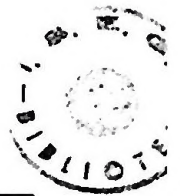


X-96-067733-9  
HV5808.S55 1998



**UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA  
INSTITUTO SUPERIOR DE ECONOMIA E GESTÃO**

**MESTRADO EM: SISTEMAS SÓCIO-ORGANIZACIONAIS DAS  
ACTIVIDADES ECONÓMICAS**

**A ORGANIZAÇÃO CLÍNICA E O TRATAMENTO PARA  
TOXICO-DEPENDENTES:  
A EDUCAÇÃO FÍSICA NO PROCESSO DE CURA**

**Autor: Rogério Goulart da Silva**

**Orientação: Dr. José Maria Carvalho Ferreira**

**Lisboa, fevereiro de 1998.**



**UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA  
INSTITUTO SUPERIOR DE ECONOMIA E GESTÃO**

**MESTRADO EM: SISTEMAS SÓCIO-ORGANIZACIONAIS DAS  
ACTIVIDADES ECONÓMICAS**

**A ORGANIZAÇÃO CLÍNICA NO TRATAMENTO PARA  
TOXICO-DEPENDENTES  
A EDUCAÇÃO FÍSICA COMO PROCESSO DE CURA**

**Autor: Rogério Goulart da Silva**

**Orientação: Dr. José Maria Carvalho Ferreira - UTL - Portugal**

**Júri:**

**Presidente: Dr. José Maria Carvalho Ferreira**

**Vogais: Dr. Elenor Kunz**

**Prof<sup>a</sup>. Conceição Santos Cerdeira**

**Lisboa, fevereiro de 1998**



## AGRADECIMENTO

A realização deste trabalho só foi possível graças as pessoas referidas abaixo, para as quais registro meus agradecimentos:

A Irecê, pela inspiração inicial; a Raquel e Maria Oly, pelo incentivo; ao Santino e a Leaci pelo apoio psico-afetivo; ao orientador Dr. José Maria Carvalho Ferreira, pela paciência e esforço na ajuda crítica; ao co-orientador Elenor Kunz, pelas leituras críticas e apoio técnico; ao professor Eurico, professora Zuleide e Paula pela ajuda técnica; ao Luiz Renato, criança mágica que coloriu meus dias na ilha, ao Xico e Marta, companheiros com quem divido a delícia da amizade, pelo apoio moral; aos cidadãos e cidadãs que, fragilizados pela dependência química, buscaram dignamente a ajuda do próximo.

Agradeço, ainda, a todos os amigos e inimigos, que, direta ou indiretamente, contribuíram para que esta obra tomasse corpo e seguisse adiante.

Em agradecimento especial eu dedico este trabalho a dois companheiros que me mostraram, em Portugal, o valor supremo da solidariedade: José de Brito (1901-1996) e Serafina Brito.

# **ORGANIZAÇÃO CLÍNICA PARA TRATAMENTO DE DEPENDENTES QUÍMICOS E A EDUCAÇÃO FÍSICA COMO PROCESSO DE CURA**

Rogério Goulart da Silva

Mestrado em Sistemas Sócio-Organizacionais das Actividades Económicas

Orientador: Dr. José Maria Carvalho Ferreira - UTL

Provas concluídas em: 09 de fevereiro de 1998.

## **RESUMO**

Esta pesquisa objetiva explicitar a análise das relações saber-poder sobre o corpo que se concretizam, em atividades corporais, no âmbito do tratamento a toxicodependentes e alcoolistas de uma determinada comunidade terapêutica.

No estudo dos vínculos entre o poder e saber referidos ao processo terapêutico, a Educação Física vai-se revelando como a passagem de um discurso prescritivo médico, obedecendo a tecnologia de poder disciplinar construída por processos de subjetivação e objetivação conseqüentes do processo organizacional e das representações que a instituição cria e fomenta na comunidade.

Ao final do trabalho é esboçada uma proposta com uma lógica diferente da elaborada pelo discurso médico tradicional, de forma a pensar a relação corpo e saúde, indivíduo e sociedade com uma perspectiva que, não só desaliena o cidadão das drogas, mas possibilite rever-se enquanto participante da sociedade em movimento.

Palavras chave: Corpo, Educação Física, instituição, poder, saúde, terapia, toxicodependência

## **ORGANIZAÇÃO CLÍNICA PARA TRATAMENTO DE DEPENDENTES QUÍMICOS E A EDUCAÇÃO FÍSICA COMO PROCESSO DE CURA**

Rogério Goulart da Silva

Mestrado em Sistemas Sócio-Organizacionais das Actividades Económicas

Orientador: Dr. José Maria Carvalho Ferreira - UTL

Provas concluídas em: 09 de fevereiro de 1998

### **ABSTRACT**

In the ambit of toxicant and alcoholic addicted treatments applied by a therapeutic community, the present research aims to explain the analysis of knowing-power relationships within the organism that happens through the body activities.

In the studies about the entailment among the power and knowing reported at a therapeutic process, physical activities has been revealing as well as medical prescribed discourses.

In the physical education to the patient obeys a particular technology from a discipline power. Moreover, it is built by a subjective and objective process in consequence of the organizing dynamic process and the representation that the institution creates and foments inside the community.

At the end of the work, we sketch a purpose with the different logic when compared against traditional medical discourses. That purpose invites to think relationships with the body, health, self-individual and the whole society with new perspective: not only alienating drugs from the patients, but also making possible to this, the chance to review his own paper in a moving society.

Key words - Body, physical education, institution, political power, health, therapy, addictance.

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	08
	<b>O PROBLEMA</b> .....	09
	<b>PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS</b> .....	10
	 <b>CAPÍTULO I</b> .....	16
1	<b>A LEGITIMAÇÃO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO FÍSICA</b> ...	16
1.2	A Educação Física: instrumento da ordem em defesa da saúde.....	21
1.2.1	A praxiterapia e a organização: esperança na ação terapêutica.....	25
1.2.2	A morte em vida.....	28
1.3	Ação terapêutica.....	29
1.4	A rotina das relações intergrupais na instituição.....	31
1.5	Clínica e família em busca da cura.....	33
1.6	A imposição dos papéis.....	36
1.7	Funções e papéis dos terapeutas.....	38
1.7.1	Psiquiatras.....	39
1.7.2	Clínico geral.....	39
1.7.3	Psicóloga.....	40
1.7.4	Professor de Educação Física.....	40
1.7.5	Enfermeira.....	41
1.7.6	Técnicos de Enfermagem.....	41
1.7.7	Secretária.....	42
1.7.8	Faxineira.....	42
1.7.9	Atendentes.....	43
1.7.10	Copeiras.....	45
	 <b>CAPÍTULO II</b> .....	48
2	<b>A CONSTRUÇÃO DA ROTINA DE FUNCIONAMENTO DA CLÍNICA</b> .....	48
2.1	A organização das atividades registradas no mural da clínica.....	52
2.1.1.	Reunião de equipe.....	52
2.1.2.	Grupo terapêutico.....	56
2.1.3.	Atendimento clínico.....	56
2.1.4.	Atendimento individual “a” e “b”.....	56
2.1.5.	Assembléia geral.....	57
2.1.5.1	Tarefas.....	59
2.1.5.1.1	Recepcionista.....	59
2.1.5.1.2	Auxiliar de Atendente.....	60
2.1.5.1.3	Fiscal.....	60
2.1.5.1.4	Responsável pela vitamina.....	62
2.1.5.1.5	Auxiliar da copa.....	62
2.1.5.1.6	Responsável por buscar as refeições.....	63
2.1.5.1.7	Responsável pela horta.....	63
2.1.5.1.8	Responsável pela chave dos jogos.....	64
2.1.5.1.9	Responsável pela sala de TV.....	65
2.1.5.1.10	Responsável pela sala de visitas.....	65

2.1.6	Encontro entre funcionários e pacientes após a distribuição das tarefas .....	66
2.1.7	G.A.P - Grupo de atendimento psicológico .....	67
2.1.8	Reunião da equipe científica.....	68
2.1.9	Religião.....	68
2.1.10	Reunião de enfermagem .....	68
2.1.11	Horta.....	69
2.1.12	Seminário com os familiares .....	69
2.1.13.	Visitas.....	70
2.1.14	Atendimento ambulatorial .....	70
2.1.15	Assembléia de avaliação .....	70
2.1.16	Atividade educativa .....	71
2.1.17	Video.....	71
2.1.18	Final de semana .....	72
 <b>CAPÍTULO III</b> .....		<b>74</b>
3.1	<b>O PAPEL DO PRAXITERAPEUTA</b> .....	<b>74</b>
3.1.1	Terapia ocupacional; terapia ou ocupação ? .....	75
3.1.2	O passeio “terapêutico” .....	78
3.2	O discurso técnico: ajuda ou ameaça ? .....	80
3.3	Os médicos e a Educação Física .....	87
3.4	Educação Física o perfil do disciplinamento .....	98
 <b>CONCLUSÃO</b> .....		<b>104</b>
Reflexão da prática institucional .....		104
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....		<b>115</b>



## INTRODUÇÃO

Este trabalho pretende identificar a forma de intervenção terapêutica concernente à abordagem corporal numa clínica para toxicodependentes e sua relação teórica com os aspectos organizacionais daquela comunidade terapêutica.

Nesta pesquisa buscamos compreender a dinâmica organizacional através das relações entre os atores da comunidade terapêutica, observando seus comportamentos através do processo de participação, comunicação, liderança e principalmente da relação de poder estabelecida entre eles.

Iniciamos com a caracterização dos pressupostos teórico-metodológicos que dão suporte ao nosso trabalho encaminhando o leitor ao primeiro capítulo onde realizamos um resgate do processo de legitimação da educação física e sua íntima relação com os aspectos organizacionais elaborados para atendimento a toxicodependentes.

No segundo capítulo procuramos demonstrar a rotina do funcionamento da clínica nos seus múltiplos aspectos detalhando as funções e tarefas dos participantes e suas capacidades de influência no ambiente terapêutico. Desta forma pode-se realizar a análise do discurso médico já no terceiro capítulo e confrontá-lo às representações dos demais atores participantes da comunidade terapêutica.

Uma vez estabelecida a leitura da realidade clínica e, dela, retirado o material para a reflexão e crítica, elaboramos, no final, uma conclusão apontando para uma proposta de ação diferenciada da tradicional prática médica institucional no sentido de superar as imposições retrógradas do discurso médico daquela organização para um verdadeiro pensar e agir na busca da libertação, não só das drogas, mas também da dependência dos discursos instituídos.

Neste sentido, a análise da realidade organizacional busca contribuir na direção das discussões da área, bem como a compreensão dos efeitos benéficos ou prejudiciais que as terapias corporais e o uso dos esportes possam trazer em suas

práticas terapêuticas a dependentes químicos. Podendo, assim, tratar do tema das terapias corporais com abordagens que estudam o corpo humano enquanto cultura corporal e que visam o conhecimento e entendimento das relações que impedem o homem de ter a compreensão da realidade das dependências e da complexa forma de vida social que tramita no cotidiano inferindo na subjetividade humana.

## I. O PROBLEMA

O problema desta pesquisa é proveniente de nossa prática junto à clientela da clínica Belvedere, espaço de tratamento a toxicodependentes e alcoolistas, pertencente ao Hospital de Caridade da cidade de Florianópolis, uma tradicional instituição de saúde do estado de Santa Catarina, no Brasil.

Ali, onde fomos admitidos para executar o trabalho de re-educação motora dos pacientes internados, começamos a nos interrogar sobre a forma como a equipe técnica, que tem no corpo humano o seu objeto de trabalho, estava contribuindo nos cuidados relacionados ao processo terapêutico, pois o conhecimento sobre determinados saberes sobre o corpo está diretamente relacionado com as estratégias e objetivos dos indivíduos do grupo na luta por espaços de poder na organização. Essas estratégias são modeladas por formas específicas de exercício e luta pelo poder nas quais as ações individuais e coletivas atravessam o funcionamento da organização, mais especificamente no processo de tomada de decisão, de liderança e coordenação das atividades. Estas estratégias são, nesta análise, a essência das manifestações corporais que revelam e denunciam a estruturação e o funcionamento da organização clínica.

A área da Educação Física é um espaço importante de discussão sobre aspectos ligados ao corpo e movimento humanos e, por conta disso, tem muito a contribuir na busca de resposta à questão sobre sua aplicabilidade nas terapias institucionais e suas decorrências no cotidiano social.

Provavelmente esta área do conhecimento poderá também beneficiar-se com a discussão que envolve as relações práticas e teóricas entre corpo e droga, saúde e doença e suas representações. Pois ao longo do desenvolvimento do capitalismo e das novas formas de organizações sociais, alicerçadas na lógica capitalista de produção, o corpo tem servido como baluarte de interesses tão estúpidos, quanto a lógica que exclui milhares de pessoas quotidianamente em quase todas as sociedades.

O corpo é de vital importância na existência do ser no mundo e, por essa razão, é nele que há um investimento sistemático para tornar o indivíduo cada vez mais dependente de subterfúgios, que o alienam em dependência, quer seja ela química, psicológica ou afetiva quer seja de drogas ilícitas ou lícitas.

O crescente e assustador número de dependentes químicos e as tragédias decorrentes do uso indevido de drogas preocupam as autoridades da área e, em consequência disso, observa-se uma produção de novos saberes e técnicas especializadas propostas para a recuperação de dependentes, as propostas se dão, frequentemente, a nível institucional.

Dentro das instituições especializadas na recuperação de toxicodependentes são elaborados discursos e práticas terapêuticas das mais variadas correntes psicoterápicas. As linhas teóricas da psiquiatria não são objeto de nosso estudo; portanto, o foco de análise passa a ser a prática institucional que utiliza a Educação Física como ferramenta teórico-prática nas atividades terapêuticas.

Refletindo sobre a estrutura e seu processo organizacional, utilizamos a Educação Física, enquanto conhecimento científico, para o tratamento da dependência química. Vendo, nesse processo, mais uma forma de exclusão do que de libertação, procuramos conhecer o problema da dependência relacionado à Educação Física e investigar esta área do conhecimento e sua relação com o processo terapêutico.

Na primeira análise, pudemos entender que a Educação Física trabalha no sentido da manutenção do poder e da autoridade do saber médico, colaborando na alienação do indivíduo dependente. Buscamos, no entanto, estudar as possibilidades de romper com a estrutura autoritária nestas instituições na busca de didática terapêutica

que se encaminhe no sentido da libertação do indivíduo, e na reflexão sobre os problemas decorrentes da sua estrutura organizacional.

Essas possibilidades podem surgir de um estudo teórico levado a cabo num trabalho prático, que é resultado de leitura prévia da realidade onde a Educação Física já teve espaço de atuação sem estar apoiada em pressupostos teóricos mais consistentes.

Portanto, este trabalho foi desenvolvido no sentido de fundamentar as atividades para que elas, posteriormente, possam ser levadas ao ambiente com mais argumentações, as quais possam justificar um trabalho da Educação Física na direção do rompimento da visão tradicional de tratamento em clausura e passar a ser uma área de atuação na qual a participação coletiva seja privilegiada em busca da libertação.

E essa fundamentação nos leva verificar que a educação física pode contribuir com real possibilidade de mudanças a nível individual e na reflexão do papel institucional.

## **II. PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS**

À medida em que estivermos relatando fatos e descrevendo o trabalho coletivo da instituição, estaremos, simultaneamente, discutindo o referencial teórico que embasou e sustenta a proposta de estudo e análise das relações de poder-saber no interior desta comunidade terapêutica.

Nosso objeto de pesquisa se identifica com a problemática relacionada a aspectos da corporeidade humana e sua relação com a organização institucional no contexto da dependência química, o que torna a Educação Física o espaço específico para o desenvolvimento desta discussão já no primeiro capítulo. As questões levantadas nos parágrafos seguintes estão correlacionadas a essa área, pois abordarão o processo da institucionalização, os papéis sociais e seus atores na produção do conhecimento e suas representações na instituição no sentido objetivo em sua totalidade.

Nesta pesquisa não pretendemos tratar o objeto como “coisa” nem tampouco este deverá impor-se ao sujeito do conhecimento.<sup>1</sup> O objeto não se impõe ao sujeito, mas é construído na própria análise, pelos procedimentos metódicos do pesquisador. A relação sujeito-objeto que compreendemos é aquela em que, na pesquisa participante, existe relação de intercâmbio e reciprocidade em dinâmica de aproximação e distanciamento, existindo assim momentos onde o pesquisador será ao mesmo tempo sujeito e objeto. Sujeito, enquanto indagar e procurar saber. Objeto, quando tiver que ouvir e registrar, constituindo-se, conforme Bosi (1994:38) num meio e instrumento que os sujeitos da pesquisa contam para transmitir suas ansiedades, necessidades, história e cultura. Será ainda, simultaneamente, sujeito e objeto em suas análises e interpretações dentro do cotidiano a ser pesquisado.

