do debate, a favor da ruptura ou da relação de força, apenas (Wieviorka, 2006, p. 206).

Esse autor aprofunda uma reflexão importante na qual diferencia os termos “conflito” e “violência” como sendo contrários um ao outro. A violência traz o silenciamento, enquanto o conflito, debatido e explicitado, geralmente se nutre das discordâncias de idéias, da busca de negociações, dos consensos ou do respeito aos dissensos.

Saúde

O conceito de saúde utilizado nesse trabalho refere-se à concepção que inclui aspectos sociais, relacionais, de trabalho e de participação social, além de aspectos como bem estar físico e psíquico. Nesse contexto, questões como cidadania, direitos civis ou

direitos humanos compõem a definição de saúde. Considera também as suas determinantes e condicionantes como alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, renda, trabalho, educação, transporte e outros. Desta forma, a saúde não pode ser entendida como um fenômeno puramente biológico, mas sim como um fenômeno complexo e interativo em que os vários elementos citados têm influência e se manifestam de forma peculiar.

Assim, a doença pode então ser considerada, conforme Giovanni Berlinguer (1983), como um sinal estatisticamente relevante e precocemente calculável de alterações do equilíbrio homem-ambiente - induzidas pelas transformações produtivas, territoriais, demográficas e culturais e incontroláveis nas suas conseqüências. Além disso, representam um sofrimento individual e de desvio de uma normalidade biológica ou social.

Essa concepção abrangente e complexa de saúde pressupõe uma abordagem interdisciplinar, pois nela está implícita a necessidade de se convocar outros campos de conhecimento e profissões, tanto para a compreensão dos processos de construção da saúde como os do adoecimento. O saber médico e uma medicina puramente curativa não dão conta do que ocorre nem com os indivíduos nem com os coletivos, no que concerne aos processos de saúde e doença.

Portanto, a ampliação do conceito de saúde tem como aspecto fundamental a constatação da insuficiência do modelo biomédico, com seu foco exclusivo nos aspectos individuais, para compreensão de todo o processo de saúde-doença. Essa visão é fundamental para a construção de um campo de conhecimentos e práticas que objetivam a constituição do conceito de promoção da saúde.

O que caracteriza atualmente a promoção da saúde é a relevância dos determinantes gerais sobre as suas condições. Desta forma, a compreensão de que a saúde é um produto de diversos fatores relacionados com a qualidade de vida - incluindo alimentação e nutrição adequadas, boas condições de trabalho, moradia e saneamento, oportunidades de educação, apoio social para famílias e indivíduos com participações políticas ativas nas conduções da comunidade, além do acesso aos cuidados de saúde - faz com que suas atividades estejam, então, mais voltadas para o coletivo e o ambiente, por meio de políticas públicas e de

condições favoráveis de desenvolvimento da saúde e do fortalecimento da capacidade participativa ativa dos indivíduos e das comunidades na condução de suas vidas.

No entanto, os aspectos econômico-sociais da sociedade, apesar de fazerem parte do conceito ampliado de saúde, são excluídos para fins de financiamento no Brasil, apesar de serem importantes como indicadores epidemiológicos. Dessa forma, cabe então aos governos executarem políticas sociais que apontem para uma promoção na qualidade de saúde da população.

Medo e Insegurança

Os primeiros estudos dos sentimentos de medo e insegurança com enfoque psicológico surgiram a partir dos trabalhos de Sigmund Freud. Como fundador da Psicanálise – conjunto de teoria e técnica sobre o funcionamento do aparelho psíquico, esse autor seminal considerava a existência de determinantes inconscientes no comportamento humano. Segundo Freud, os sintomas são formações psíquicas inconscientes, tendo em comum o mesmo fator gerador. A insegurança e o medo - podendo ser considerados como sinônimos de ansiedade, angústia e fobia - têm uma grande relevância como sendo os principais sintomas no psiquismo humano, na concepção da Psicanálise. Para Freud, a angústia também é um sinal. Freud refere que “a angústia descreve um estado particular de esperar o perigo ou preparar-se para ele, ainda que possa ser desconhecido” (Freud S., v. XVII, 1976, p. 23). Sendo a angústia uma reação afetiva ao perigo, sua tarefa seria preparar o psiquismo para uma organização defensiva. A diferença que a psicanálise faz entre medo e angústia é que no medo ou fobia existe um objeto definido que desencadeia o sentimento de desprazer. Por isso, a fobia seria a expressão psíquica da neurose de angústia, onde se apresenta um estado de ansiedade pelo sentimento de medo, sendo que a angústia se inscreve no corpo como território de sua manifestação, daí a presença de queixas físicas em quadros de ansiedade ou angústia.

Nessa trajetória de compreensão do medo e da angústia é importante também abordar a descrição de um quadro contemporâneo que é o “transtorno de pânico”. Essa denominação engloba vários quadros de angústia e medo numa classificação moderna e bastante impregnada pelos modelos biológicos de explicação. Nesse tipo de classificação,

os pesquisadores buscam estabelecer uma correlação entre os sistemas dos mediadores químicos cerebrais, como os sistemas noradrenérgicos, serotoninérgicos e gabaérgicos. Os estudos se baseiam em pesquisas comparativas com o uso de drogas ou outras substâncias que produzem estados semelhantes ao pânico em animais e seres humanos. As hipóteses aventadas são duas: a de que haveria excesso ou carência de determinadas substâncias mediadoras nas sinapses nervosas, ou a de que seriam motivadas pelo mau funcionamento delas (Gentil et al, 1997). Assim sendo, as formas de tratamento deveriam ser primordialmente por meio de prescrição de psicofármacos.

Para o sociólogo francês Michel Wieviorka (2006), a insegurança é da ordem das percepções – uma percepção mais ou menos fundada dos perigos e riscos que ameaçam o indivíduo, os grupos ou a sociedade. Numa perspectiva da sociedade, ela poderia ser interna (proveniente de fatores intrínsecos à sociedade) ou externa (advinda de ameaças elaboradas por países ou grupos estrangeiros), sendo constituída por elementos objetivos, observáveis e quantificáveis e elementos subjetivos, que remeteriam a representações típicas dos indivíduos, grupos e até mesmo da sociedade como um todo. Wieviorka observa que não devemos cair no erro de tratar a insegurança só como algo exterior aos indivíduos e à comunidade e nem apenas como uma sensação subjetiva. Por exemplo, se nos afastamos de toda objetividade e reduzimos a insegurança às suas dimensões subjetivas, acabaremos por concluir, de forma errônea, que ela é apenas um sentimento de indivíduos, de grupos ou de uma sociedade inteira, construída a partir do medo. No mesmo sentido, caso tomemos o sentimento de insegurança como um princípio central de reflexão levado ao seu extremo, impediremos qualquer conceituação, comparação ou debate sério, já que aquele que exprimir um sentimento de insegurança se imporá como portador de um ponto de vista incontestável, indiscutível, cujas representações teriam valor de verdade. Na verdade, as dimensões objetivas e subjetivas da insegurança não são independentes uma das outras. Na medida em que consideramos possível dimensioná-la, a insegurança poderá ser referida em dados numéricos sobre crime, delinquência, infrações ou incivilidades. Se ficarmos apenas na consideração subjetiva, existirá uma forte tendência de se ressaltar a representação de que a insegurança e a criminalidade são fenômenos oriundos das “classes perigosas”.

Segundo Wieviorka, do ponto de vista sociológico podemos distinguir dois parâmetros em relação ao sentimento de insegurança: o *medo*, que corresponde à experiência vivida e à apreensão de uma ameaça possível de atingir pessoalmente o indivíduo ou o grupo afetado e a *preocupação*, que remete ao estado geral da sociedade, de seu sistema político e de suas instituições.

A possibilidade de compreensão das idéias desses autores, que combinam referências à subjetividade e ao ser humano enquanto ser social, contribui e nos dá parâmetros para análise do material empírico.

Sintoma

Os sintomas estão no corpo e é no corpo que toda a dramática do sintoma se manifesta. O corpo também é *locus* de justiça, de punição e de medidas exemplares e educativas. É o local adequado para a produção da dor e do sofrimento como afirmação de autoridade, pois é por meio dele que se procura corrigir o caráter, melhorar a conduta e reafirmar o papel de submissão.

Entendendo o sintoma psíquico de uma forma dinâmica na vida do sujeito, temos sempre que correlacioná-lo com a história pessoal, com as vivências atuais, com os aspectos culturais e sociais que envolvem a vida do indivíduo. O sintoma psíquico foi eleito pela psicanálise como referencial teórico do processo de compreensão da situação do sujeito.

Podemos afirmar que o início da Psicanálise é marcado pela concepção freudiana de sintoma. Segundo Freud, o sintoma surge como uma formação do inconsciente, como um retorno do recalçado na forma de uma mensagem que tem um sentido específico, por isso pode ser decifrado. Mas, a partir de sua clínica, Freud constatou que a produção de sentido não é suficiente para trabalhar o sintoma. O sintoma aparece como uma modalidade de satisfação pulsional. “O indivíduo procura manter no inconsciente as representações ligadas a uma pulsão” (Laplanche e Pontalis, 1977, p. 552).

A partir dos fenômenos ligados à pulsão de morte, Freud especulou sobre aquilo que satisfaz o indivíduo no sintoma e seus ganhos primários e secundários. Existem dois momentos de conceitualização do sintoma na obra freudiana: (a) o sintoma relacionado com o saber inconsciente e (b) o sintoma como satisfação pulsional.

A Psicanálise considera traumático o que não pode ser ligado e o que não é processado por uma cadeia significativa que lhe permita encontrar certo sentido em relação a outro significante, produzindo desprazer, angústia, ou produzindo dores no corpo e construindo doenças.

Assim, no atendimento clínico, o sintoma que faz com que os pacientes busquem ajuda médica traz, de forma oculta, as situações de violência. O trabalho clínico deverá se empenhar nesse desvendamento. O pressuposto é o de que o sintoma é uma “formação de compromisso”, que tenta, assim “invisibilizar” ou silenciar a violência. Por “formação de compromisso” entendemos o movimento pelo qual o recalcado vai buscar ser admitido no consciente retornando no sintoma, no sonho, e, mais comumente, em qualquer produção do inconsciente: as representações recalçadas são, então, deformadas pela defesa, a ponto de se tornarem irreconhecíveis (Laplanche e Pontalis, 1977).

Silenciamento

Minha visão quanto ao conceito de “silenciamento” é a de que ele é movimento ou ação. Assim, a opção por nomear o “não falar sobre violência” na clínica médica como “silenciamento” não é uma mera escolha casual. Poderia ser utilizada aqui a denominação, por exemplo, de “ocultamento”, mas tal termo traz apenas o sentido de algo que pode ser visível ou não visível. A importância da expressão “silenciamento” é porque ela está diretamente vinculada e em oposição ao termo “discurso”. Nesse sentido, não só estamos abordando o aspecto daquilo que se apresenta ou não se apresenta, mas também a positividade do silêncio enquanto expressão de algo relevante. Em consequência, o silenciamento não é apenas a ausência de discurso, mas também a eloquência do que se esconde na ausência de palavras ou nas palavras que escondem o sentido das coisas. De tal modo, o silêncio não apenas traz um sentido de vazio do não-dito, mas também atribui às

formas de dizer uma significância específica da história e da ideologia, no seu sentido mais amplo e no seu sentido restrito e individual. É preciso ressaltar que o “silenciamento”, em geral, não é uma atitude pessoal; ela reflete, apenas, um modo coletivo de dizer e de calar.

O que foi dito acima é referendado, por exemplo, em Orlandi (2007), importante lingüista, que discorda da definição de silêncio como apenas o prenúncio do não-dito. Na sua opinião, o silêncio tem sido relegado ao que chamou de “uma posição secundária como excrescência, como o resto da linguagem” (2007, p. 12). Sua proposta é tomá-lo pelo que ele é, e não pelo que não é. E argumenta que o silêncio não deve ser adotado como um complemento da linguagem. Ao contrário, ele tem um “caráter necessário e próprio”, sem que isso signifique que nele exista um sentido independente, pré-existente e absoluto. Assim sendo, desde o primeiro momento, o silêncio não se configura como algo externo em relação à linguagem, e, nem apenas a complementa. O silêncio não se constitui como ausência dos sentidos, mas como o possibilitador de efeitos de sentido e que movimenta processos de significação. Isso é o que Orlandi denomina como “não-um”, ou seja, os muitos sentidos, a polissemia. É na incompletude que se produz a possibilidade do múltiplo, base da polissemia, sendo o silêncio que cria essa condição. Segundo Orlandi, a incompletude é característica de todo processo discursivo. A autora assim define a função do silêncio na constituição do sujeito e na constituição do sentido:

- a. **O silêncio, na constituição do sujeito, rompe com a absolutização narcísica do eu porque, esta seria a asfixia do sujeito já que o apagamento é necessário para sua constituição: o silenciamento é parte da experiência da identidade, pois é parte constitutiva do processo de identificação, é o que lhe dá espaço diferencial e condição de movimento;**
- b. **O silêncio, na constituição do sentido, é o que impede o “non sense” pelo muito cheio, produzindo o espaço em que se move a materialidade significante (o não-dito necessário para o dito) (2007, p. 49).**

Orlandi classifica o silêncio de duas formas: (1) o silêncio fundador, ou seja, aquele que aponta que todo processo de significação tem uma relação necessária com o silêncio; e (2) o que denomina política do silêncio, ou seja, a produção social do que é dito e do não dito: “dizer e silenciar andam juntos” (2007, p. 53).

A autora também divide em dois aspectos a política do silêncio: o constitutivo e o local. O aspecto constitutivo explica que, para dizer, é preciso não-dizer, pois uma palavra apaga obrigatoriamente as outras. O local refere-se à censura, ao que é proibido de se dizer em determinado espaço, local ou conjuntura.

Nesse contexto, a noção de censura, no sentido do não-dito por interdição do psiquismo se amplia, não apenas trazendo o aspecto de interdição reducionista, mas também como fato produzido pela história. Assim, o sentido do dito ou do não dito não pára. Pelo processo de silenciamento, ele muda o seu percurso e escolhe novas formas de expressão, como é o caso dos sintomas, por exemplo.

Para Orlandi, o silêncio não é diretamente observável e, no entanto, ele não é o vazio, mesmo dentro do ponto de vista da percepção. Para torná-lo visível, é preciso observá-lo por métodos que analisam os dispositivos discursivos históricos, críticos e desconstrutivistas (2007, p. 45). Em consequência, se não considerarmos a historicidade do texto e seus processos de construção de efeitos dos sentidos torna-se impossível compreender a eloquência do silêncio.

Observando a história da política do silêncio, Barros afirma que o seu aprofundamento ocorreu, na sociedade ocidental moderna, a partir do século XIX. Segundo a autora, havia um enaltecimento do silêncio como forma de controle das ações e expressões individuais e coletivas.

O silêncio era ordem, ausência de interação, direito daqueles que não queriam ser incomodados, mas, especialmente, algo que atravessava o terreno tanto do público quanto do privado, criando o isolamento e a erosão das relações sociais (2007, p. 58).

A partir dessa etapa histórica, o silenciamento passou a servir, fortemente, como forma de controle social, porque o fato de omitir expressões que pudessem revelar a personalidade e os desejos interiores das pessoas desestimulava seus comportamentos espontâneos em público. Portanto, o silenciamento passou a ser utilizado como função disciplinadora dos corpos, para a vigilância das expressões de cada um e para a privatização e a ocultação de sentimentos nos espaços coletivos.

Psicoterapia de Grupo

Define-se como “psicoterapia” toda intervenção terapêutica onde se prioriza a relação do paciente com o terapeuta, utilizando os recursos das linguagens verbais ou não, buscando com isso a remissão dos sintomas ou a superação dos conflitos subjacentes, com a conseqüente melhoria nas relações interpessoais e sociais de cada um e de todos os componentes. O paciente deve poder compartilhar suas angústias, seus pensamentos pessoais e suas fantasias com seu terapeuta. Por outro lado, o terapeuta precisa ter uma atitude receptiva, ajudando seu paciente na superação do sofrimento, sem emitir qualquer juízo de valor sobre os fatos que lhe são relatados (EPSJV, 2003, p. 93).

O processo de conscientização e enfrentamento ou de superação dos conflitos (conscientes ou não), com a conseqüente supressão dos sintomas e melhoria nas relações sociais, são os princípios de todos os modelos de psicoterapia. Alguns partem do pressuposto de que os transtornos mentais podem ser superados por intermédio da compreensão das suas origens, que residem em conflitos existentes no psiquismo do paciente. Outras técnicas buscam, através de recursos específicos, a eliminação dos sintomas que trazem sofrimentos e limitações na vida do sujeito.

As psicoterapias podem ser individuais, onde a relação é dual, ou seja, o paciente se encontra com um terapeuta em local e hora pré-determinados. Já as terapias grupais se caracterizam pela reunião de várias pessoas, cujo número pode ser diverso, de acordo com o modelo teórico e a técnica. Nas terapias grupais pode haver também mais de um terapeuta presente às sessões. O número de pacientes e de terapeutas dependerá da técnica ou dos objetivos do grupo. Se o grupo utiliza não apenas recursos verbais, mas também outros, como modelagem, pintura e atividades corporais, o número de pacientes deve ser avaliado de acordo com as circunstâncias dos pacientes e o espaço disponível.

Adotamos a definição de Pichón Riviére, que define grupo como:

(...) todo conjunto de pessoas ligadas entre si por constantes do tempo e espaço e articuladas por sua mútua representação interna que se propõe explícita ou implicitamente uma tarefa que constitui sua finalidade. Podemos dizer então que estrutura, função, coesão e finalidade, juntamente com o número determinado de

integrantes, configuram a situação grupal que tem seu modelo natural no grupo familiar (1998, p. 32).

Outras terapias existentes são a familiar e a de casal, que podemos considerar como um tipo de terapia de grupo ou com um grupo natural bastante específico e singular, exigindo assim toda uma abordagem diferenciada. Geralmente, nesses casos, muitos terapeutas utilizam a abordagem sistêmica, técnica baseada na teoria geral dos sistemas cuja idéia central é perceber o 'doente' apenas como um representante circunstancial de alguma disfunção no sistema familiar. O 'doente' passa, então, a ser considerado um sistema aberto devido ao movimento dos seus membros dentro e fora da família e da interação entre os próprios membros familiares e com sistemas extrafamiliares (meio-ambiente, comunidade, e outros).

É importante ressaltar que só é possível conseguir algum resultado positivo no trabalho terapêutico se o profissional tiver objetivos bastante claros e mantiver uma postura receptiva, escutando, acolhendo o paciente e contribuindo na superação de seus sofrimentos. Essa atitude de empatia e de compreensão independe da abordagem teórica e técnica eleita para o trabalho.

A utilização da estratégia grupal com finalidade terapêutica tem como pioneiro o médico J. Pratts, em 1906, que a realizava em um hospital com grupos de até 80 pacientes acometidos de tuberculose. Nesse convívio se criava um clima de cooperação e de mútua ajuda que permitia acelerar a recuperação dos doentes.

Pratts utilizou as emoções coletivas com objetivos terapêuticos, pela primeira vez, usando uma técnica ativa, com o intuito de fazer surgir, de maneira controlada, os sentimentos de incentivo, de rivalidade e de solidariedade no grupo. Desse modo, os "bons pacientes" eram premiados com a colocação de suas cadeiras mais próximas à do terapeuta.

Mas foi o terapeuta romeno Jacob Levy Moreno (1974) quem, pela primeira vez em 1932, usou o termo "Psicoterapia de Grupo". Desde 1920 esse autor já vinha empregando técnicas de grupo, com ênfase na catarse e na dramatização de conflitos psicológicos como fatores terapêuticos principais.

Foi por meio de Kurt Lewin (1975), a partir dos anos 40, que a Psicoterapia de Grupo recebeu o seu *status* de cientificidade. Ele se referia a ela, em suas pesquisas sobre comportamento social. Elaborou a teoria de campo, que se baseia em duas suposições fundamentais: a) o comportamento humano é derivado da totalidade de fatos coexistentes, que inclui a família, a profissão, o trabalho, a política, a religião etc; b) esses fatos coexistentes têm o caráter de um campo dinâmico e interdependente, no qual cada parte do campo depende de uma inter-relação com as demais partes.

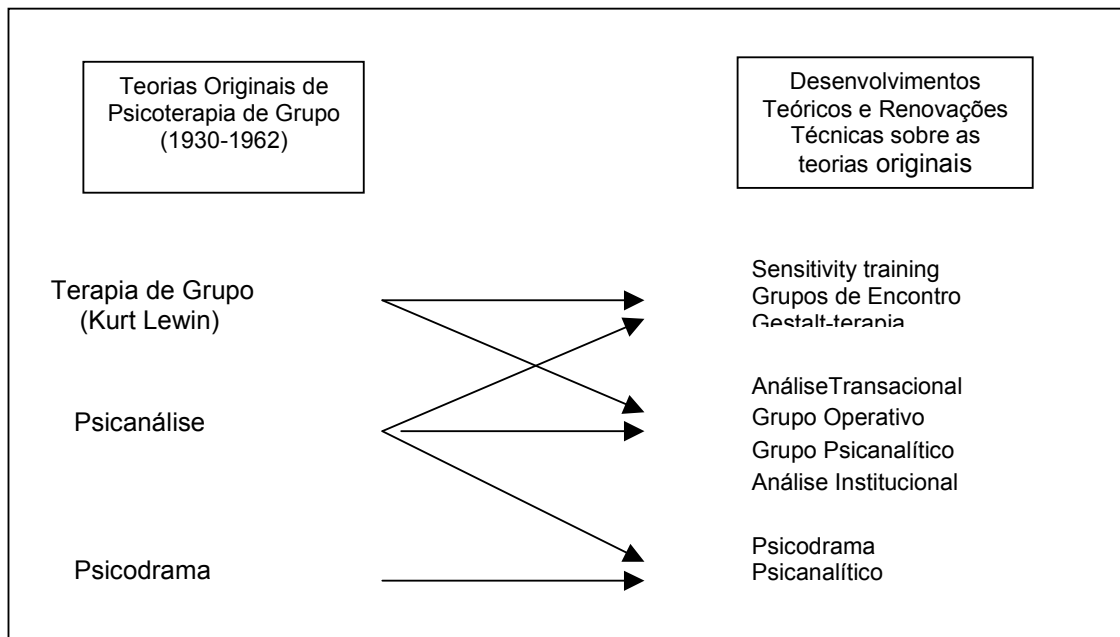
Para Lewin o comportamento humano não depende somente do passado, ou do futuro, mas do campo dinâmico atual e presente. Esse campo dinâmico é o espaço de vida que contém a pessoa e o seu ambiente psicológico.

Desse momento em diante, as práticas grupais foram progressivamente ampliadas e diversificadas, principalmente a partir do pós Segunda Guerra Mundial. Assim como todos os ramos científicos e de atenção aos indivíduos, houve um florescimento da área de terapias de grupo. Houve um aumento da demanda por atendimento da mão-de-obra industrial afetada pela guerra, assim como a extensão do atendimento em saúde mental a setores mais amplos da população.

Da influência das chamadas técnicas de potencial humano que propiciam uma forma de trabalho não-verbal e que estiveram no auge de seu reconhecimento nos anos 1950, o trabalho terapêutico com grupos sofreu, a partir dos anos 1960, uma nova reformulação, que deslocou sua ênfase da liberação da palavra para a liberação do corpo.

O quadro abaixo⁵ representa as principais linhas e influência em relação às práticas terapêuticas mais difundidas em nosso meio (EPSJV, 2003).

⁵ Quadro adaptado a partir de Saidon, Osvaldo et al. **Práticas Grupais**. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1983.



O psicólogo alemão Kurt Lewin (1975), depois de ter se mudado para os Estados Unidos em 1933, fundou o Centro de Pesquisas para Dinâmicas de Grupo, dedicando-se ao desenvolvimento de um tipo de Psicologia Social. O grupo é entendido por Lewin como aquele que permite vencer as resistências à mudança e que provoca modificações nas estruturas do campo social. Ele propunha a utilização do conceito de *campo* em substituição ao conceito de classe. O conceito de classe, até então empregado pela Psicologia em sua etapa pré-científica, era caracterizado por classificações abstratas e pela vinculação da legitimidade científica à frequência dos acontecimentos. Lewin definiu campo psicológico como o espaço de vida considerado dinamicamente, compreendendo tanto a pessoa como o meio. Para esse autor, a ação individual era explicada a partir da estrutura que o indivíduo estabelece com o seu meio ambiente em determinado momento. Tanto a pessoa quanto o meio são considerados “regiões psicológicas”, ou seja, fazem parte do espaço de vida.

Um aspecto importante na teoria de Lewin é que o grupo consiste em uma totalidade dinâmica que não resulta da soma de seus integrantes, possuindo propriedades específicas enquanto totalidade. Cada um coexiste com o outro e todos são mutuamente interdependentes. O jogo de forças é pensado em relação ao todo, que representa o grupo e

cujas propriedades são distintas das contidas na soma das partes que o compõem. A investigação da unidade do grupo é o centro do interesse de Lewin.

As pesquisas de Lewin (1975; 1984), em sua última fase, se voltaram para os estudos sobre dinâmica de grupo, na busca de compreender as forças que interatuam coletiva e individualmente, tornando o indivíduo ao mesmo tempo mais dono de si enquanto é influenciado por outras forças, como a família e o grupo profissional. O autor ressalta que, muitas vezes, o processo de interação é impessoal: corresponde ao peso dos valores do grupo e da sociedade em geral sobre os desejos do indivíduo.

A Gestalt-terapia surgiu nos Estados Unidos a partir dos trabalhos de Frederick S. Perls nos anos 1950 (1977a; 1977b; 1979; 2002), sob a influência de diversas correntes filosóficas e terapêuticas da Europa, das Américas e do Oriente. A palavra alemã “gestalt”, que não tem uma tradução direta para o português, significa forma, partes que se somam formando um todo como uma configuração ou uma estrutura.

