

CADERNOS DE TERAPIA OCUPACIONAL

ANO II Nº 2 AGOSTO/90

EDITOR

GES.TO - Grupo de Estudos Profundos da Terapia Ocupacional (Fundado em 1988) Av. Getúlio Vargas, 668, sala 1405 (031) 273-2068 - 30.110 B. Funcionários Belo Horizonte - Minas Gerais.

PRESIDENTE: Rui Chamone Jorge,
DIRETOR: Ronaldo Guilherme Vitelli Viana, SECRETÁRIA: Sílvia Maria Lasmarr, TESOUREIRA: Maria Bernadete da Silva Roque de Faria.

APOIO

MADEIREIRA SILVIANO - Av. Silviano Brandão, 700 - Fone: (031) 444-4399 Belo Horizonte/MG.

LOCAL DE APRESENTAÇÃO

Trabalho apresentado ao GES.TO - Grupo de Estudos Profundos de Terapia Ocupacional, Belo Horizonte, 1990.

RELAÇÃO TERAPEUTA - PACIENTE

(Notas Introdutórias - parte 2)

Rui Chamone Jorge

EDITORIAL

Toda luta remete o Homem a uma relação de forças embate dos contrários, a soma dos iguais...

No plano material, as lutas servem para construir a paz e, como seu contrário, a guerra. No plano espiritual, as lutas são instrumentos que permitem, no encontro dos iguais e dos diferentes, atingir a consciência da vitória. É com o agravamento das diferenças que nascem os contrários que serão sempre faces opostas de um mesmo universo.

Aos poucos, vamos sedimentando nossos ideais e fazendo do GES.TO um lugar para o exercício da síntese, ou seja, para a consciência da vitória. Nossa ação é objetivada e estamos convictos de que contribuimos com o Terapeuta Ocupacional.

Nesta ocasião favorável, vamos indicar a data e os temas para estudo no segundo semestre (as pessoas interessadas devem fazer contato, com antecedência, pelo telefone descrito na capa):

AGOSTO	03 - Linguagem como expressão humana 17 - A expressão plástica como linguagem 31 - Linguagem da Terapia Ocupacional
SETEMBRO	14 - Relação Terapeuta - Paciente, notas introdutórias parte 2 (TEXTO IMPRESSO NESTE VOLUME) 18 - O MESMO QUE O ANTERIOR
OUTUBRO	05 - A Linguagem da Terapia Ocupacional 19 - Grupo em Terapia Ocupacional - Uma possibilidade de teorização
NOVEMBRO	09 - Comunidade de idosos - uma proposta alternativa de atenção ao idoso (A CONFIRMAR) 23 - Terapia Ocupacional em presídio
DEZEMBRO	07 - O que é forma e o que é tema na arte (A CONFIRMAR) 14 - Encerramento do ano / avaliação

Estamos crescendo e desejamos que o nosso movimento possa alcançá-lo e que você retribua nosso convite unindo-se a nós na realização deste GES.TO.

Ronaldo Guilherme Vitelli Viana
Diretor

INTRODUÇÃO

Agradecemos a oportunidade de continuarmos, hoje, o trabalho iniciado em 1985, a pedido da Comissão Científica do VII Congresso Brasileiro de Fisioterapia, realizado em Belo Horizonte e apresentado ao VII ENORFITO, realizado em Recife, em 1986, e publicado em 1989, sob o título de **RELAÇÃO TERAPEUTA-PACIENTE** (Notas Introdutórias).

O presente trabalho pode ser considerado uma sequência do anterior. Dispomo-nos, hoje, a ampliar as considerações introdutórias com novos aspectos do gigantesco encontro humano que é a relação que o terapeuta estabelece com o ajudado. Por essa razão, o presente trabalho intitula-se **RELAÇÃO TERAPEUTA-PACIENTE** (Notas Introdutórias - Parte 2).

A metodologia de trabalho em nada difere daquela publicada em 1989; também continuamos acreditando que *“falar da relação terapeuta-paciente” é estar disposto a falar de nossa visão de mundo, pois o homem é aquele que avalia e cria o mundo para percebê-lo* (p.2), conforme publicação referida.

Naquele ano, foi publicado que partiríamos de *“pontos de vista puramente fenomenológicos, experienciais e analíticos para explicar encontro terapêutico”*. Hoje, abordamos a mesma relação sob o prisma **sociológico**, pois continuamos fiéis à nossa afirmação de que dispensa-se, *“por ser ingênuo, o pensamento que distingue apenas uma resposta universal para todos os homens em todos os momentos”*. (p.2)

Quanto à bibliografia, elegemos alguns autores que serão privilegiados durante nossos encontros. Da leitura crítica das obras escolhidas, foi pinçado, do conjunto de ideias nelas publicado, algumas de imediata aplicação da clínica de reabilitação física e psiquiátrica e suficientes para a composição dos conceitos aqui elaborados.

O texto se apresenta conciso para servir como elemento de inspiração comum a todos e, assim, circunscrever os debates ao tema vigente na aula, as palavras-chave foram impressas em negrito e se destinam a dirigir a reflexão do aluno durante o curso.

Cada texto foi dividido em quatro partes:

Primeira - **Conteúdo programático** - informa apenas o assunto da aula.

Segunda - a **prolusão** - informa tanto assuntos introdutórios à aula do dia, quanto sintetiza a aula passada.

Terceira - os **objetivos específicos** - expõem o comportamento operacional do aluno, no sentido de se alcançar os conhecimentos mínimos necessários para o acompanhamento e aproveitamento da aula.

Quarta - os **objetivos gerais** - contêm a síntese da aula atual e as propostas para os debates, visando a que o aluno alcance nível ótimo de crítica quanto às relações e condições em que se cumpre a Terapia Ocupacional na Sociedade. Incluímos a bibliografia mínima para cada aula e uma outra, geral, compulsada.

Assim, cada texto está dividido conforme proposta publicada em 1984, no livro "Terapia Ocupacional Psiquiátrica - Aperfeiçoamento" e cada aula se completa com a posterior.

A intenção única é a de buscar, no conhecimento geral humano, modelos que possam nos ser úteis como "campos de pesquisa e de estudo", preferindo esta conduta "*à indicação de apenas uma linha para não fecharmos questão e para lhes garantir, assim, a oportunidade de optarem entre uma e outra, ou por uma entre tantas mil não consideradas aqui.*" (p.7)

Continuamos entendendo que, "*no modelo segmentar educacional, que dicotomiza a compreensão das ações de saúde em braçal e mental, em geral, e, particular, em horizontal e vertical, fragmentando-as, sem oferecer uma visão globalizante do homem, é que reside a maior origem dos conhecimentos insuficientes*" (p.8), conforme nosso 2º discurso de 1989. (1)

As palavras **sociedade**, **instituição** e correlatas serão muito usadas nesse curso.

Esperamos que sejam compreendidas como produtos humanos, que ultrapassem o tempo de sua atualidade e permaneçam no tempo histórico e que, além da simples somatória de todos os homens, alcancem a interiorização de cada **homem** como **ser instituído e instituidor, ator intencional** de seus atos para consigo e para com o outro, posto serem suas ações tendentes para algo, assim, geradoras de conhecimentos e dirigidas ao conhecimento de um objeto. Entende-se **intenção** como uma ação e um conceito que define a realidade como sendo a que está presente na mente.

Portanto, não se entenda aqueles substantivos como alguma coisa que se desfaz quando as pessoas se despedem, posto designarem a própria substância de um objeto real.

É da substância da sociedade e da instituição existirem sempre e eternamente no interior de cada homem, antes que concretizadas num espaço geográfico. Portanto, a leitura dos substantivos destacados, deve promover a reflexão centrada no pronome pessoal da **1a. pessoa** em cada aluno, no sentido de se perceber como ser social, ainda que estando a sós. Cada homem é uma instituição social que se realiza e se eterniza em suas obras, tanto plásticas quanto morais.

¹O ENSINO PRÁTICO DE TERAPIA OCUPACIONAL (história e denúncia) em Cadernos de Terapia Ocupacional, ano I, nº 1, julho/1989, GES.TO, Belo Horizonte.

Nesse evento, programamos 5 aulas com duração de 2 horas cada uma. Inicialmente, será feita a leitura do texto, o que nos ocupará em torno de 30 minutos, após o que serão iniciados os debates e ilustrações, ocupando os 90 minutos restantes.

1ª aula - O PROCESSO DE SOCIALIZAÇÃO

1.1 - Prolusão;

1.2 - O indivíduo como produto social;

1.3 - Síntese e proposta para os debates.

Autor privilegiado - Ely Chinoy

Bibliografia do autor citado - Sociedade - Uma introdução à sociologia.

De nossa autoria: Terapia Ocupacional Psiquiátrica - Aperfeiçoamento.

2ª aula – ESTIGMA

2.1 - Prolusão;

2.2 - Estigma - consequências de um rótulo;

2.3 - Síntese e proposta para os debates.

Autor privilegiado - Erving Goffmann

Bibliografia do autor citado - Estigma (notas sobre a manipulação da identidade deteriorada).

De nossa autoria: Terapia Ocupacional Psiquiátrica- Aperfeiçoamento. Relação Terapeuta-Paciente - (notas introdutórias).

3ª aula - AS INFORMAÇÕES SOCIAIS E A CONSTRUÇÃO DA IMAGEM PESSOAL

3.1 - Prolusão;

3.2 - A carreira moral;

3.3 - Síntese e proposta para os debates.