Essa estruturação metodológica nos encaminhará para a compreensão das dificuldades clínicas dos químico-dependentes, o enfraquecimento do eu, a fabricação do pavor e do medo. Descortinando, desse modo, o processo de legitimação da Educação Física no discurso médico para entrarmos no espaço clínico e entendermos seu organograma de funcionamento e ação terapêutica. Somente assim, poderemos ter clareza das estratégias utilizadas para a remodelação do indivíduo para a sociedade e em quais condições a rotina das relações intergrupais se correlacionam às funções e os respectivos papéis dos atores em questão.

Após a compreensão desses aspectos poderemos, adentrar na intimidade clínica que será pauta do segundo capítulo, ou seja, momento de apresentação e análise da rotina clínica e suas representações. A compreensão nos facilitará o estudo da organização das atividades da comunidade cujos papéis têm fundamental importância; pois, a partir daí, poderemos desmistificar a idéia do poder centralizador médico, cuja força impede o avanço interdisciplinar. Desenvolveremos neste espaço um estudo das suas funções estruturais e simbólicas, respectivas à discussão da teoria das representações sociais para nos habilitarmos a prosseguir o trabalho no terceiro capítulo, analisando o papel do praxiterapeuta e desenvolvendo a teoria do se movimentar (Kunz, 1991), numa perspectiva de construção dialética dos fenômenos que envolvem os aspectos corporais do movimento humano, para a busca de uma objetividade perdida a

---

<sup>1</sup> cf. Durkheim, E. As regras do método sociológico. São Paulo, Ed. Nacional. 1971

ser recuperada pela reapropriação dos sentidos. O desenvolvimento dessas questões estará incluído na análise empírica, pois esta servirá para confirmar, no decorrer do texto, as idéias e literatura a respeito das questões da instituição, do poder, da participação, da decisão na organização, da autoridade dos médicos, expondo assim, nas entrevistas e relatos, o contexto terapêutico da Educação Física, suas representações e aplicabilidade institucional. Todos esses dados fornecer-nos-ão condições de concluir o trabalho, encontrando possibilidades de ação concreta.

O processo de seleção dos participantes da pesquisa deu-se na medida da observação e clareza do pesquisador quanto às ações fundamentais nas interrelações que envolvem o processo de terapia e “cura”.

A observação é aqui entendida como em Ludke e André (1991:31) que reafirmam seu caráter científico quando é controlada e sistematizada. Para essas autoras, “isso implica a existência de um planejamento cuidadoso do trabalho e uma preparação rigorosa do observador”, bem como clareza do pesquisador com relação ao que observar. Isso inclui registros descritivos, separação dos pormenores relevantes, anotações e métodos rigorosos para validar as observações.

A entrevista, instrumento básico de coleta de informações nos estudos qualitativos, conforme Haguette (1990:75) “pode ser definida como um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”.

Essa característica da entrevista favoreceu a manifestação dos autênticos pensamentos e sentimentos dos entrevistados, o que nos ajudou na compreensão e validação do fenômeno em estudo. Entre os vários tipos de entrevistas, sobressai a entrevista semi-estruturada ou guiada, que, de acordo com Votre (1993:60), supõe roteiro estritamente articulado com o problema a ser investigado, mas flexível, a ponto de permitir se desdobrar novos tópicos de conversação.

A conversação está no epicentro do nosso universo consensual porque ela molda e anima as representações sociais e assim lhes dá vida própria (Moscovici, 1984:53) “As representações são resultado de um contínuo burburinho e um diálogo permanente entre indivíduos, um diálogo que é tanto interno quanto externo, e durante o qual as representações individuais ecoam ou são complementadas.” É esse diálogo

incessante - seja ele externo ou interno - que o pesquisador tem que acessar. Daí o uso de material espontâneo, seja ele induzido por questões, expresso livremente em entrevistas ou já cristalizado em produções sociais, tais como livros, documentos, memórias ou matérias de jornais e revistas.

Tais instrumentos possibilitaram-nos farta descrição da ação dos profissionais e pacientes, retratando de maneira mais completa e profunda possível, a realidade clínica, como também auxiliaram no deciframento dos pressupostos teóricos que dão sustentação ao discurso dos profissionais para viabilizar sua prática no cotidiano.

Focalizou-se, também, a relação que esses profissionais, atores centrais, mantiveram com o movimento de orientação para a ação terapêutica pela observação participante e análise de documentos e entrevistas com membros da equipe técnica. Verificou-se, no cotidiano clínico, como a equipe técnica acessa e assimila as informações e as teorias e de que forma as incorpora em suas ações terapêuticas.

A pesquisa deu-se em várias fases:

A observação participante da vida comunitária, realizada no decorrer da pesquisa visou a apreender as formas de contato que a equipe terapêutica estabelecia com os internos; caracterização da organização e funcionamento do sistema de tratamento aos dependentes, utilizando como informes as reuniões, estatutos e normas clínicas; entrevistas semi-estruturadas que procuraram cercar os conceitos e representações dos indivíduos daquela comunidade terapêutica. Nessa interrelação, o processo e as condições de trabalho são fundamentais para explicar o comportamento das pessoas e suas relações com o funcionamento da organização.

Reforçando a questão da observação participante, Ezpeleta e Rockwell (1989:83) ressaltam o interesse por um problema particular; “a constituição do *outro* na relação que se estabelece na pesquisa”. Sustentam que a observação participante possibilita formas de interação entre o pesquisador e os sujeitos, permitindo abordagem pessoal e abrindo fontes de informação que poucas técnicas tornariam possíveis.

Mas as técnicas não constroem a teoria, não determinam o pensamento. Mesmo que fosse certo que a observação participante poderia modificar preconceitos do pesquisador, não há derivação automática do campo para a teoria. A articulação entre

ambas produz-se por construção categorial que depende das questões iniciais, da teoria que se maneja, e da opção histórica a partir da qual o teórico enxerga, consciente ou inconscientemente, a sociedade. As autoras ainda afirmam que “são as questões iniciais a respeito de um setor opaco, obscuro da realidade, que orientam a escolha das técnicas.(Ezpeleta e Rockwell, 1989:84)

Com a compreensão desses aspectos, o último passo da pesquisa traduziu-se numa análise interpretativa dos dados levantados no decorrer do estudo clínico. Com esses dados e com o auxílio do quadro teórico esboçado inicialmente, ampliado e aprofundado no decorrer da pesquisa, elaborou-se uma análise final, com o intuito de promover desvelamentos, projeções e espaços possíveis sobre a ação dos profissionais que atuam com toxicodependentes, mais propriamente uma reflexão da área da educação física para ações psicoterapeutas e pedagógicas no interior das instituições hospitalares.

Resumidamente, portanto, metodologicamente conduzimos nossa pesquisa em três etapas nas quais fizemos pesquisa bibliográfica nos acervos das bibliotecas da Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; entrevistas estruturadas com base na conversação e observação, além da observação participante durante dois anos e seis meses no sentido de acompanhar integralmente o desenvolvimento das atividades terapêuticas, normas e rotina de funcionamento, bem como as mudanças organizacionais durante o período analisado.

## CAPÍTULO I

### 1. A LEGITIMAÇÃO DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Para entendermos a ação da educação física na instituição hospitalar, precisamos ter presente o processo que a legitimou na sociedade. O ponto de partida nos remete à importância dessa área dentro da instituição, o que nos instiga aos seguintes questionamentos:

1. Como se deu a legitimação da educação física e por que ela sempre foi um elemento do higienismo e da saúde ?
2. Que circunstância a participação social, da higiene, da saúde, justifica ela ter entrado nestas instituições ?
3. Qual o papel histórico e sua importância ?

As respostas dessas primeiras questões surgem a partir do momento em que observamos os processos de institucionalização por repertório de saberes, ou seja, produção de conhecimento e de hábitos que “nascem” de uma sociedade. Quando esse conhecimento pode servir para outros grupos, origina-se uma instituição, conforme assinalam Berger e Luckmann em *Construção Social da Realidade* (1990:79) “...A institucionalização ocorre sempre que há uma tipificação recíproca de ações habituais por tipos de atores. Dito de maneira diferente, qualquer uma dessas tipificações é uma instituição.”<sup>2</sup>

A família é um exemplo de instituição e nos mostra, de forma mais simples que, quanto maior o grupo, mais complexo se torna, mais regras e regimes existem para a manter a instituição sempre legítima, o que ocorre em qualquer instituição.

---

<sup>2</sup> Os autores afirmam terem consciência de que o conceito de instituição é mais amplo do que o que prevalece na sociologia contemporânea. Acham que o conceito mais vasto é útil para análise global dos processos sociais básicos. Sobre controle social, cf Friederich Tenbruck, *Soziale Kontrolle, Staatslexikon der Goerres-Gesellschaft* (1962) e Heinrich Popitz, *Soziale Normen, European journal of Sociology*.

O repertório de saberes ao ser institucionalizado e legitimado é aceito de forma evidente, muitas vezes, inquestionável. No caso das instituições clínicas e hospitalares, sua origem é proveniente de processo histórico. Nessa institucionalização, ela ganha o *status* de ajuda aos desviantes sociais: doentes mentais, loucos, toxicodependentes, alcoolistas, etc. Uma vez legitimada a instituição, suas funções terapêuticas não precisam mais ser questionadas ou investigadas profundamente no que fazem. Por exemplo: para que a educação física foi legitimada na instituição? A legitimação deu-se pela sua importância no aspecto da saúde biológica, e, a partir daí, ela não abre espaços para seu questionamento. Mas o que nos interessa é saber até que limite, em que medida e para quem é útil? É exatamente o fato de estar instituída e institucionalizada como área especificamente de cunho anátomo-fisiológico e desportivizada, que nos permite antever a resposta de qualquer pessoa sobre a sua função social.

A educação física, como atividade física, é chamada de instituição a partir de um repertório de saberes, no qual se cria um determinado poder centralizado e difícil de romper, de modo que, para se atuar nela e com ela, com a intenção de superar a visão reduzida de corpo, homem e atividades físicas, não pode existir outra possibilidade se não for pela compreensão da sociedade e do processo de legitimação das instituições; pois a sociedade é, na verdade, uma composição de instituições legitimadas, não só nas leis e estruturas autoritárias que as afirmam e legitimam, mas sim, no processo civilizatório como um todo, ou seja, numa composição de saberes e relações de autoridade.

Ao verificarmos a instituição nessa análise, observamos a importância da manutenção das instituições por intermédio dos papéis que os indivíduos cumprem na sociedade.

Katz e Kahn, (1987), em sua teoria de organizações, dão lugar central ao conceito de papel e definem as organizações humanas como sistemas de papéis. Com essa definição, enfatizam dois fatos cardinais: a natureza artificial das organizações humanas e as propriedades únicas de uma estrutura que consiste em atos ou eventos.

*Uma das principais forças da organização formal é a sua constância sob condições de giro persistente do pessoal. Segue-se também que, já que as unidades da organização não se acham fisicamente ligadas, elas precisam estar vinculadas psicologicamente. Visto que a organização*

*consiste em atos padronizados e motivados dos seres humanos, ela continuará existindo somente enquanto suas atitudes, crenças, percepções, hábitos e expectativas evocarem a motivação e o comportamento necessários. (Katz e Kahn, 1987:192)*

Consideramos importante o processo de transmissão de papéis na ótica desses autores, o qual será levantado no momento da discussão da distribuição das funções e papéis na clínica. Importa também, ao nosso objeto de estudo, o conceito de papel, que Berger e Luckmann apresentam quando afirmam que as pessoas assumem papéis a elas conferidos, ou seja:

*O ator apreende-se a si mesmo como essencialmente identificado com a ação socialmente objetivada. (...)em outras palavras, um segmento da personalidade objetiva-se em termos de tipificação socialmente válidas. Este segmento é o verdadeiro 'eu social', que é subjetivamente experimentado como distinto do eu em sua totalidade, chegando mesmo a defrontar-se com este (Berger e Luckmann, 1990:102).*

As instituições incorporam-se à experiência do indivíduo por meio dos papéis lingüisticamente objetivados, que são um ingrediente essencial do mundo objetivamente acessível de qualquer sociedade. Ao desempenhar papéis, o indivíduo participa de um mundo social. Ao interiorizar esses papéis, o mesmo mundo torna-se subjetivamente real para ele.

Os papéis *representam* a ordem institucional. Essa representação realiza-se em dois níveis. Primeiro, a execução do papel representa a si mesma. Em segundo lugar, o papel representa uma completa necessidade institucional de conduta.

Os atores corporificam papéis e efetivam o drama ao representá-lo em um determinado palco. Portanto, dizer que os papéis representam as instituições, é dizer que os papéis tornam possível a existência das instituições continuamente, como presença real na vida dos indivíduos. É óbvio que as instituições são representadas de outras maneiras objetivas e subjetivas, mas a representação dos papéis nos basta para localizar o enredo do contexto clínico.

Qualquer execução completa de um papel refere-se ao sentido objetivo da instituição em sua totalidade. Todos os papéis representam a ordem institucional neste sentido. Contudo, representam simbolicamente a ordem em sua totalidade mais do que outros. Tais papéis são estratégicos numa sociedade, uma vez que representam não somente esta ou aquela instituição, mas a integração de todas as instituições num mundo



dotado de sentido. Assim, esses papéis têm relação especial com o aparelho legitimador da sociedade.

Aprender um papel significa iniciar-se nas várias camadas cognoscitivas, e mesmo afetivas, do corpo de conhecimento que é diretamente e indiretamente adequado a este papel.

Isto implica distribuição social do conhecimento. O acervo do conhecimento social acha-se estruturado em termos do que é geralmente relevante e do que é somente relevante para papéis particulares.

Dado o acúmulo histórico do conhecimento em uma sociedade, devido à divisão social do trabalho, o conhecimento de papéis específicos cresceu em proporção mais rápida do que o conhecimento geralmente relevante e acessível.

De acordo com essa afirmativa e compreendendo que a sociedade de hoje adquire níveis de exigência cada vez mais altos, a possibilidade de ficarem as pessoas à margem dessa sociedade é muito maior. Sendo muito grande o risco, desencadeia no indivíduo o pavor e o medo. Alguns autores arriscam defender o pavor ou, se quisermos, o pânico como a doença do século.

Ao deslocar nosso foco de análise para esse indivíduo amedrontado, podemos observar estreita relação entre o enfraquecimento do seu eu e a evolução da sociedade. Pois é em uma sociedade capitalista moderna, sob a influência da mídia eletrônica, da robótica e dos discursos televisivos e da própria educação competitivista, que se forma o sujeito, sujeitado de muitas formas, tendo não só que sobreviver, mas ser bem sucedido dentro dessa cultura da conquista, da competição. Na busca desta territorialização<sup>3</sup>, há exigência de “ser”, ser alguém, ser bem sucedido; assim esse “ser” implica “ter”, ter bens, ganhar, conquistar. Dessa forma o indivíduo cria mitos, passando pelo rito do uso de droga, e dopa-se, desterritorializando-se e, magicamente, constituindo uma viagem até o “ser”: “Existe estreita correlação entre a obsessão de ganhar, de ser bem sucedido, de ser alguém, e o consumo em massa de psicotrópicos, porque uma cultura da conquista é necessariamente uma cultura da ansiedade.” (Ehrenberg, 1989:37)

---

<sup>3</sup>Conceito utilizado por Sueli Rolnik e Felix Guatarri no livro *Micropolíticas: cartografias do desejo* (1986), quando se referiram aos espaços construídos onde o sujeito transita com certa segurança.

É nas relações que se produzem ou reproduzem as práticas relações de gênero, de classe, de raça, ou de forma abrangente, as relações de poder em jogos de acomodação e resistência dos sujeitos aos modelos institucionalizados.

As oportunidades não são iguais para todos e as possibilidades de realizações individuais reduzem-se, conforme as expectativas econômicas de cada indivíduo.

Quanto menos possibilidades de realização pessoal, mais o indivíduo enfraquece sua personalidade, seu eu. Aquelas pessoas que têm, consideradas pela psicanálise, um *eu* enfraquecido, terão fortes tendências a buscar recursos químicos para não sucumbirem à guerra da sobrevivência, por exemplo, uso abusivo de álcool e drogas. Obviamente, não defendemos a idéia de que o uso de drogas e a dependência química esteja determinado apenas por esses fatores. Além disso, pensar que a utilização de drogas ocorre unicamente por problemas pessoais do sujeito, ou como algo isolado, é no mínimo ingenuidade, pois este é um fato sócio cultural. A bebida, em nossa sociedade, faz parte da socialização do indivíduo, muitas vezes funcionando como um componente no ritual<sup>4</sup> de passagem ao mundo adulto. Há de se considerar, também, que a medicina muitas vezes afirma, que há fatores genéticos que levam à dependência de drogas e, especialmente, do álcool.