Perls era um dissidente da teoria de Freud e lançou as bases científicas da Gestalt-terapia enquanto método. Para ele, cada momento do ato de viver é composto por situações prioritárias, determinadas pelo que chamou de auto-regulação orgânica. Se uma pessoa não respeita sua auto-regulação e passa a adotar referências externas, pode criar para si o que ele denominou de hetero-regulação, definida como uma valorização excessiva do que não é seu, do que vem de fora e da opinião dos outros.

O objetivo da Gestalt-terapia é restaurar a capacidade de crescimento do indivíduo. Para isso, o terapeuta deve trabalhar no sentido de quebrar bloqueios, fingimentos e defesas do paciente e estimulá-lo à auto-afirmação. Partindo do princípio de que cada indivíduo tem as condições necessárias para o melhor aproveitamento de sua vida, a terapia ocorre tomando como base o presente, o momento em que as dificuldades surgem. Visa propiciar novas formas de ver, cria novas possibilidades de olhar as questões buscando, assim, uma maior autonomia. A meta principal do processo é proporcionar à pessoa um maior equilíbrio de sua própria vida, para que possa efetuar escolhas e tomar decisões que possam ser mais proveitosas para suas reais necessidades atuais. A terapia busca desenvolver a independência e a responsabilidade do cliente nas suas escolhas e atitudes.

Além do interesse pelo aqui e agora acima relatado, a Gestalt também tem como princípio a visão holística do paciente, o diálogo direto na tentativa de manter uma relação próxima a ele, a sucessão de figura e fundo que aparecem e desaparecem, a interação entre as polaridades contrárias, a crença de que tudo é mutável e a idéia de que o visível só adquire sentido por meio da energia oculta.

Perls incentivava cada gestalt-terapeuta a utilizar os princípios da teoria a seu modo, ou seja, ele não pretendia que todos aplicassem o seu estilo de trabalho, mas que pudessem desenvolver seu modo próprio a partir da teoria. Devido a isso, a Gestalt não se preocupou em estabelecer uma definição teórica e técnica rigorosa, tendo uma característica mais flexível, se configurando apenas como uma tendência geral, aberta para adaptar-se à evolução dos valores.

É justamente por se tratar de um método maleável e polivalente, o que propicia um suporte teórico e metodológico diretamente transponível para o trabalho cotidiano dos mais diversos profissionais e ambientes, que a Gestalt suscitou um interesse de pessoas que trabalham em hospitais – psiquiátricos ou não –, prisões, escolas, empresas, com grupos de psicóticos, cancerosos, alcoólicos, toxicômanos, bulímicos, obesos, desempregados, dentre outros.

No trabalho com grupos, os gestalt-terapeutas observam e analisam o discurso, a tonalidade da voz, os gestos e a linguagem corporal de seus membros. A intenção é saber o que estão evitando e como estão se prejudicando com isso. As técnicas utilizadas visam ajudar os integrantes do grupo a reconhecerem suas próprias sensações, percepções e emoções.

As práticas psicoterapêuticas com grupos vêm sendo debatidas não apenas no campo da saúde mental, mas também nos serviços públicos de saúde, especialmente nas Estratégias de Saúde da Família, nas quais o trabalho em equipe requer também uma coletivização das atividades desenvolvidas com a população atendida.

Paradoxalmente, nas instituições privadas e nos consultórios de profissionais liberais vem ocorrendo um movimento de recrudescimento da atenção individualizada,

diversamente do que acontece nas instituições públicas de saúde mental que operam no campo da reforma psiquiátrica e da Estratégia de Saúde da Família.

Barros discute essa questão a partir de uma matéria publicada em um jornal de grande circulação, intitulada “Só”⁶. Segundo o artigo do jornal, a terapia de grupo, depois de virar moda na década de 1970, correria o risco de acabar antes do início do terceiro milênio. Entre os diversos motivos apresentados pelo articulista estariam a falta de desenvolvimento teórico sobre os fatores técnicos ligados ao “*setting*”, o desrespeito às individualidades, a falta de sigilo nos grupos, a difusão da psicanálise lacaniana e a inibição das pulsões de agressividade já que, nos grupos, as relações tenderiam a ser mais amorosas. Num texto denominado “Grupo: Afirmção do Simulacro”, Barros contesta as idéias expostas no artigo, afirmando que:

(...) tomado por esse ângulo, o raciocínio seria o seguinte: dada certa difusão de técnicas grupais, dadas certas condições de estreitamento dos espaços coletivos de fala, dado o aumento de procura aos serviços especializados, não se utilizaria mais o grupo, que se tornaria descartável quando tais problemas fossem sanados. Esta hipótese nos parece estar de acordo com o que os fatos subseqüentes nos apontam: nos anos 80/90 observa-se uma desvalorização do grupo, um decréscimo de oferta de espaços terapêuticos grupais, pouca insistência na utilização das práticas grupais nos serviços de atendimento psi da rede pública (Barros, 2007, p. 274).

Outra questão que vem sendo apontada pela mesma autora é o uso de grupos para tratar pessoas supostamente “de segunda categoria”, com técnicos, conseqüentemente, também considerados de “segunda categoria”.

Não apenas como possibilidade de oferecer atendimento a um número maior de pacientes, a justificativa da prática dos grupos nos serviços de saúde, especialmente os da esfera pública, se dá pela promoção de uma maior convivência dos pacientes e para a coletivização das angústias vivenciadas por cada um, podendo então partilhar seus sofrimentos e buscar soluções muito mais coletivas do que individuais.

Por outro lado, o risco a ser enfrentado com a ‘proliferação’ de práticas grupais é de cairmos numa banalização ou imposição dessa forma de atendimento por parte dos

⁶ Jornal do Brasil, Revista de Domingo, 06 dez 1992.

planejadores, pois as atividades grupais são vistas como abordagens “politicamente corretas”.

Assim, entendemos que existe possibilidade de ocorrerem situações que normalmente deveriam ser evitadas no lidar diário com os grupos, como é o caso dos tratamentos que infantilizam os pacientes; que fazem imposição de atividades a eles e não respeitam seu ritmo ou apelos grupais. Existe também o risco do uso de técnicas por pessoas que não as dominam devidamente e que são incapazes de justificar seu uso correto. Tais situações podem advir em vários casos em que os profissionais que coordenam os grupos não estejam devidamente preparados para essa função. É claro, por outro lado, que o trabalho em grupo não é prerrogativa de uma categoria profissional uma vez que não se constitui numa especialidade. No entanto, é importantíssimo que os profissionais que se dedicam ao trabalho com grupos (das mais diversas modalidades) passem por uma formação específica para isso e possuam uma reflexão teórica e técnica de sua prática cotidiana, respeitando todas as possíveis singularidades de suas atividades e de seus clientes.

Psicanálise nos Grupos

Foi Sigmund Freud quem formulou toda a base da teoria a qual denominamos psicanálise. Ele publicou, em 1895, “Estudos sobre a Histeria”, a partir da observação de pacientes e então desenvolveu uma teoria da sexualidade para explicar a etiologia das neuroses. Em 1900, Freud publicou “A Interpretação dos Sonhos”, construindo um modelo de funcionamento do aparelho psíquico, a “primeira tópica”, constituída de “Inconsciente”, “Pré-consciente” e “Consciente”. Em 1923, definiu a “segunda tópica”, que compreende o “Id”, “Ego” e “Superego”.

Seu conjunto de obras é de extrema importância, pois foi ele quem, pela primeira vez, descreveu o funcionamento do aparelho psíquico e desvendou a origem das neuroses. Essas passaram a não serem mais vistas como de origem orgânica e sim como desencadeadoras de mecanismos inconscientes do psiquismo humano relacionados à história do sujeito. Seus trabalhos e os dos seus seguidores tiveram grande influência em vários campos do conhecimento, como as ciências humanas e sociais, as artes, a música.

Os estudos psicanalíticos com grupos partem da hipótese que estes, enquanto espaço onde vários sujeitos interagem, é o lugar de uma realidade psíquica própria. Tendo em vista que a psicanálise busca ajudar os indivíduos a acessar e a compreender as fontes de seus conflitos, o grupo aparece como um lugar privilegiado em que os conteúdos individuais, inerentes a cada membro, podem vir a se manifestar e ser objeto de interação com os demais.

Sigmund Freud escreveu, em 1921, um texto intitulado “Psicologia das Massas e Análise do Ego” (1976), considerado um dos textos fundamentais para a compreensão dos fenômenos coletivos. Posteriormente, Bion e Foulkes, na Inglaterra, e a Escola Francesa de Psicanálise Grupal aprofundaram a discussão teórica acerca do trabalho psicanalítico em grupo.

Para esses últimos autores, o grupo pode ser definido como forma e estrutura de uma organização de vínculos entre os vários sujeitos presentes nele, entendendo que as relações produzem formações e processos psíquicos específicos. Ao mesmo tempo, o grupo também é a forma e a estrutura de uma organização intrapsíquica, segundo René Kaës (1997).

É possível dividir a psicanálise de grupo em três modelos:

O primeiro é o da Psicanálise “*no*” grupo, que consiste num tipo de análise individual realizada em grupo. Predomina aqui a idéia de oposição entre o indivíduo e a sociedade, que em termos terapêuticos representa buscar a análise das motivações intra-individuais dos membros do grupo.

O segundo modelo é o da Psicanálise “*de*” grupo, onde este é entendido como tendo uma estrutura básica. O sujeito passa a ser integrado enquanto parte de uma mentalidade grupal. A partir dos conteúdos do grupo, é possível perceber os mecanismos de defesa atuantes, as fantasias básicas e o nível transferencial que prevalecem em cada momento. O objetivo é promover a integração entre as pessoas, com a assimilação de uma identidade grupal por parte de cada membro.

O terceiro modelo é o da Psicanálise “centrada no grupo”. O grupo terapêutico é considerado semelhante aos demais grupos sociais, sendo caracterizado pela interdependência. Ele é um conjunto operativo cuja tarefa é a cura como uma experiência social privilegiada, já que possibilita a visualização da conduta de seus membros, além de fazer emergir aspectos inconscientes motivadores. Nesse modelo, há ênfase na interação dos membros e na manutenção da produção grupal.

Psicodrama

Jacob Levy Moreno nasceu em 1889, estudou medicina e clínica psiquiátrica em Viena, onde teve a oportunidade de conhecer Sigmund Freud. Esse autor gostava muito de teatro e um de seus primeiros trabalhos foi com um grupo formado por prostitutas. Em 1912 fundou o Teatro Vienense da Espontaneidade, onde começou a formular suas idéias a respeito da Psicoterapia de Grupo. Trabalhou de forma especial com psicodrama, uma forma de psicoterapia baseada no teatro de improvisação. Moreno se mudou para os EUA em 1925 e começou a difundir essa modalidade de terapia, introduzindo também, em 1931, o termo Psicoterapia de Grupo. Morreu em 14 de Maio de 1974, aos 85 anos, pedindo para gravar em sua sepultura: "Aqui jaz aquele que abriu as portas da psiquiatria à alegria”.

Na técnica do psicodrama o paciente representa acontecimentos reais ou imaginários, vivenciando-os com o máximo possível de intensidade, como se os problemas dramatizados estivessem ocorrendo naquele instante (Moreno, 1974). O processo terapêutico se realiza por meio da catarse emocional com as vivências experimentadas em cena. É possível utilizar recursos dramáticos definidos por determinadas regras e elementos:

O Cenário – consiste num determinado espaço onde é possível desenvolver a cena na qual, segundo Moreno, a realidade e a imaginação se situam numa esfera ampliada das funções do mundo psicodramático, dos objetos, das pessoas e dos acontecimentos.

Os Personagens:

- a. Protagonista – é pedido ao protagonista que represente a si mesmo no cenário; que busque seu próprio universo.
- b. Diretor – suas funções são três: terapeuta, analista e diretor (que deve permanecer fora de cena). Cabe também ao diretor iniciar a sessão e interromper a cena.
- c. Ego-auxiliares – eles assistem ao Diretor na análise da situação e no tratamento. Para muitos autores, o ego-auxiliar é um papel que pode ser desempenhado pelos próprios membros do grupo.
- d. Público – são membros do grupo que assistem às cenas e auxiliam os que participam dela, mas que também podem ser convocados para entrar em cena.

As principais técnicas utilizadas no Psicodrama são:

- a. Apresentação pessoal – o participante se apresenta para o grupo. Essa técnica pode ser feita de diversas formas, valorizando aspectos a serem trabalhados.
- b. Solilóquio – o participante fala em voz alta aquilo que está pensando ou sentindo.
- c. Técnica de doublé – um dos ego-auxiliares toma o lugar do protagonista, realçando aspectos do protagonista, possibilitando que ele assista à cena dramatizada por outro.
- d. Técnica de espelho – o papel do sujeito é desempenhado por um personagem auxiliar que mostra como o personagem se comporta nas diferentes situações.
- e. Inversão de papéis – os participantes trocam os papéis, repetindo a cena. Provavelmente é uma das técnicas mais ricas no psicodrama.

Esquizoanálise e Grupos Terapêuticos

Uma nova concepção e uma nova visão de mundo são as bases filosóficas do pensamento esquizoanalítico proposto a partir dos trabalhos de Deleuze e de Guattari (O Anti-Édipo, 1976). Seus princípios se contrapõem ao pensamento ocidental predominante que, historicamente, carrega o peso da antiga tradição filosófica grega e do capitalismo em sua política de controle, no seu modo de organização das relações humanas e no trato com a natureza e a subjetividade.

Para Guattari e Deleuze (1976), a psicanálise é influenciada pela concepção aristotélica, concebendo o inconsciente como um espaço intrapsíquico no qual se situam as representações recalçadas que a consciência não foi capaz de suportar. Nele estariam armazenados os segredos mais íntimos, os sentimentos confusos e as segundas intenções. O acesso a este inconsciente para a psicanálise só ocorrerá através de um longo processo de preparação que deve ser administrado por especialista, no caso, pelo psicanalista.

Já para a Esquizoanálise, o Inconsciente é produção e criação. Ele é concebido como uma fábrica moderna com suas máquinas desejanças. É um lugar de produção que, ao mesmo tempo em que cria, obtém prazer. Barenblitt define o inconsciente a partir da perspectiva esquizoanalítica como “um incessante produzir caótico que, ademais, se produz a si mesmo e produz a realidade como renovados todos” (Barenblitt, 1998, p. 114). Ele é o próprio movimento de desterritorialização, ou seja, de desmanchamento de modos instituídos de existência. São os afetos soltos em busca de materiais de expressão.

Segundo essa linha de pensamento, o inconsciente está centrado numa multiplicidade de subjetividades. Ele é afetado, de acordo com as características do social, pela influência das diferentes culturas e pela diversidade de vivências históricas presentes, logo, ele não é universal e as identidades não são imutáveis.

Os conjuntos funcionais do Inconsciente Esquizoanalítico não são reduzidos às estruturas universais como Ego, Id e super-Ego conforme descrito na teoria psicanalítica. Para os pensadores Deleuze e Guattari (1976) encontra-se de tudo ali, o que faz com que suas possibilidades de funcionamento sejam múltiplas. Assim, o Inconsciente Esquizoanalítico é um campo que pode ser acessado a qualquer momento por qualquer pessoa, não se necessitando de preparação específica para tal.

Segundo Neto (1991), o Inconsciente Esquizoanalítico é “incansável, na busca dos fins da vida, ele está sempre agitando, esparramando, multiplicando, transgredindo. Subversivo, não conhece ordem; suas leis são o acaso, o devir a multiplicidade. Invisível e indivisível, (...) sendo o eterno construir e desconstruir de si próprio”. (Neto, 1991, p. 17).

Compreendendo-se o inconsciente desta forma, sua função é muito mais potência do que ausência, pois nele só há sofrimento quando a produção desejante é impedida de desenvolver-se e a pessoa vive apenas em processo de reprodução por não tolerar a criação do novo.

O real social, entendido pelo viés da Esquizoanálise, é construído pelas relações que se encontram em constante mutação. Esse real é o campo da própria existência. Sua produção se dá, portanto, através dos movimentos do desejo e sua definição deve ser relacionada aos acontecimentos e não às coisas estáveis ou imóveis. A Esquizoanálise utiliza o grupo para que sentidos sejam criados e não revelados, como ocorre na Psicanálise, pois vê na transformação a forma de se conhecer.

Na concepção da Esquizoanálise, o grupo não é separado dos movimentos e processos que o produziram, visão diferenciada em relação a algumas linhas teóricas que acabam definindo o grupo como mais um indivíduo. Ou seja, para a Esquizoanálise, o grupo aparece como um modo de subjetivação que ganha dominância na expressão da subjetividade. Assim, ele funciona como um dispositivo, ou seja, como um produtor de efeitos de sentidos variados.

Um dispositivo tenciona, movimenta, desloca, provoca agenciamentos e comporta linhas de forças que levam as palavras e as coisas à luta incessante por sua afirmação. Nele são estabelecidas conexões entre pessoas diferentes, como modos de subjetivação distintos, criando um amplo campo de confrontos e interrogações que acaba gerando possibilidade de ocorrerem mudanças onde antes estava cristalizado. É também no trabalho grupal que podemos mais facilmente fazer com que a experiência que se tem das angústias saia do individual - como usualmente são vivenciadas na cultura individualizante em que vivemos - e se projete no coletivo, local a que, de fato, pertencem.

Guattari introduz o conceito de transversalidade no grupo por oposição a uma verticalidade, ligada à história do sujeito, e a uma horizontalidade, vinculada ao processo atual que ocorre com a totalidade dos participantes do grupo.

Esse conceito é importante em suas formulações, pois nele está incluída a idéia de significante social sobre o indivíduo. Sua incidência se dá a todo o momento e em todos os níveis. Para o autor, a relação social pode ser reconhecida em todas as instâncias psicopatológicas, não constituindo apenas uma face dos problemas individuais e familiares. A partir da experiência com grupos ligados a uma instituição, Guattari afirma que eles têm uma missão a cumprir a partir de determinada perspectiva sobre o mundo.

A importância do trabalho desses dois autores está no fato dele tornar possível a articulação de prática política e prática clínica. Para eles não existe o grupo em geral, abstraído das determinações concretas. Segundo Vidal:

A questão consiste, portanto, em saber se o grupo é sujeito da cadeia significante que enuncia, se é agente coletivo de enunciação, ou se é perpassado por um discurso possuidor de normas de cuja produção não participou: se é grupo-sujeito ou submetido, para usar a linguagem da teoria (1982, p. 48).

Essa diferença pode ser graduada por um coeficiente de transversalidade que está relacionado à margem de abertura de um grupo para outros grupos. As construções do grupo-sujeito são sempre abertas e passíveis de transformações e mudanças, e o grupo tanto pode assumir sua própria plenitude como sua própria morte. Já o grupo submetido ou sujeitado se dobra sobre si mesmo, se imagina único e imortal, só acolhendo a morte ou as mortificações de forma paranóica como ataques do exterior, desse mesmo exterior que recebe as suas determinações de existência.

Grupo Operativo

Foi Pichon-Rivière quem fundou a técnica de Grupo Operativo. Construiu o seu arcabouço de conhecimentos partindo do que denominou “Epistemologia Convergente” (Pichon-Rivière, 1998), a partir da qual seria possível fazer convergir, de maneira eclética, uma série de teorias e práticas. Segundo essa concepção, as ciências convergem para um objeto único: o homem, em sua abordagem pluridimensional. As principais teorias que Pichon-Rivière foi buscar para a construção de seu arcabouço teórico são a Psicanálise, a Teoria de Campo de Kurt Lewin e a Teoria da Comunicação. O Materialismo Dialético também contribuiu nas suas postulações a respeito da Psicologia Social (Saidon, 1983).

Para Pichon-Rivière, o Grupo Operativo deve estar centrado numa tarefa que pode ser a cura, o aprendizado, a discussão das dificuldades, o diagnóstico de algum problema ou outras. Sob essa tarefa explícita, existe outra implícita e subjacente, apontando para a quebra das estereotípias que dificultam a comunicação e o aprendizado.

Existem várias etapas de realização de um Grupo Operativo:

- a. Pré-tarefa - A pré-tarefa se caracteriza por uma situação que paralisa o prosseguimento do grupo. O grupo age “como se” trabalhasse, “como se” se efetuasse um trabalho especificado. Depara-se com uma situação de mudar algo para que nada mude. A presença dos medos básicos faz com que o grupo utilize técnicas defensivas promovendo, assim uma resistência à mudança.
- b. Tarefa - O momento da tarefa consiste na abordagem e elaboração das ansiedades básicas. O grupo aparece com uma percepção global dos elementos em jogo, com possibilidade de instrumentá-los em contato com a realidade. O grupo consegue, então, elaborar estratégias e táticas, intervindo nas situações e provocando mudanças.
- c. Projeto - São as estratégias ou táticas para produzir uma mudança que, por sua vez, voltariam a modificar o sujeito, com o qual o processo se põe outra vez em marcha.
- d. Papel - Cada um dos participantes do grupo constrói o seu papel em relação aos outros, baseado em seu grupo interno (representação que cada um tem em relação aos outros membros do grupo).

Os quatro papéis mais destacados em um grupo operativo são os de:

- a. Porta-voz – é aquele que, em um dado momento e de diversas formas (com silêncio, com palavras ou gestos), expressa o acontecer grupal, as fantasias ou as ansiedades.
- b. Bode expiatório – é o depositário dos aspectos negativos e das dificuldades do grupo e o responsabilizado por seus fracassos.
- c. Sabotador – são membros depositários das forças que se opõem à tarefa do grupo. O sabotador, assim como o bobo do grupo, de maneira ativa, paralisar o

grupo e mantê-lo na pré-tarefa, o que pode também gerar segregações no interior do grupo.

- d. Líder – é o depositário dos aspectos positivos do grupo. Os líderes clássicos de um grupo são: autocrático, democrático, *laissez-faire* e demagógico. Essas lideranças podem ser assumidas tanto pelo coordenador como pelos diferentes membros do grupo.

Cada membro do grupo tem um esquema de referências próprio: suas ideologias, experiências, formas de pensar, afetos e outros aspectos. Cada integrante leva ao grupo um esquema de referência e esses esquemas conceituais se confrontam com os referenciais de outros membros do grupo, interagindo e produzindo um esquema conceitual peculiar ao grupo. Essa construção de um Esquema Conceitual Referencial Operativo (ECRO) se dá tendo por base um denominador comum que é oscilante e se movimenta como se fosse em forma espiral crescente e de maneira contínua.

Esse esquema do Grupo Operativo assume a imagem de um cone invertido, que pode nos dar uma noção clara das bases com as quais se fundamenta a atuação no interior do grupo. Ele contém diversos vetores: filiação e *pertenencia*⁷, pertinência, comunicação, aprendizagem, tele e cooperação.

- Filiação e *pertenencia* – Pode-se considerar a filiação como uma etapa anterior à *pertenencia*. A filiação é uma aproximação não fixa com a tarefa e congrega aqueles que estão interessados pelo trabalho em grupo. O movimento de *pertenencia* é quando os membros “entram” no grupo. Na dinâmica grupal, a *pertenencia* é avaliada pela presença pelo interesse, pela pontualidade e outros aspectos comportamentais e de atitudes.
- Cooperação – A cooperação aumenta quanto mais o grupo consegue tornar conscientes as suas estratégias. Ela se manifesta pela capacidade que os membros do coletivo têm de se colocar no lugar do outro, ajudando-se mutuamente nas tarefas.

⁷ O termo está sendo utilizado em espanhol, sem sua tradução para o português, por não existir, na língua, uma palavra que expresse claramente o sentido que foi dado ao termo. Assim, a palavra pode significar filiação em português, mas aqui tem um sentido maior de pertencente ou 'fazendo parte de'.

- Pertinência – consiste na centralização do grupo em torno da tarefa proposta. É a capacidade do grupo de manter a discussão dentro da temática em foco.
- Aprendizagem – é a capacidade que o grupo tem de mudar qualitativamente o somatório dos conhecimentos dos membros acerca do tema. Os membros do grupo têm seus conhecimentos ampliados a partir das contribuições de outros participantes.
- Comunicação – Pichon-Riviére define a comunicação como o lugar privilegiado pelo qual se expressam os transtornos e dificuldades do grupo para enfrentar a tarefa. Quanto mais aparecem dificuldades na comunicação no grupo, significa que mais o grupo enfrenta dificuldades em relação à tarefa.
- Tele (clima grupal) – representa o clima grupal, que pode ser traduzido como transferência positiva ou negativa.

Clínica Ampliada

Em nosso modelo da medicina biomédica, quando buscamos a compreensão das causas de procura de tratamento, o que geralmente levamos em conta são apenas os aspectos orgânicos das doenças e as possíveis disfunções que provocam enfermidades.

Quando pensamos na construção de uma clínica na qual se inscreve o conceito ampliado de saúde, entra em jogo a necessidade de ampliação de dispositivos que possam criar estratégias de intervenções clínicas em uma perspectiva ética e não simplesmente tecnocrática. Essa perspectiva conforma uma outra visão da clínica, a clínica da intervenção e da experimentação de práticas que sempre são também sociais e não apenas biológicas. A idéia de clínica ampliada não se opõe à concepção da questão social da saúde e nem a complementa, já que os processos subjetivos e sociais são apenas formas de diferenciação que assim podem se expressar.

Para Campos (2007) há a necessidade de se ampliar o objeto da Medicina, agregando a ele, além do conhecimento das doenças e de seu tratamento, situações que incluem o risco e a vulnerabilidade das pessoas, sua história e sua visão dos problemas que,

em última instância, estão presentes na configuração de problemas de saúde. Nesse sentido, Campos afirma:

A ampliação mais importante, contudo, seria a consideração de que, em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas. Clínica do sujeito: essa é a principal ampliação sugerida. Além disso, considera-se essencial a ampliação também do objetivo ou da finalidade do trabalho clínico: além de buscar a produção de saúde, por distintos meios – curativos, preventivos, de reabilitação ou com cuidados paliativos –, a clínica poderá também contribuir para a ampliação do grau de autonomia dos usuários. Autonomia entendida aqui como um conceito relativo, não como a ausência de qualquer tipo de dependência, mas como uma ampliação da capacidade do usuário de lidar com sua própria rede ou sistema de dependências (Campos, 2007, p. 52).