Autor privilegiado - Erving Goffman

Bibliografia do autor citado - Manicômios, prisões e conventos.

De nossa autoria: Terapia Ocupacional Psiquiátrica-Aperfeiçoamento.

4ª aula - OS AJUSTAMENTOS SOCIAIS

4.1 - Prolusão;

4.2 - Os ajustamentos primários e secundários;

4.3 - Síntese e proposta para os debates.

Autor privilegiado – Erving Goffman

Bibliografia do autor citado - Manicômios, prisões e conventos.

De nossa autoria: Relação Terapeuta-Paciente (notas introdutórias).

5ª aula - CONTROLES SOCIAIS

5.1 - Prolusão;

5.2 - Reciprocidade/conformidade, solidariedade/individualidade;

5.3 - Síntese e propostas para os debates.

Autor privilegiado – Ely Chinoy

Bibliografia do autor citado - Sociedade, Uma introdução à sociologia

1ª aula - Conteúdo Programático:

O PROCESSO DE SOCIALIZAÇÃO

1.1 - Prolusão:

O sociólogo ELY CHINOY, com seu livro “SOCIEDADE - Uma introdução à Sociologia”, será o autor privilegiado.

-

Na introdução, observamos que a relação terapeuta-paciente seria elaborada sob a ótica sociológica.

O **homem é um ser social** que partilha com os outros formas comuns de vida, que lhe regulam a existência, a adaptação ao mundo e, até certo ponto, o controle das forças da natureza.

Também chamamos a atenção para a **importância do indivíduo**, posto ser cada um aquele que age a sós ou com os outros, e, assim, torna tangível a **sociedade e a cultura**.

A conduta humana pode ser vista ora com relação à **dinâmica** e à **personalidade** individuais, ora com relação ao funcionamento da **cultura** e da **sociedade**.

Em “Relação Terapeuta-Paciente (Notas Introdutórias)”, abordamos o primeiro ponto de vista, sem considerarmos as influências das normas sociais sobre a personalidade e condutas individuais.

Aqui, vamos abordar o **indivíduo** como continente da cultura, participante de vida grupal e portador de personalidade distinta.

1.2 - Objetivos Específicos:

O INDIVÍDUO COMO PRODUTO SOCIAL

Cada indivíduo nasce com um equipamento físico e potenciais outros dependentes de um tempo longo para amadurecer e se desenvolver, o que se dá, não obstante o caráter pessoal dessas potencialidades e equipamentos, no decurso de sua experiência social.

Cada homem só se torna um ser social à proporção que absorve a cultura, que lhe permite sobreviver, viver em comunidade e orientar-lhe as ações, dando-lhe significações para a vida.

Nestes termos, as pessoas de uma comunidade que vivem sob **normas, valores e perspectivas análogas**, tendem a interpretar o mundo e a reagir de modo muito parecido. Mas, esse fato não significa que cada homem, em

particular, seja um instrumento passivo da sociedade. Idealmente, ele não é uma máquina repetidora de padrões e comportamentos, seria um instrumento de inovação e divergência capaz de influenciar e modificar significativamente a sociedade e a cultura se a socialização não se dispusesse a levá-lo à conformidade com o estabelecido.

Portanto, conformar-se, pura e simplesmente, com normas e expectativas sociais, não pode ser entendido como **coisa normal**, mas, sim, como **coisa problemática**, posto não ser a sociedade algo que se supõe pronta, mas aquilo que se há de explicar e está por se fazer constantemente.

-

Ao nascer, frágil e pleno de potencialidades, cada homem é submetido ao processo de socialização.

O primeiro instrumento é a **família**, que provê o bebê de carinhos, confortos e relacionamentos vários de importância capital para seu desenvolvimento físico, psíquico e social. A família, como instrumento de sobrevivência e socialização, é a autoridade que transmite os valores tradicionais da sociedade.

Alcançada a fase escolar, a criança passa a receber informações, prêmios e sanções de caráter socializante da **escola**, que acumula as funções de ensinar habilidades e de transmitir valores culturais.

Além desses dois instrumentos socializadores, o indivíduo frequenta grupos de seus “iguais”, que se diferenciam do da família, à medida que oferecem experiências igualitárias a seus membros, não obstante, às vezes, funcionarem de modo autoritário também.

Por último, no processo de socialização, destacam-se os **meios de comunicação de massa**, que tanto podem reforçar os conteúdos e normas familiares e escolares, quanto podem negá-los ou enfraquecê-los.

É fácil inferir que tantos meios de socialização, numa sociedade moderna e complexa, não alcancem grau de coerência quanto às influências socializantes que exercem. Claro está que promovem antes divergências e conflitos que conformidades.

Mas, isso não é um mal por si só, posto serem as divergências (crises) exatamente os instrumentos maiores de socialização. Sabe-se que a elaboração das crises torna cada indivíduo mais capaz para formular juízos independentes acerca da conveniência de conformar-se ou não às regras e às normas sociais.

-

A socialização é um processo complexo que dirige os impulsos instintivos do Id para canais padronizados, estimulando respostas adequadas com prêmios e extinguindo as inadequadas com castigos. Grande parte da aprendizagem

social consiste no desenvolvimento de hábitos que conformam cada sujeito com a sociedade.

Nesse processo, não só os preceitos explicitados pela linguagem comunicam o que é ou não aprovado SENTIDO INCOMPLETO. Sensível aos matizes emocionais de seus pais, a criança aprende a reconhecer o que eles aprovam ou não, mesmo quando não expressam claramente suas opiniões. Assim, ela aprende por imitação.

Entretanto, nenhum homem é apenas um feixe repetidor de hábitos, crenças e valores sociais padronizados, posto que cada sujeito tem uma estrutura e uma organização psicológicas chamadas **personalidade** e duas instâncias outras denominadas **ego** e **superego**.

Não se trata, nesses encontros, de se definir personalidade, ego e superego quanto aos seus mecanismos de funcionamento e origem. Importa-nos apenas informar que os três, desenvolvidos no percurso da vida social, acabam por se definirem como **objetos em si**, apreendidos pela capacidade imitativa dos homens e por interiorizar como próprios, pontos de vista sociais.

Pretendemos apenas salientar que, não obstante as instâncias citadas serem pessoais, mantêm profunda interdependência com a sociedade, principalmente com o grupo social primário. A família, com sua complexa interação entre o pai, a mãe e os filhos, oferece ligações emocionais de extrema importância na formação dos elementos citados.

O ego observa e sintetiza realidades; o superego é a lei introjetada, é o veículo dos valores e tradições.

Os impulsos instintivos do id, em busca de prazer pela obtenção de resposta motora, podem ou não encontrar aquiescência da parte do superego. Daí, as relações entre o id e o superego, observáveis apenas através do ego, gerarem tanto **prazer** quanto **culpa**. E é o **temor da culpa** a força capaz de induzir cada homem a conformar-se com a sociedade.

Metas e ideais derivam da interação social e individual, tornando as relações antes problemáticas e problematizantes que, conformadas e conformadoras, face às possibilidades de fracasso da socialização quando, então, o que se imita não é o aprovado face às contribuições genuínas decorrentes estritamente do **talento e gênio pessoais**.-

A socialização destina-se a produzir pessoas capazes de desempenhar papéis sociais, mas não produz indivíduos idênticos, posto que cada ser é idêntico apenas a si mesmo. Ela alcança a **igualdade** e não a **identidade** dos indivíduos.

Por isso, nenhum indivíduo incorpora em sua personalidade a totalidade das experiências sociais. Cada um interpreta, até certo ponto, o conjunto de experiências de modo diferente do outro. À medida que o indivíduo, saindo do meio familiar, emerge para um mundo maior de relações, reflete suas

idiosincrasias, que, por suas essências, distinguem um ego do outro, conferindo peso pessoal diferente para as normas comuns a todos, assim, também, aos concomitantes emocionais.

Desses complexos modos de comportamento e reação surgem padrões de relação que solicitam, para seu pleno entendimento, a compreensão dos traços individuais e conhecimento da organização social, ambos intervenientes nas relações humanas.

1.3 — Objetivos Gerais:

SÍNTESE E PROPOSTA PARA OS DEBATES

Tratou-se, com o conteúdo programático, de relacionar o indivíduo e a sociedade, salientando que, cada homem nasce numa sociedade estabelecida e que, no percurso de toda a vida, sua atividade tende a mudá-la. Cada homem, por sua essência, é um ser **criado** e **criador**, cujas conclusões e ações têm consequências sociais, não obstante o caráter conformador da socialização que qualifica inicialmente **inovador** como **marginal**.

-

A sociedade é um organismo em marcha, também, assim o é a socialização.

O consenso de que se é socializado apenas na infância não corresponde à realidade, posto que continuar aquele mecanismo desenvolvendo-se durante toda a vida, face aos novos papéis que são atribuídos a cada sujeito em cada etapa do seu desenvolvimento, quanto à maturação física e aquisição de novas habilidades e conhecimentos.

Entretanto, considerando as possibilidades de fracasso da socialização, outras entidades além da família, escola e meios de comunicação de massa, são chamadas a **ressocializarem** os portadores de desvios, entre elas os hospitais e presídios.

A questão de larga importância é que regimes totalitários ameaçam subordinar impiedosamente os indivíduos, seus internos, a normas, crenças e propósitos grupais, sem considerar a concepção de si que cada um possa construir, como um dos mais ricos elementos da tradição cultural.