Existe imensa e vasta literatura que aborda essas questões, apontando para as mais variadas causas da dependência. Nosso trabalho, porém, delimita o objeto, centrando o estudo no enfraquecimento da personalidade pelo modo como a sociedade se organiza e em que condições a Educação Física poderia auxiliar a recuperar e fortalecer o “*eu*” deteriorado.

O enfraquecimento da personalidade está relacionado a uma cadeia de fatos. O indivíduo não consegue exercer o papel que a instituição lhe delegou, um papel que deveria ser cumprido. Por causa do caos da política econômica e social contemporânea não houve a possibilidade de esse indivíduo adaptar-se aos padrões sociais e cumprir seu papel: na maioria das vezes, os papéis não correspondem às expectativas dos atores. Situações dessa monta e demais fatores que levam ao insucesso, provocam o medo, o pavor da sociedade, que esse indivíduo não consegue acompanhar. A velocidade social que é projetada em forma de terror e medo, cria situações que não ajudam a superar esse

medo, mas criam a fragmentação desse eu, num mundo complexo de frustrações. O ator com essa característica será vítima fácil da dependência e, uma vez dependente, será objeto de especulações múltiplas que darão a ele significados, representações, enquadramentos e produzirão nele novas representações e significados.

Encaixam-se, nesse caso, as mais variadas instituições recuperadoras que se utilizam da Educação Física para a recuperação terapêutica. Esse fato nos estimula à investigação do processo de legitimação da Educação Física na sociedade brasileira e sua participação na formação do cidadão deste país para, posteriormente, entendermos seu papel nas instituições clínicas e hospitalares que trabalham as questões terapêuticas.

O enfoque das terapias de abordagem corporal realizadas em instituições hospitalares destinadas aos pacientes químico-dependentes nos remete ao discurso médico-oficial de cada época, uma vez que ele está diretamente vinculado à legitimação da Educação Física no Brasil.

Portanto, para a realização do presente estudo, recorreremos a leituras que possibilitam a compreensão do processo de legitimação da Educação Física no Brasil. Percebemos, com isso, a importância da Educação Física para o discurso médico legitimar-se enquanto ordem e norma social.

## **2. EDUCAÇÃO FÍSICA : INSTRUMENTO DA ORDEM EM DEFESA DA SAÚDE**

A Educação Física no Brasil se confunde em muitos momentos de sua história com as instituições médicas e militares que delimitaram e delinearam o seu campo de conhecimento, tornando-a valioso instrumento de ação e intervenção na realidade educacional e social do Brasil de meados do século XIX à década de 30 deste século, e continuaram influenciando até os dias de hoje quase todas as ações desta área do saber.

---

<sup>4</sup>O termo é utilizado aqui, baseado em Turner, *O Processo ritual*. 1974, como processos que acompanham a mudança de um estado social a outro.



O conhecimento produzido na Educação Física do século passado revela sua importância, reconhecida, não só pelos militares, mas também pelos médicos cujos trabalhos no objetivo da higiene são referenciados por Marinho em 1980.

Nesses trabalhos, as instituições médicas foram privilegiadas e por consequência, também, o discurso médico-higienista. É exatamente nas instituições e no seu discurso que vamos encontrar elementos que nos auxiliam na compreensão da Educação Física como sinônimo de saúde física e mental, como promotora de saúde, como regeneradora das virtudes, da moral e depuração da raça.

A partir do conhecimento e teorias construídas no mundo europeu os médicos desenharam um outro modelo para a sociedade brasileira e contribuíram para a construção de uma nova ordem econômica, política e social. Nessa nova ordem, os médicos ocuparão lugar destacado, pois se colocava a necessidade de se construir, para o Brasil, um novo homem, sem o qual a nova sociedade idealizada não se tornaria realidade.

Não compartilhamos da idéia que supõe estarem os médicos higienistas pensando, a todo instante, uma nova tática de intervenção na realidade social a serviço do Estado, no sentido de auxiliá-lo a exercer, de modo eficaz o seu poder. São inegáveis os avanços que as descobertas científicas e, especificamente, o progresso científico da higiene, tiveram na contenção das doenças, epidemias e do grande índice de mortalidade conforme assinala Jurandir Freire Costa.

*Não se trata de negar ou desvalorizar a importância destes fatos. O que importa é notar que a própria eficiência científica da higiene funcionou como auxiliar na política de transformação dos indivíduos em função das razões de Estado. Foi porque a medicina era, de fato, empírica e conceitualmente científica que sua ação política foi mais operante. Diante de um saber colonial, estribado em noções médicas dos séc. XVI, XVII e XVIII, pre-experimentais e em sua quase totalidade filosóficas e especulativas, a higiene surgiu arrasadoramente convincente. No entanto é preciso sublinhar que sua força foi impulsionada pelo interesse do Estado na saúde da população. no caso brasileiro essa evidência é incontestável. O Estado brasileiro que nasce com a abdicação é o moto-propulsor do súbito prestígio da higiene. A atividade médica coincidia e reforçava a solidez de seu poder, por isso recebeu o seu apoio. (Costa, 1983:32)*

A moralidade sanitária teve um longo processo de desenvolvimento no Brasil até instaurar-se com o advento da República, significando o “novo”; o científico e

expressando, desse modo, os traços da modernidade que por ela são trazidos; suas origens, porém, são coloniais.

É no Brasil colonial que as questões relativas à saúde e à higiene começam a fazer parte das preocupações das elites dirigentes e o locus de atuação definido pela higiene, naquele momento, foi a família de elite, pois ... *“não interessava ao estado modificar o padrão familiar dos escravos que deveriam continuar obedecendo o código punitivo de sempre”*<sup>5</sup>

Escravos, juntamente com excluídos de todo tipo, como mendigos, loucos, vagabundos, ciganos, capoeiras, etc. servirão de anti norma, de casos limites de infração higiênica. A eles vão ser dedicadas outra política médica, pois é sobre as elites que a medicina fez incidir sua política familiar.

A Educação Física serviu, então, para viabilizar de modo eficaz a “política familiar”, de modo que com as “ações pedagógicas” na sociedade por meio da ginástica julgavam os médicos poder responder à necessidade de construção anatômica que pudesse representar a classe dominante e a raça branca, atribuindo-lhe superioridade. Essa opção vai reforçar o racismo e os preconceitos a ele ligados.

Mas é por volta da segunda década do século XIX que vai ocorrer o desencadeamento de um vigoroso projeto de eugeniação da população brasileira. A Educação Física é então valorizada pelas elites dirigentes e figura em publicações que tratam de questões de saúde em geral, de moral ou de educação<sup>6</sup>

Escritas em sua grande maioria por médicos, essas obras buscaram conferir “cientificidade” à Educação Física, reforçando a sua importância na obtenção de uma vida mais longa, escolhendo paradigma anatômico constituído pela higiene do corpo, buscando assim: *“uma sociedade livre das doenças infecciosas e dos vícios deterioradores da saúde e do caráter do homem do povo”* (Ghiraldelli Jr., 1989:17). A Educação Física até a década de 30 é denominada por Ghiraldelli Jr, de *“Educação Física higienista”*, pois até esse período é dada bastante ênfase à questão da saúde.

As regras determinadas pela medicina higienista organizam as relações dos indivíduos e seus corpos, aparecendo como regras de moral, impedindo-lhes a estes

---

<sup>5</sup>Jurandir Freire COSTA. Ordem médica e norma familiar, p.33)

<sup>6</sup>Sobre as publicações acerca desta temática, consultar a obra de Inezil Penna Marinho: História da Educação Física no Brasil

estabelecerem uma relação reflexiva e consciente com seu corpo, visto que a instauração de tal relação não poderia ter outro efeito, *“senão o de diminuir a resistência que são capazes de opor ao corpo e, portanto, reduzir em qualidade e quantidade o trabalho que este fornece”* (Boltanski, 1984:168)

As regras que determinam os comportamentos sociais dos indivíduos e os controlam, são produtos das condições objetivas que elas traduzem na ordem cultural. Portanto, ... *“se os indivíduos prestam tanto menos atenção ao corpo e mantém com ele uma relação tanto menos consciente, quanto mais intensamente são levados a agir fisicamente, é talvez porque o estabelecimento de uma relação reflexiva com o corpo é pouco compatível com uma utilização intensa do corpo”* (Boltanski, 1984:167)

A escola de Educação Física do exército foi a principal divulgadora do pensamento médico higienista na Educação Física no Brasil.

Betti (1980:80) afirma que a influência é observada em editoriais da revista da escola do exército onde del Picchia (1937), um intelectual da época, referindo-se à Educação Física, salientava: “ao lado de apurar-se a raça, melhorada em seu material humano, criava-se também um sentido de justaposição social, nas marchas em conjunto, nas equipes, na necessidade de se defender uma bandeira”.

De 1930 a 1945, a Educação Física é classificada por Ghiraldelli (1989) de *Educação Física militarista*, cuja preocupação com a saúde pública e individual se dá no mesmo nível da Educação Física higienista dos anos anteriores: Mas acima de tudo ela está preocupada com uma concepção que visa a impor à sociedade modelos e comportamento estereotipados, fruto da conduta disciplinar do regime de caserna.

Com o avanço do ensino militar a reforçar a eugenia, a higiene, a saúde e a direcionar a Educação Física para a preparação militar e o nacionalismo, não tardou para que ela se encaminhasse ao desenvolvimento das questões científicas referentes ao treinamento desportivo, cujos exercícios formais e artificiais eliminam a manifestação da alegria e ludicidade necessárias às atividades de Educação Física.

O treinamento desportivo, visando a preparação para os jogos olímpicos, obedece os princípios da administração esportiva, os quais dizem respeito primeiro às tarefas e, somente num segundo momento, às ‘pessoas’, pois a organização esportiva segue o mesmo padrão do esquema da organização industrial, quer pelo seu tecnicismo

quer pelo seu poder disciplinar, pela hierarquia de modalidades ou por sua divisão de trabalho.

Apareceu, portanto, com o Taylorismo, uma outra forma de manter o “controle e a disciplina” dos praticantes esportivos por um melhor rendimento.

O esporte reproduziria desta forma, a dinâmica da sociedade capitalista, na mesma direção da competição, rendimento, divisão e fragmentação do trabalho, hierarquia social e trabalho alienado.

À medida que o esporte vai se distanciando do aspecto lúdico passa a ser uma máquina que produz o cidadão obediente, mascarado pelo “cidadão disciplinado.”

O esporte de alto rendimento é, na visão de Bracht (1989:70) :

*“aquele imediatamente transformado em mercadoria e tende a assumir as características dos, empreendimentos do setor produtivo ou de prestação de serviços capitalistas, empreendimentos com fins lucrativos. Proprietários e vendedores da força de trabalho, submetida às leis de mercado. Isto reflete nos apelos cada vez mais freqüentes à profissionalização dos dirigentes esportivos na administração empresarial dos clubes esportivos”*

Se a Educação Física acompanha o determinismo da produção capitalista, de que forma ela deverá ser enquadrada dentro de uma instituição que “recupera” dependentes químicos e desviantes sociais se a própria forma da organização capitalista é um motor fundamental no enfraquecimento da personalidade dos indivíduos ?

Portanto, tendo presente os elementos que forjaram a legitimação da educação física como instrumento de ação na sociedade, partimos para a compreensão da estrutura de funcionamento da clínica.

### **1.2.1 A PRAXITERAPIA E A ORGANIZAÇÃO CLÍNICA:**

#### **ESPERANÇA NA AÇÃO “TERAPÊUTICA”**

O funcionamento e a influência desta instituição, a clínica Belvedere, nas relações interpessoais nos remete à incursão na realidade organizacional da clínica para

compreender o seu funcionamento, pois conforme afirmação de Ferreira (1994), em exposição do tema em aula da disciplina Psicossociologia das Organizações: “*As características organizacionais são determinantes cruciais no comportamento dos indivíduos.*” Portanto o fato de as organizações terem características próprias que afetam o comportamento de seus membros, nos instiga conhecer as características da organização para entender o comportamento humano que ali se produz e reproduz.

Comparando as características da clínica conforme as referências dadas por Mintzberg (1995), relatadas por Ferreira (1996:299), em relação às configurações organizacionais, a característica determinante da clínica aproxima-se ao tipo burocracia profissional, pois o trabalho é ocupacional e o controle externo é moderado. Embora pese a hierarquia das funções, o fator chave, no caso, são as aptidões e o conhecimento dos trabalhadores atuantes, profissionais especializados.

Conforme o autor :

*“esta configuração caracteriza-se pela predominância do centro operacional, uma reduzida linha hierárquica e uma técnicoestrutura igualmente reduzida, mas extenso apoio logístico. É uma configuração encontrada em organizações de saúde, de ensino, de auditoria, etc., cujos profissionais possuem grande controle sobre seu próprio trabalho, caracterizando-se por isso esta configuração por ser bastante descentralizada em termos de poder.” (Ferreira, 1996:302-3).*

Mas a essência do estudo com base nessa tipologia reside na determinação das variáveis críticas para a diferenciação dos fenômenos que são investigados, visto que há certa complexidade de ações dos atores envolvidos. Existe uma equipe técnica terapêutica com vários especialistas e um grupo de pacientes sujeitados às ações desta equipe, mas também sujeitos de ações complexas que modificam o comportamento do ambiente em geral. Por conta dessa questão há uma interrelação das diferentes esferas de perspectivas na instituição.

Cabe incluir neste espaço de discussão a importância da perspectiva das representações sociais de uma psicologia social mais socialmente orientada que considera tanto os componentes individuais, quanto os fatos sociais (instituições e práticas por exemplo) em sua concretude e singularidade histórica e não como genérica presença de outros.

Moscovici (1989:70) afirma que “as emoções e os afetos são estimulados pelos símbolos inscritos na tradição, nos emblemas-bandeiras, fórmulas, etc., aos quais cada um faz eco”. O próprio autor chama a atenção para o papel das comunicações de massa na produção de representações tanto coletivas, como individuais e ressalta:

*É justo afirmar que, se nossas representações são sociais, não é apenas por causa de seu objeto comum ou pelo fato de que elas são compartilhadas. Elas o são igualmente pelo fato de que são produtos de uma divisão de trabalho que as marcam de uma certa autonomia. São todas aquelas que se consagram à difusão de conhecimentos científicos e artísticos: médicos, terapeutas, assistentes sociais, animadores culturais, especialistas em mídia e em marketing político (id.ibid:83)*

Portanto, para desvelar a realidade, afirma Jodelet em seu artigo *Representação Social: um domínio em expansão* (in: *Les Représentations Sociales*. Paris. PUF, 1989:41) “é necessário que as representações sociais devam ser estudadas articulando elementos afetivos, mentais e sociais e integrando, ao lado da cognição da linguagem e da comunicação, a consideração das relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideal sobre as quais elas vão intervir”.

Como consequência epistemológica fundamental, verifica-se a quebra das barreiras entre as ciências sociais: não é possível conhecer o ser humano sem considerá-lo inserido numa sociedade, numa cultura, num momento histórico e em dadas condições políticas e econômicas. (Vide quadro I do artigo de Jodelet, 1989:44.)

Tendo em vista essas questões, a busca da compreensão da representação das drogas, da dependência e a produção simbólica desta realidade pode ajudar as pessoas a situarem-se melhor no mundo em busca da emancipação.

Nesse caso, as representações sociais são os dados empíricos dos quais se parte para um procedimento de análise que os insere no movimento histórico, tanto individual como social, permitindo assim chegar a algumas das categorias do psiquismo humano de modo a facilitar o rastreamento, com relativa eficácia, dos elementos que baseiam a interdependência dos dependentes químicos com as clínicas e demais instituições terapêuticas.

### 1.2.2 A MORTE EM VIDA

A sobrevivência na sociedade exige gastos. Entretanto, a maioria dos indivíduos numa sociedade capitalista (onde a distribuição desigual da renda é fator de sustentação desse tipo de sociedade) não tem possibilidade de adquirir o mínimo para satisfazer suas necessidades mais básicas, não sobrando, a elas, sequer a possibilidade de sonhar com consumo de bens que possam satisfazer múltiplos desejos, mesmo aqueles criados pelos agenciamentos de anúncio conforme Guattari (1996:31). Afirma esse autor que esses agenciamentos produzem a subjetividade, ou seja, os processos de subjetivação não estão centrados em agentes individuais: os indivíduos são o resultado de produção de massa. “A subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo. A subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social” (id, ibidem). Portanto ela é essencialmente social e é assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares.