O autor também se refere à necessidade do trabalho clínico incluir a compreensão das condições dos usuários e sua participação, como requisito para que eles possam compreender e atuar em relação a si mesmos e sobre o mundo da vida. Essa capacidade maior de autonomia está relacionada à ampliação do autocuidado, da compreensão sobre o processo saúde e enfermidade e da capacidade de usar o poder de estabelecer compromisso e contrato com outros. Assim, para Campos,

(...) a terapêutica não se restringirá, em consequência, somente a fármacos e à cirurgia; há mais recursos terapêuticos do que esses, como, por exemplo, valorizar o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio psicossocial (2007, p. 52).

III. CAPÍTULO III – METODOLOGIA E OPERACIONALIZAÇÃO

1. Introdução

Este estudo tem uma dupla entrada teórico prática. De um lado, constituiu-se na proposta de realização de um grupo terapêutico. De outro, parte do material elaborado por esse grupo foi tomado como conteúdo para uma análise de discurso sobre a vivência da violência, em uma abordagem social qualitativa. Relatarei, a seguir, as duas vertentes do trabalho.

Início com uma contextualização do espaço social de realização do grupo e da pesquisa. Em seguida, descrevo o desenvolvimento do grupo terapêutico e, em terceiro lugar, apresento a operacionalização da análise da pesquisa pela utilização da técnica de Análise do Discurso (AD).

1.A- Contextualização do Grupo Terapêutico e da Pesquisa

O campo de investigação empírica foi constituído pelos relatos produzidos nas sessões de grupo com os pacientes atendidos no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF). O CSEGSF é um Departamento da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fiocruz, que mantém contato com a rede municipal de saúde por intermédio do Centro Municipal de Saúde Américo Veloso, da 10ª Região Administrativa. Foi criado em 1967 com o objetivo de prestar assistência aos moradores do Complexo de Manguinhos, região de favelas do entorno da Fiocruz, no município do Rio de Janeiro. Seu funcionamento ocorre de 8 horas às 17 horas, de segunda a sexta feira. O Centro tem como atividades básicas a educação, a prevenção e a promoção da saúde, além de servir como campo de pesquisa para os alunos da Escola Nacional de Saúde Pública. Este Centro constitui-se hoje como a autoridade sanitária na área, responsável pela atenção à saúde da população adstrita, que pode ser calculada em 50.000 pessoas.

Um aspecto presente na política de atenção e promoção em saúde do CSEGSF se relaciona à importância estratégica que hoje é conferida ao Programa de Saúde da Família (PSF), ou a Estratégia de Saúde da Família (ESF), conforme sua denominação mais ampla na política do Ministério da Saúde.

Nos últimos anos, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem se tornando relevante na atenção à saúde promovida pelo SUS e é evidente seu crescimento, especialmente em municípios do interior do Brasil. Dados do Ministério da Saúde (2006) mostram que 5106 municípios possuem Programa de Saúde da Família (PSF), com uma cobertura de 86,1% do total dos 5564 municípios brasileiros. Apontam também que os PSF oferecem assistência a 85.734.139 habitantes, que correspondem a 46,2% da população brasileira estimada pelo IBGE (2000).

Essa importância também se expressa na expansão do Programa Saúde da Família em Manguinhos, ocorrida no segundo semestre de 2004, quando mais seis equipes foram constituídas, somando-se às duas incorporadas em 2000.

É preciso ressaltar que os profissionais do PSF do Centro de Saúde são os que, comparativamente a todos os outros profissionais que aí trabalham, têm melhor percepção acerca da questão da violência, provavelmente facilitada pelo trabalho direto que realizam na comunidade. Foi importante a contribuição dos profissionais do PSF para esta pesquisa, pois são eles que fazem a primeira avaliação para o posterior encaminhamento dos pacientes à Triagem da Saúde Mental. Assim, os que me chegam, passam anteriormente por um olhar das equipes de PSF.

O CSEGSF atende a população do Complexo de Manguinhos, estimada em 50.000 habitantes. Esse espaço é constituído por dez favelas e três conjuntos habitacionais próximos à Fundação Oswaldo Cruz. Os seguintes bairros compõem o Complexo de Manguinhos:

- Conjunto Habitacional Provisório 2
- Vila Verde
- Comunidade Agrícola de Higienópolis
- Parque Oswaldo Cruz
- Vila Turismo
- Parque João Goulart
- Parque Carlos Chagas
- Vila União

- Conjunto Habitacional Ex-Combatentes
- Conjunto Habitacional Mandela I
- Conjunto Habitacional Samora Machel
- Mandela de Pedra
- Greenville

Todas as comunidades acima relacionadas encontram-se na 10ª Região Administrativa, na Área de Planejamento 3.1 (AP 3.1) da Secretaria Municipal de Saúde.

A ocupação de Manguinhos foi incrementada a partir das décadas de 1950 e 1960, em razão de com uma política de remoção de favelas e também a partir do final da década de 1980, quando a prefeitura promoveu diversos assentamentos de famílias de baixa renda que haviam sido desabrigadas por consequência de enchentes em outras regiões da cidade.

O Complexo de Manguinhos tem atualmente cerca de 12 mil domicílios, com média de ocupação de 3,7 moradores por domicílio. Trinta por cento reside em áreas consideradas irregulares. Prevalece a faixa etária de 15 a 49 anos (54%), predominantemente do sexo feminino (52%). Considera-se que 45% da população economicamente ativa estão inseridas no mercado informal de trabalho. Segundo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Rio de Janeiro, o Complexo de Manguinhos foi classificado na 155ª posição dentre os 161 bairros da cidade do Rio de Janeiro⁸.

Bodstein & Zancan , em referência ao Complexo de Manguinhos, afirmam:

Abrigando uma extensa população em condição de pobreza e miséria, esses espaços concentram os principais problemas relacionados à insuficiência, precariedade e ausência de serviços públicos em áreas tais como educação, saúde, infra-estrutura urbana, cultura, lazer e segurança pública. Com graves problemas habitacionais e ambientais, essas áreas constituem um enorme desafio à administração pública (2004, p. 595).

⁸ Os dados colhidos estão disponíveis no sítio do CSEGSF <http://www.ensp.fiocruz.br/depto>. Acessado em 20 fev 2007.

São favelas onde reside, prioritariamente, população de baixa renda, em condições bastante precárias de habitação e higiene, não diferindo do perfil da maioria das favelas do Rio de Janeiro. A maioria das áreas dessa favela são dominadas por grupos de narcotraficantes, que impõem sua lei própria à comunidade e que frequentemente estão envolvidos em *guerras* com outros grupos rivais ou com o aparato policial. Em algumas áreas, principalmente em Mandela de Pedra, as casas são de madeira com apenas um cômodo, quase sempre com o piso de terra batida.

2. Marco teórico-metodológico do Grupo e da Pesquisa

É totalmente impossível compreender de forma neutra o conhecimento que se proponha a desvelar qualquer realidade, já que a produção do conhecimento implica em engajamento, ou seja, não estamos isolados e diferenciados da realidade que buscamos conhecer. Assim, tanto o sujeito quanto o objeto estão articulados e interagem. Dessa forma, numa pesquisa não há posição de neutralidade, entendendo que tanto o sujeito quanto o objeto de estudo se afetam e são afetados reciprocamente.

Essa posição que aqui adoto foge à lógica do pensamento científico positivista, que divide o conhecimento produzido em diversas disciplinas e crê na neutralidade da razão. Essa epistemologia determina, de forma bastante demarcada, que existem espaços de conhecimento distintos e que o aprofundamento só é possível pela compartimentalização do saber. Como forma de superar as limitações das fragmentações, é necessário atravessar as fronteiras das disciplinas. É inegável que as disciplinas são incapazes de, isoladamente, ter condições necessárias para fornecer respostas às questões da sociedade em qualquer aspecto que seja, sobretudo no que concerne à saúde.

Minayo se refere a esta questão dizendo que:

Nenhuma disciplina por si só dá conta do objeto que perseguimos, porque ele envolve ao mesmo tempo e concomitantemente as relações sociais e o social propriamente dito, as expressões emocionais e afetivas assim como o biológico que, em última instância, traduz, através da saúde e da doença, as condições e razões sócio-históricas e culturais de indivíduos e grupos (1991,p. 76)

Os esforços que existem com o compromisso de flexibilização das fronteiras do conhecimento aproximam diferentes disciplinas frente a um objeto específico. Há várias formas de realizar essa abordagem: diferentes olhares sobre um tema particular (multidisciplinaridade), criação de campos comuns reflexivos onde fragmentos de conceitos condizentes com o tema são analisados, criticados e interfertilizados (interdisciplinaridade) e ultrapassagem de fronteiras disciplinares como resultado de uma elaboração teórica e empírica (transdisciplinaridade). Ainda assim, é necessário que estejamos atentos para romper com as dicotomias entre sujeito-objeto, indivíduo-sociedade, natureza-cultura, buscando a constituição de planos nos quais os conceitos possam ser articulados e integrados.

Em função da multideterminação e da complexidade do domínio de meu interesse escolhi nesta pesquisa trabalhar com uma abordagem qualitativa de pesquisa, porque ela me permitiu ir além dos aspectos formais de explicação dos problemas observados no Grupo.

O estudo que aqui apresento nesta tese se situa no campo da pesquisa clínica e social e utiliza referencial teórico e instrumental da pesquisa qualitativa, que trabalha com valores, crenças, concepções, atitudes e práticas dos sujeitos. Está também referenciado ao âmbito médico propriamente dito, porque esse foi o *locus* do qual partiram as queixas sobre determinados sintomas e, freqüentemente, a medicalização do sofrimento, por parte das mulheres que compuseram o Grupo Terapêutico.

Assim, o estudo do processo de adoecimento e de suas interfaces com as várias formas de violência que afetam o campo emocional teve, como espaço e produto, a reflexão acerca da ampliação das estratégias de tratamento, possibilitando a incorporação de outras áreas do conhecimento humano na prática clínica.

3. Operacionalização do Grupo Terapêutico

Seleção das Pessoas para compor o Grupo Terapêutico

A seleção das pessoas para o Grupo Terapêutico ocorreu da seguinte forma: os pacientes encaminhados à Triagem da Saúde Mental eram avaliados por um profissional

designado para estar no horário determinado e fazer as avaliações das pessoas indicadas para tratamento. Esses pacientes vinham orientados à Triagem da Saúde Mental por profissionais do PSF, que indicavam a necessidade de avaliação e tratamento psicológico ou psiquiátrico. O profissional da Equipe de Saúde Mental e Social do CSEGSF tinha a alternativa de indicar o tratamento com o psiquiatra, se fosse o caso de necessitar de medicação, ou o psicoterápico individual ou o de grupo. Na hipótese de ser encaminhada para o meu Grupo, a pessoa era agendada para uma entrevista individual comigo e com minha estagiária que participa do Grupo como co-terapeuta. A entrevista individual serve para dar as explicações necessárias acerca do funcionamento do grupo: sobre o horário de funcionamento, sobre a sala onde acontecem os encontros e sobre os principais objetivos do tratamento, sendo que, se a pessoa se dispusesse a participar, era marcado o dia de início de sua participação e avisado, previamente, aos outros pacientes, que um novo participante iria integrar o Grupo.

Adotei alguns critérios de inclusão para participação no Grupo:

- Pessoas de ambos os sexos. Embora não tenha estabelecido critérios de exclusão quanto a gênero, a quase totalidade de pacientes encaminhados era do sexo feminino.
- Ter idade acima de 18 anos, contemplando apenas a idade adulta, pois as crianças e adolescentes são atendidas por profissionais especializados nessas faixas etárias.
- Pacientes com histórico de queixas somáticas, sem haver necessidade de diagnóstico clínico; pacientes com queixas de depressão, angústia, mal estar, cujo conjunto de queixas não se encaixava nos quadros nosológicos clássicos, constituindo o que no jargão médico se denomina “pacientes poliqueixosos” ou que apresentam “queixas difusas”.
- Ser morador da região do Complexo de Manguinhos e estar matriculado no Centro de Saúde.
- Importante destacar que relatos de violências sofridas não foram considerados determinantes para a inclusão do paciente no Grupo.

Descrição do Grupo Terapêutico

O Grupo Terapêutico é uma das estratégias de assistência em saúde mental prestada a pacientes que recorrem ao Centro de Saúde. Os encontros são semanais e têm uma hora de duração. O Grupo funciona há três anos e meio, tendo atendido a um total de dezenove pacientes, sendo dezoito mulheres e um homem. O fato da quase totalidade dos pacientes ser do sexo feminino chama a atenção, mas não destoia muito em relação a outros grupos voltados para a prevenção de saúde, nos quais a presença feminina é preponderante ou quase total.

O Grupo Terapêutico que coordenei é aberto, ou seja, nele pode haver ingresso de pacientes novos ou a saída dos atuais, por alta ou outros motivos alegados pelos participantes. A justificativa mais comum para desligamento tem sido a incompatibilidade de horários em função da assunção de um novo emprego ou por mudança nos horários do trabalho. O número de vagas é de oito pacientes e geralmente as reuniões, ao longo dos três anos e meio, têm funcionado com uma presença média de três a cinco pacientes presentes. No período de 08 de junho de 2005 a 10 de dezembro de 2008 avaliamos as sessenta sessões que foram registradas. Algumas não foram transcritas porque ou não aconteceram por falta de comparecimento, ou por não funcionamento do Centro de Saúde em função de paralisação do serviço ou feriado ou porque estava presente apenas uma das pacientes e, assim, não se configurar uma sessão grupal.

O único homem, que participou apenas de duas sessões no período de um mês, quando foi contatado para nos informar sobre os motivos de suas faltas alegou incompatibilidade do horário de funcionamento do Grupo com sua agenda de trabalho. É sabido que alguns fatores influem na maior presença feminina às ofertas de serviços de saúde. Os homens apresentam maiores dificuldades em auto-avaliar suas condições de saúde e doença que as mulheres (Romero, 2002), o que contribui com a ausência deles nos locais voltados aos cuidados de saúde (Pinheiro et al, 2002). As condições de trabalho podem também interferir no acesso aos serviços de saúde para os pacientes, o que comumente é justificativa de saída também para mulheres que conseguem emprego formal, incompatibilizando-as com os horários de atendimento. Diante do fato do Grupo ser

formado na quase totalidade por mulheres, elas são a referência nos conteúdos dos discursos sobre gênero.

Nos encontros promovidos para a discussão de problemas de saúde começaram a surgir relatos em que sentimentos de medo e insegurança eram relevantes e apareciam associados a situações de violência vivenciadas na condução da vida, seja em âmbito privado ou a partir dos espaços públicos.

O que as reflexões desse Grupo Terapêutico trouxeram de novo foi o fato de que a busca dos pacientes estava motivada por queixas clínicas, mas o contexto de sua elaboração era constituído por um mal estar em que medo e insegurança tinham lugar especial.

A partir dessa experiência buscamos um diálogo com autores que abordam essa dinâmica de formação de sintomas que articula a clínica de doenças com a clínica psicológica e uma visão sociológica abrangente dos contextos de vida dos pacientes, em uma perspectiva transdisciplinar.

Como o Grupo funciona

Como já havia dito, o Grupo acontece com sessões semanais de uma hora de duração. A escolha do tempo da sessão foi em função da disponibilidade na utilização da sala. Em diversas situações, as pacientes solicitavam que a sessão pudesse ser prolongada, mas isso não era possível viabilizar naquela época, em face de uma grade de horário do uso da sala, que impossibilitava a ampliação do horário. A sala fica localizada em um anexo do Centro de Saúde em um prédio de estrutura pré-moldada, onde funcionava até 2004 a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Ainda hoje, as três salas que são ocupadas pelo Centro de Saúde neste prédio ainda são denominadas pelos funcionários como as “salas do Politécnico”. O local que o Grupo ocupa era anteriormente uma sala de aula. Por este motivo, as cadeiras usadas são carteiras com um braço de apoio para o aluno escrever. E o quadro do professor ainda permanece na sala. Ela tem sido utilizada para reuniões de equipes, pequenos encontros com grupos de funcionários ou alguns atendimentos, como o caso do nosso Grupo. Mas esta sala também tem outras funções: parte dela foi separada por uma divisória e esse outro espaço é usado como depósito de móveis ou outros

equipamentos fora de uso. Como o depósito não é suficiente para guardar todo o material, alguns desses móveis e caixas ficam no espaço que utilizamos para o Grupo. Essa situação traz grande desconforto, pois quase sempre temos que fazer uma arrumação antes de usá-la, retirando as cadeiras que comumente ficam empilhadas e afastando alguns móveis para conseguir um espaço desejável e adequado para o nosso trabalho. Assim, a sala não tem um aspecto acolhedor como seria desejável, transparecendo uma sensação de improviso, de desvalorização e descuido com o trabalho que aí é realizado. Outra questão importante em relação à sala é que somos interrompidos por diversas vezes por funcionários que querem entrar para colocar ou retirar material do depósito, trazendo constantes transtornos. A sala também tem sido utilizada em outros dias da semana para entrevistas com famílias e distribuição de cestas básicas do Programa Bolsa-Família. Nestas ocasiões, é bastante comum sermos interrompidos por pessoas que estão buscando receber o benefício. Os vidros das janelas da sala são amplos e recobertos com película protetora de controle solar. Assim, podemos ver quem passa fora da sala, mas não podemos ser vistos por quem está do lado externo. Por um lado, isso nos dá certa privacidade, por outro traz bastante desatenção para as pessoas do Grupo.

Por que o grupo?

Todo participante de um grupo terapêutico não está falando apenas de si mesmo, mas também de aspectos relacionados à dinâmica do grupo. A compreensão do que é trazido pelas participantes deve conter? dois elementos: a verticalidade, que é a história do sujeito e a horizontalidade, que está ligada ao processo atual que ocorre com a totalidade dos membros do grupo. Devemos, no entanto, ir além de uma visão restrita do grupo, procurando uma compreensão de suas múltiplas determinações sociais, políticas, ideológicas e outras. Daí o conceito de transversalidade, que é a idéia de que os aspectos sociais se dão a todo momento sobre o indivíduo e o grupo (Kamkaghi, 1982).

A escolha do atendimento em grupo ocorre na perspectiva de propiciar espaços de diálogo e expressão, produzindo dessa forma a coletivização das angústias individualizadas e silenciadas. Assim, a clínica grupal constituída foi pensada e organizada como uma clínica em que os pacientes passam a ser participantes ativos no processo de enfrentamento e dissolução dos sintomas colocando, em seu lugar, ações transformadoras. O trabalho se dá

na construção de um lugar em que essas pessoas reconheçam como referência e como ambiente de acolhimento e tratamento. Nessa situação, são levadas em conta as particularidades de cada caso exigindo, assim, estratégias singulares para cada paciente, mas sempre considerando a noção de coletividade, de grupo, que só pode ser desenvolvida num ambiente onde as práticas não são repetitivas ou pré-determinadas.

O eixo da clínica deve ser o próprio sujeito, sendo o sintoma aquele que o sujeito relata e não aquele que o médico diagnostica. Dessa forma, para que seja possível o ingresso no tratamento, é necessário que o sujeito reconheça as razões que o levaram a ir ao grupo. Essas razões se definem em termos de sintomas.

Para se pensar como é constituído o grupo, é necessário primeiramente estabelecer alguns conceitos centrais que fundamentam todo o trabalho grupal. A questão principal é saber quando o grupo é sujeito do seu próprio discurso sendo, então, agente da enunciação ou quando é atravessado por um discurso normatizador, cuja produção é alheia a ele. Resumindo, é importante saber em que momentos o grupo se organiza como um grupo-sujeito ou um grupo submetido, termos já definidos anteriormente. Essa distinção pode ser graduada pelo coeficiente de transversalidade, que possibilita entender as margens de abertura para outros grupos ou aspectos sociais, além da capacidade de enfrentamento de seus próprios conflitos buscando estabelecer soluções próprias e criativas. Portanto, o grupo pode se tornar sujeito ou autor de suas práticas conforme procura perceber, retomar e trabalhar na formulação de seu próprio projeto e de suas próprias leis, no entrecruzamento com as redes sociais em que se situa e se insere.

Portanto, não é possível eleger ou privilegiar uma corrente teórica única, pois isso torna insuficiente para a leitura dos grupos, mas é imprescindível se apropriar de diversos saberes teóricos ou técnicos articulados para a construção das estratégias do trabalho. O que se torna preponderante nessa questão é o esforço para poder superar a dicotomia do que se considera como individual e como grupal. Sem negar a importância teórica da Psicanálise no trabalho com grupos, concordo com Deleuze e Guattari (*O Anti-Édipo* [v. nas RB], 1976), que postulam a necessidade de superar a Psicanálise com as tarefas da Esquizoanálise, comprometida com a mudança social e preocupada em resolver, do ponto de vista teórico, o modo de articulação dos dois pólos da existência humana, ou seja, o

“micro”, pólo das máquinas desejanter e o “macro”, pólo das máquinas sociais. (1976, p. 290).

Nesse contexto, o que vamos denominar como cura não irá se localizar apenas no campo individual ou biomédico, mas se dará a partir da compreensão e da melhor articulação que o paciente obtém das relações que estabelece no campo social, evitando assim as estereotípias e repetições de padrão de comportamentos. Os resultados a serem alcançados pela intervenção do trabalho de grupo, então, se refletirão no campo social e no das inter-relações.

Com isso, na condução do Grupo Terapêutico, apesar de estar utilizando todo o corpo teórico da Psicanálise para compreensão da dinâmica do Grupo, na estratégia técnica procuro recursos de diferentes correntes, sempre com o objetivo de promovê-lo como grupo sujeito. Utilizo, para tal fim, os conceitos do Grupo Operativo, como Tarefa, Pré-tarefa e Projeto e a compreensão dos papéis que cada um desempenha no Grupo, buscando com isso impedir que haja cristalizações, ou seja, que os papéis sejam fixados e repetidos em determinados pacientes. Ao contrário, devem poder circular entre eles. O uso dos recursos psicodramáticos também tem sido bastante útil no trabalho grupal, conforme já havia descrito, pois além de promover uma atividade que possui caráter lúdico, facilita a integração, proporciona que sejam trazidas questões que apenas através do recurso verbal poderiam não aparecer e ainda, por meio da possibilidade de efeitos catárticos, diminui a tensão emocional que porventura possa estar presente.

Encaminhamentos dos problemas apresentados no grupo aqui analisado

Nas primeiras sessões do Grupo os níveis de ansiedade apresentados pelas pacientes eram bastante elevados. Todos os relatos em que surgiam histórias de angústias e sofrimentos provocavam bastante comoção nas pessoas do Grupo, quase sempre causando um choro coletivo. Esses momentos me exigiram sempre uma atitude firme que buscasse acalmá-las, evitando assim que a grande emoção e catarse pudessem criar situações de difícil controle e muito sofrimento.

Os problemas que eram trazidos pelas pacientes sempre tiveram uma dupla abordagem: primeiramente quanto ao aspecto emocional e catártico que provocava no Grupo e, ao mesmo tempo, também trazendo bastante alívio para as ansiedades do Grupo; em segundo lugar, quanto ao próprio conteúdo das narrativas e histórias que, no seu interior mesmo, apresentavam formas de enfrentamento e impasses vividos diante de situações difíceis e conflitos.

Procurei sempre fazer com que as pacientes pudessem perceber, nas histórias de outras, quais aspectos estariam presentes em suas próprias biografias. Isso possibilitou grande integração entre as pacientes por meio das identificações mútuas. Essa estratégia também foi útil nos momentos em que buscávamos juntos soluções para as dificuldades da vida, pois sempre foi possível perceber que existem diferentes entradas para o enfrentamento dos problemas.

Dinâmica interna do Grupo

Os assuntos tratados nas sessões de grupo não eram previamente agendados nem estabelecidos por uma pauta. No início das atividades, uma das pacientes pedia a palavra e trazia o relato de alguma situação vivida e, a partir daí, se iniciava todo o debate. As participantes opinavam sobre o que estava sendo falado e muitas vezes traziam vivências frente a situações parecidas.

O papel do coordenador do grupo é proporcionar o diálogo, buscar quebrar as estereotípias nos discursos e promover um movimento de trocas e integração de papéis. Dessa forma, busquei sempre fazer com que as participantes falassem ou opinassem sobre os relatos umas das outras. Procurei também estimular a participação de alguém que se mostrava mais calada, no sentido de que dissesse o motivo de seu silêncio e para que tentasse contribuir para o esclarecimento e o encaminhamento do tema debatido. O silêncio, em muitas situações, apontava para uma discordância do que estava sendo dito. Então, se a discordância emergia, ela se tornava bastante útil para a argumentação do Grupo.

O sigilo sobre os assuntos trazidos pelas pacientes é um tema muito importante. Elas sempre buscavam, durante as sessões, lembrar às outras que evitassem comentar com

que não era integrante do Grupo sobre os assuntos tratados. Esse alerta era importante pois muitas participavam de outras atividades do Centro de Saúde como, por exemplo, da oficina de trabalhos manuais. A questão do sigilo sempre trouxe um certo incômodo e insegurança ao Grupo, uma vez que a confiança era determinante para a abertura, por vezes, de assuntos considerados íntimos ou de âmbito familiar.

Os assuntos que sempre foram considerados tabus pelo Grupo estavam relacionados à sexualidade. As pacientes alegavam que se sentiam envergonhadas em falar sobre sexo na frente de um homem. Perguntei se conversavam sobre esses assuntos com seus parceiros e a maioria disse que também não tinham tal liberdade. Quase todos respondiam a essa pergunta com um ‘isso é assunto para conversar só com mulher’. (relato da paciente Andorinha).