Propomos então, para debates, nossa ementa da disciplina “As instituições terapêuticas”, publicada em 1984, qual seja:

“(...) os profissionais são também instituições, às vezes, mais pesados que as paredes de uma construção, (...) portanto, é preciso aumentar a crítica com relação à instituição onde se encontra trabalhando, as exigências às quais esteja submetido e o comprometimento das relações terapêuticas em função das mesmas.” (CHINOY, 1976, p.105)

E mais:

“O poder que se confere aos profissionais das áreas de atendimento à saúde, de diagnosticar, prognosticar, retirar da sociedade e de fazer a ela voltar, pode implicar que as relações terapêuticas facilmente se transformem em relação de prêmio e castigo para o doente”. (CHINOY, 1976, p.106)

Obrigando-o a comportamentos socialmente aceitos de modo acrítico, impedindo que realize o desejo de lutar em prol de si mesmo.

2ª aula - Conteúdo Programático:

ESTIGMA

2.1 - Prolusão:

Para a aula de hoje, privilegiamos o sociólogo ERVING GOFMANN, autor do livro ESTIGMA (notas sobre a manipulação da identidade deteriorada).

-

O termo **estigma**, criado pelos gregos antigos, refere-se, originalmente, aos sinais corporais feitos a fogo e ferro no corpo de alguém para evidenciar sua condição de maldito, de escravo, ou de criminoso. A marca destinava-se a indicar a pessoa como ritualmente poluída, portanto, que devia ser evitada em lugares públicos.

Atualmente, o termo se aplica mais ao comprometimento moral e social que à marca corporal propriamente dita, mesmo porque estigmatizado, hoje em dia, é qualquer pessoa que sofra algum tipo de desgraça que o incapacite para o exercício social pleno de sua vida.

Mas, não só por razões chamadas negativas se estigmatiza uma pessoa. Estigmatiza-se um sujeito por ter-se destacado enormemente em sua profissão, ao outro por ter escrito um livro, a um terceiro, por ter ganho um prêmio. Tudo isso é motivo para a tagarelice da sociedade, que quando se vê impedida de abordar o sujeito distinguido, aborda os que lhe são próximos, fazendo deles o objeto da transferência do descrédito que se destinaria ao terceiro. Dessa forma, o distinguido é também estigmatizado.

2.1 - Objetivos Específicos:

ESTIGMA - Consequências de um rótulo

A sociedade, ao estabelecer os meios para categorizar as pessoas, determina quais as que têm possibilidades de serem nela incluídas sem que por isso solicitem maiores atenções ou especial reflexão.

No primeiro contato que se tem com um estranho, o que se faz é conhecer qual sua identidade social, sua ocupação, religião, raça, etc. Baseando-se em preconceções, a sociedade transforma essas informações oferecidas pelo estranho em expectativas normativas e as apresenta ao informado de modo rigoroso como exigências mínimas para que ele seja aceito entre os outros.

A sociedade diz buscar, com esse comportamento, o estabelecimento da **identidade social real** do indivíduo. Mas, na realidade, o que está fazendo, com exigências rigorosas, é o estabelecimento de sua **identidade virtual**, predeterminando que as condutas indesejáveis existem nele como faculdade, porém, susceptíveis de se realizarem a qualquer momento.

Se o indivíduo apresenta atributos incongruentes com o estereótipo social que se criou, diz-se que esse indivíduo é **indesejável**.

O termo estigma refere-se, portanto, mais aos atributos incongruentes com estereótipo social e moral que ao sinal físico. Refere-se a uma linguagem de relações especiais entre o atributo que desacredita o indivíduo e a expectativa geral.

Nessa relação, compreende-se que a sociedade classifique os indivíduos em **desacreditados** (quando o atributo conflitante se mostra de modo claro) e **desacreditáveis** quando o atributo conflitante, apesar de não se mostrar, é intuído ou inventado pelo grupo social.

Entende-se que há três tipos de estigmas que podem acometer qualquer sujeito. Primeiro, as **abominações do corpo** que se originam nas várias deformidades físicas. Segundo, **as culpas do caráter** que coincidem com as paixões tirânicas, vontade fraca, desonestidade, vícios, alcoolismo, tentativa de suicídio, desemprego, e, também, a distinção na profissão, os prêmios recebidos, conforme dito anteriormente. Terceiro, os **estigmas de raça, nação, religião**, que são aqueles que se imagina serem capazes de contaminar o grupo social pela linguagem falada.

Então, é fácil concluir que qualquer indivíduo que não apresente atributos ligados a um ou mais desses três tipos de estigma é considerado **normal**. Ou seja, normal é todo indivíduo que coincida quanto ao corpo, cor da pele, caráter, raça, religião, profissão e sucesso profissional ao estereótipo da sociedade na qual está inserido. Normal é o indivíduo que responde ao outro a resposta conhecida e esperada.

Nesses termos, acredita-se que o portador de estigma, por fugir à normalidade, já não é tão humano, por isso a sociedade constrói em torno dele vários tipos de discriminações que acabam por comprometer suas chances de vida. O que se dá em razão da teoria e da ideologia que se cria para justificar a desvantagem que se presume ser o outro portador. O fator estigmatizante, antes de ser apenas a incapacidade de cumprir uma norma, é a incapacidade virtual de responder a ela de modo esperado. Assim, o estigma surge onde há

expectativas gerais e um sujeito que, além de não satisfazer a nenhuma delas, as desafia.

O estigmatizado pode terminar, pela pressão que sofre, a envergonhar-se de si mesmo ao perceber que um de seus atributos é considerado impuro e é também capaz de “contaminar” os outros. Esta vergonha pode levá-lo ao isolamento social, à auto depreciação, a uma revisão extremamente cruel de seu ego e possibilidades.

Para corrigir-se do estigma, pode o homem afetado buscar outros atributos considerados normais e reforçá-los, na tentativa de fazer-se aceito e amado. Pode também, com o mesmo objetivo, realizar atividades consideradas próprias somente para os normais. Assim, ele aprende a um preço enorme e após um aprendizado torturante, ocupações que o levem à busca desesperada da superação de si mesmo.

No final de tantos sacrifícios, se a vítima do estigma logrou algum sucesso, poderá, num segundo passo, romper com a chamada realidade a partir de uso não convencional dos seus atributos diferenciados. Tudo isto para oferecer a resposta que o outro quer ouvir, buscando com que este o aceite com seu limite, ainda que o preço a pagar seja viver num mundo de poucas possibilidades e superexigente das mesmas. O preço, como se vê, é muito alto.

As tentativas de **normificação** e de superação de si mesmo, que possa o estigmatizado vir a fazer, são sempre inoperantes em razão da rigidez social quanto aos seus esforços, principalmente quando ele não consegue esconder seus atributos incongruentes. Mas, ainda que faça o contrário, via de regra, a sociedade tende a considerar seus menores erros como expressões diretas de seu atributo especial e nunca como pequenos erros humanos simplesmente.

As relações entre estigmatizado e normais, sempre tão tensas para ambas as partes, acabam por criar esquemas que dificultam os contatos sociais entre eles e por levar o primeiro a se transformar em um sujeito deprimido, confuso, ansioso, posto nunca saber o que os outros pensam dele e por não conhecer a qual nova categoria social poderá vir a ser incluído.

Daí, o estigmatizado desenvolver comportamentos de retraimento e agressividade inoperantes, geradores de interações angustiadas com claros traços paranóicos. Os normais parecem dizer que ele, a vítima, é já uma “não-pessoa”, portanto, não merecedor do respeito e da consideração devidos ao resto do mundo.

Evidentemente, o estigmatizado, por se defrontar constantemente com tal situação, acaba por desenvolver maiores habilidades para elaborar a discrepância entre a identidade real e a virtual que o resto da humanidade, e por descobrir que há no mundo pessoas dispostas a compartilhar seu ponto de vista, quanto a ser ele **essencialmente normal**, não obstante quão visível possa ser seu estigma.

Descobrir os que lhe são simpáticos, são outros passos que o diminuído

desenvolve, sempre na busca de ser aceito e amado. Os primeiros passos, vimos, referem-se à relação de si para consigo mesmo, já os segundos, tão importantes quanto os anteriores, a relação direta com o outro, que tanto pode ser um “igual” quanto um “informado”.

Em seus “iguais”, o estigmatizado encontra apoio moral e instruções de como evitar relações desconfortantes e de como sair de situações embaraçosas. Encontra um círculo onde se queixar abertamente e continuar a ser aceito. O outro é seu “igual” por conhecer na pele o estigma e por ter usado, um dia sua limitação ou desvantagem para também organizar a vida.

É possível que nesses casos, os estigmatizados que conseguem se reunir em grupo, elejam um dentre eles, ou mesmo um dentre os normais, para que seja seu **porta-voz**, com a tarefa de convencer a sociedade a usar, com relação a eles, rótulos menos graves e condutas mais flexíveis. O porta-voz será, também, modelo, o exemplo de uma realização plena, provando, com sua ação, no caso de ser um “nativo do grupo”, que é possível ser uma “boa pessoa” não obstante o estigma. A ação desse porta-voz não deve transmitir a imagem de quem solicita piedade, mas expedir a política de relacionamento que o resto do grupo considera ótima para suas vidas.