*“O modo pelo qual os indivíduos vivem essa subjetividade oscila entre dois extremos: uma relação de alienação e opressão, na qual o indivíduo se submete à subjetividade tal como a recebe, ou uma relação de expressão e de criação, da qual o indivíduo se reapropria dos componentes da subjetividade, produzindo um processo que eu chamaria de singularização” (id.ibid:33).*

Ao elaborar essa hipótese, o autor indica a necessidade de adentrar o campo da economia subjetiva e não mais restringir-se ao da economia política, pois *“em face desse sistema de mediação intrínseca dos processos de desejo pela linguagem, penso ser necessário elaborar uma outra concepção do que seja efetivamente a produção de subjetividade, a produção de enunciados em relação a essa subjetividade” (id.ibidem)*

Dessa forma, influenciado pela mídia, cada indivíduo componente dessa grande massa coletiva sonha em possuir, já que riqueza representa poder. Mas esse indivíduo não percebe que esses sonhos produzidos, não por ele, mas no imaginário dele, são inalcançáveis. A injeção de propagandas e estímulos difundidos pelos meios de comunicação e pelas instituições só aparentemente aponta-lhe a solução de como alcançar na vida, a felicidade imaginada. Na verdade, esses estímulos externos



(propagandas claras ou simuladas) anestesiam o indivíduo, imobilizando-o para qualquer tipo de reação que venha produzir reflexão que o possibilite sair da alienação.

Na maioria das clínicas, o processo terapêutico desconsidera essa realidade concreta e mantém a fragmentação dos indivíduos em partes, corroborando sua mortificação.

Percebendo essa *mortificação do ser* como rotina de trabalho, resolvemos analisar as estratégias organizacionais da clínica para uma possível colaboração na discussão crítica de modo a reverter o quadro alienante do funcionamento da referida comunidade terapêutica.

Durante o período (2 anos e 6 meses) que participamos das equipes que atuaram na clínica, presenciamos as incoerências e contradições institucionais. Verificamos acontecerem, também, muitas mudanças na forma e na dinâmica do trabalho, mudanças justificadas na “boa vontade” da clínica em oferecer “atendimento” com categoria de países desenvolvidos aos pacientes que a procurassem. Compreendemos, assim, que entre discurso e ação há grande distância no campo do trabalho das instituições que tratam da dependência psico-química dos homens.

### 1.3 A AÇÃO TERAPÊUTICA

A ação dos profissionais que trabalham em instituições hospitalares é educadora, intenciona reintegrar o paciente à sociedade, disciplinando-o e normalizando-o. Mas o que dizer daqueles que já nascem apartados da sociedade e relegados dos direitos do cidadão?

A ação terapêutica tem causas e conseqüências. Por isso mesmo, é impossível separar a prática desse indivíduo das suas concepções, vivências e representações do que é saúde e doença, normalidade e anormalidade e não incutir como “a verdade universal”, o que tem sido feito ao longo dos anos no interior das instituições

asilares (hospitalares e terapêuticas) visando a devolver ao sistema o paciente remodelado.

Antes de tentar readaptar o sujeito à sociedade (questionamos esta intenção), é preciso compreender a máquina social, como se constituiu a psiquiatria e como se produziu o sujeito “desadaptado social,” para que, a partir daí, possamos construir argumentação que não seja pautada apenas na interpretação “teórica” ou em situações modelos que embasam o discurso médico em geral.

Para a remodelação do indivíduo à sociedade são utilizadas, com organizada estrutura, instituições recuperadoras, educadoras e terapêuticas, como por exemplo: manicômio, prisões, orfanatos, escolas, conventos, seminários, etc.

A essas instituições poderíamos nos referir como instituições totais, baseados no que afirma Goffman(1987) quando diz que uma instituição, para ser incluída na categoria de instituição total, necessita atender a determinados requisitos. Um deles é ser local fisicamente determinado com portas fechadas, paredes altas e cujo caráter é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que, muitas vezes estão incluídas no esquema físico.

Na sociedade moderna, certas instituições ocupam espaço definido pela atividade que os indivíduos ali exercem.

Esse autor diz serem as instituições, parciais, pois são lugares onde as pessoas dormem, residem, brincam ou trabalham. É essa característica que as diferencia das instituições totais, lugar único, onde sob uma única autoridade, todas essas atividades se conjugam. Além disso, afirma a caracterização dessas pelo fato de que ali um número relativamente grande de pessoas está sujeito às normas, regras e horários estabelecidos para o cumprimento da mesma sistemática operacional. Um outro aspecto é o da vigilância, definida por um grupo dirigente específico que, segundo a descrição de Foucault (1991:153), indica de que forma e com que limites esse agrupamento de pessoas, os pacientes, deverão comportar-se, ou seja, estarão sob uma “vigilância hierarquizada, contínua e funcional”.

Goffman(1987), em seu livro *Manicômios, prisões e conventos*, enfatiza, em suas definições, o caráter binário da hierarquia nestas instituições. Descreve, de um lado,

as prerrogativas do grupo dirigente e, de outro, a obediência e os limites que são estabelecidos aos internos.

Uma instituição que atende rigorosamente a essas condições, é a “Clínica Belvedere” Por isso, talvez possamos considerá-la como exemplo típico de uma instituição total.

#### 1.4 A ROTINA DAS RELAÇÕES INTERGRUPAIS NA INSTITUIÇÃO

O discurso psicológico, nomeado também de dinâmico, quando presente, ocupa exclusivamente o espaço teórico, sem refletir-se nos procedimentos terapêuticos no interior e no cotidiano da clínica.

Nesse sentido, a observação sistemática dos mecanismos gerados na instituição passa necessariamente pelos aportes de La Passade(1989) e Goffmann(1987), o primeiro, tendo em vista sua discussão a respeito dos fundamentos estruturais da situação grupal e principalmente do estudo voltado à burocracia. Sua discussão a respeito da tipologia weberiana direciona-se para um melhor entendimento do tipo de organização que apresenta a instituição em questão.

Para Weber, três são as normas que regem o funcionamento burocrático:

1- “As atividades regulares necessárias aos objetivos da estrutura governada burocraticamente são distribuídas de forma fixa com deveres oficiais”(1974:229).

2- “A autoridade das ordens necessárias à execução desses deveres oficiais se distribui de forma estável, sendo rigorosamente delimitada pelas normas relacionadas com o meio de coerção, físicos, sacerdotais ou outros, que possam ser colocados à disposição dos funcionários ou autoridades.” (id.ibid)

3. “Tomam-se medidas metódicas para a realização regular e contínua desses deveres e para a execução dos direitos correspondentes; somente as pessoas que tem qualificação prevista por um regulamento geral são empregados”(id.ibid)

Essas normas, ou leis, definidoras da organização burocrática, estão rigorosamente cumpridas na instituição aqui investigada, com ressalva para a função exercida pelo atendente, no que diz respeito à qualificação.

Outros aspectos abordados por Weber podem ser observados na Belvedere, o que autoriza a adjetivar o tipo de funcionamento da instituição como burocrático.

Quando Weber afirma que “os princípios da hierarquia das partes e dos níveis de autoridade significam um sistema firmemente ordenado de mando e subordinação” (id.ibid:230), descreve, quase literalmente uma das características constitutivas da dinâmica institucional.

O elemento “estamental” (id,ibid:233) também está na Belvedere, definido pela obtenção de qualificação por diplomas específicos.

Mas esses elementos só podem conjugar-se numa clínica de toxicodependentes, se a instituição obedecer a determinadas prerrogativas, características de uma instituição total, as quais veremos a seguir.

Goffman (1987), ao falar do mundo dos internos, mostra-nos como característica das instituições totais uma rotina de rebaixamento, degradações e profanações do “eu”.

Esse processo se inicia muito antes da internação, ou seja, no momento em que o indivíduo, no seu meio de origem, é rotulado e julgado como fraco, dependente, anormal o seu “eu”, sua vida, sistematicamente, vão sendo mortificados.

O processo de admissão na instituição tenta aproximar-se das características refinadas e contrastantes com a nossa realidade, que apresentam os espaços de países desenvolvidos. Mas não apresenta essas características por restringir-se, às vezes, a uma curta e exígua entrevista (quando acontece) com o médico, que determinará ou não a internação na clínica para o leito disponível e, caso haja necessidade, com um atendimento especial, com objetivo explícito de obter contenção física para “proteger o recém-chegado”.

Algumas vezes, em intervalos de alguma atividade, podemos observar na equipe de enfermagem uma tensão na chegada de novos pacientes. Alguns funcionários

ficavam apreensivos e inseguros com relação a uma possível reação agressiva do recém-ingresso na instituição. Acreditamos que isso aconteça pelo fato de ficarem de intermediários na expectativa do processo de cura, na dependência do saber médico, pelo desespero e doença vistos no interno.

Quanto aos bens pessoais, é feita uma triagem: o interno é, inicialmente, desprovido de alguns pertences, que, segundo a ordem médica, podem prejudicá-lo no tratamento.

Com a justificativa de protegê-lo, retiram alguns de seus bens. Uma pessoa, ao ser internada, com quadro, por exemplo, de confusão mental, poderia machucar-se com seus objetos ou pertences, assim como outros internos poderiam apropriar-se de seus bens.

E assim, pouco a pouco, um espaço administrativo e político se articula em espaço terapêutico; tende a individualizar os corpos, as doenças, os sintomas, as vidas e as mortes; constitui um quadro real de singularidades justapostas e cuidadosamente distintas. Nasce da disciplina um espaço útil do ponto de vista médico.

## 1.5 CLÍNICA E FAMÍLIA EM BUSCA DA CURA

A vida do interno no interior da instituição baseia-se no pressuposto de que aquele lugar é o espaço - definido a nível de discurso - da possível cura, fundindo-se, assim, à realidade da instituição com o contexto anterior do paciente.

A busca da internação pela família ou comunidade é, indiscutivelmente, um pedido para que alguém encontre a saída para uma situação conflitiva e angustiante. Na maioria das vezes, há uma rejeição unânime daquele indivíduo em seu meio de origem. Por exemplo: a significativa pressão do meio social para que as pessoas se definam e identifiquem com alguma função ou profissão faz com que o sujeito “não produtivo”, ou que não se identifique dentro do processo de produção, torne-se um estorvo, uma despesa a mais, sem considerarmos atitudes que possam subtrair, eventualmente, o

patrimônio familiar ou comunitário. Quando esses indivíduos são encaminhados à clínica, trazem consigo a marca da exclusão, pois carregam consigo estigmas definidos pela sociedade como “desequilibrados” e atentam contra as normas impostas para manter o equilíbrio social.

O rótulo, na perspectiva das representações sociais, confere filiação e uma posição em uma matriz de identidades. Quando classificamos e rotulamos, estamos atribuindo um valor positivo ou negativo e uma posição em uma ordem hierárquica, pois conforme Moscovici(1981:194): “Quando você classifica alguém como neurótico, judeu ou pobre, não está meramente afirmando um fato, está também fazendo um julgamento e está estigmatizando tal pessoa. E também revelando sua ‘teoria’ sobre sociedade humana.”

Moscovici (1981) propõe dois processos importantes nessa forma de pensamento em que predominam a memória e as conclusões pré-estabelecidas: ancoragem e objetivação em que o primeiro implica trazer para categorias e imagens conhecidas o que ainda não está classificado e rotulado (aquilo que ainda não está, parece não existir) enquanto o segundo transforma uma abstração em algo quase físico. Podemos citar como um exemplo de objetivação a relação simbólica de Deus com o pai, o que faz com que uma pessoa preencha a mente e desperte os sentimentos correspondentes.

A clínica representa, para a família, a objetivação da cura ao seu parente classificado como desviante e necessitado da ajuda médica. Ao classificar é preciso decidir, uma decisão que não é neutra. Implica uma atitude para com a pessoa ou coisa e um desejo de considerá-la normal ou desviante.

Na objetivação, transformamos noções, idéias e imagens em coisas concretas e materiais que constituem a realidade. Assim, a ancoragem e objetivação do paciente e da família é simultânea, de forma que isto elucidam-nos o fenômeno da dependência e o poder da organização no processo de “cura”, no qual a figura do médico é tida como imagem do salvador. A representação, nesse sentido, é processo ativo, é reconstrução do dado em contexto de valores, reações, regras e associações.



Vemos então que a função das representações é tornar familiar o não familiar numa dinâmica em que objetos e eventos são reconhecidos, compreendidos com base em encontros anteriores, em modelos. No caso, a memória predomina sobre a lógica, o passado sobre o presente, a resposta sobre o estímulo.

Os papéis sociais e ofícios atribuídos aos atores envolvidos na dinâmica de funcionamento da clínica são de fundamental importância para a compreensão das representações desta realidade, no que concerne às relações de poder na organização e ao entendimento da estrutura e sua influência na interação dos pacientes, terapeutas, família dos pacientes e sociedade.

## 1.6 A IMPOSIÇÃO DOS PAPÉIS

É indispensável que sobreviva e permaneça soberano o discurso médico racional e curativo, para que justifique sua existência. Para manter esse poder, o trabalho é organizado de forma que a estrutura da instituição desenvolva sistemas de papéis, de posições, em regras e normas, convenções e interdições. É esse sistema que regula as relações dos indivíduos entre si.

Quando observamos uma organização em marcha, sua natureza sistêmica é imediatamente visível. Basta que olhemos além da estrutura física e indivíduos presentes, para percebermos que se trata literalmente de atos organizados: pessoas que atuam sobre os materiais, o ambiente, mas acima de tudo, que interagem entre si.

Uma “organização” é um sistema, uma totalidade em funcionamento com normas formais e informais, e “centros de decisão” que dependem, em maior ou menor

grau (mas sempre de maneira calculável) uns dos outros, com “retornos” ou feed-backs e outros meios de controle.<sup>7</sup>

Em qualquer organização, podemos localizar cada um dos indivíduos no conjunto total dos relacionamentos existentes e nos comportamentos por ela compreendidos. Desse fato, afirmam Katz e Kahn (1987), o principal conceito é o ofício.

*“Essencialmente, ofício é um conceito de relação; define cada posição em termos de seu relacionamento a outros e ao sistema como um todo. A cada ofício está relacionado um conjunto de atividades ou de comportamento esperado. Estas constituem o papel a ser desempenhado, ainda que de forma aproximada, por qualquer pessoa que ocupe tal ofício.” (Katz e Kahn, 1987:193).*

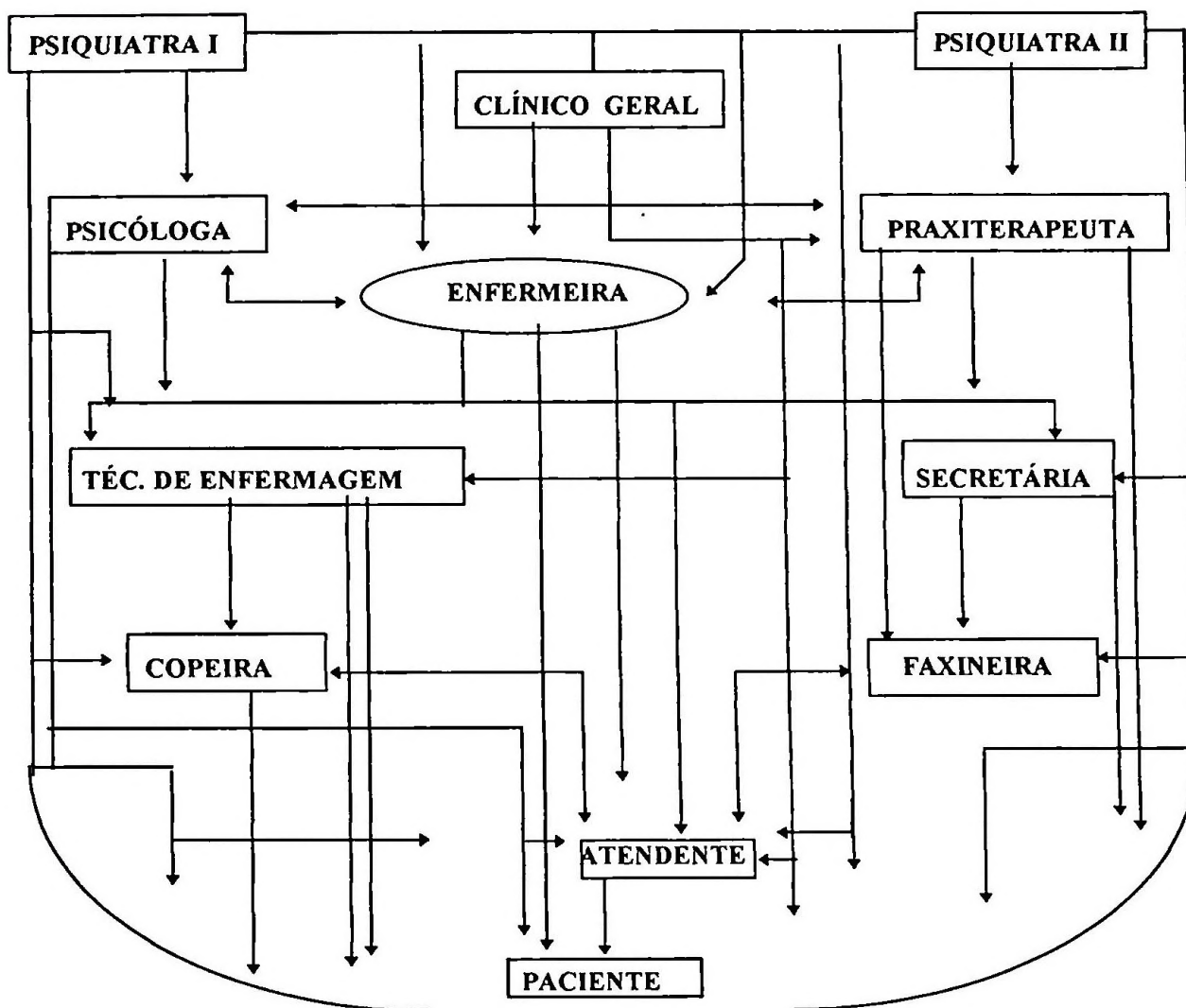
Cada membro da organização está diretamente associado a um número relativamente pequeno de outros membros que são ocupantes de ofícios adjacentes ao seu na estrutura do fluxo de trabalho e na hierarquia de autoridade. Eles constituem seu conjunto de papéis e incluem seu superior imediato e seus subordinados com os quais ele deve trabalhar em ligação íntima. Esses ofícios são definidos em seu conjunto de papéis em consequência do fluxo de trabalho, da tecnologia e da estrutura de autoridade da organização.