4. Operacionalização da Pesquisa

O material primário ou empírico utilizado na presente pesquisa é constituído por fragmentos de discursos – a partir das sessões de terapia grupal – dos pacientes atendidos no CSEGSF. Os depoimentos utilizados para a pesquisa foram de mulheres participantes. Essa escolha do gênero feminino não foi um pré-requisito nem para a entrada no Grupo nem para escolha dos fragmentos de análise. Foi fruto do grupo que se formou, no qual a presença masculina foi esporádica e escassa.

As anotações das sessões de grupo, de onde foram retirados os fragmentos para análise, foram feitas na forma em que geralmente se realiza o registro do trabalho clínico, no período de agosto de 2005 a setembro de 2008. No caso da pesquisa, ao material extraído dos relatos do Grupo foi dado um tratamento específico: uma análise qualitativa. Os discursos nos quais apareciam referências ou expressões de medo e insegurança foram considerados relevantes para o trabalho, assim como foi analisado o contexto das falas.

É bem óbvio que não pude incluir todos os elementos coletados nos relatos das pacientes do Grupo, sendo então privilegiados os que classificamos como pertinentes ao

nosso estudo. Em alguns fragmentos escolhidos, o relato sobre medo ou insegurança era explícito e em outros não surgia apenas como fala, mas também como expressões não verbais, tanto do paciente porta-voz como nos gestos de concordância com outros componentes do Grupo. Por vezes, o silêncio era mais eloquente que a fala.

A partir de todo o material recolhido por meio de notas a respeito do funcionamento do Grupo Terapêutico, apresento uma análise daqueles aspectos em que a violência entra como um componente fundamental na produção de sintomas. Essa busca de compreensão tem como técnica analítica a análise de discurso na linha metodológica apresentada por autores como Caldas-Couthard e Scliar-Cabral (2008); Minayo (2007) e Orlandi (2003).

Utilizei como base teórica e como técnica para a compreensão das falas e dos silêncios a modalidade de análise denominada “Análise de Discurso” que, segundo Minayo (2007), se caracteriza pela reflexão sobre as condições de elaboração da significação dos textos produzidos no contexto social e histórico; pela análise das palavras e das frases enquanto expressão da cultura, das representações e das formações inconscientes e de todo discurso como um processo interativo entre vários interlocutores, bem como a análise dos silêncios em toda a sua potencialidade, tal como já foi referido anteriormente, sobretudo em Orlandi (2007).

O texto foi a unidade de análise a ser trabalhada, podendo ser focalizada uma única palavra, uma frase, uma expressão ou o relato completo. Por outro lado, como se tratou de uma fala dentro do Grupo, todo o discurso foi considerado uma construção ao mesmo tempo social e individual: fala do contexto, do coletivo e do indivíduo.

Os estudiosos contemporâneos buscam uma compreensão da linguagem não mais centrada na língua como um sistema neutro apartado da fala, conforme os postulados de Saussure⁹ (1989, p. 16), mas num nível onde é possível fazer as ligações de um texto às suas condições sócio-históricas, sendo essas condições constitutivas das próprias significações (Bakhtin, 2004). Esse ponto de articulação entre os processos ideológicos e os

⁹ Para o autor, a língua é um sistema homogêneo, um conjunto de signos externo aos indivíduos e deve ser estudada separada da fala. Para ele, o estudo da fala seria problemático por envolver todas as possibilidades imprimidas nela pelos falantes, impossibilitando sua análise científica (no livro **Curso de Lingüística Geral**, 1989, p.16).

fenômenos lingüísticos é chamado de discurso. Nessa perspectiva enquanto discurso, a linguagem passa a ser interação e modo de produção social, não mais neutra ou natural (Brandão, 2004).

Partindo então das premissas de que os discursos (qualquer uso de linguagem oral ou escrita) são práticas sociais determinadas por estruturas sociais; de que há relação entre linguagem, ideologia e poder; de que é importante a investigação de como os falantes se identificam e agem por meio de um código lingüístico como sujeitos dentro de um contexto social, optei por contextualizar como método de análise do material de pesquisa o que pode ser denominado de Análise de Discurso (AD).

Assim a AD associa a análise textual a uma teoria social do funcionamento da língua com processos ideológicos e políticos. Vê as práticas discursivas como modos de comportamento colocados por determinados grupos sociais. A língua será sempre, em todo lugar, integrada e relativa às praticas sociais, ao mesmo tempo constituindo discursos particulares. Os grupos sociais nos quais um indivíduo se insere determinam as práticas discursivas a que ele tem acesso (Caldas-Couthard e Scliar-Cabral, 2008).

Para a AD, toda instância discursiva tem três camadas ou dimensões, proporcionando uma visão tridimensional do discurso: é texto (falado ou escrito); é interação entre as pessoas; e é ação social. Essas camadas são inseparáveis, já que a ação social é mediada pela interação e pela natureza de quem fala, em que situação e em que tempo (Id ibidem, 2008).

IV. CAPÍTULO IV - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esses resultados serão apresentados em duas partes, intrinsecamente articulados. Na primeira narrarei o andamento do Grupo Terapêutico. Na segunda parte, falarei das questões do silenciamento das violências e seus efeitos sobre o corpo de algumas mulheres do grupo.

1. Desenvolvimento do Grupo Terapêutico

As pacientes participantes do Grupo terapêutico e da pesquisa sobre a violência são moradoras de uma região de favelas no entorno da Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, conhecido como Complexo de Manguinhos, como já foi dito. Apesar das condições financeiras modestas e do acesso a cultura, lazer, emprego e saúde limitados no caso de todas as integrantes do grupo, em muitos momentos surgiram referências às diferenças qualitativas dos locais de suas residências. Geralmente, as participantes consideraram positivo o fato de morarem longe da “boca de fumo”, longe do asfalto ou de áreas onde existem conflitos com a polícia. Também a qualidade da construção da casa ou se sua localização é em becos ou em ruas surgem como aspectos diferenciadores de sua qualidade de moradia. Todas assinalaram que nos territórios onde o narcotráfico tem grande presença, os próprios gerentes desse negócio não toleram situações ou episódios graves de violência intrafamiliar. Algumas mulheres mencionaram que no caso de violência conjugal, os narcotraficantes assumem um papel de proteção da vítima. Provavelmente o interesse da parte deles de manter certa “paz interna” está associado a evitação da presença da polícia, que poderia atrapalhar o comércio varejista de drogas.

Eis uma pequena descrição de algumas das participantes.

Andorinha tem atualmente 36 anos. Mora com seu filho de 11 anos. É frequentadora do Centro de Saúde, sendo atendida por diversos profissionais. Seu filho também faz tratamento no Centro de Saúde. Está em terapia individual com uma psicóloga especialista em crianças. Andorinha fazia terapia individual e foi encaminhada ao grupo pelo seu terapeuta, por achar que o grupo seria benéfico para sua problemática. Ela mora em um

bairro do Complexo de Manguinhos onde sente orgulho de dizer que não há tráfico, pois “lá moram muitos policiais e se alguém faz alguma coisa errada, eles botam p’ra correr”.

Patativa tem 40 anos e foi encaminhada ao grupo após ter tentado o suicídio com a ingestão de diversos medicamentos. A paciente mora só e não tem filhos. Foi casada e conta que morava na Barra da Tijuca, mas ficou desgostosa da relação quando teria confirmado que seu companheiro não gostava dela. Então voltou a morar em Manguinhos.

Pintassilgo tem 47 anos e foi encaminhada para o grupo, pois vem apresentando depressão moderada depois que seu filho foi morto por traficantes. Sente-se culpada pela morte dele, pois era época de Natal e ele estava escondido, pois havia sido jurado de morte pelos traficantes e ela pediu que fosse para casa passar o Natal com ela e a família. Tem outro filho que se envolveu com o narcotráfico e faz alguns assaltos em carros na Linha Amarela¹⁰. Mas o sofrimento maior de Pintassilgo é pela perda de seu filho que morreu, pois era muito apegado a ela (sic). Faz uso de antidepressivos e ansiolíticos prescritos por um psiquiatra de um Posto de Saúde.

Rolinha tem 46 anos, casada e tem dois filhos. foi encaminhada ao grupo por um médico do PSF do Centro de Saúde. Havia procurado tratamento no Centro, pois sentia fortes dores abdominais difusas acompanhadas de vontade premente de evacuar. Essas situações ocorriam sempre quando tinha que sair a rua, o que trazia bastantes transtornos para sua vida, já que a impedia de fazer uma série de atividades fora de casa, restringindo-a no espaço doméstico.

Colibri tem 22 anos e é casada. Tem um filho de quatro anos de um casamento anterior. Quando casada, morava em uma favela da zona sul do Rio de Janeiro e seu companheiro fazia parte do grupo de narcotraficantes da favela. Ela conta que também chegou a trabalhar para o tráfico, mas teve que se mudar às pressas para Manguinhos, após seu companheiro ser preso por ter sido acusado de matar uma mulher que passava de carro perto da favela. Juntamente com essa situação, o domínio do comércio varejista de drogas

¹⁰ Via Expressa de automóveis no Rio de Janeiro que liga a região da Avenida Brasil na altura de Bonsucesso com a Barra da Tijuca.

passou para outra facção criminosa, assim ela teve que sair da favela. Foi encaminhada ao grupo, por se sentir muito nervosa e impaciente com seu filho.

Sanhaço tem 28 anos. É separada e tem três filhos dessa relação. Foi encaminhada ao grupo, pois se sente muito nervosa depois que se separou de seu esposo. Mesmo separados, ele a procurava e tentava manter relações sexuais com ela. Conta que ele tinha uma relação boa, mas depois que ficou desempregado, entrou para o narcotráfico e mudou muito seu comportamento, ficando agressivo com ela e os filhos, chegando a agredi-la por diversas vezes, tendo que ser atendida no Pronto-Socorro. Quando se separaram, ela ficou sem dinheiro para comprar comida e ia com as crianças pegar restos de alimentos nas feiras livres e na CADEG¹¹. Atualmente trabalha em uma creche como cozinheira.

Sáira tem 43 anos e mora sozinha. É solteira e não teve filhos, mas se apegou a seu sobrinho como se fosse sua mãe. Entrou em um quadro de depressão depois que seu sobrinho foi assassinado brutalmente por policiais. Sáira chora muito nas sessões e diz que sua vida está muito difícil depois da perda de seu sobrinho. Ela não trabalha, mas às vezes consegue algum serviço de faxina.

Melro tem 21 anos. É de uma cidade do interior de Minas Gerais. De família muito pobre, conheceu um rapaz mais velho que vinha para o Rio de Janeiro. Apesar de não se apaixonar por ele, aceitou seu convite e veio morar com ele no Rio. Diz estar arrependida, pois não se sente feliz, estando longe de seus amigos. Tem vontade de se separar, mas não tem coragem para levar uma vida só no Rio e que não pode voltar para sua cidade natal, pois sua família não a aceita de volta. Relata que seu marido não a trata bem, mas prefere não falar da relação dos dois.

Trigueiro tem 26 anos, mora com seu companheiro e não tem filhos. Conta que vem se sentindo nervosa e não consegue permanecer nos empregos, pois por diversas vezes passa mal e desmaia durante o expediente, o que leva sempre a ser demitida ou pedir demissão. Diz se sentir “oprimida”. Conta um episódio em que seu marido que tentou

¹¹ Um entreposto de vendas de verduras, frutas e cereais no atacado.

sufocá-la ao chegar alcoolizado em casa. Tem um sonho de vir a ser advogada para libertar seu primo que está preso.

Pardal tem 28 anos e trabalha em uma empresa de serviços gerais como faxineira. Conta que tentou o suicídio por diversas vezes não sabendo dizer qual o motivo. Diz apenas que tem momento que não sente vontade de viver. Já chegou a ser internada em um Pronto Socorro para fazer lavagem gástrica. Apesar disso, é uma pessoa alegre e muito participativa no grupo, procurando ajudar as outras pacientes com conselhos e sugestões. Vivia momento de extrema tristeza quando se sentia desamparado pela sua família ou amigos e pelos companheiros, quando surgia alguma situação de conflitos. Nesses momentos é que Pardal tentava o suicídio.

Asa-Branca tem 34 anos e mora com seu marido e cinco filhos. Procurou o Centro de Saúde com queixas de ansiedade, inquietação, dificuldades no sono e “palpitações”. Relata que tem dificuldades em estar lidando com seus filhos, principalmente o mais velho de 17 anos. Conta que ele costuma chegar a sua casa tarde da noite, sem dar explicações claras de onde está, mas que ela percebe suas mentiras. Seu marido chegou a pressionar seu filho, chegando a ameaçá-lo e chegaram a brigar. Como consequência, seu filho saiu de casa para morar com a avó materna. Asa-Branca tem um irmão usuário de drogas. Asa-Branca diz que sua mãe é superprotetora com o seu irmão, que algumas vezes ele rouba coisas nas duas casas (da mãe e da Asa-Branca) para comprar drogas. Reclama que a mãe tira sua autoridade diante de seus filhos e sente que não é reconhecida como mãe de seu filho. Conta que seu filho morou com a mãe até dois anos, pelo fato de ter tido ainda bastante nova, pois foi mãe no período da adolescência. Logo depois, pegou seu filho de volta em Campos, mas a mãe foi lá e pegou seu neto de volta. Qualquer situação, como chamar atenção do filho mais velho tem a intervenção da mãe, constantemente solicitada pelo próprio filho.

Apenas quatro das dezoito mulheres participantes moravam com marido ou parceiro quando se integraram ao grupo. Dessas quatro, duas viviam em situação de muito conflito conjugal, vindo posteriormente a se separar no período de sua frequência ao grupo. Por isso, a maioria quase absoluta dessas mulheres é chefe de família e ainda cuida dos filhos,

quando os há. Todas vivem com rendimentos muito limitados. Das dezoito, apenas uma tinha emprego com carteira assinada, trabalhando em uma empresa de serviços de limpeza. Todas as outras realizam atividades esporádicas como faxina em residências ou trabalhos de artesanato ou costura, o que lhes proporciona uma renda muito baixa e incerta. Um grande receio que recorrentemente surgiu no grupo em relação aos filhos homens é que eles se sintam seduzidos pelos negócios do narcotráfico e ingressem nas gangues, com elevado risco de serem presos ou mortos. Isso se concretizou no caso de uma paciente que teve seu filho preso e esse foi o motivo pelo qual ela procurou ajuda no Centro de Saúde. Outra participante começou a apresentar um quadro de depressão depois que seu filho foi encontrado morto, provavelmente assassinado por policiais ou por outros traficantes. A maioria das mulheres que freqüentou o grupo durante os três anos e meio já conhecia o Centro de Saúde, e continua a utilizar os seus serviços freqüentemente.

Nesse relato os nomes das pacientes são fictícios, conforme as exigências de uma boa prática ética e profissional, respeitando-se o sigilo das pacientes. É comum nos estudos de casos clínicos e antropológicos se designarem os pacientes por nomes fictícios, letras, ou iniciais, mas optei por uma forma diferente. Nas diversas narrativas em várias sessões, as pacientes usavam expressões como “se sentir presa”, “se sentir engaiolada”, “estar enjaulada”. Ou em outros relatos, o oposto como “sentir leve”, “sentir-se livre”, “estar flutuando”. Pensar nesses termos utilizados por elas me trouxe imagens de um pássaro aprisionado que não pode voar e em outros momentos, de um pássaro liberto, que voa e determina seus caminhos. Assim o grupo poderia funcionar como um lugar para se aprender a voar.

Então, a partir da letra de uma música de Chico Buarque intitulada “Passaredo” (anexo XIV), eu escolhi nomes dos pássaros para me referir a cada paciente do grupo. A música, com um conteúdo ecológico mais aparente traz um segundo sentido político em referência as pessoas que foram perseguidas pelos órgãos de repressão da ditadura militar no Brasil. A frase “se esconde (...) que o homem vem aí” poderia ser entendida em um sentido mais direto, que o homem vem para aprisionar, caçar ou exterminar os pássaros, onde o autor alerta para que fujam ou se protejam da perseguição política praticada pelo Estado ditatorial e repressor.

Trazendo para o meu campo de análise, as pacientes que compunham o grupo tinham centrado na figura masculina a imagem persecutória ou violenta. Nos discursos não surgia apenas o homem como companheiro ou ex-companheiro, mas o homem como policial ou narcotraficante. É claro que não quero dar o sentido de que o homem é sempre o autor da violência, pois sabemos que a violência afeta e praticada por qualquer ser humano em sociedade (Minayo, 1994). Mas neste estudo, as histórias contadas pelas mulheres sempre tinham por referência algum homem, em prática de algum tipo de violência.

No início de funcionamento do grupo cujo processo deu origem a esta pesquisa era imprescindível que a primeira tarefa fosse de apresentação. Na apresentação pedia para que as pacientes falassem não apenas sobre seus dados pessoais, mas também sobre os motivos que as trouxeram ao grupo, por quem e como foram encaminhadas. Também que procurassem falar de suas expectativas em relação às possíveis mudanças que poderiam ocorrer em suas vidas com a ajuda do grupo terapêutico.

Toda vez que havia uma paciente nova, iniciávamos a sessão com a apresentação das pessoas do grupo. Por ser um grupo aberto, havia sempre pessoas novas ingressando, obedecendo-se aos limites de vagas e cada entrada sendo antecedida por uma entrevista individual com os terapeutas. Nessa entrevista de avaliação, eu e meus colegas procurávamos saber os motivos de estar no grupo: quem encaminhou a paciente, os motivos da busca de tratamento no Centro de Saúde e as expectativas em relação ao trabalho em grupo. Já na apresentação eu procurava apontar os aspectos em comum de cada participante e como cada uma percebia os problemas relatados pelas outras pacientes. Costumo utilizar uma dinâmica de apresentação que consta da seguinte forma: uma primeira participante se levanta e se apresenta para o grupo no meio da roda formada por todos. Quando a segunda participante se levanta, a primeira senta no lugar da segunda, e assim por diante até que a última se apresenta e se senta no lugar da primeira. Dessa forma todas trocaram de lugar. Então proponho uma nova apresentação, de forma que cada uma vá se apresentando como se fosse a participante que estava originalmente sentada no lugar dela. É uma atividade bastante lúdica e divertida, mas também importante, pois traz a possibilidade das participantes serem observadoras e às colegas, verem como são percebidas pelas outras. Na troca de papéis surgem aspectos de como houve maior identificação com a outra paciente.

A técnica de inversão de papéis é muito utilizada no psicodrama e me pareceu bastante útil para a atuação com esse grupo.

Sempre foi importante no trabalho com o grupo o uso de recursos como dinâmicas ou dramatizações. Apesar de haver sempre dificuldades para executarem as tarefas, esses momentos sempre eram seguidos de descontração, risos e brincadeiras.

Nas sessões do grupo terapêutico, a quase totalidade das mulheres relatava fatos de uma história de vida com fortes limitações sócio-econômicas. Algumas falaram de experiências de miséria extrema, chegando a passar por períodos de mendicância. A presença do narcotráfico, as “guerras” de grupos delinqüentes rivais e as incursões da polícia pela favela eram assuntos constantes e muitas vezes os relatos tinham uma conotação banal, apesar da história ser quase sempre de extrema violência e tragédia. Muitas vezes as incursões da polícia e as brigas de gangues rivais também eram motivos alegados para o não comparecimento às sessões, pois as participantes ficavam impedidas de sair de casa em função de tiroteios.

Nas primeiras sessões do grupo, um tema importante que surgiu foi a dificuldade de falar publicamente de seus problemas. Algumas pacientes alegavam timidez. Apontavam também um receio em que o que fosse dito pudesse ser falado fora do grupo ou que pudessem ser criticadas por outras participantes. De outra forma, quando conseguiam expor um assunto importante que representava um incômodo ou uma angústia, demonstravam sentir-se bem e aliviadas.

Outra questão importante era a condição de cada uma também ser ouvinte dos relatos das outras pacientes. Havia momentos em que o tema mobilizava muita ansiedade em todas e por vezes ocorreram situações em que uma das participantes apresentou durante a sessão um estado de angústia intensa com sintomas físicos como dores de cabeça, dores na barriga, palpitações e inquietação. Quando falavam sobre isso, muitas das participantes diziam que não queriam se aborrecer com os problemas dos outros.

Nos primeiros meses de funcionamento do grupo terapêutico as sessões tinham uma forte carga emocional. Era comum que os relatos trouxessem muita emoção e angústia às

participantes, ocorrendo episódios choros e mal estar. Como uma reação em cadeia, todas eram contagiadas pelo forte conteúdo dramático dos relatos. As sessões eram de difícil condução e os relatos eram marcados pela profunda emoção, sentimentos de perda, frustração, impotência e paralisia. Uma forma de saída dessa condição foi a possibilidade criada por elas de comemorarmos as datas importantes para o grupo. Cada vez que uma pessoa fazia aniversário, se organizava uma festa com bolos e salgados e parte do horário do grupo era de confraternização, inclusive, eram convidadas outras pessoas do Centro de Saúde, que porventura tivessem algum vínculo com as participantes. Essa estratégia criada pelo grupo trouxe um pouco mais de alegria, descontração e leveza às sessões, aliviando o fato de ele ser também um lugar para catarse e expressão de sofrimento.

Um aspecto interessante era o fato de existir um receio entre as participantes de serem rotuladas como loucas por estarem fazendo terapia de grupo com um psiquiatra. Muitas perguntavam o que era loucura ou “doideira”, se eram loucas, ou se poderiam acabar ficando loucas. Algumas pacientes faziam uso de medicação ansiolítica ou antidepressiva, prescrita por médico clínico ou por outro psiquiatra e tinham medo de ficar dependentes e obrigadas a fazer o seu uso desses remédios para toda a sua vida.

Nas primeiras sessões do grupo busquei criar um ambiente de integração e de trocas, estimulando e valorizando as narrativas e depoimentos e promovendo a escuta. Essas condições eram imprescindíveis para propiciar um clima de interação, possibilitando que as integrantes do grupo pudessem afetar e serem afetadas pelo discurso das outras. Isso por muitas vezes me trazia certa dificuldade no manejo do grupo, pois com depoimentos com uma carga emocional bastante forte e havendo muitas identificações nos sofrimentos narrados por elas, criava-se um clima de bastante emoção. Tal contexto exigia habilidade no manejo do grupo para evitar um possível descontrole de algumas delas, em prejuízo do coletivo. Quando as narrativas tinham conteúdo emocional muito forte, era sempre provável que na próxima sessão o número de faltas fosse alto, o que me parecia uma estratégia de evitação de um clima grupal com emoções muito intensas, apesar das pacientes terem uma vida de muitas perdas, limitações e sofrimentos.

Pareceu-me, observando o comportamento das mulheres no grupo, que elas criavam uma estratégia de viver cada dia como sendo apenas aquele que devesse viver, evitando conexões com o passado ou com o futuro. Quando o assunto era o futuro, este sempre vinha carregado com muito temor de perda das poucas coisas boas que ainda lhes restavam. Quando a narrativa estava muito impregnada de lembranças, essas eram sempre nostálgicas e vinculadas a um passado um pouco melhor e com menos fardo com que o presente era apresentado. Os melhores lugares eram os sonhos e devaneios. Por exemplo, o grupo se punha muito alegre quando uma das pacientes contava como poderia ser sua vida caso ganhasse na loteria. Todas riam e partilhavam daquele sonho.

Durante a realização do Grupo Terapêutico, tivemos a oportunidade de receber uma pesquisadora visitante da Universidade de Leeds na Inglaterra, Polly Wilding que participou em duas sessões do grupo e aplicou uma dinâmica que vou relatar a seguir:

Foram distribuídas folhas de papel e solicitado às pacientes que fizessem um desenho livre dos locais onde moravam e onde costumavam freqüentar em suas rotinas de trabalho, lazer e reuniões, dentre outros. Para surpresa da pesquisadora e minha, todos os lugares agradáveis que as mulheres desenharam faziam parte de sonhos e desejos não realizados. Andorinha, por exemplo, desenhou sua casa, mas com *“um jardim que eu queria ter”*. Mais acima no desenho estava um edifício *“em Jacarepaguá, onde queria morar”*, e o *“carro dos meus sonhos”*. Patativa desenhou sua localidade com sua casa, a sua igreja, mas denominado de *“um lugar muito triste, com lembranças tristes”*. Mais abaixo no desenho estava *“minha futura casa”*, *“minha futura igreja”* e *“meu local de trabalho”*. Cotovia desenhou os lugares nos que *“gostaria de estar”* e outros nos quais *“não gostaria de estar”*. Fazia parte dos lugares em que gostaria de estar, a casa de parentes em Nova Iguaçu, o grupo terapêutico e o Centro de Referência da Mulher da Maré. Os lugares em que não gostaria de estar estavam os bairros de Vila Pinheiro, Vila do João e Nova Holanda. Rouxinol desenhou apenas dois corações, uma árvore e uma pequena casa.

Num segundo momento, foi fornecido um mapa para cada paciente, no qual estavam situados locais como batalhão, igreja, escola, bar, e outros, no qual elas deveriam marcar pontos que fizessem parte da vida cotidiana delas como locais bons (ANEXOS IX,

X, XI, XII e XII). Todas receberam uma caneta vermelha e outra azul para marcarem os lugares bons ou ruins.

Andorinha denominou a avenida e a rua principal como “livre acesso” com a cor azul. Parece que fez uma troca das canetas, pois os locais em que escreveu “boa localização” foram escritos com a cor vermelha. A palavra “boa” estava referida à Escola, ao Posto de Saúde, à Padaria, à Praça, ao Supermercado, à Igreja, ao Campo de Futebol e à Loja. Patativa desenhou sua casa próxima ao Posto de Saúde e em frente a uma praça, qualificando de “minha privacidade. Bom”. À praça ela atribuiu o termo “local de lazer”, assim como ao bar e ao campo de futebol. A padaria foi considerada por ela como um “comércio bom” e o supermercado recebeu o termo “praticidade”. Interessante é que ela relacionou ao outro bar existente na localidade os termos “briga” e “vício”. O morro foi associado como “lugar de violência” e ao baile como “lugar de barulho”. O interessante no desenho de Patativa foi o Posto de Saúde, pois ela atribuiu-lhe tanto aspectos ruins como “atendimento precário” (em vermelho) como aspectos bons, escrevendo em azul “atendimento de emergência”. Cotovia também denominou a avenida, o campo de futebol e o baile como locais de “violência”. A praça, a igreja, o supermercado e o posto de saúde com lugares bons. Rouxinol não desenvolveu suficientemente o exercício, preferindo apenas marcar com um “X” de cor cinza os locais que costuma frequentar e de cor azul os locais que não gosta de frequentar.