A existência de um porta-voz “alienígena”, nos fala da existência de um segundo grupo favorável aos estigmatizados, que são os “**informados**”. Esses podem ser definidos como sendo os normais diante dos quais o estigmatizado não precisa se envergonhar de sua desvantagem e nem controlar-se quanto aos comportamentos. Essas pessoas colocam-se a favor dos diminuídos, procurando orientá-los quanto às suas necessidades pessoais e quanto às ações sociais e políticas que venham desenvolver em prol de si mesmos.

Os “informados” podem vir de várias camadas sociais: são artistas, policiais, jornalistas, profissionais da saúde, familiares. Entretanto a rigidez social com relação ao estigmatizado é tão grande, que acaba por “contaminar” os “informados” com a pecha aplicada ao diminuído, não se salvando nem mesmo os membros da família.

Nesse caso, o estigma funciona produzindo o efeito da pedrinha na água, formando círculos concêntricos, com o peso moral de que quanto mais próximo do estigmatizado, mais “contaminado” por ele o “informado” será. O grupo social entenderá o “informado” como tendo adquirido algo da doença do outro de modo indireto, e não o perdoará. Para ver-se livre da maledicência social, o “informado” terá que optar entre não ajudar o necessitado ou insistir na ajuda e aceitar certo grau do estigma, tornando-se um sujeito desacreditável por sua aproximação e ajuda ao desacreditado.

-

Em razão da difusão do estigma aos outros e da opção que os “informados” têm que fazer, é de se esperar que essas tensas relações sociais e de ajuda tendam a ser evitadas e acabem, aquelas que já se estabeleceram, por se desfazer.

O fator desencadeante dessa tensão é a exigência social de que o estigmatizado aja de tal forma que todos possam crer facilmente que ele aceitou sua desvantagem como uma carga leve a ser transportada e, assim, não exija maiores reflexões da comunidade. Se ele consegue resolver este difícil problema, diz-se que está **normalizado**. Ocorre que essa normalidade, construída pela negação da dor pessoal e por não solicitar maior reflexão social, é, na verdade, uma **normalidade-fantasma**, já que se partiu de uma **aceitação-fantasma** também.

A sociedade parece cobrar do diminuído que se comporte frente ao seu desastre existencial de modo corriqueiro, banal, fazendo de sua dor algo muito trivial. A resposta contrária, a **normificação**, aquela em que o estigmatizado não faz questão de esconder seu defeito, qualquer que seja, é vista como um comportamento não desejável por exigir do grupo social maior atenção às interações humanas.

A sociedade entende que a normalização do estigmatizado só é possível quando, na relação com o mesmo, sua “compaixão”, “liberdade” e “compreensão” não afetem sua própria normalidade. E isso é o que ela cobrará do estigmatizado e do “informado”. Problema que se torna mais difícil quanto mais se entende que a sociedade diz ao diminuído que ele é um sujeito “comum” e ao mesmo tempo “diferente” e que a conciliação dessa duplicidade, de modo econômico para a sociedade, é que fará com que ele seja aceito de novo entre os normais, não importando quão antieconômico possa ser esta luta para o estigmatizado.

-

2.3 - Objetivos Gerais:

SÍNTESE E PROPOSTA PARA O DEBATE

Durante nossa exposição, desenvolvemos a ideia de que o estigma é uma das possíveis doenças das relações humanas e que sabemos como é iniciada, mas não como fazê-la parar, já que, instalada, funciona em crescentes círculos concêntricos.

Entendemos que a extensão do estigma ao “informado”, no caso o reabilitador, torna muito difícil seu exercício profissional. No momento em que se estabelece a relação terapêutica, ele é também visto como possível instrumento de contaminação social.

Na tentativa de ajudar o outro e na necessidade de defender-se de uma pecha, o profissional poderá proceder com o cliente do mesmo modo que a sociedade comum, ou seja, de modo acrítico e preconceituoso.

A compreensão da natureza dramática e conflitante das ações da reabilitação, tanto por suas definições e práticas, quanto pelo que acabamos de expor, levou-nos à afirmação de que

“tal como tem sido definida e praticada, a Terapia Ocupacional (acrescento a Fisioterapia) nos têm parecido insuficientes para a aplicação a que se destinam, já que por suas atuais definições e práticas, mais se prestam como instrumentos de negação da perda que de avaliação da mesma. Mais se mostram como instrumentos de treinamento que de terapia”, (JORGE, 1984,p.34).

A correção dessa insuficiência só é possível se entendermos que nos cabe, “a nós reabilitadores de estigmatizados, não importa por qual método os abordemos (...), elaborarmos antes significantes que deformidades (...), (op.cit., 1989,p.2) , conforme as publicações referidas.

A sociedade, após a instalação do estigma, entende que o diminuído passa a ser o portador de toda **inerência** do atributo conflitante e que essa é a **significação** e a justificativa de toda ação futura indesejável. É por esse raciocínio que ela construirá a identidade virtual do indivíduo.

Ela não consegue distinguir a significação (aquilo que as coisas querem dizer) do **significante**. Logo, não conhece as revelações importantes que este é e implica. Não conhece e não quer saber que o atributo conflitante só o é pela teimosia social em se relacionar com o outro a partir de estereótipos, que buscam apenas, como se isso resolvesse tudo, o que é immanentemente desvantajoso no atributo, em lugar de buscar aquilo que ele mesmo revela de importante acerca das interações sociais, que é seu **significante** a ser elaborado pelo reabilitador com seu cliente.

A insistência em se elaborar a significação, no caso da deformidade, e não seu **significante**, dá-se em razão da sociedade pretender não ser incomodada pelos indivíduos, esquecendo-se de que ela, mais que a somatória de todos os sujeitos, é, em si mesma, o **significativo** desta mesma somatória.

Qualquer profissional que insista em luta contrária à postura social e em favor do diminuído, ver-se-á classificado como um elemento desacreditável, posto ser o que também incomoda, tanto quanto o outro.

Temos proposto, como instrumento de cura dessa doença social que é o estigma, o questionamento não só de nossas abordagens técnicas, mas, também, de nossas definições e objetos atuais. Entendemos que esse questionamento, se realizado, ampliará nossas áreas de atuação pois, embutem-se nessa conduta as condutas próprias da prevenção do estigma do doente e do profissional.

3a.aula - Conteúdo Programático

AS INFORMAÇÕES SOCIAIS E A CONSTRUÇÃO DA IMAGEM PESSOAL

3.1 – Prolusão:

Privilegiamos ainda Goffman, agora, com seu livro 'MANICÔMIO, PRISÕES E CONVENTOS'.

-

Nessa aula, abordaremos a internação sob o ponto de vista que considera a doença mental como uma atribuição social.

Trataremos as informações sociais, as anotações nos prontuários de evolução e a exposição de trabalhos manuais e desenhos como sinônimos e instrumentos que colocam em perigo as tentativas de não ratificação do estigma que possam os pacientes virem a fazer, a fim de fugirem a uma carreira moral.

-

Goffman define carreira como sendo qualquer trajetória percorrida por uma pessoa durante sua vida e salienta que esse conceito não obriga escala de valores, não obstante uma carreira poder revestir-se de caráter positivo ou negativo. E por **carreira moral**, ele entende como sendo essa mesma trajetória com uma sequência regular de alterações, que provocam mudanças no eu da pessoa e em seu esquema de imagens e de relações com o mundo.

Estabelecida a causa do estigma, por exemplo a internação psiquiátrica, instala-se concomitantemente a discrepância entre identidade social real e a virtual, posto ter sido esta atualizada como valor negativo.

O paciente começa por ser visto como desacreditado e a sociedade a fazer confrontos entre as informações e os comportamentos que ele oferece e desenvolve e as observações que ela própria faz acerca dele.

Ele percebe que os outros o tratam como se fora um igual ao resto do grupo, mas sabe que, no primeiro erro, sua particularidade será entendida como causa única de tudo que lhe acontecer ou vier a fazer. Entende, também, que a **informação social** existente acerca de si pretende **corporificar** a nova categoria social na qual foi inserido e que, para tanto, a sociedade manterá seu corpo e suas atitudes em constante observação. Destaca-se que essas observações e informações sociais não se detêm sobre a natureza cambiante dos estados de espírito das pessoas ao traçarem o perfil do paciente, pois consideram o atributo conflitante como o único motivo existencial possível para o portador de um estigma, assim as informações visam reforçar essa crença.

Frente a essa rigidez social, o internado, por seu turno, pode desenvolver dois comportamentos: **encobrir** seus novos atributos especiais, a fim de negar à

sociedade objetos de comparação, ou **revelar** suas limitações e permitir a evidência dos objetos de confronto para livrar-se de responsabilidades futuras.

Nesses termos, a informação social mais se presta para reforçar a corporificação de seu estigma que entendê-lo como ser estigmatizado por limites tão humanos. As informações sociais são, em verdade, símbolos de estigma, que se prestam a despertar a atenção dos outros para os aspectos degradantes dos atributos especiais daquele indivíduo.

São símbolos de estigma por espelharem antes significações que significantes, por refletirem, de maneira disforme, apenas um entre vários e possíveis lados que compõem a realidade de qualquer sujeito.

E é para fugir desses símbolos que o sujeito busca encobrir e revelar seus atributos especiais. Esses comportamentos não implicam contradição, posto que **revelar**, etimologicamente, significa **velar novamente** o que foi desvelado e profanado pelo uso vulgar, portanto, encobrir.