Esse conjunto é estruturado a partir de um organograma de cargos e funções ilustrado no quadro a seguir cujas setas apontam para o grau de hierarquia imediatamente inferior conforme as relações de subordinação e chefia da organização clínica:

---

<sup>7</sup> A elaboração mais completa desta concepção é devida a Talcott Parsons (cf. *Le Système Social*, N.Y., trad. ESF, 1976, 2vol). Ele considera e descreve a organização social como um sistema (auto-regulado) de papéis complementares em interação.

# 1. Funções hierárquicas dos membros da comunidade terapêutica



## 1.7 FUNÇÕES E PAPEIS DOS TERAPÊUTAS

A “Clínica Belvedere” e o Hospital de Caridade, instituição que lhe arrenda o espaço físico, seguem rigorosamente a premissa expressa por Pitta de que “a divisão do trabalho no hospital é a reprodução no seu interior da evolução e divisão do trabalho no modo de produção capitalista” (Pitta, 1990:48).

*Um papel consiste em uma ou mais atividades recorrentes de um padrão total de atividades interdependentes, as quais, em combinação, fazem o produto organizacional. Papel, a menos que qualificado de outro modo, referir-se-á a um conjunto de tais atividades dentro de um único subsistema da organização e dentro de um único ofício.*

*Um ofício é um ponto (localização) no espaço organizacional definido por um ou mais papéis (uma ou mais atividades) intencionados para o desempenho de um só indivíduo. O ofício localiza o indivíduo em relação a seus companheiros, com respeito ao serviço a ser feito e à emissão e recebimento de ordens.*

Mas não podemos desconsiderar a totalidade do indivíduo que, em relação aos papéis organizacionais, se desconsiderada a pessoa, na visão de Ferreira (1996:266) “sempre que o desempenho de um papel organizacional exija que para o seu cumprimento o indivíduo ponha de lado aspectos de si mesmo, tal constitui uma exigência de despersonalização”.

Os mesmos autores reforçam: “Entre o indivíduo, o grupo e a organização, estabelece-se um círculo relacional que torna o papel um conceito relacional e não uma simples conexão estímulo-resposta. Por isso, o mesmo é a essência de qualquer processo de socialização organizacional” (id.ibidem).

O quadro de profissionais da equipe técnica atuante na clínica durante o período pesquisado era composto por 16 pessoas que tinham interesse direto no “funcionamento” do serviço de tratamento aos dependentes internados na instituição. O número máximo de dependentes atinge a casa dos 15 para internamento. Alguns membros da equipe técnica mantém contato bem mais próximo e prolongado com os

pacientes, dependendo, é claro, do grau hierárquico da sua função dentro da instituição. O quadro conta com as seguintes ocupações:

### **1.7.1 Dois psiquiatras**

Dois psiquiatras, responsáveis pelo patrimônio arrendado da instituição hospitalar, ou seja, a clínica Belvedere, gestores da comunidade e da organização do pessoal profissional encarregado da lida diária com os internos, representam a autoridade máxima da comunidade. Não se tem confirmação concreta de quantas horas passam com os pacientes durante a semana, pois apesar de seus atendimentos estarem registrados no quadro de atividades, eles mesmos fazem seus horários de atendimentos.

Sendo eles os dois principais acionistas do empreendimento a serviço da “saúde humana” são, conseqüentemente, principais responsáveis pela saúde dos internos. suas atitudes, enquanto chefes, reforçam a dependência dos subordinados na estrutura da organização; pois desde o momento em que o canal de comunicações é restringido pela linearidade da “via hierárquica”, a centralização do poder no ápice e a filtragem de informações criará e acentuará a dependência de seus membros.

Embora haja configuração descentralizadora em termos de poder, na organização, há relação de poder muito forte entre a autoridade dos psiquiatras, a autoridade dos demais funcionários e “submissão” dos pacientes, determinando muitas vezes a patologia da relação da autoridade.

### **1.7.2 Clínico geral**

Terceiro acionista da clínica, o clínico geral realiza visitas periódicas, mais ou menos três vezes por semana, aos internos, para fazer a revisão de saúde, estudar o diagnóstico e dar um prognóstico da situação clínica do internado. A exemplo dos psiquiatras também faz o seu horário de acordo com seus interesses, mas nunca deixa de dar atendimento.



### **1.7.3 Psicóloga**

Com carga horária semanal de 20 horas (mais ou menos 10 horas com pacientes), a psicóloga foi contratada pelos médicos a partir da mudança da unidade hospitalar para a clínica. Até uma determinada época, a clínica funcionava como unidade anexa ao hospital e todos os seus funcionários, com exceção dos médicos, tinham registro funcional no hospital. Antes disso, era funcionária do hospital emprestada ao serviço da unidade de tratamento aos químico-dependentes.

Sua função na clínica é a de coordenar grupos de atendimento aos pacientes, assim como assembleias gerais e de avaliação entre equipe técnica e pacientes. A mesma foi requisitada, mais tarde, para gerenciar o trabalho da equipe técnica, bem como coordenar as reuniões de grupos de estudo. Algumas dessas funções serão melhor explicadas nos itens que abordarem a rotina e o funcionamento.

### **1.7.4 Professor de Educação Física**

Com carga horária semanal de 20 horas (16 horas com pacientes), o professor de Educação Física preenche a vaga da Terapia Ocupacional, mas foi enquadrado no C. B. O. (Código Brasileiro de Ocupações) como "Instrutor de Atividades Físicas". Foi atitude administrativa do hospital, não explicada ao funcionário, repetida pelos médicos da clínica quando da sua contratação deste profissional, realizada por eles nas mesmas condições que haviam imposto à psicóloga.

Coordenar as atividades de Terapia Ocupacional, realizadas duas vezes por semana, bem como administrar as atividades de Educação Física tanto no interior, quanto fora da instituição, é a função do praxiterapeuta. Responsável também pelas atividades externas como passeios, visitas a museus, cinemas, instituições, universidade, empresas, etc., realizadas uma vez por semana. Participava, ainda, das reuniões de equipe, assembleias gerais e de avaliação.

Essas atividades serão posteriormente relatadas, pois são inerentes ao presente estudo pela sua relevância para a compreensão do mesmo.

Citamos a seguir os cargos de funcionários do hospital emprestados à clínica:

No que diz respeito à relação do grupo técnico, equipe de enfermagem e equipe de apoio, afirmamos o pacto silencioso de divisão de poderes, pelo qual um reserva para si uma área em que a intervenção do outro fica cerceada por mecanismos justapostos às rotinas e aos procedimentos quotidianos.

### **1.7.5 Enfermeira**

Encarregada da chefia da equipe de enfermagem, responsável pelo funcionamento técnico-administrativo e pessoal da equipe de apoio, a enfermeira realiza, numa possível ausência da psicóloga, o papel de coordenadora das assembleias gerais e de avaliação entre pacientes e funcionários. Cumpre uma carga horária de 30 horas por semana, das quais 10 horas em contato direto com os pacientes. Responde pelas ocorrências clínicas à direção geral do hospital e, paralelamente, aos psiquiatras, pela dinâmica psico-organizacional do trabalho técnico da equipe terapêutica. Essa funcionária sofre pressão de duas chefias, o que lhe acarreta uma sobrecarga psicológica influenciando sensivelmente no seu trabalho diário no interior da clínica.

### **1.7.6 Técnicos de enfermagem (nível secundário, um de cada sexo)**

Os técnicos de enfermagem revezam-se em turnos de 6 horas, cumprindo carga horária de 30 horas por semana, das quais 16 horas em contato clínico, bem como, apoio aos pacientes. Acompanham o progresso clínico dos internos a fim de manter os médicos com informações atualizadas sobre seus pacientes. Juntamente com os atendentes, mantêm relação mais estreita com os internos, maior convívio.

Em relação à influência dos atores, em qualquer organização, nem sempre a autoridade consitui o único meio de influenciar, pois conforme Ferreira (1996:298):

*“A natureza diversificada das bases que conferem poder, como o saber ou a competência técnica, o posicionamento na rede de informação, levam o poder de decidir seja por vezes delegado. Isto que o processo de tomada de decisões é algo que varia entre dois pólos de um contínuo, sendo um dos pólos, a centralização e outro a descentralização”*

Portanto, os técnicos de enfermagem, tendo visão panorâmica da organização pelo fato de ocuparem lugar privilegiado no vértice estratégico, realizam o elo de ligação entre os elementos da equipe técnica e, ao mesmo tempo, reforçam o trabalho da equipe que mantém o eixo pacientes - corpo técnico.

### **1.7.7 Secretária**

Com carga horária semanal de 40 horas, a secretária tem a função de organizar os prontuários (pranchetas com informes sobre os pacientes) e atualizá-los para o estudo médico psiquiátrico e clínico, bem como regularizar a internação e a alta dos pacientes. É encarregada, também, de receber e dar informações sobre a clínica. É a que mais sofre as pressões polarizadas na relação equipe-pacientes, pois, tendo-lhe sido delegado o controle do uso do telefone (responsável pela guarda da chave do cadeado do telefone) mantém, em consequência, o controle sobre a possibilidade de contato entre o mundo “interior” (os pacientes, a clínica) e o mundo “exterior” (os amigos e parentes dos pacientes, os seus locais de moradia ou trabalho). Para os internos, ela era o foco de poder ou não comunicar-se com o que lhes era “externo” à clínica.

### **1.7.8 Faxineira**

A faxineira cumpre 40 horas por semana, 20 horas em contato direto com pacientes. É responsável pela limpeza dos vários quartos, salas, banheiros, compartimentos, consultórios, etc. Fica à mercê do assédio dos internos que pedem-lhe favores, desde a simples compra de um maço de cigarros até o convite para um cinema num final de semana. Conforme o progresso clínico do paciente, este recebia uma licença para ir-e-vir no final-de-semana. Houve caso de interno, portador do H. I. V. positivo, ter combinado um passeio com uma das tantas faxineiras que passaram pelo rodízio da clínica. Esse indivíduo, ansioso para “tirar o seu atraso sexual” - como ele mesmo mencionara - deixou-se trair pela ansiedade, vazando a informação ao atendente que, como qualquer outro cidadão brasileiro, amedrontado pela mídia televisiva em relação aos “perigos da AIDS”, não hesitou em avisar a pessoa diretamente interessada. Pedindo desculpas à moça, avisou-a dos riscos que ela estaria correndo no tal “final de semana”.

### 1.7.9 Atendentes

Dois atendentes revezando-se em turnos de 6 horas no dia e dois, em turnos de 12 horas durante à noite, num regime de 12 horas de trabalho por 36 de folga.

Esse grupo, juntamente com a faxineira, é o que mais tempo permanece junto ao interno, sofrendo com ele todos os efeitos das relações de poder-saber da clínica. Sua função é a de dar pronto atendimento ao paciente, bem como prestar os primeiros socorros nos casos em que houver necessidade. Também lhe cabe auxiliar os técnicos de enfermagem no atendimento clínico, obedecer às ordens da chefia, abrir e fechar a porta de entrada, realizar serviços de mandalete (*office-boy*) nas necessidades administrativas internas, cuidar da higiene dos leitos (asepsia), acompanhar a higiene de pacientes recém-internados, que precisem passar alguns dias no quarto de desintoxicação.

Os sinais de estafa, descrédito, desânimo e submissão dos atendentes instigam-nos a refletir sobre o que toda a cadeia hierárquica pode produzir naqueles indivíduos.

Numa determinada tarde, irritado com o baixo salário, com o desprezo médico e com a desvalorização profissional, um dos atendentes (que numa das reuniões, ouviu de um dos médicos não ter ele, atendente, estrutura intelectual suficiente para trabalhar neste “ramo”), exteriorizou sua revolta contra o sistema, ao qual estava submetido. Após o jantar, por volta das 18:30, em alta voz, xingou todos os internos - que estavam sob sua guarda até a troca de plantão, que aconteceria às 19:00. Chamou-os de ...“vagabundos, bêbados, safados, incompetentes”, chegando ao ponto de se dirigir a um jovem interno, que tivera seu pai internado alguns meses antes, dizendo-lhe:

“E tu, rapaz, vai ser com a cocaína, tal qual o teu pai foi com a cachaça. Vais reinternar tantas vezes quanto ele, pois filho de peixe, peixinho é! - Não adianta vocês virem se tratar aqui porque esta clínica não resolve nada, e vocês só dão um tempo pro vício e engordam os bolsos dos médicos, os ‘doutores’!”

O fato demonstra, além da angústia devido à humilhação, o descrédito em relação à estrutura “reeducativa da clínica”. Alguns dias depois, ele foi transferido para outro setor do hospital, onde não são internados pacientes químico-dependentes.

Uma semana depois, este atendente justificou a polêmica ocorrência na clínica. Falou de sua irritação com o ambiente e com os internos veteranos<sup>8</sup>, que mandavam e desmandavam dentro da clínica. São chamados de veteranos porque reinternam, muitas vezes, apenas para desintoxicação; a duração da internação varia conforme o diagnóstico médico. Muitos desses internos, tendo boa condição financeira, após terem passado pelo período de desintoxicação e ficarem internados para tratamento, saem e entram na clínica conforme horários combinados com seus médicos. Esse “privilégio” é o que mais irrita os funcionários da equipe de apoio..

Na realidade, o tratamento não guarda nenhuma relação de transformação (mudança) naqueles que logram ter alta. Esse “tratamento sem cura” produz nos membros da equipe técnica, uma significativa desmotivação com seu “fazer diário” e, em muitas oportunidades, os funcionários revelam sua angústia com o sentido do seu trabalho. A ocorrência relatada é um exemplo claro dessa angústia.

No exemplo dado, o que se pode observar é que, com freqüência, uma alta obtida por melhoras sintomáticas gera, uma vez que não existe possibilidade de cura num mundo que torna o indivíduo doente, o retorno dos mesmos sintomas causadores da internação inicial, ocasionando a reinternação do paciente na clínica, porém, muitas vezes, com seu quadro agravado. Esse fato foi vivenciado pela equipe técnica, ao longo de todo o tempo de nosso trabalho na instituição.

A clínica estrutura-se de forma semelhante com o que nos é expresso por Dejours, isto é, segue o critério de “divisão do modo operatório, divisão do organismo entre órgãos de execução e órgãos de concepção intelectual, enfim, divisão dos homens compartimentados” (Dejours, 1987:59).

A instituição, basicamente, está centralizada na autoridade do saber e poder médico. É dessa categoria profissional que emerge a escolha dos elementos constitutivos da direção da instituição. “Onde termina a ideologia, onde começa a técnica? Como se refugiar na casa forte da “técnica” se esta, em seus processos e procedimentos, suas fórmulas e formulações de seus adeptos é comandada pela ideologia?” (Pontalis, 1972:31).

---

<sup>8</sup>Denominação dada aos pacientes que, pela experiência em internações anteriores, manipulam o tratamento e têm grande poder de formação de opinião entre os pacientes.

Os médicos têm como braço operacional mais direto a equipe de enfermagem composta, com vimos, por enfermeiro de nível superior, por técnicos de enfermagem de nível médio e atendentes que mantêm mais diretamente uma relação, que poderíamos chamar de “corpo a corpo” com os internos. As demais categorias: psicóloga, praxiterapeuta, secretária, faxineira, copeiras, ocupam lugares complementares na execução da tarefa de controle e de manutenção da disciplina institucional.

As relações estabelecidas entre equipe médica e equipe de enfermagem, entre elas e os pacientes, torna a relação dos atendentes com os internos a cadeia central do funcionamento da instituição. Pôde-se observar isso na descrição feita anteriormente sobre a relação atendente-internos na clínica.