O que chamou atenção foi o fato de que nenhuma das mulheres fez qualquer comentário sobre a Associação de Moradores que constava no mapa apresentado. Indicando que, possivelmente, para esse grupo, os laços associativos e as atividades coletivas, políticas ou reivindicativas das comunidades onde as pacientes vivem são muito pouco relevantes. A Polícia foi a maior parte das vezes associada às armas e violência. As instituições que estão mais presentes de forma positiva na vida dessas mulheres são a Escola, o Serviço de Saúde e a Igreja.

Imagino que para essas mulheres, a Escola, o Serviço de Saúde e a Igreja são instituições que contribuem para emancipação delas e da população da sua Comunidade. É relevante destacar que, nas narrativas das pacientes, esses serviços considerados mais

positivos recebem muitas ressalvas. Por exemplo, críticas à precariedade das escolas, do sistema de atenção à saúde e das instituições religiosas. A primeira e a segunda são criticadas pelas limitações e dificuldades na prestação de serviços e a terceira, pela falta de uma boa ética e por distorções na missão original das igrejas que vão à cata de lucros financeiros. O que torna relevante essa informação das pacientes é que elas têm os serviços de saúde entre as instituições onde é possível encontrar respostas para incertezas de suas vidas, especialmente quanto às dores e aos sofrimentos do corpo. Os Centros de Saúde ou Postos de Saúde são locais onde as pacientes acreditam encontrar alguma forma de ajuda para as suas angústias.

Pensar sobre os desenhos propostos por Polly me levou à seguinte pergunta: Que movimentos essas mulheres fazem em relação aos seus sonhos? Seriam esses como sonhos algo possível ou impossível?

Nas primeiras sessões do grupo as narrativas mais pregnantes estavam relacionadas às temáticas sobre “medo de fracasso”, “paralisia” ou “medo de arriscar”.

Andorinha relatou em seu primeiro dia no grupo:

Não entendo porque motivo estou aqui, apenas o psicólogo que fazia tratamento me encaminhou para cá. Não sei como funciona o grupo. Eu sou tímida e não gosto de falar para muitas pessoas.

Andorinha parecia assustada e acuada. Os seus braços cruzados, apertados contra o tórax dificultavam sua respiração e o som de sua voz saía mais baixo ainda. Demonstrava claramente estar nervosa, não olhando os rostos das pessoas do grupo, fixando seu olhar vago em algum ponto distante do chão. Sua ansiedade também transparecia através dos movimentos ritmados de suas pernas. Apenas algum tempo depois, conhecendo melhor a Andorinha, pude entender como ela estava naquele momento expressando corporalmente toda a sua dramática de vida. Apesar de Andorinha não estar conseguindo expressar com palavras, seu corpo contava a sua história. Pergunto ao grupo quem também é tímida e todas respondem afirmativamente. Então complemento, questionando se a timidez não seria um receio de se expor, ou de falar ou fazer alguma coisa errada. A timidez era uma das

justificativas da ansiedade em se colocar para um grupo e sentir-se fragilizada pelo temor de sofrer críticas de outras participantes e dos terapeutas. Essa angústia de ataque é bastante comum na formação de um grupo e pode se expressar de diferentes formas. Naquele momento, Andorinha estava sendo porta-voz de uma angústia grupal.

No processo de interação grupal surgem as fantasias básicas do grupo, o que pode bloquear as expressões e a espontaneidade, determinando a utilização de estratégias defensivas (à partir da presença dos medos básicos como ansiedade de perda e ataques) que estruturam o que se denomina resistência à mudança. É na tarefa grupal que é possível a abordagem e elaboração das ansiedades, através do estabelecimento da relação com o outro. O grupo age então de forma a fornecer às pacientes, a possibilidade de se darem conta e explorarem suas fantasias básicas, criando condições de romperem estruturas estereotipadas.

Qualquer investimento no grupo sendo sentido como mal correspondido, desperta na pessoa a ansiedade de perda ou fantasias de perseguição. A solução desejada se apresenta como a evitação clara da dor por meio de uma ansiedade baseada em temores paranóides.

Todo vínculo é bi-corporal e tripessoal, isto é, em todo vínculo há uma presença sensorial corpórea dos dois, mas há um personagem que está interferindo sempre em toda relação humana, que é o terceiro. Sempre há alguém na mente de um ou outro que está olhando, vigiando e corrigindo. Alguns aspectos do que Freud descreveu como complexo superego - ideal do ego - é algo que funciona automaticamente como uma escala de valores onde a sinalização é interna e determina que a comunicação se estabeleça de uma maneira distorcida e misteriosa. (Saidon, 1982, 215)

Essa condição impunha que eu buscasse intervir, propiciando acolhimento e com isso, trocas entre as participantes do grupo. Uma estratégia relevante foi a de proporcionar a percepção das semelhanças em suas histórias, mas como, cada uma criou formas diferenciadas de enfrentamento do sofrimento e da dor.

Os temas comuns discutidos quase sempre giravam em torno dos aspectos relacionadas ao medo de fracasso. A sensação de paralisia diante das dificuldades do mundo frequentemente estava presente nas falas das pacientes. O medo de correr riscos e errar também aparecia constantemente dos discursos.

Trigueiro conta:

Estou voltando a sentir os mesmos sintomas quando trabalhava no supermercado. Sinto um sufocamento muito forte e comecei a sentir no meio da aula do curso de cuidar de crianças. Comentei com a minha amiga que eu queria desistir do curso. Ela disse p'ra eu falar com a professora. Não quis falar e ela foi e contou p'ra professora. Fiquei muito constrangida e chorei quando conversei com ela. Tinha medo de que nada desse certo. Acho que vou aceitar o conselho da professora e vou fazer faculdade de Letras, mas o meu maior sonho é ser advogada.

Nessa sessão Trigueiro falou do medo de se arriscar numa escolha profissional. Tinha dúvida se deveria seguir seu desejo ou o desejo de sua professora. Após seu depoimento propus um exercício corporal onde todos nós formaríamos uma roda e uma das pessoas ficaria no centro com os olhos fechados. Talvez eu tenha pensado nesse exercício como uma forma de corporificar a dramática do depoimento de Trigueiro. Pois era assim que eu estava percebendo as formas como ela se relacionava com as outras pessoas: sempre sem enxergar nada ou não querendo enxergar e indo para onde as outras a empurravam.

Existem duas questões fundamentais que aparecem no trabalho com grupo. A predominância verbal e a expressão corporal. A primeira faz com que a maior parte do tempo prepondere o lado visível do discurso. As pessoas falam da ausência, embora poucas as deixem falar, apesar da psicanálise afirmar que todo discurso se estrutura sobre uma ausência. Então é importante criar situações técnicas diversas que permitam contemplar a totalidade do discurso que precisa ser enunciado. Em seguida vem a observação e assimilação dos aspectos corporais no grupo. Penso que, na medida do possível devemos substituir a predominância do intercambio verbal pelo intercâmbio de intensidades dos sentimentos e de afetos. Segundo Saidon (1982):

Seguindo essas idéias e ante a questão colocada, por exemplo, de quando se deve dramatizar ou incluir uma técnica corporal num grupo, podemos responder de forma geral: quando é necessário fazer saltar a palavra, fazer saltar a máquina paranóica o logos como phoné, quando o saber só aparece como resultado da repressão (1982, 177).

Continuando o relato, nessa mesma sessão propus a todas as participantes que revezassem, uma de cada vez, no centro do círculo com os braços cruzados e os olhos cerrados. As que formavam o círculo faziam movimentos pendulares com o corpo de quem estava no centro. Com as mãos, algumas empurravam de um lado e as outras colocadas no sentido oposto a amparavam e empurravam novamente, fazendo com que a paciente que estava no centro do círculo fizesse um movimento pendular com seu corpo. Quando foi a vez da Saíra, ela se recusou a ir pra o centro, pois achava que iria ficar tonta e não sentiu confiança nas outras pacientes. Temia que poderiam deixá-la cair. Por outro lado, quando Saíra fazia parte da roda, também tinha dificuldades em apoiar o corpo da outra colega.

Trigueiro sentiu muito medo em ficar no centro da roda e não conseguiu se entregar ao exercício. Apesar disso, na sessão seguinte falou sobre como foi interessante o exercício, apesar de ter sentido muito medo. Conta que a intensidade de sua angústia diminuiu, porém continuava se sentindo pressionada, com vontade de desistir do curso para cuidar de crianças. Diz se sentir perdida e sem o apoio do marido, pois como não sabia tomar decisões, esperava que ele fizesse por ela e que também compreendesse o que a angustiava e com isso pudesse aplacar esse seu sofrimento.

Ela relata:

Meu marido sempre me critica de fraca. Diz que eu sempre tive mais chances que ele e mesmo assim eu reajo mal às dificuldades da vida, chorando muito e reclamando de estar doente e ficar prostrada. Digo para ele que me sinto sozinha e desamparada e ele contribui muito para isso. Ele diz que não entende o porquê de eu estar assim, pois tenho família e amigos. Eu também não sei. O exercício da semana passada foi importante para mim, pois pude perceber como tenho medo de arriscar.

Aqui foi possível perceber qual efeito o exercício corporal produziu no discurso de Trigueiro, pois ela sempre atribuía às outras pessoas as dificuldades pelas quais passava e a

razão de seus insucessos. No fim de sua fala, Trigueiro demonstrou ter a percepção do seu medo de arriscar. A situação de impasse que se encontrava por sua incapacidade de fazer escolhas trazia alguns benefícios secundários para a vida dela, mas também lhe criava uma situação de conflito, pois ao ter que tomar decisões sobre sua vida implicaria em mudanças e a obrigaria a sair de uma inércia que ao mesmo tempo era angustiante e sufocante também trazia vantagens, como as garantias financeiras que o casamento proporcionava.

Assim como no discurso da Trigueiro, as temáticas relativas ao imobilismo para tomar atitudes e decisões relativas ao rumo de sua vida, à impotência, aos sentimentos de menos-valia eram constantes no grupo. Essa situação parecia se rum estado permanente e inamovível. A impotência ou insegurança, o medo, o sentimento de aprisionamento e por outro lado, o não saber como conduzir suas vidas eram temas que faziam parte do cotidiano e das trajetórias de vida das pacientes do grupo. Nos episódios que emergiam, os assuntos relacionados aos temas despertavam imediatamente muita ansiedade, o que era relatado por palavras e através do corpo, com movimentos das mãos e das pernas ou por dificuldades de se comunicar e de olhar as pessoas do grupo. Muitas vezes, as dificuldades narradas eram postostas num processo de fuga por meio da introdução de novos assuntos. A fala de Trigueiro sobre seu imobilismo e suas dificuldades de sair das situações conflituosas que vivenciava estava servindo de porta-voz do grupo, pois a sua história era comum a todas. Poder trazer para a discussão os temas relacionados à impotência era, portanto, primordial nesse trabalho grupal.

Em determinadas ocasiões eram sugeridas por outras pacientes possíveis soluções para os problemas que citei acima. As recomendações mais comuns apontavam para um maior apego a Deus e para a aceitação do próprio destino, pois “Deus sabe o que faz para as pessoas”. A idéia de um determinismo ditado por Deus colocava essas mulheres em posição de muita passividade e acomodação, devendo aceitar sua vida tal qual ela se apresentava. As idéias religiosas nesse caso agiam como conformadoras e ao mesmo tempo criavam empecilhos de saídas possíveis. Por outro lado, era inegável, que a evocação a Deus era um dispositivo de consolo e de esperança nas situações de grande sofrimento mental. Por isso, foi com todo o cuidado e respeito às idéias religiosas de cada uma delas que procurei fazê-las refletir sobre se a vida que levavam era um produto de uma vontade divina ou de

interferências humanas passíveis de mudanças. Em sendo situações criadas pelos próprios humanos, como chegávamos a concluir juntos, então como essas mulheres poderiam e deveriam tomar a responsabilidade sobre a condução de suas próprias vidas.

No entanto, eu observei que a espera de um “salvador” não se mostrava apenas nos discursos religiosos. Em diversas situações, eu as fiz ver que esperavam as respostas a seus problemas por parte de nós, como terapeutas do grupo ou ainda do Centro de Saúde. Observei também um imediatismo na busca de soluções para os problemas, o que, na verdade, sempre levava essas pacientes a se frustrarem mais.

Sigmund Freud¹², em seus trabalhos de pesquisa clínica percebeu que a repetição de vivências, sentimentos, experiências de atitudes e de comportamentos na relação com o analista estavam relacionados a situações traumáticas anteriores que o paciente repetia no ambiente terapêutico de forma involuntária e sem se inteirar de que isso ocorria. Esse fenômeno, ele chamou de “transferência”. Ao mesmo tempo também surgia outro feito a que ele denominou “resistência” ao processo de análise. Ficou claro para ele que resistência e transferência eram duas faces de um mesmo acontecimento que é a repetição ou reedição de tudo que o sujeito experimentou na situação traumática. Assim, a transferência é um processo que ocorre na relação terapêutica e que está a serviço da resistência. Como tal tem uma repetição visível, descritível e consciente, mas ela é um fenômeno predominantemente inconsciente.

Mas a transferência não ocorre apenas na relação bi-pessoal com o terapeuta; a repetição transferencial é um fenômeno universal. Onde há sujeito psíquico, em todas as atividades humanas se estabelece uma relação transferencial. O ambiente terapêutico é uma das tantas situações em que a transferência vai aparecer. Ela também é coletiva e o seu estudo foi aprofundado a partir das experiências desenvolvidas pelos movimentos da Comunidade Terapêutica Inglesa de Maxwell Jones¹³ e a Psicoterapia Institucional Francesa de Jacques Tosquelles. Nos trabalhos em hospitais psiquiátricos eles perceberam

¹² Em toda a sua obra o tema da transferência está presente. Como introdução, sugiro o texto *A dinâmica da transferência* de 1912

¹³ Vide JONES, Maxwell. 1968. **A Comunidade Terapêutica**. Editora Vozes. Petrópolis.

que, quando promoviam com os internos os encontros e reuniões para discutirem suas opiniões sobre as rotinas administrativas da instituição, quando permitiam manifestações artísticas como pintura, música, dança, etc, respeitando as preferências e vontade de cada um, ou seja, quando era permitido que transformassem a instituição que se encontravam internados em uma comunidade própria, autogerida e auto-organizada, podiam constatar que havia um aumento dos casos de melhora e as altas aumentavam consideravelmente, reduzindo assim o uso de métodos tradicionais como o excesso de medicamentos ou até eletrochoques e contenções físicas ou químicas. Buscando explicações teóricas para tal fenômeno, os citados autores encontraram nos trabalhos de Freud, especialmente em “Psicologia das Massas e Análise do Ego” publicado em 1921, a explicação de que uma multidão, massa ou grupo se forma porque os sujeitos que participam desses coletivos projetam ou constituem no líder o seu Ideal de Ego. Assim forma-se uma espécie de organismo psíquico que tem características próprias diferentes da soma dos sujeitos isolados. Assim, eles constataram que a transferência também é coletiva e não apenas bipessoal.

Deste modo, as concepções acerca da transferência, inicialmente a partir de Freud, e posteriormente os conceitos desenvolvidos sobre a transferência grupal e institucional pôde me ajudar em uma maior compreensão dessas narrativas que surgiam com certa frequência no grupo. Assim, embora esse anseio da vinda de um Salvador não tenha apenas o cunho religioso, apontava para uma expectativa do grupo em soluções vindas de alguém poderoso, por vezes me colocando, ou a instituição Saúde, nesse lugar. O grupo, quando tinha essa forma de funcionamento, apresentava uma configuração que poderíamos denominar como um grupo-sujeitado.

Foi a partir da sua experiência na clínica psiquiátrica de La Borde na França, que Felix Guattari formulou os conceitos de grupo sujeito e grupo sujeitado. O grupo sujeitado é marcado pela hierarquia e pela organização vertical ou piramidal. Segundo Barros (2007):

É uma tendência grupal que conjura qualquer inscrição de morte, de dissolução, que preserva os mecanismos de autoconservação, fundados na exclusão de outros grupos e que impede os cortes criativos (p. 113).

O grupo sujeito busca refletir sua própria condição, abrindo-se para os processos criativos. São situações grupais que rejeitam as hierarquias e totalidades, refletindo sobre seus próprios limites ou possibilidades. Segundo Barros (2007) a produção de um grupo sujeito se dá pela possibilidade de tomada da palavra. Assim penso em um grupo que toma para si a responsabilidade de sua existência e de sua condução. A importância da tomada da palavra tem um sentido também de não se posicionar em uma condição passiva, esperando uma palavra como resposta, mas apontar no sentido de formulação das respostas e das suas histórias.

Retomando as reflexões sobre o Grupo Terapêutico, acontecia que, como nós (eu e a co-terapeuta) não atendíamos as expectativas do grupo, o que despertava habitualmente era a frustração de não receber as respostas prontas para as suas perguntas e anseios e frequentemente éramos cobrados por isso.

O fato de não responder não significa ficar em silêncio, mas sim não atender essa primeira solicitação que era uma tentativa em nos colocar no papel de um Estado paternalista, que supre todas as necessidades com as respostas prontas. A nossa postura era então de estimulá-la a buscar as soluções e os enfrentamentos para seus problemas.

A dificuldade maior era procurarem conduzir suas vidas e serem protagonistas de suas próprias histórias. Isso implicaria na busca de um fortalecimento ou empoderamento (*empowerment*), como alguns autores escolhem denominar. (Carvalho, S. R. & Gastaldo, D., 2008 e Vasconcelos, E. M., 2003)

Carvalho & Gastaldo (2008, p.2031) definem dois sentidos ao termo empoderamento: o psicológico e o social/comunitário. O primeiro tem o sentido de um processo cujo objetivo é possibilitar que os indivíduos tenham um sentimento de maior controle sobre as suas próprias vidas. Assim, uma pessoa empoderada é independente e autoconfiante, capaz de influenciar o seu meio. Com isso, buscam-se estratégias para fortalecer a autoestima e a capacidade de desenvolver mecanismos de autoajuda e de solidariedade. Já a noção de empoderamento comunitário procura destacar a idéia da saúde como um processo e a resultante de lutas de coletivos sociais por seus direitos. O empoderamento social conduz à legitimação e dá voz a grupos marginalizados e, ao mesmo

tempo, remove barreiras que limitam a produção de uma vida saudável para distintos grupos sociais. Procura promover a participação social visando ao aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, à eficácia política, a uma maior justiça social e à melhoria da qualidade de vida. Busca-se com isso, o aumento da capacidade dos indivíduos e coletivos para analisarem e atuarem sobre seus próprios problemas através da aquisição de condições para responder aos desafios da vida em sociedade.

Assim, a estratégia de fortalecimento procura fazer com que as pacientes construam instrumentos capazes de habilitá-las a tomadas de decisão sobre as suas próprias vidas e do meio social em que vivem. Com isso, o trabalho como terapeuta nunca pode ser a de responder as perguntas, mas proporcionar as pacientes para que pensem nas respostas fugindo dos padrões pré-determinados pelo social ou pelas repetições neuróticas. Quando esses momentos foram possíveis de acontecer, percebia que isso criava mudanças nas formas de agir perante as dificuldades e os conflitos.

Portanto o que poderia se denominar cura ou “melhora do seu quadro clínico” está diretamente relacionado à capacidade que a paciente constrói em abandonar velhos mecanismos de enfrentamento dos conflitos em troca de outros mais capazes de promover mudanças qualitativas em suas vidas. Uso como exemplo o caso da paciente Andorinha que diante do medo de perder sua casa e seu filho se silenciava nas situações de violência física e sexual praticadas por seu ex-marido.

Andorinha tinha muito medo de perder sua casa, mas não conseguia perceber que na situação que vivia a casa não era só dela, pois seu ex-marido tinha a chave e entrava quando queria. Ela não tinha a percepção que era um lugar que ele usufruía quando desejava, assim como o corpo de Andorinha. A partir do momento que ela conseguiu enfrentar o problema e mudar o segredo da fechadura, pode também demarcar a casa como um lugar somente seu, assim como também seu corpo.

“Agora me sinto mais poderosa”, disse Andorinha quando contou que registrou a queixa na Delegacia de Mulheres (DEAM) após ter sido agredida por seu ex-marido. Seu medo era que, caso desse queixa, a violência praticada por ele seria maior. Tinha medo de

ser morta, perder a casa e seu filho, mas, ao contrário, o que pode constatar é que ele ficou amedrontado e passou a respeitá-la, pois tinha receio em ser preso.

Assim a melhora de Andorinha não foi simplesmente a supressão de seus sintomas como as dores que sentia pelo corpo, ou a remissão do quadro que denominou de “síndrome do pânico”, mais a capacidade que desenvolveu de enfrentamento dos conflitos nas relações com seu ex-marido. Atualmente ela está frequentando um curso em uma Escola Pública, com o objetivo de concluir o ensino médio. Sonha em cursar uma faculdade na área da saúde. Todo esse movimento de cuidados próprios também refletiu na relação com seu filho, pois tem permitido que ele tenha mais independência, não mais o cercando de cuidados excessivos.

Não posso afirmar que todas tenham tido um progresso tão grande quanto a Andorinha, mas a melhoria se refletia principalmente nas formas de lidar consigo própria, com seus familiares, com seus companheiros e com os amigos, buscando nessas situações estabelecer relações mais igualitárias. Um aspecto importante que pude perceber foi a capacidade de questionamento que as participantes do grupo desenvolveram. Não apenas dentro do grupo, mas nas relações com a comunidade e com a família, especialmente diante das situações de violência.

Anteriormente os conselhos dados eram propostas de agressões ou violência como resposta aos sofrimentos. Melro sugere a Andorinha uma forma de resolver seu problema com o ex-marido:

“Guarde atrás da porta um pedaço de pau e quando ele entrar na sua casa, acera a cabeça dele com toda a força” (Melro tem sua fala entremeada por risos).

Outras vezes a violência era naturalizada como uma forma de educar:

“Se o seu filho é traficante, deve ser porque você não batia nele o suficiente”. (Melro para a Bem-te-vi).

Às vezes meu marido me batia porque ele achava que eu estava dando bola p’ra outros homens” (Sanhaço).

Como já eu relatei, o Grupo Terapêutico não tinha o propósito de discutir a história ou o cotidiano de violência. No entanto, este foi um tema constante e bastante pregnante nas narrativas. Em relação ao assunto, era comum que o grupo começasse contando os fatos ocorridos na semana em cada comunidade onde as pessoas moram. As histórias não eram narradas como eventos externos ou apenas conhecidos por noticiários ou por terceiros. Havia quase sempre algum tipo de testemunho e de exposição dos riscos que elas ou parentes passaram durante os acontecimentos vivenciados. Eu fui observando que a violência urbana da qual falamos tanto teoricamente, não pedia licença para entrar nas casa e nas vidas das mulheres participantes do Grupo Terapêutico.

2. A produção de sintomas pelo silenciamento da violência

Nos discursos analisados observei que o medo e a insegurança apareceram associados a três tipos de violência: as que ocorrem no âmbito da vida conjugal, mesmo depois que muitas mulheres se separam dos maridos; as que são cometidas pela polícia quando fazem incursões pelas favelas, freqüentemente não respeitando a inviolabilidade das casas e a proveniente do modo como a venda de drogas se processa nas favelas, sendo assegurada pelo domínio do território, das pessoas que fazem parte do bando e se estendendo pelo bairro. Esses três tipos de manifestações, que a seguir buscarei descrever e analisar com mais detalhe, geralmente interagem e promovem um acúmulo de sofrimento psíquico que se revela tanto no silêncio como nas falas e nos sintomas de enfermidade que as mulheres apresentam quando recorrem ao Centro de Saúde.

Violência Conjugal - Chamamos *violência conjugal* a todos os atos de violência física, psicológica ou sexual que ocorrem nas relações entre casais, oficialmente casados ou não. Apesar da violência praticada por mulheres contra homens ocorrer em elevadas proporções evidenciadas em estudos nacionais (Reichenheim et al, 2006) a violência do homem contra a mulher é a mais grave e marcada por padrões culturais profundamente arraigados. Em nossa sociedade patriarcal, cabe historicamente à mulher a condição de submissão, os cuidados do lar, a educação dos filhos, além da obediência e fidelidade,

sendo atribuído ao homem o papel de provedor, protetor e proprietário dos bens, da mulher e dos filhos. Essas são características atribuídas socialmente e trazem em seu caráter histórico, as marcas das desigualdades que são conferidas a determinadas identidades sexuais na família. Nessas condições, a dominação é a marca característica na relação entre homens e mulheres, dominação que freqüentemente se transforma em violência física, psicológica e sexual.

Em estudos sobre o tema, Minayo (2007) afirma que as concepções de masculino e feminino são valores de longa duração na cultura ocidental, sendo que o homem é visto como sujeito da sexualidade e a mulher como seu objeto. Dentro dessa compreensão, o masculino é posto em uma posição social de agente do poder da violência, estabelecendo-se uma relação direta entre masculinidade e exercício de domínio das pessoas, das guerras e das conquistas. No entanto, como refere Giffin (1994), a divisão social da violência reflete a divisão dos espaços, onde o homem é vítima mais comum nos lugares públicos e a mulher sofre mais freqüentemente a violência no âmbito doméstico. Conforme afirmam Abdala & Minayo:

Os determinantes culturais têm papel fundamental na construção dos papéis masculinos e femininos, legitimam o poder masculino sobre as mulheres, tornando-os violentos, quando por algum motivo perdem o controle das situações familiares (2009, p. 06).