3.2 — Objetivos Específicos

A CARREIRA MORAL

A carreira moral do paciente começa quando alguém observa e denuncia alterações no seu modo de viver e conclui que elas justificam uma internação psiquiátrica.

A força capaz de internar o outro se deve também, ao fato de que o comportamento doentio tem sido mais uma atribuição social que consequência de uma doença mental. Assim, interna-se o outro sempre que o atributo diferenciado incomodar, além do limite, a sociedade.

É fácil entender porque o número de pessoas que procuram espontaneamente a internação seja tão pequeno, pois internar-se desse modo equivale a reconhecer que o outro tem razão quanto a algo que vai mal.

O **denunciante**, aquele que primeiro observa e denuncia as alterações do outro, é também o que dá origem ao **processo social** da carreira moral, que independe das realidades psicológicas e mentais do paciente. Suas observações e denúncias visam fundamentar as **contingências circunstanciais** capazes de levar o outro ao descrédito e à internação.

O denunciante, que pode ser um vizinho, um professor, um colega de trabalho ou mesmo um policial, aborda uma das pessoas mais próximas do sujeito em causa e relata suas observações, sugerindo o que fazer para “cortar o mau pela raiz”.

A **pessoa mais próxima** (pais, filhos, irmãos, cônjuge), entendida como sendo a que é capaz de todo esforço no sentido de salvar o outro, passado o susto inicial, procura isoladamente um **profissional** para orientar-se quanto a nova

situação familiar e fazer **retrospectiva da vida do doente**, é vista como **traidora** pelo denunciado, que entende a relação com o profissional como uma **coalizão alienadora** que se formou contra si, colocando-o na posição de **terceira pessoa** de um contrato feito à sua revelia que a categoriza como **paciente**.

Nessa entrevista, além de informações de caráter médico e psicológico, outras de caráter laborativo e social são, também, valorizadas como de importante peso para o diagnóstico. Ocorre que, ao obter-se informações retrospectivas acerca de um sujeito, oferecidas por um outro que não o próprio, é possível que o resultado conseguido seja uma “massa” de dados reais e de informações tendenciosas, a ponto de que, se o entrevistado não procurava “a priori” alcançar uma internação para o sujeito em causa, pouco faz para impedi-la.

.....

A essa altura, o fato descoberto e denunciado já possui três testemunhas: o denunciante, a pessoa mais próxima e o profissional, o que só agrava a situação do outro, que entende as referências sociais, quanto aos que se internam num hospital psiquiátrico, como nada lisonjeiras e muito perigosas. Com esse conhecimento, opõe resistências à entrevista com o profissional, assim como à internação, aos tratamentos futuros de modo geral e a mudanças de comportamento que esses possam vir a solicitar, posto perceber que mudanças, nessas circunstâncias, equivalem a dar razão aos coligados quanto a ele ter-se tornado doido.

Se o paciente não pretende usar da loucura para eximir-se de responsabilidades futuras, não se disporá a mudar-se em nada, pois as referências sociais parecem lhe dizer que, se o louco não é **responsável**, também não é **respeitável**, o que justifica a suspensão de seus direitos e deveres sociais e jurídicos.

Nesse sentido, a carreira moral coincide com a ascensão da pessoa mais próxima à categoria de **tutor** e a um movimento de **despojamento** social e jurídico do paciente, ainda que temporário. Não se pode entender, nesse caso, as resistências às mudanças como simples desejo de **não progredir**, mas como complexo mecanismo para **não regredir** social e juridicamente.

Apesar de quanto possa o sujeito defender-se, após várias ações sociais de sedução, de coerção, ou de convencimento, ele acaba por ser internado. Aí, termina a fase de pré-paciente e se inicia a de paciente.

.....

A vida intra-hospitalar é demasiadamente complexa, nos seus aspectos organizacionais, administrativos e assistenciais, por acumular as funções de hospedar e assistir o paciente nos aspectos de sua sobrevivência e vivências globalizadoras.

De todos esses aspectos, vamos salientar apenas dois, por terem vinculação

direta com as informações sociais: o comportamento inicial do paciente ao ver-se internado pela primeira vez e a existência do prontuário de anotações com as implicações de seu uso pelo leigo, na construção do estigma do interno.

Já internado, a fim de não ratificar a nova imagem e novo papel social que lhe são impostos, o paciente procura não juntar-se aos outros, não participar de atividades de seu grupo, não receber visitas.

Evita qualquer contato social intramuros num esforço de não perder o resto das relações deixadas lá fora, já que entende, justificadamente ou não, que foi abandonado pela sociedade. Assim, ele **aliena** seu novo grupo social de seu horizonte de possibilidades relacionais.

Mas, com o tempo, e por medo da solidão, o paciente termina por aproximar-se de seus “iguais”. Começa a aceitar visitas de algumas pessoas da família, a participar de atividades grupais, a frequentar as sessões de Terapia Ocupacional. Essa aproximação se faz de modo “disfarçado” e sempre que isso implicar, pela presença de novas testemunhas, a ratificação tão temida, ele voltará a isolar-se.

Esse movimento de abertura para o estabelecimento de novas relações sociais é chamado de **aceitação** e coincide com a saída da **alienação social** e com a busca da pertinência a um grupo, portanto, com a procura de **significação social** de si e do outro.

Uma vez aceita a internação e já pertencendo a um grupo, o paciente começa a viver disciplinadamente a rotina de todos os outros.

Contraditoriamente, essa pertinência, em lugar de oferecer vivências de prazer, oferece a ele sua primeira experiência de **mortificação do ego**, já que pertencer implica admitir que a instituição administre sua vida nas vinte e quatro horas do dia, restringindo seus movimentos por distribuir o poder administrativo e assistencial entre uma gama muito grande de profissionais que podem e devem abordá-lo tecnicamente. Descobre, também, à medida que esses poderes se exercem, quão limitada é a concepção de si que uma pessoa conserva nessa circunstância. E, que, as boas condições de vida, tais como, melhor alojamento, comida melhorada, alguns privilégios, são uma dependência direta de seu comportamento social. Se colaborador e participativo, ele ascende na escala social de vida intra-hospitalar; ao contrário, se defensivo nas relações, oponente às expectativas e exigências do grupo técnico, ele desce a condições piores: enfermarias fechadas, proibição de receber visitas e até mesmo, de ir à Terapia Ocupacional.

Porém, o grupo técnico informa-lhe que ascensões e descidas não se relacionam com um sistema de prêmio e castigo institucionais, mas com seu estado de saúde, que o lugar e as condições onde ele se encontra são a expressão do seu nível geral de saúde mental e social, e que isso nada tem a ver com as forças cegas da tradição ou da economia.

Assim, a instituição hospitalar impõe outra forma de mortificação do ego,

modelando para o sujeito a imagem e os comportamentos que convêm a ele apresentar.

Para tanto, afirma, não obstante ser uma casa de saúde, que do louco só se pode esperar loucuras e que, quando usa a cabeça não pensa, a outra (a própria instituição) deve pensar por ambas. À menor reivindicação que o paciente possa vir a fazer, esse ditado se aplicará desmentindo-o quanto a já ter alcançado algum grau de melhoria, posto ter usado de movimentos reivindicatórios para indicá-lo. O cliente é levado a crer que tudo quanto se faz, é feito em seu favor, e exige-se dele compreensão, sem muitas reclamações.

Não é muito difícil conseguir isso, pois a vida hospitalar é muito forte no exercício de seus poderes. As informações que o paciente mais desejaria esconder, circulam livremente entre os funcionários de todos os níveis, não obstante a proteção que lhe é oferecida. Assim, vê-se desmentido, a cada exigência ou solicitação que são entendidas como “racionalizações” e, dessa forma, o poder institucional se realiza mais fácil e economicamente.

Essa invasão se deve também a que nem sempre o pessoal auxiliar é adequadamente selecionado e treinado para **o exercício do poder de observar e informar** acerca do comportamento do paciente. Também a existência do prontuário de anotações, apesar de ter seu uso interdito ao leigo, facilita e promove essa invasão, já que, quem mais emprego faz dela, por permanecer mais tempo e com mais funções junto ao paciente, é o próprio pessoal auxiliar (leigo com treinamento em serviço).

Em razão disso, à leitura de prontuários observam-se dois níveis de informação quanto ao comportamento do paciente e à evolução de sua doença: um técnico e outro estritamente pessoal, que relatam fatos e circunstâncias podendo ou não caracterizar a produção de sintomas; além de serem acessíveis a todos os funcionários. Dessa forma, seu conteúdo costuma ser a mesma “massa”, já referida, de dados reais e informações tendenciosas que qualquer relato, feito por terceiros acerca de outrem, possui.

Não estamos afirmando que as anotações são sempre falsas e tendenciosas e que o prontuário é dispensável. Mas, sim, que seu uso inadequado é suficiente para impedir qualquer tentativa de autodefesa do internado, no sentido de safar-se da ratificação de seu estigma, por não se ver livre das pressões sociais, que descrevem a cada momento os aspectos degradantes de seu atributo especial, posto ser o prontuário o arquivo permanente de quantas informações, razoáveis ou não, reais ou fantasiosas, que nela

O acesso às anotações, assim, oferece reforço à sociedade quanto aos seus preconceitos, esses afirmam ser o atributo conflitante o único motor existencial possível do interno, sem que se questione a ela própria quanto ao uso indevido do paciente como fulcro (bode-expiatório) da saúde social.