Ficam as demais categorias funcionais dependentes da maneira como essas relações de eixo (atendente-interno) se estabelecem, de suas particularidades no cotidiano institucional, determinando assim uma tecnologia de poder específico: o disciplinamento.

#### **1.7.10 Copeiras**

Duas copeiras revezavam-se em dois turnos de 6 horas, suas funções são a de servir o café, almoço, lanche e jantar, bem como de cuidar da higiene e manutenção da copa. A exemplo da secretária e da faxineira, também sofrem o assédio dos internos que realizam pedidos referidos ao mundo “exterior” (desde solicitação de sabonetes e convites para programas de final de semana).

Por ser a cozinha o local onde a maioria dos pacientes se reúnem, acontecem conflitos entre os internos e copeiras devido a desobediência às normas da copa.

No discurso médico há uma explicação de que a copa é a representação da cozinha familiar e da oralidade, e que a abstinência da droga faz com que a necessidade de “botar alguma coisa para dentro” brote com muita força na vida do interno. Nas reuniões escuta-se o exemplo do filho mal educado que pede tudo o que vê e come tudo o que pode, pois os pais o “empanturram” ao ponto de não enxergar mais nada e criar

um apetite “dependente”. Os médicos, então, exemplificam: determinados internos se “entopem boca abaixo” para não se enxergar na sua situação. Outra explicação dada por eles é a de perdas vitamínicas e de energia decorrentes do uso prolongado de drogas como único alimento

A incoerência do discurso médico explicita-se deste modo: por um lado, vinculavam a fome “desmensurada” de alguns internos a uma causa orgânica (perdas energéticas devido ao consumo prolongado de drogas), por outro lado, interpretam essa mesma fome “anormal” como “apetite dependente”, vinculando-a ao filho mal-educado por “maus” pais. Forçam, assim, uma regressão dos adultos internos à infância (a cozinha familiar, à oralidade) e, apresentando-se talvez como os “bons pais”, os re-educadores buscam controlar com seu poder-saber a necessidade “nociva” de “se entupir” boca abaixo.

O discurso médico acaba afirmando a existência de uma fome que é, ao mesmo tempo, real (orgânica) e irreal (psíquica). E o revezamento dessas duas faces da mesma “fome” (salientando uma e encobrendo outra) depende de estratégias que respondem à dominação para a normalização do paciente.

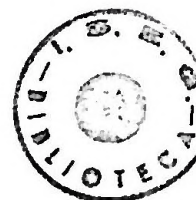
Essas funções e ofícios distribuídos em diversos sentidos objetivam a estrutura organizacional, o que nos leva recordar Blau (1974:12) que entende por estrutura organizacional “as distribuições das pessoas entre posições sociais que influenciam as relações de papel entre pessoas”.

Uma implicação dessa definição é a divisão do trabalho: atribuem-se às pessoas tarefas ou trabalhos diferentes dentro das organizações que contêm categorias ou uma hierarquia: as posições que as pessoas ocupam, possuem normas e regulamentos que especificam, em variados graus, como seus ocupantes devem comportar-se em suas posições.

Mas, Ranson, Hinings e Greenwood (1980:3), diferentemente de Blau, concebem a estrutura como sendo “um meio complexo de controle que é continuamente produzido e recriado em interação e que, ainda assim, modela essa interação: as estruturas são constituídas e constitutivas”.

Essa abordagem enfatiza que a estrutura de uma organização não é imutável. Ela modela e é modelada pelo que ocorre na organização. Portanto, sua estrutura “constitui” as interações que ocorrem dentro dela. A estrutura não produz conformidade total, mas impede também o comportamento ao acaso.

Para compreender empiricamente essas afirmações, passaremos ao próximo capítulo a rotina de funcionamento da clínica de modo que possamos entender sua estrutura organizacional e funcional.



## CAPÍTULO II

### 2 -CONSTRUÇÃO DA ROTINA DE FUNCIONAMENTO DA CLÍNICA

A estrutura organizacional da clínica é elemento determinante dos movimentos e das atividades das pessoas que a ocupam, tanto nos aspectos da organização do espaço, fator ambiente e decisão.

Na instituição, nada pode ser feito ao acaso: todo o trabalho assenta numa determinada organização e responsabilização cujo objetivo é o de enfrentamento da dependência das drogas e do álcool, caracterizada, entre outros fatores pela ausência de responsabilidade, pela mentira, pela manipulação, etc.

Portanto, dentro da instituição, há um investimento sobre a totalidade dos indivíduos, ou seja, da vida dos internos, condição para que se opere a transformação desejada e procurada. O dia e a noite são objetos de controle e vigilância, são momentos detalhadamente esquadrihados. Nada deve escapar ao poderoso olhar que tudo conhece, que por todo lugar penetra.

A divisão entre os “mundos” apresenta-se tão intensa que toma contornos de fronteiras físicas. Os territórios simbólicos de conduta moral expressam-se em espaços físicos.

Goffman, ao analisar as instituições totais, caracterizadas por sua função de afirmação e controle social com o recolhimento e confinamento de transgressores ou na afirmação de poderes ideológicos, afirma que é vital constituir nítida visão da divisão espacial que afirme o confinamento e permita o exercício da autoridade. “Desenvolvem-se dois mundos sociais e culturais diferentes, que caminham juntos com pontos de contato oficial, mas com pouca interpenetração.” Goffman (1987:20)

Foucault, em sua análise sobre as prisões, conceitua o controle espacial como uma “arte de distribuições físicas estabelecidas pelo poder”. Os lugares

constituem-se intencionalmente pela permanência da ordem social, na atividade e na presença do poder.

O encarceramento e o confinamento são especialmente disciplinares. Não é o fato principal a manutenção da clausura, mas a *sofisticação no enquadramento e na definição dos espaços*.

*Cada individuo no seu lugar; em em cada lugar, um individuo. É preciso anular os efeitos das repartições indecisas. Importa estabelecer as presenças e as ausências, saber onde e como encontrar os individuos, poder em cada instante vigiar o comportamento de cada um, apreciá-lo, sancioná-lo, medir as qualidades ou os méritos. Procedimentos, portanto para conhecer, dominar e utilizar. A disciplina organiza um espaço analítico.* (Foucault, 1991:131).

A segregação é prática eminentemente política, estabelecida, como bem diz Guatarri, em função de uma taxionomia do enquadramento promovida pela ordem dominante.

Na linguagem habitual, podemos dizer que as pessoas marginais<sup>1</sup> são as vítimas de segregação e são cada vez mais controladas, vigiadas, assistidas nas sociedades. É aquilo a que se refere Foucault com a expressão ‘vigiar e punir’. No fundo, tudo o que não entra nas normas dominantes é enquadrado, classificado em espaços particulares, que podem até mesmo ter uma ideologia teórica particular.

Esse enquadramento obedece às formas do panóptico que *“funciona como uma espécie de laboratório de poder*.

*“Graças a seus mecanismos de observação, ganha em eficácia e em capacidade de penetração no comportamento dos homens; um aumento de saber vem se implantar em todas as frentes do poder, descobrindo objetos que devem ser conhecidos em todas as superfícies onde este se exerça.”*(Foucault, 1991:180)

Dessa maneira, a construção social de espaços para segregados define os “mundos” nos quais as “identidades” estejam bem fixas.

---

<sup>1</sup> A respeito do assunto ver Guattari, F. e Rolnik S. Cartografias do desejo, 1996.



Estabelece-se, então, um programa a ser seguido, articulação de minucioso controle e reconstrução do corpo e da moral dos internos que devem levantar-se às 06:40, deixar o atendente verificar seus sinais vitais (pressão arterial e batimentos cardíacos), tomar a medicação (quando medicados com comprimidos. Para estes não serem escondidos embaixo da língua e, posteriormente, jogados fora, eram diluídos em água, e “oferecidos” em copinhos de chá) e às 07:00 estar prontos para realizar a primeira atividade de esforço físico do dia: a caminhada, que dura aproximadamente 20 minutos, dependendo, é claro, do local e distância a serem percorridos e da condição física dos pacientes. Depois são “liberados” para o banho e café e, então, a partir das 08:00, entram no ritmo da rotina conjunta da equipe, cujo quadro e horário de funcionamento pode-se observar a seguir:

## 2. Quadro da rotina semanal das atividades terapêuticas

	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	DOM
06:40	Despertar	Despertar	Despertar	Despertar	Despertar		
07:00	Caminhada	Caminhada	Caminhada	Caminhada	Caminhada		
08:00	R. Eq*.e As. P.	R. Enf.	GAP-A	Horta	GAP-B	Saída Licen.	
09:00	G. T. “A”	Horta	G. T. “B”	Ass. Aval.*	At. Ind. “A”	Chimarrão	Roda Chimarrão
10:00	Atend. Clín.	Ed. Física**	Atend. Clin	Ed. Física**	Atend. Clín		
11:00	At. Ind. “B”	Ed. Física**	Livre	Ed. Física**	Horta		
12:00	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
13:00	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso
14:00	Assemb. Geral*	Semin. Famil.	Ativ. Ext.**	Ativ. Ed.	T. O. “A”***	Video	Video
15:30	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche
16:00	T. O. “A”GAP-B**	Visita	Ativ. Ext.**	Visita	T. O. “B”***	Visita	Visita
17:00	T. O. “B” GAP.B**	Visita	Ativ. Ext**	Visita	Livre	—	—
18:00	R. Eq. Cient.	Grupo Ambul.	Livre	Grupo Ambul.	Livre	—	—
18:30	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar
20:00	Relig.	Livre	A. A.	Video	Livre	—	—
22:00	Horário de início do silêncio.	Silêncio	Silêncio	Silêncio	Silêncio	Silêncio	Silêncio

\* Atividades consideradas de interesse secundário com o campo de investigação deste trabalho.

\*\* Atividades nas quais a “praxiterapia” tem participação direta e efetiva; portanto, interesse primário.

Obs.: “A”: Grupo de pacientes do médico X - “B”: Grupo de pacientes do médico Y

Simbologia utilizada para designar as atividades no quadro mural da rotina clínica

<b>R. Eq.:</b> Reunião de Equipe	<b>GAP:</b> Gr.de atendimento psicológico
<b>As. P.:</b> Assembléia de pacientes	<b>R. Enf.:</b> Reunião da equipe de enfermagem
<b>G. T.:</b> Grupo terapêutico	<b>Licença:</b> Licença final de semana
<b>Ativ. Ext.:</b> Atividade externa	<b>Assem.Aval.:</b> Assembléia de avaliação
<b>Ativ. Ed.:</b> Atividade educativa	<b>At. Ind.:</b> Atendimento individual
<b>T. O.:</b> Terapia ocupacional	<b>Grupo Amb.:</b> Grupo ambulatorial
<b>Relig.:</b> Encontro religioso	<b>Assemb. Geral:</b> Assembléia geral
<b>A. A.:</b> Alcoolicos anônimos	<b>Atend. Clin.:</b> Atendimento clínico
<b>R. Cient.:</b> Reunião científica	<b>Semin. Famil.:</b> Seminário familiar
<b>Silêncio:</b> Horário de silêncio total	<b>Ed.Física:</b> Educação Física

À noite, acontece maior número de fugas, já que durante o dia existe considerável número de funcionários para o acompanhamento aos internos. No período noturno, os pacientes ficam aos “cuidados” do atendente de enfermagem, que trabalha numa seqüência de 12 horas por 36 de folga. Ele é encarregado de administrar a medicação, verificar os sinais vitais e acompanhar as ações participativas dos pacientes no interior da clínica. Às 22:00, horário de silêncio, o auxiliar de atendente (função a ser explicada no item que trata da assembléia geral), autorizado pelo atendente, desliga a TV, salvo quando, mediante autorização médica, os pacientes são liberados para assistir a algum filme cuja duração ultrapasse o horário regulamentar. Observa-se claramente aqui a incoerência do discurso técnico, afirmando que o controle do horário da TV é terapêutico, quando diariamente os pacientes de maior poder aquisitivo são liberados para assistir a sua televisão particular em seus quartos ou apartamentos. Pode-se imaginar como ficam os quartos: portas fechadas, com pequenas reuniões de pacientes em torno de uma programação de televisão, ultrapassando as 22:00 da noite, às vezes com uma rodada de cocaína para animar o programa.

## 2.1 ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES REGISTRADAS NO MURAL DA CLÍNICA

O mural, ilustrado no item anterior, é um quadro fixado na parede da copa, num ponto central, onde todos podem ter acesso visual e manual (no caso de rodízio ou troca das tarefas e atribuições da semana para determinados pacientes).

O sistema organizacional do quadro serve, dissimuladamente, para estimular certos valores e desempenhos, e suprimir outros. Quais valores são estimulados e quais são suprimidos, depende, é claro, do tipo de sociedade que está patrocinando os *“cuidados da saúde”*.

Em relação aos clientes de clínicas psicoterapêuticas, afirma Szasz (1980:47): “É dito de um modo ou de outro, em conferências, publicidade em jornais, ou anúncios discretos, que a clínica existe com o propósito de ajudar indivíduos a resolver seus problemas, enquanto, na verdade, existem com o propósito de ajudar a ordem social estabelecida”.

A rotina começa pela segunda-feira, seguem o ritmo de verdadeira empresa. Para o grupo de apoio é o pior dia da semana, o mais pesado e cansativo.

O primeiro dia da semana, depois do despertar e do café, começa às 08:00, entra em funcionamento a forjaria para “desmistificar a droga”, disciplinar e “endireitar” corpos humanos dasadaptados da sociedade, trabalho realizado com muita “perseverança”, por parte da equipe terapêutica.

### 2.1.1. REUNIÃO DE EQUIPE . Segunda-feira das 8 às 9 horas.

Reunião de equipe é encontro com fins administrativos, de manutenção e apoio pessoal na interpretação dos casos de conflitos dos funcionários entre si e dos pacientes com funcionários, como também da situação terapêutica dos internos do ponto de vista técnico. Porém, só quem tem o direito de participar são os membros da equipe técnica.



Nesta reunião tomam-se decisões importantes como: a permanência ou saída de pacientes, medidas de atuação, mudanças de normas e procedimentos, etc.

Em horário simultâneo deveria ocorrer uma assembleia de pacientes (que anteriormente teve nome de reunião), a qual nem sempre ocorre. Algumas vezes escutam-se ruídos do lado de fora da porta, os quais dão-nos indícios de alguém estar com o ouvido à porta tentando escutar o assunto da reunião. Não raras vezes, os médicos dizem, nesses momentos, que isso representa o papel que o paciente acha que desempenha na clínica, afirmando que ele, o interno procura o psiquiatra como o filho que procura o pai para confessar a culpa de um erro ou travessura de que se tenha arrependido. E a atitude de escutar a reunião atrás da porta é a representação edípica do filho curioso que quer saber o que se passa no quarto da mãe e do pai, trancado com chave.

Afirmam mais: “A nossa função é desmistificar isso”, continuam, porém, reforçando essa relação de pai e filho, lançando-nos a dúvida se eles procedem sem perceber ou se é propósito criar confusão. *“Aqui reconhecemos o familiar modelo médico psiquiátrico de relações humanas: o cliente é como criança ignorante que deve ser “protegida”, se necessário autocraticamente, e sem consentimento, pelo perito que se parece com o pai onicompetente”* (Szasz, 1980:123).

Posteriormente compreendemos que aquilo fazia parte da incoerência institucional, que segundo afirmação de Beltrão *“é aquilo que assegura tanto o poder da instituição em si, quanto da instituição médica a ponto de usarem discursos contraditórios que confundem seus pacientes tratados”*(Beltrão, 1993:73)

Acontecendo no mesmo horário das reuniões, uma de equipe e outra de pacientes, tem-se a impressão de que reforçamos ainda mais a distância e as diferenças na comunidade terapêutica.

Após as reuniões, acontece o intervalo do café, onde, hipocritamente, todos se encontram, pacientes e equipe técnica. Os primeiros com olhares e comportamentos curiosos sobre as decisões tomadas “pelos pais” na reunião de cúpula, os segundos com ar de superioridade de uns e arrogância de outros, ou seja, daqueles que têm a chave da cela. Num desses intervalos de 15 minutos, escutam-se anedotas nas quais os pacientes

afirmam serem as chaves na mão dos terapeutas a única diferença entre o médico e o louco. Na verdade, os internos estão afirmando a “insanidade” de todos os ocupantes do recinto.

Essas questões e incoerências nos instigam a algumas perguntas: - Quais os verdadeiro objetivo dessas reuniões? Qual a validade, eficiência ou real função da instituição?

Num dado período, a equipe técnica, buscou trabalhar uma proposta de interdisciplinaridade (aquilo que apareceu para reunir, ou tentar reunir, os conhecimentos que a própria ciência dividiu), mas não ficou imune ao discurso dos profissionais ligados à saúde, dissociado de suas práticas clínicas e institucionais; pois as reuniões de equipe e assembléias com funcionários apresentavam longínqua imagem de assembléia decisória e igualitária. A cadeia hierárquica raras vezes foi quebrada ou questionada. Tal realidade não possibilita a mínima utilização das formulações de Schittar (1985:36) quando questiona a ideologia da comunidade terapêutica, no que diz respeito às reais possibilidades, na prática, da existência de um verdadeiro exercício democrático nesse tipo de instituição, em substituição ao centralismo médico.