No grupo terapêutico, a forma de violência mais freqüentemente citada foi essa, seja como fato atual ou como lembrança de um passado do qual restou o peso de manter a família sozinha. Nesses casos as mulheres assumem o que é atribuído aos papéis materno e paterno nos cuidados dos filhos. Podemos afirmar, ao concluir esse Grupo Terapêutico que a violência conjugal foi um dos principais motivos de separação conjugal das mulheres. Muitas vezes, nos seus depoimentos essas senhoras falavam em “falta de amor”, mas sempre associavam essa fala com relatos de atitudes violentas e desrespeitosas dos companheiros. A violência conjugal surgia de várias maneiras: por vezes de forma naturalizada, outras trazendo consigo o desabafo por alguma forma a mais de sofrimento. No primeiro fragmento de relato que apresentamos, a situação de violência conjugal

constante provocou na paciente sintomas no corpo, levando-a à medicalização, forma internalizada de alívio que incorporou o linguajar técnico dos médicos e das prescrições.

Como podemos constatar, na fala de Andorinha ficam explícitas as experiências de violência física, psicológica e sexual nas suas relações com o seu ex-marido:

Meus medos estão voltando, exatamente quando tinha o diagnóstico de síndrome do pânico. Meu coração constantemente fica acelerado, com falta de ar, dor no peito e manchas na pele. A médica que me atendeu me disse que estou com sintomas de 'stress' e por isso as manchas estão aparecendo. Tenho medo de estar com alguma doença grave.

A paciente fala de um medo, primeiramente diagnosticado a partir de uma visão científica biomédica.

A síndrome de pânico ou transtorno de pânico é definida pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como um período de intenso medo ou mal-estar acompanhado de, pelo menos, quatro sintomas somáticos ou cognitivos, como taquicardia, palpitações, tremores, dispnéia, sudorese, sensação de sufocamento, medo de morrer ou de desmaiar. Nesse sentido, nas teorias clássicas, a síndrome do pânico é diagnosticada como uma doença psiquiátrica causada por desequilíbrio químico no cérebro, sendo causada por uma disfunção que impede a captação normal da serotonina e dispara sem motivo aparente nosso sistema de alerta, produzindo noradrenalina em grandes quantidades e algumas distorções de percepção, como a sensação de que determinada situação não é real, por exemplo. Segundo os médicos e psiquiatras, não se trata, portanto, de um problema exclusivamente psicológico, mas sim de um problema químico. E na maioria dos casos, seria necessário tratar o paciente com medicamentos (antidepressivos) aliados à psicoterapia.

Andorinha demonstrou, em sua fala, que o discurso médico foi apreendido por ela e, ao mesmo tempo, atribui ao profissional médico o domínio do conhecimento sobre as causas de seus sintomas. Assim, justifica a procura de um serviço de saúde, uma vez que suas queixas estão localizadas no corpo. Na medida em que Andorinha começou a participar dos encontros terapêuticos, veio a tona os motivos do pânico:

Meu ex-marido continua entrando em minha casa, abusando de mim, ameaçando tirar minha casa, não devolvendo a chave. Sinto muito medo dessa situação e das conseqüências que isso pode trazer, não ter para onde ir se ele tirar a casa e eu perder meu filho por conta disso.

Na verdade, a fala refere o peso da relação com um homem que já saiu de casa, mas que continua a controlar sua vida, como se dono dela fosse. Esse comportamento é apresentado na literatura sobre o assunto evidenciando um tipo de dominação que não cessa com a separação (Minayo, 2007). Vários autores relacionam a situação de conflito conjugal com os sentimentos de medo e insegurança. Mas realmente, no caso de Andorinha o contexto é totalmente abusivo onde ela é violentada sexualmente e psicologicamente. Mas é também chantageada com ameaças de perdas fundamentais para a sua vida: da casa e do filho. Andorinha contou-me que seu ex-marido tem a posse da chave da casa e não a entrega, exercendo assim, na prática, domínio e propriedade sobre a pessoa da mulher, do filho e de seus bens. A condição de fragilidade que se expressou na somatização do medo e da insegurança reservou para a Andorinha o lugar da impotência. É necessário muito medicamento para abafar e mascarar essa dor!

Além de mulher, Andorinha é mãe. E sobre o filho, ela descreve o receio de vê-lo desamparado, uma vez que é usado como objeto de troca nos conflitos conjugais violentos. Um dado simbólico importante, citado pela mãe, é que o menino que tem nome composto e só quer ser chamado pelo sobrenome, pois o primeiro é a junção dos nomes do pai e da mãe que a criança quer apagar.

Assim, nesse caso, o filho de nove anos é vitimizado indiretamente pelas agressões sofridas por sua mãe e, diretamente, na sua relação com seu pai, que também apresenta condutas agressivas direcionadas a ele. Nele também, a “dramática¹⁴” emerge no corpo, através do adoecimento e produz efeitos psicológicos deletérios sobre o seu crescimento e desenvolvimento. Assim a busca de um psicólogo para o tratamento do filho não tem como causa apenas a insegurança e o senso de proteção da mãe, mas também a tentativa de desfazer os efeitos da violência intrafamiliar. Diz Andorinha:

¹⁴ Uma alusão a Hannah Arendt (2002) que diz que a violência “(...) não promove causas, nem a história, nem a revolução, nem o progresso, nem o retrocesso; mas pode servir para dramatizar causas e trazê-las à atenção pública” (p.58).

Meu filho está doente com toda essa história. Tenho que levar no médico, no psicólogo, pois fica revoltado e não quer saber do pai. Eu incentivo a encontrá-lo. Afinal de contas é o pai dele, mas tenho medo quando ele leva o garoto na motocicleta correndo muito.

É importante ressaltar que a paciente Andorinha possui nítida percepção de que fatos que ocorrem em sua história produzem enfermidades em seu corpo e, nesse sentido, ela própria traz uma perspectiva diferente da que é apresentada pelo modelo organicista no processo de adoecimento. É claro, também, que qualquer médico que siga o modelo biomédico tradicional também deve saber da influência das situações de vida sobre a saúde. No entanto, a ele, essas não importam, pois não tem tempo e nem formação para modificá-las, sendo mais fácil medicá-las.

Um segundo caso que considere exemplar é o da paciente Trigueiro. Trata-se de uma mulher casada, de formação religiosa tradicional e que não fala explicitamente das agressões físicas ou verbais que sofre, mas se refere à “opressão” apontando para situações de violência sofrida. Provavelmente, em seu caso predomina a violência psicológica que, por ser silenciada e contida, também produz sintomas físicos. Diz Trigueiro:

Estou voltando a sentir os mesmos sintomas que tinha quando trabalhava no supermercado. É uma sensação forte de sufocamento. Eu preciso trabalhar para poder sair de casa e me livrar da opressão do meu marido. Tenho medo de errar, por isso em várias situações prefiro não tentar arriscar.

O sentimento relatado se expressa no corpo através de sintomas como tremores, palpitações, sensações de quase desmaio e falta de ar. A palavra “opressão” usada pela própria paciente parece uma forma de naturalizar as permanentes situações de violência psicológica e física que vivencia. Mas também, de significar sua própria fraqueza e confusão, numa situação que a angustia: optar entre a comodidade de uma proteção financeira do marido mascarada pelo medo religioso de ser colocada no lugar negativo de “mulher separada” e a busca da autonomia de um emprego para se manter e se libertar. Durante as sessões terapêuticas Trigueiro sempre se referia à alternativa de conseguir um trabalho formal e separar-se do marido. No entanto, essa probabilidade lhe desencadeava muito medo e insegurança. A dificuldade de romper a pseudo-segurança da vida privada em

busca de um lugar próprio no mundo é um dos maiores problemas que as mulheres casadas, em situação de violência, vivenciam. Portanto, elas também têm responsabilidade na reprodução da cultura de dominação masculina que transforma a mulher em objeto dos mandos e da vontade do seu opressor¹⁵.

Neste terceiro caso ressalto o desenvolvimento inequívoco de sintomas físicos associados à violência conjugal. É o caso de Rolinha, uma mulher casada, que sente dor de barriga e desarranjo intestinal todas as vezes que sai de casa. Ela narra:

Sofro com as constantes dores de barriga pela manhã, principalmente quando vou sair de casa para fazer alguma coisa que me deixa ansiosa. Não sei o que pode ter acontecido para sentir tais coisas. Não sei se isso é por conta de algum trauma. A vida em minha casa é muito ruim. Meu marido não me entende e diz que tudo que sinto é bobagem.

É comum que pessoas que vivenciam situações de violência apresentem sintomas gastrintestinais, como no caso da paciente Rolinha. Apesar de fazer uma correlação entre o seu mal estar e situações vivenciais, sua busca foi sempre direcionada a aliviar os sintomas. Rolinha conta que por várias vezes buscou atendimento médico, sendo-lhe solicitados exames e prescritos diversos medicamentos. Mas ela sente que nunca teve resultados satisfatórios. No grupo terapêutico procuramos questioná-la: O que teme quando sai de casa? O que de tão importante deixa em sua casa? Ou o que poderia enfrentar na rua ou na vida pública que seria tão apavorante? Essas são perguntas que a levaram, no grupo, a aprofundar questões importantes sobre os dois medos e as duas violências que temia. De um lado, a violência das ruas e as inseguranças de uma grande cidade; de outro, a violência dentro de casa em suas relações com o marido e os filhos.

No caso de Rolinha observamos a sua sensibilidade pela intercessão dos confrontos entre as gangues de narcotraficantes e a polícia e a violência intrafamiliar. O medo de ser atingida e de ser alvo de grupos armados vem sendo um elemento a mais para conformar seu adoecimento por diarreia, cólicas intestinais e descontrole fecal, justificando a

¹⁵ Para maior aprofundamento ler: A rota crítica da violência intrafamiliar em países latino-americanos de Montserrat Sagot, pp. 23-50 in: Rotas Críticas: mulheres enfrentando violências. Meneghel S (organizadora). São Leopoldo: Editora Unisinos, 2007)

permanência em casa de forma passiva. No entanto, Rolinha não considera sua casa como um lugar seguro, pois sua relação com o marido é bastante conflituosa. Ela conta ser desprezada por ele que, ao mesmo tempo, acusa-a de ter outro homem fora de casa. As brigas quase sempre eclodem sem um motivo aparente chegando a agressões físicas. Rolinha conta que quando precisa ir a rua, seu marido insinua que ela o está traindo e que vai se encontrar com outro homem. Essa situação a deixa bastante nervosa, pois são acusações infundadas. Sair de casa passou a ser uma situação duplamente angustiante. De um lado, o alívio de sair de casa e ficar longe das atitudes violentas de seu marido, e de outro, enfrentar a insegurança de quem vive em áreas de conflito. A rua que para ela poderia significar a liberdade traz junto o desamparo da insegurança, do medo e da desassistência.

Violência Policial - Nos grupos terapêuticos, surgiu outro tipo de medo como provocador de sintomas e adoecimentos: a violência policial. Esse tema vem sendo longamente debatido pela sociedade, sobretudo no que concerne à forma de tratamento que os agentes de segurança oferecem à população de baixa renda que vive nas favelas.

A ameaça do uso da força, ou ainda o simbolismo representado pela simples possibilidade de usá-la de forma legítima, resolve a grande maioria dos problemas postos aos policiais, já que são servidores no exercício de suas funções. É então primordial que se estabeleça uma diferenciação entre força e violência, conforme já descrito nesse trabalho. Monjardet (2003) traz uma importante definição de polícia:

Portanto, definiremos aqui a polícia como a instituição encarregada de possuir e mobilizar os recursos de força decisivos, com o objetivo de garantir ao poder o domínio (ou a regulação) do emprego da força nas relações sociais internas (Monjardet, 2003, p. 27).

Chamamos violência policial àquela que provocada por agentes da polícia no exercício de seu trabalho. Segundo Lemgruber (2003), essa forma de violência é entendida como “o uso abusivo, e sobretudo o uso letal da força nas intervenções policiais quanto à tortura cometida para obter confissões nas investigações ou para garantir controle sobre os detentos” (p. 37). Faz parte do senso comum, atribuir à polícia e ao sistema de justiça penal

toda a responsabilidade pelo controle da violência urbana e da criminalidade. Apesar da sua função ser a de promover a proteção para toda a população, o efeito é que, na prática, o policial se percebe “protegido” por uma cultura institucional que inclui a violência como possibilidade para conter a violência e assim se multiplicam as situações de confronto com grupos de delinquentes das quais resultam grande número de feridos e mortos dos dois lados e frequentemente moradores são atingidos.

As formas mais marcantes de violência praticadas pela polícia no Brasil são a tortura, o uso excessivo de força, e a corrupção (Lemgruber et al. 2003). A corrupção pode ser descrita como a exigência de dinheiro em troca de evitar a aplicação da lei como punição ou para a aquisição de vantagens indevidas. É importante incluir a corrupção como violência policial, pois a extorsão é uma ilegalidade cometida contra a vontade da vítima que sofre ameaças ou chantagem chegando, às vezes, a situações de crueldade. Ela também descaracteriza o policial de sua função primordial que é o cumprimento das leis e a proteção do cidadão.

Os confrontos policiais ocorrem especialmente nas comunidades de baixa renda, onde os narcotraficantes que atuam no comércio varejista da maconha e cocaína constituem grupos fortes, aguerridos e que defendem o território onde estão alojados com armas poderosas. Uma das premissas da defesa do território de negócios pelos traficantes é afastar a presença da polícia que pode ameaçar seus ganhos, além de aumentar o medo e a insegurança dos ambientes comunitários. Por sua vez, a estratégia mais comum de enfrentamento da polícia com as gangues de narcotraficantes é a realização de operações em grande escala das quais participam várias Delegacias e Batalhões. Os agentes de segurança literalmente invadem as favelas, retirando-se após as operações. Segundo a Anistia Internacional (2007) essas incursões prejudicam enormemente as comunidades e trazem poucos benefícios, colocando em risco a vida de moradores e causando danos materiais. (Anistia Internacional, 2007)

Segundo Rolim (2006), no ano de 2002, a polícia matou 900 pessoas no Rio de Janeiro, enquanto 170 policiais fluminenses foram assassinados. Pesquisa de Cano (1997) já havia demonstrado que em 1995, a Polícia do Estado do Rio de Janeiro tinha sido

responsável pelo óbito de quase o mesmo número de civis mortos por todas as polícias norte-americanas naquele ano. Aproximadamente 10% de todos os homicídios dolosos da cidade haviam sido produzidos por policiais (Cano, 1997). Para cada policial morto em conflitos com bandidos, houve 10 civis mortos, sendo que o número de vítimas fatais civis foi três vezes superior ao número de civis feridos, o que significa que a polícia atira para matar nos confrontos. Até hoje, as incursões da Polícia, especialmente pelos morros e favelas, continuam a resultar em execuções sumárias de suspeitos.

No grupo terapêutico, as mulheres trouxeram o cenário que citamos acima, cenário que também faz parte de suas vivências. Eis o que diz a Paciente Cotovia:

Quando o Caveirão¹⁶ entra na Comunidade, sinto muito medo e minhas pernas tremem muito. Outro dia estava voltando com minha sobrinha da escola e o Caveirão passou falando quem fosse bandido corresse e quem fosse do bem, andasse normalmente. Tivemos que andar como se nada tivesse acontecido, mas fiquei muito nervosa e minhas pernas tremiam muito. Além disso, minha sobrinha queria correr e eu tinha que segurá-la. Minha vontade foi de bater muito nela.

“Caveirão” é o nome popular dado a um carro blindado, onde a polícia se posta e dá ordens e orientações à população no caso de suas incursões às favelas. Numa situação súbita que disparou o pânico e medo nas pessoas que estavam na rua, a resposta esperada seria a fuga apressada desse cenário adverso, como queria fazer a sobrinha de Cotovia. Porém a ordem dos policiais contraria esta lógica, sem superar o medo e a insegurança das pessoas. E a “vontade de bater” que a menina despertou, de certa forma é simbólica de como os vários tipos de violência fazem sinergia, transformando o pânico em sentimento de impotência e em reação hostil: a tia assumiu o lugar do agressor que a agredia.

E a paciente Patativa completou:

Na parede da minha casa tem 16 furos de bala feitos pela polícia. Eles estavam em guerra com os traficantes. Fiquei escondida no quarto só esperando o que iria acontecer. Achei que ia morrer e não podia fazer nada. Depois que tudo

¹⁶ Caveirão é a denominação popular de um veículo blindado utilizado pela polícia militar do Rio de Janeiro em operações nas favelas, geralmente no enfrentamento com narcotraficantes.

*passou, meu corpo ficou tremendo por muito tempo e fiquei com pressão alta.
Tenho muito medo, pois tinha um irmão que morreu em uma situação assim.*

A sensação de impotência frente a incursões da polícia, o desrespeito com que entram nas casas ou atiram independentemente de quem está na rua foi um tema constante dos relatos do grupo terapêutico, sempre correlacionados com perdas de parentes, pessoas amigas ou vizinhos e com os sintomas físicos como tremores e hipertensão arterial.

As mulheres, em suas falas, têm plena consciência da inversão de valores que a violência policial representa. Ou seja, a polícia, que deveria proteger e trazer a paz para a comunidade é responsável pela produção de medo e de mais insegurança e como resposta da população a seu comportamento, é mal vista, desprezada e considerada violenta e corrupta. Obviamente, há uma sinergia entre a violência policial e a violência do narcotráfico, sendo a existência de uma justificada pela outra.

Violência do Narcotráfico - Uma terceira forma de violência relatada permanentemente nas sessões do grupo terapêutico é a praticada pelos traficantes de drogas, seja para manter a autoridade sobre seu grupo e sobre a comunidade, seja em confronto com as gangues rivais ou com a polícia. Em boa parte das favelas do Rio de Janeiro existe a presença do tráfico de drogas.

O narcotráfico é visto tanto pelas autoridades como pela população em geral como o grande problema que fomenta a criminalidade na cidade. O trabalho de comércio das drogas arregimenta um grande número de jovens moradores dessas comunidades pobres que tem poucas perspectivas de inserção no mercado de trabalho formal. Eles enfrentam uma atividade de grande risco, pois além de ter que se confrontar com a polícia e grupos rivais que tentam invadir e tomar seus “territórios” de negócios, as punições que recebem em caso de erros ou negligências no trabalho são extremamente severas e cruéis, sendo, muitas vezes pagas, com a vida. A organização do tráfico é extremamente rígida, autoritária e opressora. No entanto, segundo Zaluar (2004), as ações dos traficantes e seus ditos soldados têm uma explicação cultural mais abrangente, não se limitando apenas as explicações econômicas de obtenção de lucro fácil. Mesmo dentro de uma organização ditatorial, arbitrária e violenta, geralmente os jovens que a ela aderem querem se mostrar

superiores, fortes e possuidores de coragem para enfrentar os inimigos, especificamente os das organizações criminosas rivais e a Polícia. Para esses grupos de delinquentes, a Polícia é considerada estrangeira e lhe dão o nome de “os alemães”. Geralmente, confrontar as forças policiais é prova de coragem para as gangues, o que lhes que rende dividendos quando saem ilesos.

No caso das mulheres do grupo terapêutico, os sentimentos e o sofrimento pelo clima de violência são variados. Há mães que vivem a dor de ver seu próprio filho entrar para uma gangue como o caso que narrarei a seguir. Outras viram crescer, junto com os seus ou como vizinhos, jovens envolvidos na delinquência que hoje estranham e temem. Outras ainda, dizem que são vítimas de arbitrariedades desses grupos delinquentes que tornam seu lugar de moradia perigoso e no qual se sentem quase como prisioneiras, ou mesmo testemunhas de mortes freqüentes e sem sentido. Varias das participantes do Grupo Terapêutico freqüentemente comentaram a dor que é ver uma juventude que se perde em brigas e valentias, frente às poucas alternativas que encontra de projetar um futuro melhor.

A paciente Bem-te-vi relata, com grande sofrimento, os sentimentos de fracasso e de depressão, desencadeados pela prisão do seu filho, envolvido num grupo de narcotraficantes:

Depois que meu filho foi preso, minha vida desabou. Tinha esperança de que ele crescesse e se tornasse um trabalhador e pudesse ser o homem da casa, já que não pude dar um pai para eles. Mas ele se envolveu com marginais e eu me sinto uma fracassada. Também é só isso que se tem para oferecer, pois está muito difícil para uma pessoa jovem conseguir um trabalho decente.

O discurso de Bem-te-vi tem sentido em nossa sociedade tão desigual e que oferece poucas alternativas para crianças e jovens moradores das favelas. Costuma-se dizer que a única instituição que chega às comunidades pobres é a polícia que entra batendo. Na verdade, está cada vez mais difícil manter instituições públicas como escolas e postos de saúde nos locais onde há gangues armadas.

É importante lembrar que na constituição das gangues há um ato de subjetividade por parte dos jovens que resolvem aderir a esses grupos armados. Todos sabem que suas

escolhas trazem conseqüências. No seu depoimento, Bem-te-vi comenta o fato de não conseguir oferecer outras oportunidades para seu filho. E considera tal situação como culpa sua. Por isso se sente fracassada, sobretudo porque gostaria de ter reconstruído nele a figura masculina do pai que foi sempre um ausente.

Vários estudos têm mostrado que a ausência da figura do pai (no sentido simbólico e no sentido real) tem sido um fator indutor do aumento de criminalidade entre jovens e, nesse caso, mais que se tornar o pai que nunca compareceu, o filho de Bem-te-vi tornou-se a demonstração clara do quanto faz falta a figura paterna numa família. Isso só foi possível ser desvelado a partir do momento em que a paciente pôde se expressar no grupo. E os motivos iniciais que a levaram a pertencer a esse coletivo e a procurar o Centro de Saúde, como a depressão, o desânimo, os sentimentos de menos valia e insônia se dissiparam com a possibilidade de poder compartilhar esse sofrimento individual com outras mulheres e mães.

Neste segundo relato, a paciente Patativa apresenta sua experiência como testemunha da execução de uma pessoa em frente a sua casa:

Ontem mataram um rapaz na porta da minha casa. Batiam tanto com um pau que dava para ouvir o barulho dos ossos se quebrando. Fui falar com eles e disseram que ele era um 'vacilão' e me mandaram voltar para dentro de casa e ligar o som da televisão bem alto. Mas fiquei tão nervosa, tremia tanto e meu coração disparou, que depois tive que ir ao pronto-socorro tomar uma injeção.

A cena provocou um grande impacto em Patativa. A angústia disparada não configura o receio de ser atingida pela violência ou a possibilidade de sofrer algum dano pessoal: significa a impotência para agir associada à recusa de banalizar as circunstâncias da extrema crueldade. Vários estudos sobre o modo de agir das gangues armadas do tráfico (Misse, 2007; Cárdenas, 1985.) falam de sua crueldade, tanto em relação a membros da comunidade dos quais desconfiam como em relação aos próprios membros da gangue.

Essas situações vivenciadas e sofridas no entanto, na maioria das vezes são silenciadas por famílias e vizinhos com medo de represálias. Muitos optam por um sofrido silêncio, outros pela acomodação, outros ainda buscam sair desse local de moradia. Para

alguns, sobra o adoecimento. Para Patativa a saída para a angústia foi a procura de uma ajuda médica e a prescrição de um fármaco pelo profissional. No entanto, esse remédio nada mais tem sido do que um mascarador do sentimento de insegurança e de impotência que continua a torturá-la.

Segundo Soares & Guindani (2007) o que leva um jovem morador de favelas a ingressar nos grupos de narcotraficantes não é apenas o aspecto econômico. Concordando com Zaluar (2004), eles ressaltam que é a necessidade de ser reconhecido e de ter visibilidade social que os move, principalmente. Esses autores afirmam que:

Hoje, estamos diante de um genocídio de jovens pobres e negros, que morrem e matam em um enfrentamento autofágico e fratricida, sem quartel, sem bandeira e sem razão. Apesar de a maioria resistir, muitos jovens sem perspectiva e esperança, distantes das oportunidades geradas pela educação e a cultura, sem lazer, esporte, afeto, reconhecimento e valorização, com suas auto-estimas degradadas, acabam cedendo à sedução exercida pelo crime. Ao se deixarem recrutar, aceitam a arma como o passaporte para a visibilidade social e o reconhecimento, antes de usá-la em benefício de estratégias econômicas. A fome de significado e valorização é mais funda e mais radical que a fome física (Soares e Guindani, 2007, p. 4).

Em resumo, a violência em suas várias manifestações não apenas cria uma vítima direta, como seus efeitos se espalham, sintonizam-se com outras fragilidades dos grupos e das pessoas, tornando a vida difícil e adoecida, levando as pessoas a buscar serviços de saúde que não podem dar resposta a seus sofrimentos sociais. Não existe uma modalidade de adoecimento específica nesses casos. Devemos refletir sobre os motivos podem levar pessoas a responder a tais situações produzindo sintomas e outras buscam outras saídas.

V. CONCLUSÕES

No capítulo de conclusões abordo duas questões: a primeira parte consiste em uma reflexão sobre uma forma de pensar e tratar o processo de adoecimento que estarei denominando de Clínica Política. E a segunda parte abordo a partir dos resultados do Grupo Terapêutico uma reflexão sobre todo o trabalho desenvolvido.

1. Por uma Clínica Política

A partir do século XVIII ocorreram mudanças importantes nas formas de se pensar a doença. Sobretudo, os estudos passaram a priorizá-la por sua localização nos órgãos do corpo humano. Conseqüentemente, a anatomia começou a ocupar uma parte importante nos estudos médicos. Assim, a medicina, segundo Foucault (1994) passou a ser regida por uma lógica anátomo-clínica.

O grande corte na história da medicina ocidental data precisamente do momento em que a experiência clínica tornou-se o olhar anátomo-clínico (1994, p.167).

Mesmo tendo trazido avanços, essa perspectiva na medicina possibilitou o surgimento de outras questões importantes, pois excluiu a dimensão subjetiva do processo de adoecimento. Também se reforçou a significação original da palavra Clínica, oriunda do grego “clinós” que significa leito, ou seja, o lugar onde o doente deve ficar, e onde o médico “se inclina” sobre ele. A posição hierárquica sobre o doente reforçou o médico em sua condição de superioridade, como detentor de todo o saber sobre o funcionamento do corpo doente. O doente passou a ser visto como o paciente que aguarda os procedimentos médicos para que a cura ocorra.