Dessa forma, a micro-sociedade (a instituição) oferece à macro instrumentos que a autorizam a intervir, pela existência do denunciante e do informante, nos critérios de internação e de alta e a se internarem em hospitais psiquiátricos

casos de natureza puramente social. Usando da instituição como meio que reforça a discrepância entre a identidade social real e a virtual do paciente, torna a internação e as anotações referentes a ele instrumentos de contenção de desvios e de estigmatização, antes que curativos e de reabilitação.

.....

Após um tempo de internação e quando o paciente já se submeteu aos tratamentos indicados e, observados os critérios médicos e psicológicos, ele obtém alta.

Para tanto, conta também com a família (a pessoa mais próxima) que retorna ao profissional inicialmente procurado e, **novamente**, descreve as contingências circunstanciais que, **agora**, demonstram o quanto ele já responde positivamente à sua expectativa e que, portanto, já pode voltar ao seio familiar.

...

3.3 - Objetivos Gerais

SÍNTESE E PROPOSTA PARA DEBATE

Procuramos mostrar que, não obstante todas as possíveis e variadas causas de doenças mentais não abordadas aqui, as informações sociais, tanto as dos familiares, quanto as dos técnicos, interpretam importante papel na descrição das contingências circunstanciais que justificam, segundo o ponto de vista dos informantes, ora a internação, ora a alta do portador de algum atributo conflitante

.....

As exposições de trabalhos manuais, desenhos e esculturas que se procura realizar, habitualmente ao fim de cada ano, pelos terapeutas ocupacionais, por solicitação da diretoria, ou por desejo próprio, quase nunca por desejo claramente manifesto do paciente, é a nossa proposta para o debate, por constituírem um tipo da informação social.

A Terapia Ocupacional Psiquiátrica é um instrumento de questionamento, dentro dessa ideia, compreendemos o terapeuta como o "*provedor de modos crítico-laborativos que promovam condições para o paciente avaliar a si, ao mundo e suas relações com esse*". (JORGE, 1984. p.36).

Entendemos que a **ideia** se comporta como uma totalidade, sabendo o que de si representar, como fazê-lo e com que materiais e forma se expressar. Nesses termos, os objetos concretos são a "*externalização plástica dos objetos internalizados*" (JORGE, 1984 p.34), sendo **formativos** e, também, **informativos** da internalidade do paciente como qualquer outro comportamento. Assim, são instrumentos de comunicação, intervenção e de

confrontos sociais por suscitarem imagens, desejos, fantasias e por evocarem lembranças em quem os faz e em quem os observa.

Se nem todos os componentes do espírito humano se prestam para se fazerem representar no plano concreto, tudo o que concretamente se representa, do espírito provém.

A partir dessas afirmações, pode-se fazer um paralelo entre os prontuários de anotações e os objetos concretos construídos pelos pacientes. No prontuário, terceiros anotam e conotam comportamentos e exigências que dizem respeito, presume-se, ao estado de saúde do paciente. Nos objetos concretos, é o próprio paciente quem anota e conota seus estados internos, garantindo assim maior fidelidade às informações.

Não obstante os diferentes níveis de confiabilidade desses documentos, prontuário e objeto concreto, ambos se destinam concomitantemente, a **informar socialmente** e a **conformar internamente** uma idéia, uma imagem, uma proposta, uma visão de mundo.

Caso não se entenda a produção plástica do paciente tão digna de **proteção ética** quanto qualquer informação verbal e descritiva que ele faça, ou quanto ao prontuário de informações, facilmente poderá se transformar em instrumento de estigmatização ao expor, fora do contexto terapêutico, concretizações reflexivas registradas nos objetos.

Cada objeto concreto tem que ser entendido, num mundo de relações e de confrontos, como a coisa que reforça, complementa ou nega e até mesmo origina a informação verbal oferecida. Assim, não faz sentido sua exposição, posto cada um representar a **particularidade** de quem faz e não a **universalidade** da condição humana. O primeiro aspecto é o objeto próprio da Terapia Ocupacional; o segundo, o objeto mesmo da arte. Portanto, não há o que se expor; o paciente e nós não somos artistas e os objetos concretos não são artísticos. Ainda que haja artistas que tenham enlouquecido, nem todos os artistas são loucos, nem todos os loucos são artistas. A exposição do objeto terapêutico impede a relação de ser terapêutica e torna-a, canhestamente, aula de arte, posto buscar-se, a priori, o belo artístico e não a verdade pessoal por menos bela que seja.

Além disso tudo, as instituições quase nunca oferecem materiais adequados quanto aos volumes e qualidade, obrigando o profissional a ocupar-se com seus clientes através de, só e apenas, materiais de aproveitamento e muito impróprios, como se esses fossem todo o universo de materiais possível e necessário nas sessões.

Esses materiais, somados às condições das patologias, aos efeitos colaterais das medicações, às condições sociais desvantajosas em que se cumpre a Terapia Ocupacional e às pressões culturais a que estão submetidos o terapeuta e o paciente, só podem gerar **objetos** que, não obstante **vivos e significativos**, são habitualmente feios.

Expô-los como se fossem artísticos e belos, porque haveria uma seleção do terapeuta nesse sentido, desvinculados do contexto em que foram construídos, constitui perigo às tentativas que faz o paciente no sentido de safar-se do estigma e da carreira moral.

Esses objetos, por suas características físicas e estéticas, reforçam a noção de que do doido só se pode esperar loucura, ou, no mínimo, estranheza, por serem, como já o dissemos, instrumentos de conformação pessoal e de informação social, idênticos ao prontuário de anotações e às informações verbais.

Em vernáculo, expor significa, além de colocar em perigo, contar, narrar, referir, interpretar, portanto, informar. Nesse sentido, devemos entender a exposição de trabalhos manuais dos **pacientes psiquiátricos agudos** como uma comunicação social perigosa que deve ser evitada a todo custo. A simples **exposição** acaba por **conformar** para a sociedade a **culpa individual** de quem adoce, como se houvesse culpas, e se as houvesse, fossem, apenas e somente, individuais e nunca sociais. Nesses termos, a exposição funciona como um outro denunciante das contingências circunstanciais, das intimidades, comportamentos e reflexões dos pacientes.

...

4a. aula - Conteúdo Programático

OS AJUSTAMENTOS SOCIAIS

Prolusão:

Continuaremos privilegiando Goffman com o livro citado na aula passada.

.....

Na aula anterior, dissemos que o internado, inicialmente e para fugir à carreira moral, aliena o novo grupo social de seu horizonte de possibilidades relacionais e que, com o tempo e por medo da solidão, ele termina por aproximar-se de seus "iguais".

Hoje, vamos estudar os tipos de ajustamentos sociais que essa aproximação implica e observar qual o papel da Terapia Ocupacional nessa relação, pois participar de uma entidade social obriga **compromisso e adesão**, tanto da parte do terapeuta, quanto da do paciente.

Para tanto, vamos compreender os contratos de trabalho e de tratamento compostos de duas partes e de duas intenções.

Uma parte formal e claramente definida, referente às expectativas e propostas conscientes da Entidade; qual seja, curar o paciente pelas atividades, no caso da Terapia Ocupacional.

A segunda parte, não menos claramente definida, mas nunca verbalizada com clareza, diz respeito à crença em que do doido só se pode esperar loucuras.

Também, para a aula de hoje, precisamos definir a instituição como sendo uma organização formal-instrumental, por organizar-se num sistema de atividades intencionais onde se cumpram facilmente os objetivos contratuais explicitados e aqueles que se mantêm subentendidos.

As instituições formais-instrumentais sobrevivem pela certeza de que seus funcionários desenvolverão, junto aos internados e entre si, quatro tipos de contribuições e exigências necessárias para que se alcancem seus objetivos específicos e globais.

As primeiras referem-se aos **padrões de bem-estar** e são aquelas que dizem respeito à segurança, alimentação, saúde, recreio, conforto, quantidade e qualidade de esforço físico, expressão de algumas queixas, etc., de cada participante (funcionários e pacientes).

As segundas, reportam-se aos **valores comuns** e dizem respeito ao que a sociedade, no caso a Entidade, espera de cada participante: o orgulho e a segurança por se pertencer a ela e por isso contribuir voluntariamente com as suas causas e com os interesses comuns a todos.

As terceiras, aplicam-se aos **incentivos** que são os prêmios outorgados àqueles que alcançam, sem muitas reclamações, a compreensão de que tudo quanto se faz, e se fez, foi feito para seu bem. No caso dos funcionários, os incentivos podem ser mudanças de posto, melhoria do local de trabalho e aumento de salário; no dos pacientes, pequenos privilégios e mudança para melhores alas de internação.

As quartas, dizem respeito às **sanções negativas** e se aplicam sempre que o sujeito comportar-se de modo não cooperativo ou muito questionador. São exatamente o contrário do tipo descrito anteriormente. No caso do terapeuta ocupacional, as sanções negativas podem dispensá-lo do trabalho ou negar-lhe melhorias no salário e função e, contraditoriamente, negar-lhe materiais com os quais trabalhar com os clientes punindo a ambos. As sanções aos pacientes são as perdas de pequenos privilégios e a proibição de frequentarem o setor de Terapia Ocupacional, sem se preocuparem com o projeto reabilitador ocupacional em desenvolvimento e, outra vez, punindo a ambos.