No citado texto, o autor desmistifica a idéia de que a comunidade terapêutica anula o poder centralizador do médico. Mesmo naquelas situações idealizadas, ressalta a impossibilidade da ausência de hierarquia que, mesmo sendo minimizada, ressurge com toda sua intensidade quando nos aproximamos das “situações limite” - quando o técnico não sabe qual procedimento tomar diante de determinada atitude do paciente. A esse respeito o autor afirma: *“O paciente continua a ser privado de certas liberdades e os membros da equipe continuam sendo habilitados mandatários da sociedade para exercer um poder extraordinário sobre os pacientes que lhes são confiados. O diretor continua autorizado a privar os pacientes dos direitos e privilégios normalmente considerados como prerrogativas dos cidadãos da democracia..”* Schittar, (1985:36)

Apesar do discurso de liberdade de expressão e de igual poder de voz, que se prega nas reuniões, com o qual se tenta diluir o “poder” no grupo ou adoçar as relações, na ilusão de que todos sentiriam ter igual poder, existe forte hierarquia: a hierarquia do saber, pois os médicos, agarrados no discurso liberal, deixam-se ser criticados pelos demais membros da equipe, mas não melhoram sua prática imperativa e contraditória:

Não somos contra as contradições. Acreditamos até que elas devam aparecer, mas também devem ser amplamente discutidas. Desse modo, alarga-se cada vez mais a distância entre discurso e prática médica.

O trabalho ocorre dessa forma e, assim, pode-se imaginar a confusão que surge quando alguém, por falta de conhecimento ou informações das resoluções extraídas em reunião, ou falta de contato com os demais colegas, desmanda ou desmente determinada ordem de um colega a um paciente. Exemplo dessa situação ocorreu num determinado dia o que impulsionou o paciente Francisco a esbravejar:

*“Porra! Quem é que manda nesta casa ? Tô de saco cheio! Só ficam falando em limites, mas nem vocês tem limites, um vive contradizendo o outro, cacete! Eu vou é esperar o doutor chegar para ver se saio ou não à hora que eu quero, dessa espelunca<sup>2</sup>, pô! Afinal de contas, essa foi a condição com que aceitei minha internação.”*

Surpresos permanecem os terapeutas, de segundo e demais escalões, quando esse paciente, mesmo tendo sido decidido em reunião que ninguém deveria sair da clínica durante a semana. Ao sair da consulta com o psiquiatra, recebeu deste a autorização para realizar algumas voltas pela cidade. Algumas dessas voltas resultam em homéricas recaídas no primeiro bar de esquina.

Percebendo a ineficiência da instituição, atrelada às regras de manutenção do poder, recorremos ao que nos diz Mannoni (1981:207): “Podemos considerar que as instituições são organismos configurados pelas formas normatizantes da sociedade contra o aparecimento de descendentes rejeitados, em detrimento dos quais aquela normalidade pôde ser preservada.”

Em consequência disso, perguntamos se devemos criar instituições específicas para químico-dependentes, mesmo que estudadas nas suas *funções estruturais e simbólicas*, ou devemos contestar o conjunto das estruturas da sociedade, de maneira tal que as forças repressivas e reacionárias a uma estrutura aberta e crítica apareçam claramente para melhor compreensão do papel da sociedade em geral, pelo menos dos indivíduos nesta questão envolvidos?

---

<sup>2</sup>Termo popular que dá significado pejorativo a algum ambiente. Neste caso o paciente estava comparando a clínica a uma casa desorganizada e vulgar.

### **2.1.2. GRUPO TERAPÊUTICO**

G. T. “A” Médico A - Segunda das 9 às 10 h.

G. T. “B” Médico B - Quarta das 9 às 10 h.

Nos grupos terapêuticos os médicos psiquiatras atendem os internos por grupo. O fato de não termos conhecimento do desenvolvimento dessas atividades, não nos permite aprofundar o assunto, já que as informações obtidas serão brevemente discutidas quando tratarmos do capítulo da praxiterapia, onde os internos comentavam os grupos com os médicos. Escrevemos desta forma por acreditar que traremos melhor contribuição explicando, com mais pormenores, as atividades nas quais tivemos participação efetiva.

### **2.1.3. ATENDIMENTO CLÍNICO** Seg., quarta e sexta das 10 às 11h.

O atendimento individual é o espaço em que o clínico geral utiliza para atender os pacientes, além de manter a equipe informada sobre as condições do paciente, avaliar os diagnósticos e prognósticos periodicamente.

### **2.1.4. ATENDIMENTO INDIVIDUAL “A” E “B”**

O atendimento individual é o momento em se enfrentam o juiz e o réu, ou melhor o doutor e o paciente, o primeiro no papel de quem arranca a confissão (de culpa ou pecado) e de quem dá a sentença (de condenação ou penitência) ao segundo.

Em face desse tipo de atividade, o paciente, em sua condição de pecador e de réu, cria uma enorme expectativa. É ansiedade, algumas vezes, denunciada pelo comportamento do indivíduo, em distúrbios neuro-fisiológicos como, por exemplo,

diarréia, náuseas ou até vômitos, que abalam o paciente antes da chegada do médico. Muitas vezes o médico, trocando o seu horário, vindo atender na hora que melhor lhe convinha, causava em alguns pacientes grande frustração, enquanto que em outros, um aumento extraordinário de expectativa e tensão, já em outros percebia-se uma sensação de alívio. Algumas pessoas perguntavam se o atraso do médico era uma estratégia psiquiátrica para provocar a ansiedade e raiva no paciente. A equipe não tinha respostas, pois não sabia se a atitude deles provinha precedida de intenção estratégica ou não. A intenção de alguns funcionários era a de, no mínimo, influenciar os pacientes a questionar o médico quanto a isso, mas eles, incrivelmente domesticados, sentiam-se desencorajados de desafiar a autoridade médica.

#### 2.1.5. ASSEMBLÉIA GERAL Segunda-feira, das 14 às 15:30.

A assembléia geral é o momento de encontro entre paciente e equipe técnica, com exceção dos médicos, na qual são discutidas as questões pertinentes ao andamento do tratamento, dificuldades de adaptação e de relacionamento. Mas, principalmente, são usadas para inculcar bons modos e *classificar* os pacientes pela distribuição de tarefas, compreendidas como atividades ou responsabilidades, tidas como terapêuticas e eficazes na detecção das dificuldades de tratamento de determinados pacientes, pois a relação e o comportamento do indivíduo na atividade que ele “escolheu” denuncia se ele é capaz ou demonstra o quanto está difícil para esse indivíduo a vida com a droga. Seria uma forma de colocar o espelho à frente do indivíduo.

Em quase todas as assembléias gerais há problemas na hora das distribuições das atividades aos internos, pois elas representam para o paciente um espião do seu comportamento e podem expô-lo ao terapeuta.

Também há certa disputa por parte dos pacientes mais arrojados, por aquelas atividades que representam certo grau de poder e liberdade.

Antes da distribuição das tarefas, última pauta da assembléia, é realizado um discurso sobre a importância dessa atividade para a recuperação do paciente. Depois de



perceber que os internos se estavam desinteressando pelas tarefas, a equipe passou a utilizar outra estratégia, a de “dar o poder de voz” aos pacientes mais antigos para falarem aos novatos da importância das tarefas e da sua experiência com relação às atividades e tarefas que desempenhavam.

Se todo tratamento deve ser asilar, o hospício ou clínica, em si mesmo, deve realizar a transformação do alienado. É por isso que o isolamento não pode ser unicamente exclusão, segregação, expurgo da vida social, mas se complementa por uma organização do espaço interno, *classificação* e distribuição dos indivíduos de modo que a vida da instituição se estabeleça de maneira ordenada e regular.

Classificação é um ato social. A classificação de indivíduos ou grupos acarreta a participação de pelo menos três tipos distintos de pessoas: aquele que classifica, o classificado e um público a quem cabe aceitar determinada classificação.

*Um individuo pode classificar a si e aos outros e, por sua vez, pode ser classificado por outros. Em cada caso, a categorização proposta por aquele que classifica, pode ser aceita ou rejeitada pelos outros. Para que uma classificação de si ou de outros seja aceita é necessário, em geral, uma medida de poder sobre os outros; este poder pode ser intelectual (científico) ou político (coercitivo). (id. ibid:56)*

A concretização do que acima afirmamos, é analisada a seguir, no estudo da distribuição de tarefas, realizada na assembleia geral entre pacientes e terapeutas.

Os papéis enunciados a seguir não caracterizam funções do quadro profissional, mas tarefas designadas ao grupo de pacientes em obediência a critérios estabelecidos pela equipe técnica de modo que a distribuição destas varia conforme a complexidade do caso de cada paciente.

A Clínica admite, no máximo, 15 pacientes para tratamento. São distribuídas dez tarefas para aqueles que apresentam condições clínicas e psicológicas para executá-las. Conforme o número de pacientes internados, algumas tarefas são divididas por mais de um paciente. Veremos, a seguir, a forma como as tarefas são distribuídas e o que representam na dinâmica de ação da comunidade terapêutica.

### **2.1.5.1. TAREFAS.**

As tarefas designadas aos pacientes podem ser referidas aqui ao entendimento do papel dos pacientes enquanto seqüência de práticas estruturadas e reconhecidas, nas quais se cristalizará uma relação de forças, tendo por efeito uma seqüência de práticas que devem ser estruturadas de um modo ou de outro, para que o papel se insira num ritual que tem duplo efeito: por um lado, os adversários reconhecem que a atual relação de forças é x e não y e, por outro lado a dominação de um dos adversários pelo outro se exerce plenamente. Dessa forma, o reconhecimento da relação de forças é a condição de institucionalização do papel, porém seu efeito predominante é a dominação exercida por um dos parceiros sobre outro.

#### **2.1.5.1.1. RECEPCIONISTA**

O recepcionista tem a função de receber os pacientes novos, apresentá-los à clínica e engajá-los no conjunto físico e humano, colocando-os a par das coisas do meio (como funciona, quem é quem, para que serve tal tipo de atividade, etc).

Caso o paciente responsável durante a semana por uma atividade não se lembrar do funcionamento da clínica, a própria rotina, por si só, doutrinará e domesticará o indivíduo dentro do esquema. Quase a metade das pessoas que internam têm resistência bastante grande no início do “tratamento”. É claro que isso vai depender da condição cultural e econômica de cada um.

Se, na chegada (internação), o novo não estiver em condições de apresentação, o recepcionista auxiliará o atendente a providenciar o leito e o transporte do recém-chegado ao quarto de desintoxicação. O recepcionista somente apresenta o novo interno à clínica quando este estiver com melhores condições de saúde. Para assumir a tarefa, o recepcionista deve estar, no mínimo, há uma semana dentro do



esquema de funcionamento da clínica e apresentar diagnóstico psiquiátrico favorável e fazer parte da máquina.

O interesse nessa tarefa é pequeno, por ela não representar uma forma de poder relevante e liderança capaz de influenciar e produzir benefícios e interesses pessoais.

#### **2.1.5.1.2. AUXILIAR DE ATENDENTE**

Depois de despertado pelo fiscal, o auxiliar de atendente realiza a alvorada, chamando os demais pacientes de quarto em quarto ou nos apartamentos; deve, ainda, organizá-los para a medicação primeira do dia e a verificação dos sinais vitais, bem como acompanhar o atendente, quando for solicitado, para alguma atividade ou tarefa que se julgar necessário.

Mas a prioridade, ainda, é reunir os pacientes com 10 minutos de antecedência, para os “grupos terapêuticos” ou atividades terapêuticas com médicos, psicóloga, enfermeira, terapeuta ocupacional (no caso praxiterapeuta) e demais membros da equipe de enfermagem.

É tarefa pouco disputada por propiciar confronto na relação entre os pacientes, pois a autoridade conferida ao paciente causará incômodo a outros que se sentirão ameaçados, obrigados a participar dos grupos terapêuticos.

#### **2.1.5.1.3. - FISCAL**

O fiscal tem o compromisso de conferir, fiscalizar e orientar as tarefas e atividades dos companheiros, secretariar as assembléias dos pacientes e assinar a ata.

Seguidamente quem assume a tarefa, é um líder carismático entre os internos. Na assembléia de avaliação, ele é quem lê a ata da assembléia dos pacientes

com as decisões, sugestões, elogios e demais depoimentos, tendo a liberdade, “cedida” pela equipe, de omitir ou não as informações que os pacientes acharem que devem ficar entre eles.

O fiscal também é incumbido de realizar pequenas compras como cigarros, balas, fósforos, sabonetes e demais utilidades de uso pessoal. Muitos pacientes ficam ansiosos para assumir esta atividade, por ela representar um poder sobre os outros e, principalmente, por ter a liberdade autorizada pelo médico e pela instituição de sair às ruas da cidade em horários e dias determinados para a realização das compras para seus colegas.

Para assumir a atividade, o paciente deve passar pelo consenso do grupo técnico e estar há algum tempo internado de modo que a equipe, tendo o melhor conhecimento sobre ele, possa confiar-lhe a tarefa.

Os pacientes, seguidamente, escolhem, para exercer a tarefa, um líder que responde ao desejo geral, que “faz o que é preciso”, de tal forma que todos o reconhecem nele e seguem o caminho que ele indica. É, portanto, uma espécie de líder carismático. Carisma é entendido aqui como um dos tipos fundamentais de autoridade distinguidos por Weber em seus estudos sobre a problemática da autoridade.<sup>3</sup>

O líder carismático é uma relação limite que convém situar de passagem. Ele aparece necessariamente numa situação ao mesmo tempo crítica, inquietante e confusa, na qual ninguém sabe direito o que acontece ou vai acontecer, e em que os sentimentos coletivos estão em ebulição (sejam eles de angústia, medo, cólera, etc).

O momento histórico do grupo, as dificuldades que ele encontra, bem como as necessidades e aspirações dos seguidores determinam a emergência e o comportamento do líder.

Cabe frisarmos aqui estar a variável organizacional, referente às tarefas, estar orientada no sistema de motivação baseado nos estilos pertencentes ao modelo de *continuum* de liderança de Lickert analisados por Ferreira et alii(1996:245).

---

<sup>3</sup> Sobre o assunto ver Max Weber(1989), “Partidos”, “Status” e “classes”, “classes”, “status” e “partidos”, in M. Braga da Cruz (org.), *Teorias sociológicas*, vol.I, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, pp. 725-752.

Claramente não estamos abordando aqui função remunerada numa empresa formal, mas sim função representativa elaborada pela equipe técnica para criar aspecto organizacional no convívio dos pacientes em sua adaptação à comunidade terapêutica.

#### **2.1.5.1.4. - RESPONSÁVEL PELA VITAMINA**

O responsável pela vitamina assume o compromisso de preparar a vitamina para os demais pacientes nos horários pré-determinados, bem como preparar vitamina especial para os pacientes recém-chegados e debilitados fisicamente. Também deve controlar o número e a qualidade das frutas que a cozinha central manda para a copa da clínica.

É atividade controlada pelas copeiras, o que não dá muita liberdade de ação ao paciente. Nessa tarefa, portanto, o poder de influência do paciente é quase nulo, pois ele é apenas um auxiliar que obedece as ordens das copeiras.

#### **2.1.5.1.5. - AUXILIAR DA COPA**

O auxiliar da copa ajuda as copeiras a servir e retirar as mesas nos momentos de uso formal da copa. Auxilia no pedido de compras extras, que os pacientes fazem, de comestíveis que o próprio hospital vende e os inclui nas despesas pessoais do paciente (refrigerantes, sanduíches, sucos, etc.). A exemplo da tarefa anterior não há motivos para análise descritiva mais extensa. O paciente não exerce influência significativa no ambiente pelo fato de serem supervisionados pelas copeiras.

#### **2.1.5.1.6. - RESPONSÁVEL POR BUSCAR AS REFEIÇÕES**

A comida e os lanches são fornecidos por uma cozinha central para todo o hospital. Devido ao fato de a clínica possuir número considerável de pacientes, as copeiras dessa unidade necessitam de auxiliares para ajudá-las no transporte do alimento. É mais uma tarefa com “fundo terapêutico”, a qual alia o ideal técnico-científico de “ajudar” o paciente a se “encontrar”, à função disciplinar de manter a máquina-clínica funcionando com um máximo de produtividade e um mínimo de gastos.

Alguns pacientes assumem a tarefa para, no momento do transporte da comida, pedir favores às copeiras que com eles simpatizam, ou caem em seus galanteios: pedidos de compras julgados ilícitos pela instituição, telefonemas para familiares e amigos, pagamento de contas e até marcar encontros com funcionários do hospital nos finais de semana para ir a um cinema ou outro tipo de programa.