No entanto, a relação do médico e do paciente é calcada em visões diferentes e por vezes, divergentes sobre o adoecimento. De um lado, o paciente traz seus incômodos e sofrimentos. E de outro, o médico tem uma leitura técnica, com classificações, categorias e procedimentos ditados pelo modelo biomédico. Assim, também faz parte do processo terapêutico o convencimento do paciente acerca da sua doença, onde ele “aprende” que o

seu sofrimento é uma doença, que implica em um mau funcionamento do seu organismo e que existe um tratamento do qual o médico é o detentor e o prescritor.

A grande questão que desafia o conhecimento e a classificação das doenças aparece nos casos de pacientes cujas queixas são complexas demais para caberem na classificação e no diagnóstico biomédico. Os sintomas físicos apresentados por esse tipo de paciente não conseguem, através de uma explicação empírica, uma justificativa causal. Apesar da relevância desses transtornos, não se estabelece um consenso em relação à categorização ou aos critérios diagnósticos e tratamentos.

Assim, corroboro com a conclusão de Guedes (2008) quando afirma:

Desse modo, acreditamos que os sofredores das ditas “somatizações” requerem recursos diagnósticos e terapêuticos que extrapolariam o objetivismo e as generalidades da biomedicina. Assim, o processo terapêutico não poderia se restringir a concepções causalistas e não se operaria apenas por intervenções estritamente da esfera física, fisiológica ou psicológica. Trata-se de um debate, cuja interação entre as partes é fundamental para o bom desenvolvimento desse processo (2008, p. 141).

Quando construímos uma prática clínica que não reduz suas ações às concepções do binômio queixa-tratamento, as conseqüências apontam no direcionamento das multiplicidades dos determinantes do campo da saúde, na sua concepção como processo e na complexidade das relações entre os técnicos, gestores e usuários dos serviços de saúde. Como sabiamente afirmam Barros & Passos (2005):

Pensar a saúde como experiência de criação de si e de modos de viver é tomar a vida em seu movimento de produção de normas e não de assujeitamento a elas. (2005, p. 570).

Então é possível denominar essa clínica como Clínica Política que, assim concebida, se estabelece como uma clínica da intervenção, da experimentação e de práticas e estratégias que sempre são sociais. Portanto posso afirmar que a clínica e o social são inseparáveis, pois é uma questão para se tratar muito mais no campo ético e político do que no campo da técnica. Mesmo assim, não se trata de negar a existência de algumas

concepções como o inconsciente intrapsíquico, pois não se pode desconhecer a existência de desejos recalçados impostos ao psiquismo. Mas o profissional de saúde que trabalha com o inconsciente psicanalítico necessita sair do domínio puramente psicológico individual e ampliar seus compromissos com as determinações sociais.

A Clínica Política, com seu caráter de dispositivo se lança no campo como produtor de efeitos de sentidos variados tanto subjetivos como sociais. Esta clínica, que é uma clínica política, pode também ser denominada de clínica da diferença devido à sua intenção de desnaturalização das demandas ligadas às instituições¹⁷ da família, do intimismo, do especialismo e da neutralidade científica. Esta naturalização é provocada pela leitura feita por um modelo de psicanálise em que todo e qualquer sentimento de mal-estar existencial é remetido para o território da falta, reduzindo e fortalecendo as subjetividades dominantes (Vital Brasil, 2002).

As produções de sintomas sejam eles orgânicos, funcionais ou psíquicos, individualizam e privatizam o problema. O trabalho terapêutico tem o sentido oposto, ou seja, fazer com que possam emergir os conflitos, coletivizando os sofrimentos e angústias, retomando o espaço público de diálogo. A proposta de um modelo clínico político é uma estratégia para transformar a dor silenciada em movimento de autonomia e fortalecimento.

Tendo em vista que a violência é uma questão social pluridimensional (Minayo, 2002). Consideramos que o sintoma surge quando há a tentativa de tornar a violência individual e privada. Assim a produção sintomática estaria a serviço de uma ideologia em que reforça a dicotomia indivíduo/sociedade, a qual explicamos mais detalhadamente acima.

É, então, através da produção de sintomas que a violência atravessa o campo da saúde. Para que a causa do sintoma apresentado seja mais facilmente identificada, é necessário haver um debate acerca da temática da violência entre os profissionais de saúde.

¹⁷ Para a Análise Institucional de origem francesa, instituição difere de organização ou estabelecimento. Instituição é onde as relações de exclusão, de dominação e exploração estão instituídas de maneira aparentemente natural, eterna e necessária e não onde o jurídico se manifesta.

Isso se confirma uma vez que o tratamento somente medicamentoso, ou psicoterápico não é suficiente para dar conta da questão.

Concluindo com uma frase de Hannah Arendt em seu livro *A Condição Humana*:

Ser visto e ouvido por outros é importante pelo fato de que todos vêem e ouvem de ângulos diferentes. É este o significado da vida pública, em comparação com a qual até mesmo a mais fecunda e satisfatória vida familiar pode oferecer somente o prolongamento ou a multiplicação de cada indivíduo, com os seus respectivos aspectos e perspectivas. A subjetividade da privacidade pode prolongar-se e multiplicar-se na família; pode até tornar-se tão forte que o seu peso é sentido na esfera pública; mas este “mundo” familiar jamais pode substituir a realidade resultante da soma total de aspectos apresentados por um objeto a uma multidão de espectadores. Somente quando as coisas podem ser vistas por muitas pessoas, numa variedade de aspectos, sem mudar de identidade, de sorte que os que estão à sua volta sabem que vêem o mesmo na mais completa diversidade, pode a realidade do mundo manifestar-se de maneira real e fidedigna (2004, p. 67).

2. Reflexões Finais

Este estudo se insere na ampla discussão acerca da relação entre violência e saúde. A análise de material empírico coletado possibilitou contribuir para a reflexão das interfaces da violência com a saúde e especialmente com o campo da saúde mental. Uma primeira observação fundamental é que no Grupo Terapêutico com certeza não surgiram todos os problemas relacionados à violência vivenciados pelas participantes. Por exemplo, não apareceu a questão da violência sexual, o que provavelmente poderia ter surgido com mais tempo de encontro e aprofundamento. Por outro lado, há um tipo de violência que assim não foi nomeado, mas pôde ser inferido por mim: a violência estrutural que é marcada pela pobreza e escassez vivida pelas mulheres do Grupo. Algumas não só manifestavam a vontade de sair dessa situação nos seus sonhos e devaneios, como mostraram as dificuldades que a falta de condições financeiras as impediam de sair do ciclo da violência conjugal.

Como havia afirmado anteriormente, existem resistências na implantação e incorporação do trabalho de Grupo Terapêutico no Centro de Saúde. Não acredito que esse seja um fenômeno particular, mas creio que isso ocorre por não haver compatibilidades com o modelo biomédico, que valoriza os aspectos fisiológicos e individuais, relegando as questões sociais e subjetivas. A situação foi totalmente impossível quando eu imaginava ser factível desenvolver um programa para pessoas afetadas pela violência.

A reflexão acerca da produção dos sintomas, através de uma aproximação entre as teorias do psiquismo com as leituras sociológicas, nos traz a compreensão de que a emergência de sentimentos como medo e insegurança pode estar relacionada ao processo de silenciamento da violência. Encontramos essa situação empírica na abordagem de várias pessoas que buscaram um serviço de saúde.

A utilização do método de análise qualitativa permitiu extrair de fragmentos de relatos falas que geraram a compreensão de sofrimentos e queixas, articulando assim a própria vida psíquica às demandas médicas tradicionais e ao ambiente social das pacientes.

Para fins de análise, agrupei os tipos de violência de acordo com o lócus onde ocorreram: no espaço privado, no espaço comunitário e no espaço público.

Pude então ressaltar que há uma sinergia entre diferentes contextos, o que vem sendo dito por vários estudiosos que mostram que a violência intrafamiliar potencializa a violência social e vice-versa.

Posso concluir que o contexto da produção da violência diminui a qualidade de vida, e a produção de sintomas provocada por esse fenômeno diminui o horizonte social das pessoas que a sofrem. Pude demonstrar isso por meio do Grupo Terapêutico realizado com mulheres que vivem em comunidades de baixa renda em contexto de forte conflito armado. Assim, apresento uma divisão em tipos, mas pude constatar que as violências são mutuamente potencializadas e inter-relacionadas.

Apesar dos relatos terem sido elaborados pelas mulheres que geralmente sofrem mais violências no espaço privado, os casos de confronto entre grupos armados e com policiais as atingem sobremaneira, desencadeando sentimentos de impotência, medo, fracasso e insegurança. Pude constatar também que a violência dos narcotraficantes e a violência policial são duas formas que se aproximam e se articulam, sendo uma justificada pela outra, tendo a população moradora como sua principal vítima.

Com relação às pacientes do grupo, não me cabe afirmar que existe um quadro sintomatológico específico relacionado à violência. Os sintomas produzidos estão pautados na história pessoal de cada participante. Existem alguns sintomas que são comuns a pessoas afetadas pelas formas de violência abordadas nesse trabalho, mas não são exclusivos dessas condições. Assim não posso falar em quadro patognomônico da violência, caracterizando um perfil clínico específico. No entanto, cabe afirmar que o profissional de saúde deve estar atento para buscar as razões mais profundas dos sintomas que lhe são relatados. Essa busca se fará através de uma escuta e de um levantamento da história biográfica, numa relação de confiança que permita ao paciente relatar sua biografia. Como afirmam Penna et al (2004):

Assim sendo, podemos afirmar que os profissionais de saúde encontram-se em uma posição estratégica para detectar os riscos da violência e, identificar as possíveis

vítimas. Entretanto, é comum o problema da violência contra a mulher permanecer oculto durante o atendimento, pois o motivo da procura de ajuda é o tratamento de problemas como: palpitações, ansiedade, nervosismo, insônia, perturbações digestivas, que são sintomas decorrentes da tensão e violência do cotidiano dela. Não estando sensibilizado e preparado para detectar e trabalhar as questões de violência, o profissional não direciona a anamnese da mulher para agressões. Na maioria das vezes, a cliente é medicada com tranquilizantes, e o problema persiste (p. 04)

Então, onde buscar respostas para a disseminação incontida e tolerada da violência, que nos ameaça e com a qual, banalizada de alguma forma nos acostumamos e silenciemos? Certamente podemos construir respostas diversas a partir dessa questão.

Mas infelizmente é importante constatar que a nossa sociedade mergulha em uma concepção ideológica onde a prevalência do pensamento individual em detrimento do sentimento coletivo e da solidariedade, e onde a violência e a exclusão social não fazem parte apenas dos noticiários, mas também do cotidiano de todos nós. Assim, o modelo biomédico, que privilegia a visão individualizada do sofrimento, impondo o seu lócus no corpo físico, faz parte de uma lógica mais ampla de visão de sociedade que prioriza a visão privada em detrimento das questões públicas. O exemplo disso é quando, erroneamente, no pensamento do senso comum a saúde pública é posta para os pobres e com baixa qualidade, enquanto que a saúde privada quase sempre é percebida como de boa qualidade e resolutividade, com seus procedimentos individuais.

Os sentimentos de medo e insegurança produzidos a partir da violência reforçam um modelo de subjetividade que prioriza a concorrência e o individualismo. Com isso, os pressupostos da competição e da sobrevivência seletiva fortalecem uma concepção da sociedade capitalista de ideologia denominada de neoliberal. Como então resistir a essa nova ordem? Como resistir a uma idéia que vem sendo construída em que tudo que se relaciona ao coletivo é visto como ameaçador enquanto que o privado é associado à segurança?

Devemos estar permanentemente apontando para a construção de uma sociedade mais inclusiva e igualitária e esse trabalho não se faz apenas no plano macropolítico, mas

também no plano micropolítico. Assim a clínica, quando ampliada, se constitui em um espaço privilegiado, onde é possível articular as questões relacionadas à subjetividade humana, ao grupal e ao social.

Esse trabalho também buscou apontar a importância da ampliação da escuta do profissional de saúde. A relação do trabalho clínico com a pesquisa e a reflexão teórica com certeza contribui para a discussão dos modelos de atenção em saúde articulados com práticas sociais. A partir de uma concepção de saúde relacionada aos aspectos da subjetividade e aos fatores sociais é possível a desconstrução do modelo de saúde-doença aprisionado por uma visão restrita ao campo biológico e curativo. Pensar novas estratégias na atenção à saúde é uma questão que está presente nas discussões atuais das políticas de saúde. Assim procurei dar minha contribuição.

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDALLA, Claudia ; MINAYO, M. C. S. . Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro : FIOCRUZ, v. 14, 2009, p. 595-604.

ALMEIDA, Anna Paula Florenzano. **A Dor Como Pedido de Socorro: Investigação de História de Violência em Mulheres com Queixa de Dor**. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança). Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro. 2001.

_____, Anna Paula Florenzano. **Do Corpo Que Lamenta Ao Corpo Que Grita: análise de uma proposta de atendimento a mulheres com dor crônica e histórias de violência**. 2008. 232 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fiocruz, Rio de Janeiro. Fevereiro/2008.

ANISTIA INTERNACIONAL. **Entre o Ônibus em Chamas e o Caveirão: Em Busca da Segurança Cidadã - 2 de maio de 2007**. Disponível em http://www.ovp-sp.org/relatorio_anistiai_2007_entre_o_onibus_em.pdf. Acessado em 22 de nov de 2007.

ARENDDT, Hannah. **A Condição Humana**. 10ª Edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. **Entre o Passado e o Futuro**. 5ª Edição. São Paulo:Perspectiva, 2002.

_____. **Sobre a Violência**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

_____. **As Origens do Totalitarismo: anti-semitismo, imperialismo e totalitarismo**. 2ª Edição. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

BAKHTIN, Mikhail Mikhailovitch. **Marxismo e Filosofia da Linguagem**. 11ª Edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

BAREMBLITT, Gregório Franklin. **Introdução à Esquizoanálise**. Coleção Esquizoanálise e Esquizodrama. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Felix Guattari, 1998.

_____ (Org) **Grupos: Teoria e Técnica**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

BARROS, Regina Benevides de. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS, 2007.

_____; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, set. 2005, p. 561-571.

_____. Clínica e Social: polaridades que se opõem/complementam ou falsa dicotomia?. In Rauter, C.; Passos, E.; Barros, R. B. (Org). **Clínica e Política**. Rio de Janeiro: Ed. Te Cora, 2002.

BERLINGUER, Giovanni. **A Saúde nas Fábricas**. São Paulo : Editora Cebes-Hucitec, 1983.

BODSTEIN, Regina et al. Avaliação da implantação do programa de desenvolvimento integrado em Manguinhos: impasses na formulação de uma agenda local. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p.593-604, set 2004.

BRANDÃO, Helena; H. Megamine. **Introdução à Análise do Discurso**. Campinas: Editora da Unicamp, 2004.

CALDAS-COUTHARD, Carmen Rosa; SCLIAR-CABRAL, Leonor. **Desvendando discursos: conceitos básicos**. Tubarão: Editora UFSC, 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. Amplified clinic, democratic management and care networks as theoretical and pragmatic references to the hospital reform. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, ago. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acessado em 15 de novembro de 2008.

CANO, Ignácio. **Análise Territorial da Violência no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: ISER, 1997. 43p.

CÁRDENAS, Martha (Edit.). **Once Ensayos sobre La Violencia**. Bogotá: CEREC/ Centro Gaitan, 1985.

CARVALHO, Sérgio Resende; GASTALDO, Denise. Promoção à Saúde e Empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2009 . disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acessado em 13 de janeiro de 2009.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – 10ª VERSÃO. Disponível em: www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm. Acessado em 25 de outubro de 2008.

COIMBRA, Cecília Bouças; PASSOS, E.; BARROS, R. B. Direitos Humanos no Brasil e o Grupo Tortura Nunca Mais/RJ. In Rauter, C.; Passos, E.; Barros, R. B. (org). **Clínica e Política**. Rio de Janeiro: Ed. Te Cora, 2002.

_____; ANDRADE, J.; VITAL BRASIL, Vera; SÁ LEITÃO, Maria Beatriz. S. Intervenção Clínica quanto à Violação dos Direitos Humanos: por uma prática desnaturalizadora na teoria, ética, na política. In Rauter, C.; Passos, E.; Barros, R. B. (Org). **Clínica e Política**. Rio de Janeiro: Ed. Te Cora, 2002.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao_Compilado.htm. Acessado em 15 de dezembro de 2008.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **O Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

DUARTE, André. Ensaio. In: ARENDT, Hannah. **Sobre a Violência**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org). **Textos de Apoio em Saúde Mental**. Série Trabalho e Formação em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Ed Forense Universitária, 1994.

FREUD, Sigmund. **Interpretação dos Sonhos**. In: Edição Standard Brasileira de Obras Completas de Sigmund Freud (vol IV).Rio de Janeiro: Ed Imago, 1976. Original publicado em 1900.

_____. **A dinâmica da transferência**. Edição Standard Brasileira de Obras Completas de Sigmund Freud,v. XII, p. 131-143. Rio de Janeiro: Imago, 1980. Original publicado em 1912.

_____. **Psicologia das Massas e Análise do Ego**. In: Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud (vol.XVIII), Rio de Janeiro: Ed.Imago,1976. Original publicado em 1921.

GENTIL, Valentin; NETO, Francisco Lotufo (Org). **Pânico, Fobias e Obsessões: a experiência do projeto Amban**. São Paulo: Editora EDUSP, 1997.

GIFFIN, Karen. Violência de Gênero, Sexualidade e Saúde. **Cadernos de Saúde Pública Rio de Janeiro** : FIOCRUZ, v. 10, n. Suplem. 1, p. 146-155, 1994.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica – Cartografias do Desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

_____. **Caosmose: um novo paradigma estético**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

_____. **O inconsciente Maquínico: ensaios de esquizoanálise**. Campinas: Papyrus, 1988. 317 p.

GUEDES, C. R. et al. Os sintomas vagos e difusos em biomedicina:uma revisão da literatura. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p.135-144, 2008.

GUEDES, Carla Ribeiro; NOGUEIRA, Maria Inês; CAMARGO JR., Kenneth R. de. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciência e Saúde Coletiva** [online], v. 11, n. 4, 2006.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2000**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm/>. Acessado em: 11 de agosto de 2008.

JONES, Maxwell. **A Comunidade Terapêutica**. Petrópolis : Editora Vozes, 1968.

JORGE, Marco Aurelio Soares. **O Engenho Dentro de Casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). 118 p. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 1997.

KÄES, René. **O Grupo e o Sujeito do Grupo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

KAMKAGHI, Vida Rachel. Horizontalidade, Verticalidade e Transversalidade em Grupos. In BAREMB LITT, Gregório Franklin (Org.). **Grupos: Teoria e Técnica**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

LAFER, Celso. In. DUARTE, André (Org.). Posfácio. **A banalização da violência: a atualidade do pensamento de Hannah Arendt**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

LAPLANCHE, L.,; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de Psicanálise**. 4ª Edição. Lisboa: Moraes Editores, 1977.

LEAL, E. M. A Experiência da Violência na Rede de Saúde Mental. In Rauter, C.; Passos, E.; Barros, R. B. (Org.). **Clínica e Política**. Rio de Janeiro: Ed. Te Cora, 2002.

LEI 8080/90. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/l8080.htm>. Acessado em 15 de dezembro de 2008.

LEMGRUBER, Julita; MUSUMECI, Leonarda; CANO, Ignácio. **Quem vigia os Vigias?** um estudo sobre controle externo da polícia no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Record, 2003.

LEWIN, Kurt. **Teoria Dinâmica da Personalidade**. São Paulo: Editora CULTRIX / USP, 1975.

MARIN, Isabel. da Silva Kahn. **Violências**. São Paulo : Escuta / Fapesp, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**. 10ª Edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

_____. Violência: um Velho-Novo Desafio para a Atenção à Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, jan./abr. 2005.

_____. **EDITORIAL:** A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro : FIOCRUZ, v. 20, n. 3, p. 646-647, maio-jun. 2004.

_____. A Violência Social Sob A Perspectiva Da Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio De Janeiro : Fiocruz, v. X, n. 1, p. 7-18, 1994.

_____. A violência dramatiza causas. In: Minayo, Maria Cecília de Souza; Souza, Edinilsa Ramos de. **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2003. p.33-47.

_____. **Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido**. Medicina (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, 24 (2), abr./jun. 1991. p. 70-77.

MISSE, Michel. Mercados ilegais, redes de proteção e organização local do crime no Rio de Janeiro. **Estudos Avançados**. São Paulo, v. 21, n. 61, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142007000300010&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 28 maio 2008.

_____. Cinco Teses sobre a Criminalidade Urbana no Brasil : Uma Abordagem Crítica, Acompanhada de Sugestões para uma Agenda de Pesquisa. In: **Violência e Participação Política no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: IUPERJ, 1995.

MONJARDET, Dominique. **O Que Faz a Polícia**. São Paulo: Edusp, NEV. Série Polícia e Sociedade, v. 10, 2003.

MORENO, Jacob Levy. **Psicoterapia de grupo e psicodrama**. São Paulo: Mestre Jou, 1974.

MOURÃO, J. C.; JORGE, M. A.; FRANCISCO, S. Violência Organizada, Impunidade e Silenciamento. In Rauter, C.; Passos, E.; Barros, R. B. (Org). **Clínica e Política**. Rio de Janeiro: Ed. Te Cora, 2002.

NETO, Alfredo Naffah. **O Inconsciente como Potência Subversiva**. São Paulo: Escuta, 1991.

_____. O Inconsciente e os Fluxos Nômades. In: **Paixões e Questões de um Terapeuta**. São Paulo: Agora, 1989.

ODALIA, N. **O Que É Violência?** Coleção Primeiros Passos, 1ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1983.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração de Viena. Conferência Mundial sobre Direitos Humanos**, 1993. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/viena/viena.html>. Acessado em 19 de agosto de 2008.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **As Formas do Silêncio: no movimento dos sentidos**. 6ª ed. Campinas: Ed. Unicamp. 2007.

_____. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. 5ª Ed. Campinas: Pontes, 2003. v. 1. 110 p.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa, Rio de Janeiro : Universidade Federal Fluminense**, v. 16, n. 1, p. 71-79, jan-abr 2000.

_____. As Noções de Identidade entre a Biologia e a Psicologia. In: Eduardo Henrique Passos Pereira; Regina Duarte Benevides de Barros, et al. (Org.). **Saúde e Loucura VI - Subjetividade: Questões contemporâneas**. São Paulo: HUCITEC, 1997, v., p. 22-53.

PENNA, Lucia Helena Garcia; TAVARES, Cláudia Mara de Melo; SOUSA, Edinilsa Ramos de Sousa. The importance of the insert of the thematic “violence against the woman” in the curriculum of nursing. **Online Brazilian Journal of Nursing (OBJN – ISSN 1676-4285)**, v. 3, n. 2, 2004 Disponível em: www.uff.br/nepae/objn302pennaetal.htm. Acessado em 14 de janeiro de 2009.

PERLS, Frederick S. **Ego, Fome e Agressão: Uma revisão da teoria e do método de Freud**. São Paulo: Summus, 2002

_____. **Escarafunchando Fritz** : Dentro e Fora da Lata de Lixo. São Paulo: Editora Summus, 1979.

_____; HEFFERLINE, Ralph; GOODMAN, Paul. **Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 1977.

_____. **Gestalt - Terapia Explicada**. São Paulo: Editora Summus. 1977.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **O processo grupal**. 6^a. ed. rev.. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

PINHEIRO, Rejane Sobrinho et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: **Ciência. Saúde Coletiva** , v. 7, n. 4, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acessado em: 07 out 2007.

REICHENHEIM, M. E. ; MORAES, Claudia Leite ; SZKLO, André ; HASSELMANN, Maria Helena ; SOUZA, Edinilsa Ramos de ; LOZANA, José de Azevedo ; FIGUEIREDO,

Valeska Carvalho . The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. **Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)**, Rio de Janeiro (in press), v. 22, n. 2, p. 425-437, 2006.

RODRIGUES, H. de B. C. & MOURÃO, J. C. A Herança da Violência: o silêncio e a dor das famílias atingidas – aspectos do tratamento. In Rauter, C.; Passos, E.; Barros, R. B. (Org). **Clínica e Política**. Rio de Janeiro: Ed. Te Corá, 2002.

ROLIM, Marcos. **Prisão e Ideologia: limites e possibilidades para a reforma prisional no Brasil**. Center for Brazilian Studies, London: University of Oxford, Working Paper 48, 2004. 38 p.

ROMERO, Dalia E. 2002. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: **Ciência Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 777-794. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acessado em: 06 out 2007.

SAGOT, Montserrat. A rota crítica da violência intrafamiliar em países latino-americanos. In: MENEGEL, S. (Org). **Rotas Críticas: mulheres enfrentando violências**. São Leopoldo, RS : UNISINOS, 2007, p. 23-50.

SAIDON, Osvaldo Isidoro. Sobre a Esquizoanálise – Entrevista com o Professor Cid Vieira Cortez. In: **Revista de estudos Transdisciplinares**, n. 1. Rio de Janeiro: UERJ, NAPE, p. 105-109. Ago 2002.

_____, et al. **Práticas Grupais**. Rio de Janeiro: Campus, 1983.

_____. Grupo Operativo de Pichon Riviere: guia terminológico para construção de uma teoria crítica de grupos operativos. In: Baremlitt, Gregório (Org). **Grupo, Teoria e Técnica**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

SAUSSURE, Ferdinand. **Curso de Lingüística. Geral**. Editora Cultrix : São Paulo, 1989.

SEGALL, Hannah. **Psicanálise, Literatura e Guerra**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1998.