Esses quatro tipos de contribuições e exigências das equipes dirigentes e técnica para consigo mesmas e para com os pacientes, dizem claramente que **já se tem, “a priori” uma interpretação geral** de cada participante, com a qual espera-se que cada um concorde e colabore.

A instituição formal-instrumental, vale falar, a instituição total, ao dizer o que cada um pode fazer e em quais circunstâncias, está **definindo o melhor modo de cada um ser o que é.**

Os profissionais estão submetidos a padrões de bem-estar e a valores comuns, a incentivos e a sanções negativas, tanto quanto qualquer paciente e podem ou não concordar com o que se é o sujeito aprioristicamente definido pela mesma, oferecendo ou negando contribuições.

Entende-se que ajustamentos sejam problemas de definição social e que se há sujeitos concordantes com as instituições, outros há que não as aceitam suficientemente.

Para fugirem à carreira explicitada nas definições apriorísticas, as pessoas podem negar-se a cooperar com as instituições que as acolhem. Nesse caso, entendemos que, primeiro, as resistências às terapêuticas e às mudanças que o paciente possa vir a apresentar, significam, antes, resistências à regressão social e jurídica, que resistências a mudanças e progressão, conforme foi dito na segunda aula. Segundo, que nessas condições, o terapeuta não permanece em serviço por muito tempo, e se o faz, por várias razões, permanece o tempo todo insatisfeito, construindo nada mais que contratransferências de conteúdos negativos com os colegas e pacientes.

.....

4.2 - Objetivos Específicos

OS AJUSTAMENTOS PRIMÁRIOS E SECUNDÁRIOS

Vimos que toda instituição obriga, para seu bom desempenho, uma **disciplina de atividades** que alcança a **disciplina de ser**; ou seja, o dever de cada participante apresentar determinado caráter por viver dentro de determinado mundo.

Nos termos da aula de hoje, **normal** é todo sujeito que contribui cooperativamente com o desenvolvimento global e econômico da Entidade. É aquele que apoia os padrões de bem-estar, que se faz merecedor de prêmios e minimiza a possibilidade de ser objeto de sanções negativas.

Assim, a administração e a organização da instituição atingem a atividade ou o atributo conflitante, e o próprio ser estigmatizado. Por isso, ela é classificada como instituição formal-instrumental.

.....

Ajustamentos são problemas de definição social. São **primários** e **secundários**. Aqueles entendidos como **práticas informais** por constituírem momentos e comportamentos previstos na constituição da Entidade e os segundos entendidos como **práticas de oposição** a essa mesma constituição pela busca de satisfação pessoal de modo não autorizado.

Ajustamentos primários referem-se a respostas de concordância que um sujeito

possa dar quanto a exigir-se dele ser, nem mais nem menos, aquilo para o qual foi preparado.

A resposta positiva a essa exigência qualifica o participante como sujeito “interiorizado”, “normal”, conforme já se disse.

Ajustamentos secundários referem-se a formas de respostas às exigências acima descritas, que implicam no **isolamento ao eu** imposto a cada participante e na **fuga aos papéis** que a instituição admite para cada elemento.

...

Já que ajustamentos referem-se às respostas dos indivíduos à instituição social, é razoável esperar que a instituição também responda a eles.

Ela o faz, adaptando-se a alguns ajustamentos secundários, tornando-os lícitos, portanto, primários. Para continuar exercendo seus poderes de conter os desvios e os desviantes posto que, ao tornar primário um ajustamento secundário, obriga seus participantes a uma adaptação e a uma obediência a seus padrões e regras, enquanto ela (instituição) assim o desejar.

Dessa forma, ela minimiza, quando não anula, as práticas de oposição e de busca de prazer pessoal que os indivíduos discordantes quanto ao eu e aos papéis que lhe são impostos, possam vir a desenvolver.

A instituição considera as práticas de busca do prazer pessoal como práticas de oposição perturbadoras de sua administração.

Portanto, tornar permanente (primário) um comportamento transitório (secundário) visa a estabilidade instituída e considerada ótima para que se alcancem os objetivos específicos e globalizantes da instituição, pelo compromisso e adesão de cada participante por mais opositor que cada um seja.

A instituição sabe que ajustamentos não são iguais em todos os seus escalões e espera que os funcionários de nível superior não façam uso de práticas secundárias de oposição, mas admite que essas são comuns nos escalões inferiores de seus participantes.

Também sabe que a qualidade dos ajustamentos mantém uma relação direta com o tempo de duração das relações humanas em cada atividade técnica. Assim, se o **menor tempo contínuo** de relações gera um **melhor controle** dos contatos e ajustamentos sociais primários, o **maior tempo contínuo** das relações, gera um **menor controle** das mesmas e a formação de práticas secundárias de ajustamento.

Por tudo isso, assim se dá e se justifica a interpretação geral apriorística de cada participante, que define o melhor modo de cada um ser o que é, conforme abordou-se na prolusão desta aula.

Organizações formais instrumentais do tipo hospital psiquiátrico fundamentam essa interpretação geral de cada custodiado por sua **ideologia**, que afirma ser sintomático de perturbação qualquer comportamento espontâneo do paciente em busca do prazer pessoal.

Por essa ideologia, o hospital psiquiátrico nega a possibilidade de existência aos ajustamentos secundários de seus internos, já que opor-se ao eu e aos papéis institucionais em busca de prazer pessoal, não é interpretado como prática de pessoa normal, mas, entendido, como comportamentos que já se esperava observar naqueles indivíduos, portanto, doentios.

Insistir na prática da oposição é reafirmar a própria loucura.

.....

4.3 - Objetivos Gerais

SÍNTESE E PROPOSTA PARA OS DEBATES

Qualquer que seja a qualidade do ajustamento desenvolvido pelo sujeito, na sua relação com alguma instituição social, sua busca é sempre a do prazer.

Alguns o alcançam pela subordinação às leis e às normas institucionais. Outros, por não se conformarem com essas leis e com essas normas, mas, também, e, ainda, carentes de prazer pessoal, a fim de o alcançarem, desenvolvem práticas secundárias e **usam** a instituição e de suas instalações para este fim, mostrando-se apenas **contidos** na relação com a mesma.

Aqui ressalta-se:

“na relação terapêutica há dois grandes momentos: aquele que se passa na cabeça do terapeuta, ou seja, seus objetivos e percepção do que o cliente necessita, e, um segundo, que é aquele que se passa na cabeça do paciente, ou seja, a percepção de suas necessidades e as fantasias que faz com relação ao contato com o profissional”, conforme nossa publicação de 1989. (JORGE, 1989, pag.36).

Portanto, consideram-se primárias as práticas desenvolvidas pelos pacientes e coincidentes com as propostas do terapeuta (a instituição); e, secundárias, aquelas que, de maneira discordante da do terapeuta, os pacientes realizam no sentido de alcançarem seus objetivos pessoais.

O terapeuta é entendido como instituição por configurar uma conduta duradoura, completa, organizada e socialmente autorizada.

.....

Ajustamentos são problemas de definição social, portanto, dão-se dentro de um espaço geográfico e a partir de várias motivações. As instituições dividem seus espaços dando-lhes funções diferentes, de tal forma a hierarquizar os direitos e

os deveres de cada participante. Dessa maneira, a presença das pessoas nas diversas áreas pode ser considerada tanto um comportamento primário, quanto secundário, dependendo das circunstâncias e de quem estiver com quem e fazendo o quê.

Entendemos que o espaço físico destinado à Terapia Ocupacional é um desses lugares onde se espera que os pacientes estejam livres e em recreio e não se sintam tão prementemente vigiados (**primeiro mito**).

Entretanto, e considerando o que nunca é explicitado nos contratos de trabalho, o espaço da Terapia Ocupacional é manipulado segundo as conveniências administrativas pela crença em que o maior tempo de permanência em contínuo interagir livre, promove o aparecimento de práticas secundárias na busca do prazer pessoal inadequado. (**segundo mito**).

Na tentativa de minimizar e mesmo anular essas práticas, temos observado que, de tempos em tempos, graves ocorrências são denunciadas como se emergentes e decorrentes da liberdade de criação que o terapeuta oferece aos pacientes (**terceiro mito**).

Em razão disso, profissional e pacientes são chamados às falas e se vêem frustrados em seus projetos, tanto pela dispensa do profissional, quanto pela suspensão do material e pela proibição da presença dos clientes naquele lugar.

Nesses termos, antes promover a coisa contratual explicitada (avaliação do ser e estar no mundo de modo crítico-laborativo), espera-se que a Terapia Ocupacional seja instrumento útil no sentido de, junto aos pacientes, anular suas tentativas de fuga à carreira moral, induzindo-os às práticas primárias de ajustamento. (**Quarto mito**).

Assim, a **liberdade** que as instituições dizem existir no setor de Terapia Ocupacional é uma **coisa romântica** que só autoriza fazer o que não é proibido realizar.

Quando a **liberdade é o resultado da intervenção livre, responsável e concreta no mundo** (teleologia da Terapia Ocupacional), o profissional e pacientes são considerados “rebeldes” e passíveis de sanções negativas.

Nossa proposta para os debates resume-se à **contradição** existente nos contratos de trabalho e tratamento que firmam entre si os terapeutas, as instituições e os pacientes, geradora de quantos mitos possam ser identificados nas relações terapêuticas e que têm explicado boa parte dos fracassos de muitos profissionais e o abandono do projeto reabilitador por muitas entidades assistenciais psiquiátricas.

.....

5a. aula - CONTROLES SOCIAIS/FRACASSOS PROFISSIONAIS

5.1 - Prolusão:

Destacamos CHINOY com o livro citado na primeira aula.

.....

Até hoje, desenvolvemos os seguintes conteúdos programáticos que salientam os seguintes objetivos específicos: primeiro, cada homem, ainda que estando a sós, é um ser social, criado e criador, cuja socialização se desenvolve ao longo de sua vida, de relacionamentos. Segundo, salientamos que a vida social, não obstante ser o instrumento que humaniza, socializa e individualiza cada sujeito, permitindo-lhe sobrevivência e oferecendo-lhe significações para a vida, também confere-lhe “doenças”, quando o mesmo foge às expectativas gerais sociais, que são os estigmas. Terceiro, chamam a atenção para o fato de que, além das doenças de bases orgânicas e psíquicas, não consideradas no presente texto, as doenças mentais podem, também, ser entendidas como atribuições sociais. Quarto, destacamos que, em qualquer ajustamento social, a busca será sempre a do prazer, que se alcança pela subordinação às leis e às normas, assim como pela oposição ao estabelecido.

Desses, tiramos propostas para os debates. Primeira, o processo de socialização pode ver-se fracassado e, nesse caso, outras instituições são chamadas a ressocializarem o indivíduo, entre elas o hospital e o presídio e dentro deles a Terapia Ocupacional que, por ingenuidade ou descuido do profissional, pode obrigar os pacientes a comportamentos socialmente aceitos de modo acrítico. Segunda, que no processo de reabilitação física, social e psiquiátrica nos cabe, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, além de avaliar e tratar a deficiências com modos específicos, elaborarmos antes significantes que deformidades se quisermos alcançar futuro. Terceira, que o processo de socialização se faz através de informações verbais, mas, também, através de percepções outras e mecanismos vários, pois a ideia funciona como uma totalidade, sabendo o que de si representar, como fazê-lo e com que materiais comunicar. E que os objetos plásticos construídos no setor da Terapia Ocupacional são simultaneamente formativos e informativos da condição pessoal de quem os fabrica, sendo necessitados de proteção ética tanto quanto qualquer informação verbal sigilosa. Quarta, definimos o terapeuta ocupacional como sendo uma instituição por configurar, na realização de seu papel profissional, uma conduta duradoura, completa, organizada e socialmente autorizada. E que, na realização social da Terapia Ocupacional quatro mitos podem ser destacados, decorrentes da contradição existente nos contratos de trabalho e tratamento que firmam entre si os hospitais, os presídios, os terapeutas e os pacientes.

Vamos agora aos últimos objetivos específicos de nosso curso.

.....

5.2 – RECIPROCIDADE / CONFORMIDADE, SOLIDARIEDADE / INDIVIDUALIDADE

Ninguém vive sozinho.

Em sua maior parte, o comportamento pessoal reflete a presença da cultura e da ordenação das relações sociais.

.....

A conformidade que esse pensamento implica, pode ser criticada se for entendido apenas como repetição de atitudes e crenças padronizadas. Porém, se todos os homens a cada momento transgredissem todas as regras sociais, a sociedade não poderia existir. Assim, certa dose de conformidade é a condição de qualquer sociedade ordenada.

A conformidade se realiza através de pressões internas e externas. As primeiras decorrentes das necessidades, interesses de cada indivíduo; são fatores de sua biografia. As segundas, derivadas da cultura (o poder, a autoridade e a religião) atuam sobre os homens nas situações concretas da vida, induzindo-os à obediência às normas sociais.

Os indivíduos são incentivados a cumprir o que requer a cultura desde o início de sua socialização no seio familiar e na escola, aprendendo a transformar as metas sociais em metas pessoais e as pressões externas em genuinamente internas.

Assim, cada homem aprende a ser sensível aos juízos e expectativas do outro, o controle social vai-se construindo, o respeito próprio e a auto-imagem vêm a depender da maneira como os outros reagem ao comportamento de uma pessoa.

Porém, a conformidade decorrente da socialização nem sempre conduz à aquiescência automática, como já se viu na primeira aula, em razão não só da existência da personalidade que solicita variação nos comportamentos e é fator de conflito interpessoal, assim como se deve às incoerências das pressões externas e, também, à natureza conflitante da própria socialização e de seus meios de realização.

.....

Apesar de quanto cada homem possa fugir à conformidade, a sociedade continua a existir, o que é devido também à regra da **reciprocidade**, que atuando no sentido de se obter obediência às normas sociais, parte da obrigação que cada um tem para com o outro, oferecendo benefícios recíprocos, que requerem das pessoas ajudarem a quem as ajuda, e a evitarem prejuízos a quem já as tenha ajudado. Essa regra é comum em todas as sociedades não obstante as diferenças sociais observáveis.

A reciprocidade, como instrumento de conformidade, se cumpre à medida que

cada homem se entende único, idêntico a si mesmo, entretanto, não solitário, significativo e significante para si e para o outro.

.....

A conformidade social é incentivada também pela manutenção da **solidariedade**, que nas sociedades modernas se constrói na divisão do trabalho, nos diversos papéis e na interdependência das obrigações mútuas.

A solidariedade como fato não é boa, nem má. Suas consequências precisam ser analisadas separadamente.

Em grupos totalitários ela impede a realização da oposição e da crítica ao próprio grupo.

Nos grupos não totalitários ela admite grande dose de liberdade e individualismo.

De toda forma, qualquer que seja a natureza do grupo social, se totalitário ou não, ele sempre apelará para algumas lealdades comuns e precisará dispor de suficiente concordância entre seus membros para existir.

.....

A solidariedade e a conformidade podem ser entendidas como opostas à individualidade caso essa seja compreendida como negação ou descaso das exigências sociais pura e simplesmente.

É evidente, e já o dissemos anteriormente, que a individualidade pode se realizar tanto pela conformação, quanto oposição a leis e normas. Entretanto, ela se baseia no quanto cada um age com as outras pessoas segundo sua própria consciência e interpretação pessoal dos direitos, deveres e limites de cada sujeito.

A individualidade é um produto social proveniente da somatória do desenvolvimento e amadurecimento físico e psíquico, das tolerâncias e intolerâncias sociais, dos dados biográficos de cada um e das circunstâncias existenciais.

O ego obtém consciência tanto mais clara de si mesmo, quanto maior for o confronto e a tarefa de conciliar, dentro de si, a diversidade de suas necessidades e interesses particulares com as necessidades e interesses sociais.

5.3 - SÍNTESE E PROPOSTAS PARA OS DEBATES

No desenvolvimento da aula de hoje descrevemos três regras sociais, a reciprocidade, a conformidade e a solidariedade, menos as sanções já descritas anteriormente, como instrumentos suficientes para a continuidade do processo socializador e sua relação com a individualidade. Assim, concluímos

nossa proposta de trabalho; a relação terapeuta-paciente sob a ótica sociológica, e propomos para debates o que se segue: 1) o terapeuta ocupacional precisa saber que o motivo de uma consulta e tratamento psiquiátricos podem significar sintoma de doença social; 2) o terapeuta ocupacional centra sua atividade técnica nas atividades livres e criativas desenvolvidas pelos pacientes, com vistas a que alcancem a crítica-laborativa de suas relações com o mundo e dos papéis que lhe são impostos; 3) o terapeuta ocupacional depende não só de seu conhecimento e maturidade, mas, também, da maturidade da instituição que o emprega para desenvolver 'insight' acerca da relação conflituosa que se estabelece, quando se promete curar e o que se realiza é a aplicação de práticas e exigências úteis ao controle social sem se considerar os contributos individuais; 4) os fracassos da reabilitação precisam ser entendidos como sendo de responsabilidade do profissional e da Entidade empregadora, posto serem ambos instituições, por configurarem conduta duradoura, completa e socialmente aceitas.

BIBLIOGRAFIA COMPULSADA

1. BASAGLIA, F. **A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico.** Rio de Janeiro, Graal, 1985, 326 p.
2. BLEGER, J. **Psico-higiene e Psicologia Institucional.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1984, 138 p.
3. CHINOY, E. **Sociedade: Uma Introdução à Sociologia.** Cultrix São Paulo. 1976, 734 p.
4. GOFFMANN, E. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada.** Zahar Editores. Rio de Janeiro, 1982, 158 p.
5. GOFFMANN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos.** Editora Perspectiva. São Paulo, 1977 – 315 p.
6. JORGE, R. C. **Terapia Ocupacional Psiquiátrica: Aperfeiçoamento.** FUMARC-PUC-MG. Belo Horizonte. 1984, 75 p.
7. JORGE, R. C. **Relação Terapeuta-Paciente: Notas Introdutórias.** Belo Horizonte, 1989. 75 p.
8. LASCH, C. **O Mínimo Eu: sobrevivência psíquica em tempos difíceis.** São Paulo, Brasiliensis, 1986, 286 p.
9. OLMSTED, M. S. **O Pequeno Grupo Social.** São Paulo, Herder, 1970, 186 p.
10. ROSENFELD, D. **Sarte y la Psicoterapia de los Grupos.** Buenos Aires, Paidós, 1973, 167p.
11. SPROTT, W.J.H. **Grupos Humanos.** Buenos Aires, Paidós, 1973, 232p.

Revisão: **Vera Lúcia Alves Neves**
Datilografia: **Carmen Lúcia Sposito**