SOARES, Luiz Eduardo; GUINDANI, Miriam. 2007. A violência do Estado e da Sociedade no Brasil Contemporâneo. in **Nueva Sociedad**, Buenos Aires, n. 208, março-abril 2007.. p. 56-72.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **O Poder que Brota da Dor e da Opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias**. São Paulo: Editora Paulus, 2003.

VIDAL, Paulo Viana. Projeto de Trabalho Sobre o Conceito de Grupo na Obra de Guattari e Deleuze. In: BAREMBLITT, Gregório Franklin (Org) **Grupos: Teoria e Técnica**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

VITAL BRASIL, Vera. Ferramentas para uma Prática Clínica Voltada para os Direitos Humanos: a operação histórica. In Rauter, C.; Passos, E.; Barros, R. B. (org). **Clínica e Política**. Rio de Janeiro: Ed. Te Cora, 2002.

WEBER, Max. **Economia y Sociedad**. México : Fondo de Cultura Económica, 1984.

WIEVIORKA, Michel. **Em que Mundo Viveremos?** São Paulo : Ed Perspectiva.. 2006.

_____. O Novo Paradigma da Violência. **Tempo Social**. Rev. Sociol. USP. S. Paulo:USP, v. 9, n.1, maio de 1997, p. 5-41.

WRIGHT MILLS, C. **A Elite do Poder**. Rio de Janeiro : Editora Zahar, 1981.

ZALUAR, Alba. **Integração perversa: pobreza e tráfico de drogas**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004. 440 p.

VII. - ANEXOS

ANEXO I



Questionário de Avaliação de Percepção da Violência pelos profissionais que prestam atendimento no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria

Data: ___/___/2003

Entrevistador: _____

Idade: _____

Sexo: Masculino Feminino

Escolaridade: 1º Grau 2º Grau Profissionalizante

Universitário Incompleto Universitário

Especialização Mestrado

Doutorado

Categoria profissional: _____

Atividades/clientela _____

Tempo de serviço no CSEGSF: _____

1. O que você entende por violência?

2. Você já atendeu algum paciente vítima de violência?

SIM

NÃO

3. Em caso afirmativo, qual o percentual, aproximadamente, em relação ao total de atendimentos?

4. Qual a violência mais comum?

5. Como você comumente age nos casos de pessoas vítima de violência?

6. Que encaminhamento você costuma dar a esses pacientes?

7. Você acha que a violência pode provocar doenças nas pessoas afetadas?

SIM NÃO Em Parte

8. Em caso afirmativo, que tipo de doenças podem ser mais comuns?

9. Você se sente preparado para atuar nesses casos?

SIM NÃO Em Parte

10. Como o Centro de Saúde está preparado para agir diante desses casos?

11. Você já sofreu algum tipo de violência?

SIM NÃO

12. Em caso afirmativo, que tipo?

13. Como você agiu nessa situação?

14. Você acha que a situação vivida afetou o seu estado de saúde física e/ou psíquica?

SIM

NÃO

15. Em caso afirmativo, como afetou?

16. Por quanto tempo?

17. O que fez para superar?

ANEXO II

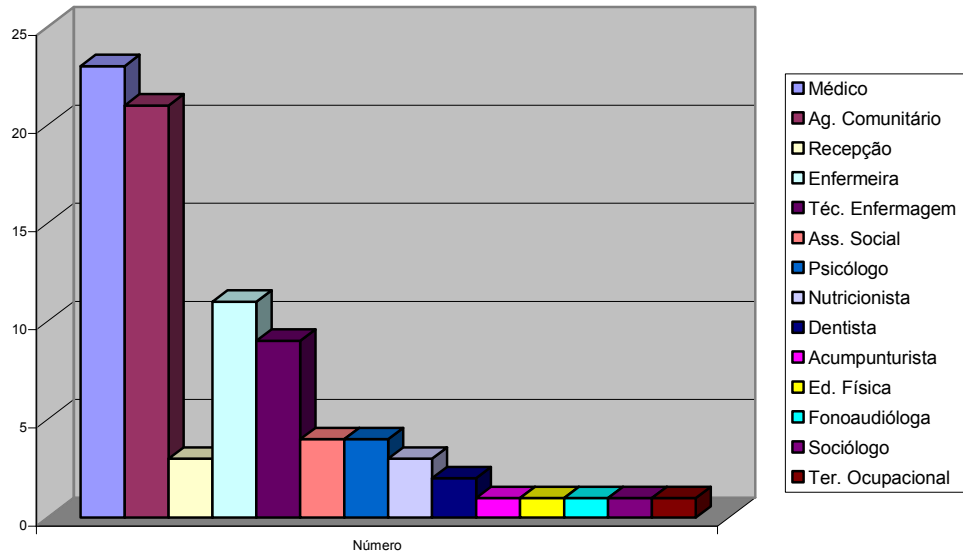
TABELA 1

**Funcionários entrevistados por categoria profissional
Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria / FIOCRUZ**

Função	Número	Entrevistados	Frequência (%)
Médico	23	2	8,7
Ag. Comunitário	21	5	23,8
Enfermeira	11	3	27,3
Téc. Enfermagem	9	7	77,8
Ass. Social	4	4	100,0
Psicólogo	4	0	0,0
Recepção	3	3	100,0
Nutricionista	3	3	100,0
Dentista	2	0	0,0
Acupunturista	1	1	100,0
Ter. Ocupacional	1	1	100,0
Ed. Física	1	0	0,0
Fonoaudióloga	1	0	0,0
Sociólogo	1	0	0,0
Total	85	29	34,1

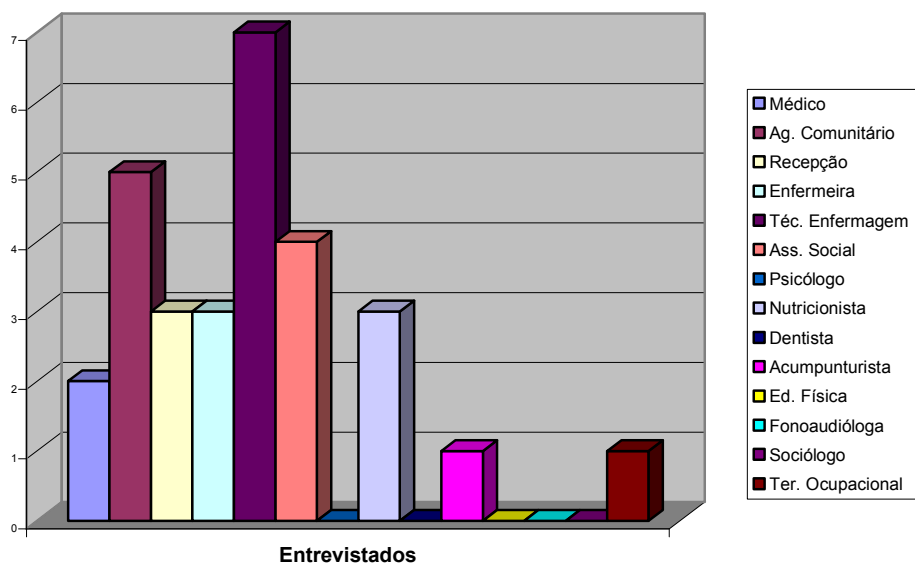
ANEXO III - Gráfico 1

**Profissionais do Centro de Saúde (Atividade Fim)
por categoria profissional**



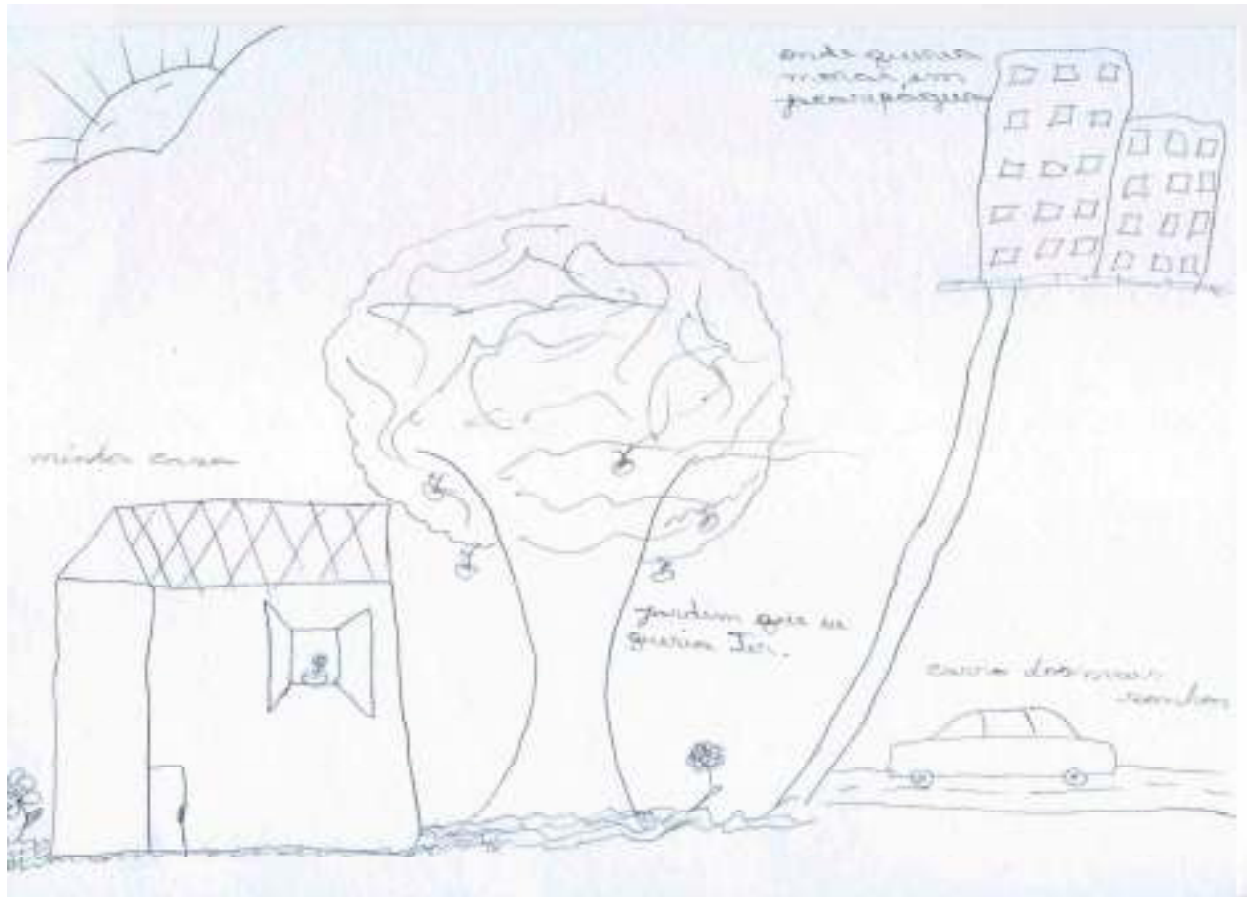
ANEXO IV – Gráfico 2

Profissionais do Centro de Saúde (Atividade Fim) Entrevistados



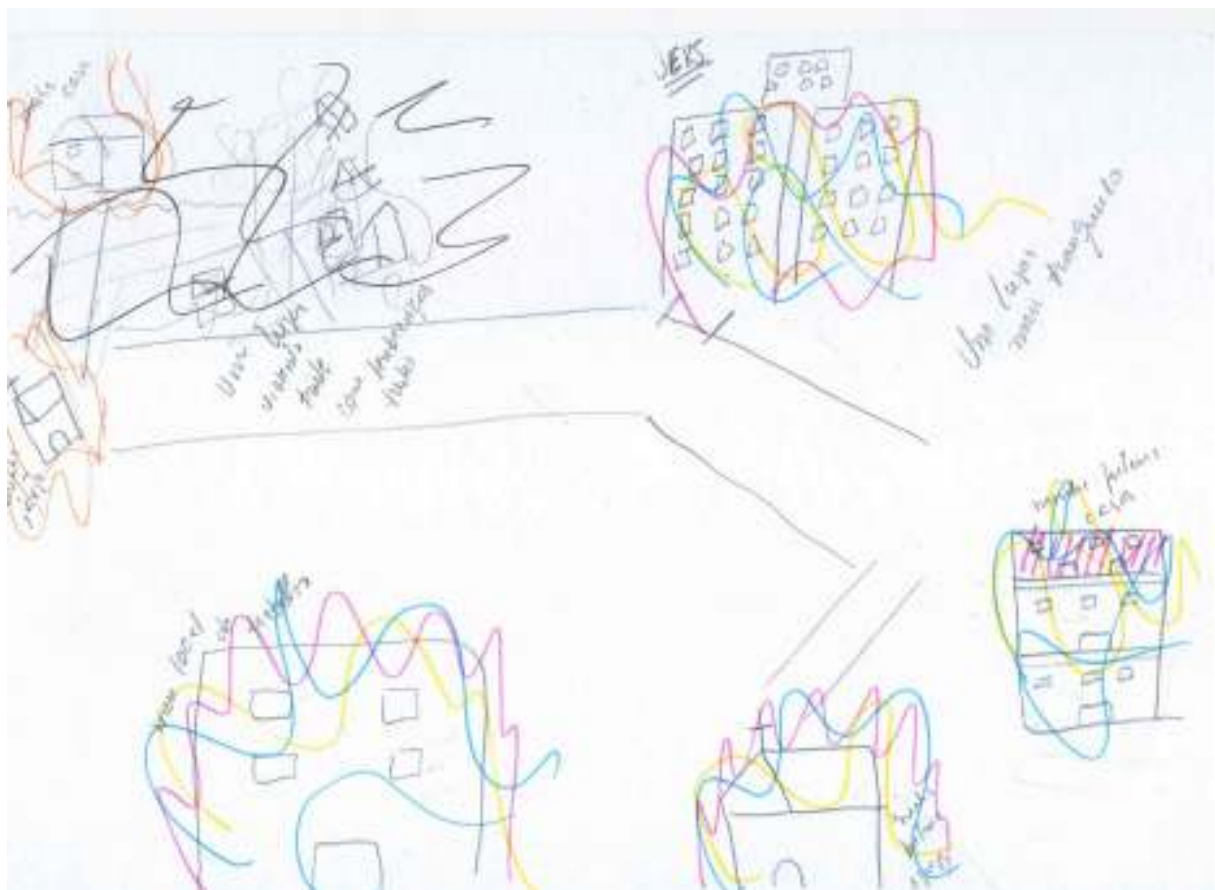
ANEXO V

Desenho de Andorinha



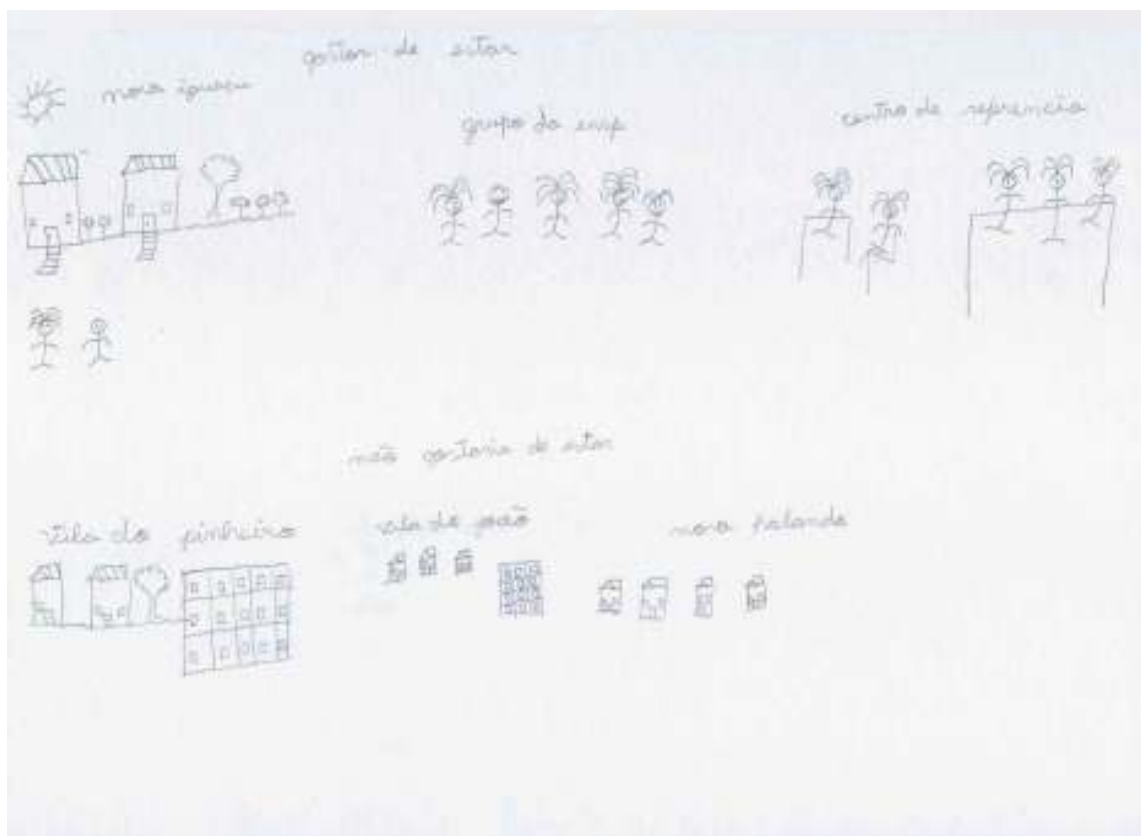
Anexo VI

Desenho de Patativa



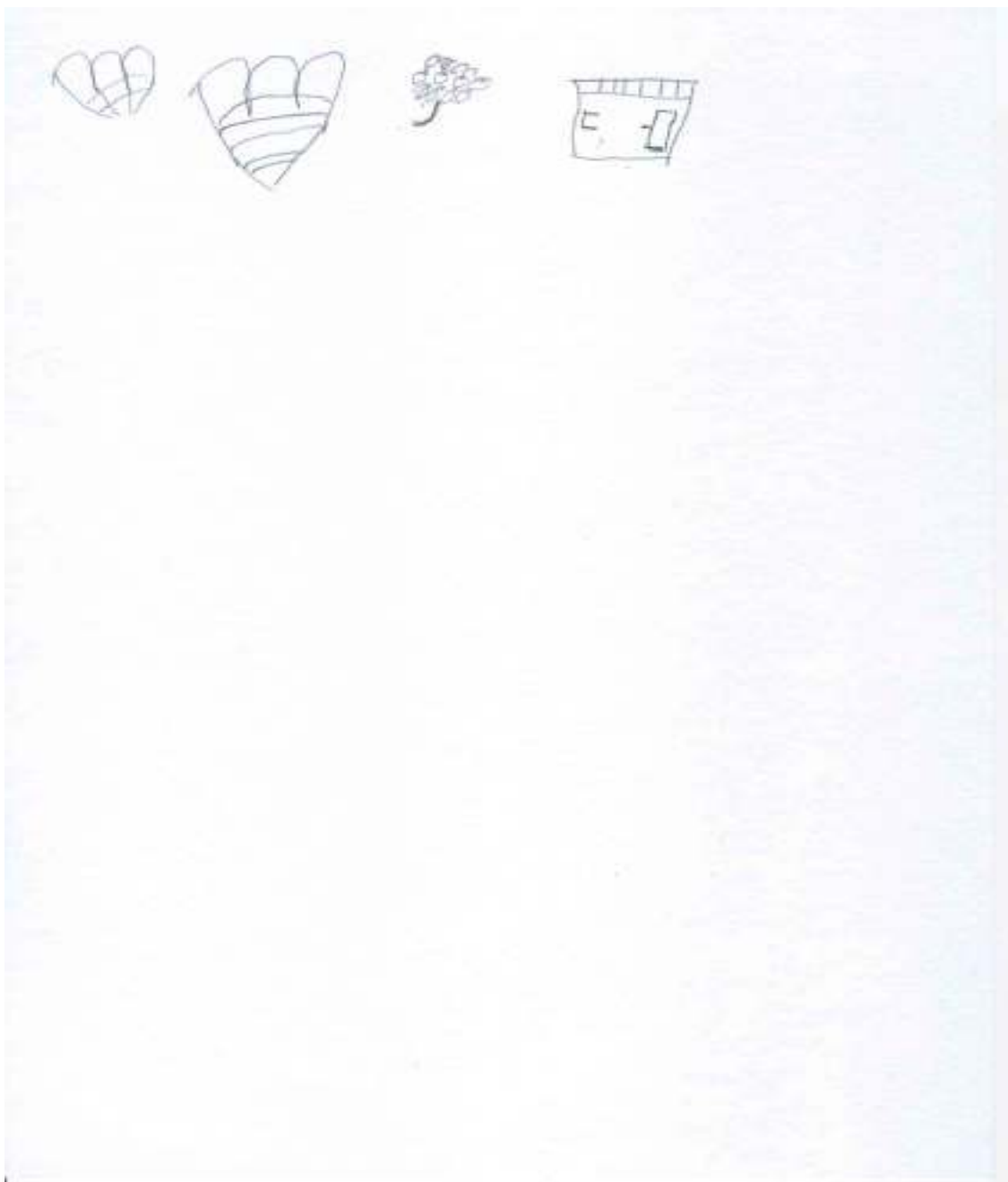
Anexo VII

Desenho de Cotovia.



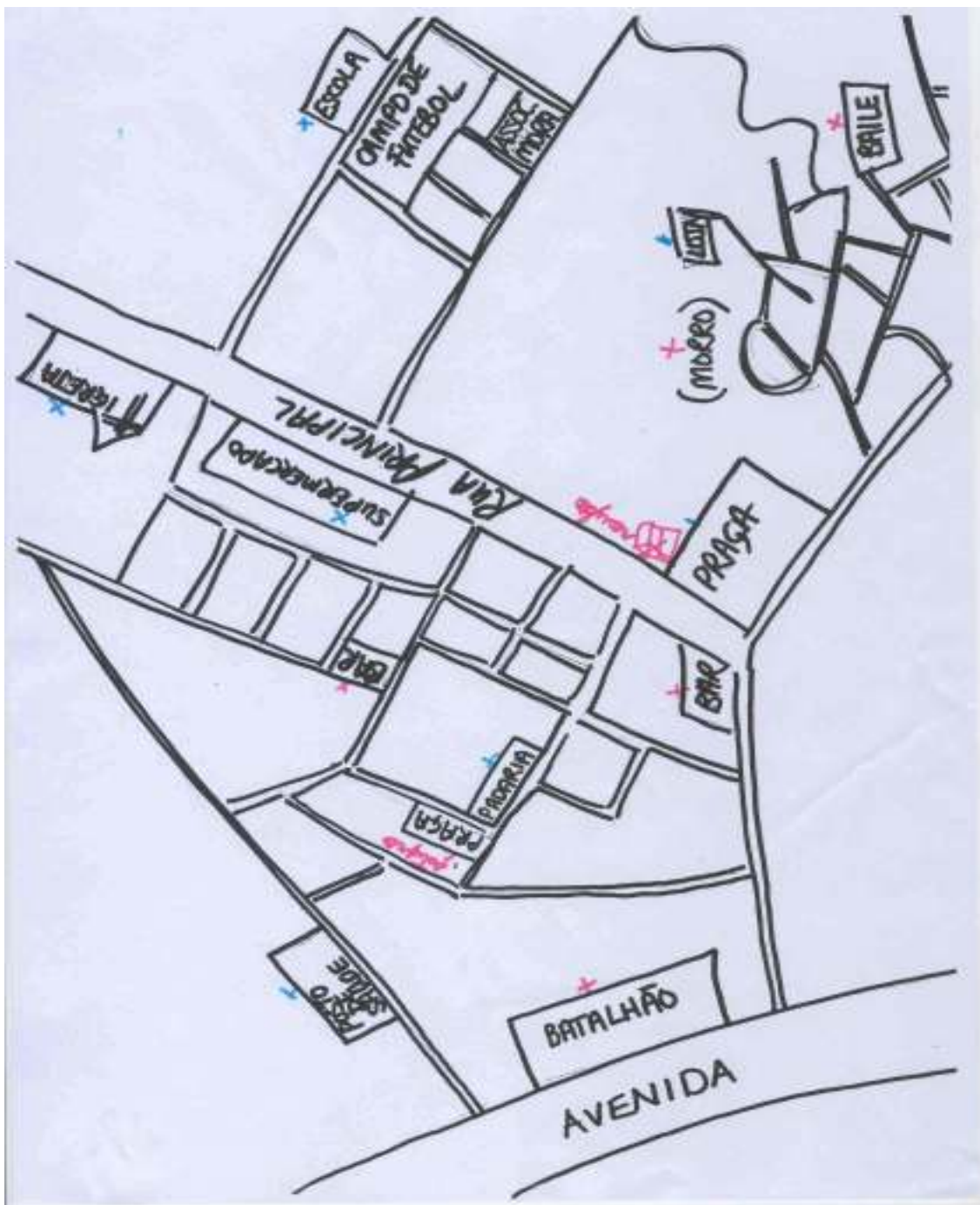
Anexo VIII

Desenho de Rouxinol



Anexo IX

Mapa de Bem-te-vi



Anexo XIV

PASSAREDO

Composição: Francis Hime e Chico Buarque

Ei, pintassilgo

Oi, pintarroxo

Melro, uirapuru

Ai, chega-e-vira

Engole-vento

Sáira, inhambu

Foge asa-branca

Vai, patativa

Tordo, tuju, tuim

Xô, tié-sangue

Xô, tié-fogo

Xô, rouxinol sem fim

Some, coleiro

Anda, trigueiro

Te esconde colibri

Voa, macuco

Voa, viúva

Utiariti

Bico calado

Toma cuidado

Que o homem vem aí

O homem vem aí

O homem vem aí

Ei, quero-quero

Oi, tico-tico

Anum, pardal, chapim

Xô, cotovia

Xô, ave-fria

Xô, pescador-martim

Some, rolinha

Anda, andorinha

Te esconde, bem-te-vi

Voa, bicudo

Voa, sanhaço

Vai, juriti

Bico calado

Muito cuidado

Que o homem vem aí

O homem vem aí

O homem vem aí