Esses motivos inspiram grande disputa entre os pacientes mais ativos e interessados na vida externa e nas possibilidades de conchavos internos, pois isso representa poder sobre os demais pacientes, o que poderá facilitar a condição do interno.

Quando ocorre, de fato, situações comprometedoras no sentido “clínico”, há mobilização da equipe técnica no sentido de trabalhar a situação de forma “terapêutica” correta na perspectiva das normas e procedimentos clínicos com os pacientes dependentes.

#### **2.1.5.1.7. - RESPONSÁVEL PELA HORTA -**

Ao responsável pela horta, é dado o apelido de “regador”, pois deve regar e cuidar de todas as plantas do interior da clínica e do varandão, onde estas pegam mais sol. Deve também cuidar e regar a horta da clínica, acompanhado pelo atendente. A horta clínica é espaço aberto nos fundos do hospital e representa possibilidade de fuga aos pacientes mais ansiosos.

Essa atividade é procurada por aqueles pacientes mais ansiosos pela fuga; por isso a equipe só admite o encargo da tarefa àqueles pacientes mais debilitados fisicamente ou àqueles já “conscientizados” da necessidade de cumprimento do tempo proposto de internação. O poder representativo dessa tarefa é o poder da fuga, da “liberdade”.

Poucos casos de fuga foram registrados, uma vez que o atendente representa um “carcereiro” para o paciente internado.

#### **2.1.5.1.8. - RESPONSÁVEL PELA CHAVE DOS JOGOS -**

O responsável pela chave dos jogos é o “homem da chave”, pois com ele fica a responsabilidade de abrir e fechar o armário, emprestar e guardar os jogos de mesa como dominó, damas, xadrez, varetas, pingue-pongue, etc.

Havia uma polêmica com relação aos jogos que os pacientes podiam praticar nos horários livres: eles reivindicavam jogos de carta (baralho), jogo que o corpo técnico proibia. Mais tarde o corpo técnico trocou a palavra “proibido” por “não-aconselhável” trazê-lo de casa. O discurso médico afirma que o jogo de carta tem relação íntima com os vícios de bar e é um pretexto para os encontros entre boêmios das noites de bebedeiras.

Os internos criticam a argumentação médica, contestando e afirmando que o dominó também é um jogo de bar e, em consequência, tem relação com a bebida, inclusive mais forte do que o jogo de cartas, e, mesmo assim, é permitido dentro da clínica. Os médicos, por sua vez reorientam o corpo técnico para usar o “contra-discurso” junto ao paciente que fizesse esse tipo de crítica: “O dominó é um jogo familiar e, por isso, tem um objetivo dentro do tratamento”. Sendo assim nos surge a pergunta: o jogo de cartas não pode ser familiar? E o jogo de dominó é *sempre* familiar, mesmo quando jogado no bar ou no boteco?



O poder da chave simboliza a autoridade do guarda, uma autoridade que pode ser “vítima” de corrupção. Abrir o armário em horários proibidos é consequência comum da troca de favores entre os pacientes; portanto esta tarefa representa poder relativo dentro do quadro de tarefas dos pacientes.

#### **2.1.5.1.9. - RESPONSÁVEL PELA SALA DE TV -**

O responsável pela sala de TV cuida da limpeza e organização da sala; também liga e desliga a TV nos horários recomendados, aliás, determinados pela equipe técnica. Essa atividade dá a impressão de ser tão mecânica, quanto o funcionamento do aparelho pelo qual o interno fica responsável.

As regras, porém, aqui são quebradas nas primeiras oportunidades que os pacientes têm para a realização das trocas de favores entre eles aproveitando o sono do atendente noturno ou horário das reuniões da equipe técnica. Existe, portanto, importância relativa no poder do paciente responsável pela. Aqui predomina a troca de favores entre os pacientes.

#### **2.1.5.1.10 - RESPONSÁVEL PELA SALA DE VISITAS -**

O responsável pela sala de visitas arruma e organiza as cadeiras para as assembléias, reuniões e visitas. Também é menos ambicionada pelos pacientes, pois lhes representa uma função indevida que deveria ser realizada pelas faxineiras. Conseqüentemente, essa atividade é exercida pelos pacientes mais debilitados ou mais novos no internamento, por representar poder quase nulo na relação do grupo com a comunidade.

Em qualquer organização, nem sempre a autoridade constitui o único meio de influenciar e isso é-nos claro em todas as ações dos cumpridores das tarefas. Quando

o paciente percebe que não pode influenciar de outra forma o grupo, rebela-se e utiliza-se de seu pequeno poder para não arrumar nem organizar a sala. Essa atitude provoca, algumas vezes, desconforto tanto na equipe técnica, quanto em alguns internos.

#### **2.1.6. ENCONTRO ENTRE FUNCIONÁRIOS E PACIENTES APÓS A ASSEMBLÉIA GERAL**

Nas assembleias gerais, dirigida pela psicóloga, aquele que parece ser um espaço (ao menos tem esta função) democrático, torna-se “campo de batalha” entre pacientes e funcionários. Primeiro, pelo fato de não querer, a equipe técnica perder a “moral”, escondendo-se atrás da “ética” médico/profissional, muitas vezes criticada pelos próprios membros da equipe, técnicos de enfermagem, atendentes, copeiras. Em segundo lugar, pelo medo de “perder as rédeas” do tratamento diante de alguma falha, descuido ou incoerência, tanto na aplicação das normas, quanto nas atitudes pessoais apontadas pelos pacientes. Nesses casos, é utilizado o argumento do “espelho crítico”, que serve como devolução crítica ao paciente, colocando o funcionário na posição de “neutralidade” na relação. Dessa forma, qualquer membro da equipe envolvida na crítica dos pacientes, sentindo-se neutro responde: “Interessante você conseguir observar essas coisas e não conseguir ver o seu problema, a sua ferida, o seu vício! Você experimentou observar as suas incoerências ou contradições? Primeiro, você precisa olhar para dentro de si próprio”. Assim, com a força do discurso, o terapeuta, imbuído do saber, prescreve para este paciente a tarefa de ficar olhando para si mesmo durante 5 minutos diários na frente do espelho, refletindo sobre o que está fazendo dentro da clínica.

Esse depoimento é (durante uma atividade externa que realizávamos todas as quartas-feiras à tarde) de um paciente, irado com as aberrações que ocorriam no interior da clínica. Nessas ocasiões, os funcionários lançavam a dúvida sobre a veracidade de tal afirmação pelo fato de ver a credibilidade dos pacientes quase nula perante a representação clínica.

Não é pretensão defender ou comprar a causa dos indivíduos que buscam essas instituições para curar “seus males”, mas as coisas acontecem dos dois lados. Parece que há certa reciprocidade, de um lado o homem do saber, aquele que “conhece” e que tem o “poder” de ajudar o outro a “ver o que não está conseguindo”, do outro lado, está aquele que não sabe e busca alguém para mostrar-lhe o caminho, pois está tão atrapalhado e sem referências existenciais que acredita mesmo ser o outro dono de um determinado saber, capaz de lhe indicar a melhor estrada. Às vezes dá certo, mas a pessoa cria outra dependência, na maioria das vezes, do psiquiatra. À primeira chama-se, normalmente, vício, à segunda chama-se tecnicamente, transferência.

O discurso é convincente e quando o paciente insiste em suas críticas ao sistema de tratamento da clínica, mexendo com a estrutura emocional do corpo técnico da instituição, diz-se, em reuniões separadas, que ele está tão mal consigo mesmo e tão resistente ao tratamento, que o seu objetivo é o de “jogar fezes no ventilador”.

Existem, obviamente, dificuldades pessoais de lidar com as coisas, mas o discurso médico impossibilita a canalização de energias pessoais que podem servir de auxílio no encontro consigo mesmo e com o grupo.

Ninguém pergunta que tipo de ação ou prática da instituição poderá estar provocando esse bloqueio no cidadão que buscou o tratamento. Falam em não empurrar o tratamento “goela abaixo”, mas é justamente o que se faz nesse contexto.

### **2.1.7. G. A. P. - GRUPO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO**

No grupo de atendimento psicológico a psicóloga atende a dois grupos de internos (cada grupo duas vezes por semana), um grupo de cada médico, em horários diferentes e revezados como os da terapia ocupacional

A psicóloga utiliza como material de trabalho depoimentos, opiniões e experiências extraídas das discussões em grupo que versavam sobre determinados

comportamentos de pacientes nas atividades ocupacionais: horta, educação física, terapia ocupacional, passeios, etc.

#### **2.1.8. REUNIÃO DA EQUIPE CIENTÍFICA 2as-feiras - 18 às 19:30.**

O objetivo da reunião, em que só participam pessoas com “nível superior”, era o de produzir algum trabalho técnico-científico, baseado em leituras técnicas e observações das práticas diárias dos profissionais envolvidos.

Os médicos nos sugeriram a leitura de alguns livros que abordam a técnica do tratamento do alcoolismo e demais drogas em comunidade terapêuticas. A discussão das leituras não ultrapassava a condição técnica de abordagem, o que discordava da proposição inicial de produzir um trabalho de alcance social.

#### **2.1.9. RELIGIÃO - Segundas-feiras das 20 às 20:30.**

A religião é serviço voluntário, realizada por duas pessoas, membros de congregação religiosa, que têm o propósito de passar mensagens de conforto e alento àqueles que, certamente ou provavelmente, julgam “perdidos no pecado”.

#### **2.1.10 REUNIÃO DE ENFERMAGEM - terças-feiras das 8 às 9 horas.**

Na reunião de enfermagem discutem-se as rotinas clínicas (medicamentos, banho de leito, etc.) e procedimentos técnicos da equipe de enfermagem. É propósito da reunião que os atendentes e técnicos busquem suporte no conhecimento técnico da enfermeira; porém ocorre o inverso, pois aqueles, devido à vivência direta com os

internos, obtêm mais experiência e dão o suporte técnico para o manejo e rotina clínica da comunidade terapêutica.

#### **2.1.11. HORTA (3<sup>a</sup>-feiras, 5<sup>a</sup> feiras e 6<sup>a</sup> feiras )**

A horta representa atividade terapêutica de sentido ocupacional, realizada com o propósito de manter os internos em contato com a terra e, pelo seu próprio esforço, participar do processo de crescimento das hortaliças e frutas.

Tomamos essas atividades como norma do trabalho dos hospícios que se manifesta nas rotinas diárias. Do mesmo modo que os alienados são premiados pela docilidade e obediência, também o são pela assiduidade e perfeição no trabalho, que é o principal meio de obtê-las. A essa realidade corresponde a teoria psiquiátrica do trabalho como o principal meio de cura, afirmando que sua principal finalidade não é a busca do lucro, mas o próprio trabalho como princípio a ser interiorizado, como um bem que deve ser adquirido. O trabalho, o trabalho agrícola, sobretudo, é hoje considerado e reconhecido pelas autoridades competentes como um dos meios mais poderosos e úteis de tratamento da alienação em hospitais..

Alguns internos afirmam que aproveitavam esses momentos para tomar sol fora do teto clínico, outros aproveitavam como espaço e oportunidade para aventurar fugas históricas.

#### **2.1.12. SEMINÁRIO COM OS FAMILIARES 3<sup>a</sup>-feira das 14 às 15h.**

O seminário com os familiares é encontro entre técnicos da equipe (muitas vezes apenas a enfermeira, por ser a responsável pela administração da atividade) com os parentes dos pacientes internados na clínica. O objetivo deste encontro é o de dar informações sobre o tato, manejo, procedimentos e convívio com o “problema do interno” tanto na clínica quanto na sua volta ao seio familiar.

### **2.1.13. VISITAS** Terças, quintas-feiras, sábados e domingos das 15 às 16h.

As visitas constituem momento de encontro, previsto no programa de atividades, entre os internos e seus parentes. Os pacientes mostram suas produções nas Terapias Ocupacionais, apresentam a clínica e revivem o processo do tratamento com seu parentes e amigos.

### **2.1.14. ATENDIMENTO AMBULATORIAL** 3<sup>a</sup> e 5<sup>a</sup> das 18 às 19h.

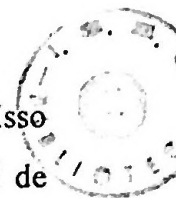
O atendimento ambulatorial é atividade dirigida pelos dois médicos, um em cada dia, com o objetivo principal de manter os grupos de auto-ajuda. Reúnem-se pacientes externos, ex-pacientes, pacientes internos e colaboradores voluntários para ajudar os pacientes a manterem a sobriedade, discutir os problemas contextuais e manter contato entre internos e externos.

### **2.1.15. ASSEMBLÉIA DE AVALIAÇÃO**

A assembléia de avaliação é administrada pela psicóloga. É reunião da equipe terapêutica (à exceção dos médicos, que, em horário simultâneo, atendem pacientes externos ou cuidam de “seus negócios”) a fim de levantar polêmicas do contexto e discuti-las, bem como debater as atividades e suas repercussões durante a semana.

Nesse encontro é discutida e avaliada grande parte dos procedimentos e situações da clínica, que foram lançados em pauta na ata da assembléia.

Nas discussões, seguidamente, as razões de algum interno, pelo discurso técnico, voltam-se contra o próprio. Mas a equipe, exausta de ficar entre médico e



paciente, incentiva o paciente a discutir determinado problema com o seu psiquiatra. Isso dificilmente ocorre, pois grande é o medo do paciente de perder a licença de final de semana ou ficar mais tempo internado. Impera aqui o poder da autoridade médica e suas representações no contexto clínico.

#### **2.1.16. ATIVIDADE EDUCATIVA** Quintas-feiras das 14 às 15 horas.

A atividade educativa é aula ministrada pelo técnico de enfermagem, às vezes pela enfermeira, aos pacientes sobre rotinas de tratamento, prevenção, repercussão e conseqüências do “uso indevido de drogas”. Utiliza-se dos mais variados recursos, desde projetor de slides à cartazes e fotos que possam representar os assuntos pertinentes ao trabalho clínico.

A atividade representa, para os internos, *o momento do sono* termo utilizado pelos internos tamanho o seu desinteresse pela atividade.

#### **2.1.17. VÍDEO** 5<sup>a</sup>feiras das 20 às 23 h. e sábados e domingos 14 às 16s.

O vídeo representa atividade de cunho educativo, na quinta-feira. O filme é prescrito pela equipe técnica, em reunião de equipe, visto pelos internos, acompanhados pelo atendente, e discutido logo após seu final. A programação dos filmes é decidida, em reunião, pela equipe técnica. Habitualmente são escolhidos filmes de cunho educativo e vinculados a assuntos de dependência psíquica ou química e que tenham mensagem a ser aproveitada num debate relacionado à dependência.

### 2.1.18. FINAL DE SEMANA

“É o grande prêmio para alguns e castigo para outros”. São palavras próprias de alguns internos que zombavam de sua própria sorte.

A semana inteira, o interno vive grande expectativa de ganhar a licença de final de semana para poder realizar visita a sua própria casa. Se o paciente apresentar “quadro favorável no diagnóstico médico”, visitará sua família. Ganha o prêmio de poder passar um final de semana com a família. Triste sorte têm aqueles que não apresentam quadro semelhante ao do paciente que “progride” no tratamento.

Mas nem tudo está perdido. Para os que ficam na clínica, resta a sorte de, “pensar na vida”, ler ou assistir a algum filme de vídeo pré-determinado pela equipe técnica.

No retorno dos pacientes de licença do final de semana, alguns voltam com doces, lembranças, roupa limpa e sorriso no rosto por terem passado um final de semana no seio familiar; enquanto outros retornam cabisbaixos, tristes, decepcionados, frustrados, às vezes alcoolizados, e infelizes. Dentre esses, alguns “esquecem” que a licença tem horário determinado para saída e chegada à instituição, e resolvem prolongar sua licença por longo período. Alguns retornam à clínica para assinarem a alta a pedido<sup>4</sup>

Embora centradas em seus próprios ritos de funcionamento e pouco permeáveis às influências externas, as chamadas instituições totais acabam por incorporar, mesmo que parcialmente, movimentos e mudanças ocorridos na sociedade em geral, até porque, como já afirmou Cunha (1986), tais instituições são “o espelho do mundo”.

Tendo presente o esquema organizacional da clínica Belvedere e, realizando a leitura da sua proposta terapêutica em busca da consciência individual, sobriedade e cura do paciente, observamos que a estrutura clínica “ajuda” poucos dos que a

---

<sup>4</sup>Situação em que o paciente sai da clínica antes do aval médico, ou seja, antes de o médico assinar o atestado de que o paciente está em condições de receber alta, ou que tenha cumprido um prazo de desintoxicação ou tratamento no interior da clínica. Nesse documento, o paciente ou a família se responsabiliza por toda e qualquer complicação que possa ocorrer após a saída do paciente.

procuram. Afirmamos, portanto, que somente haverá possibilidade de mudanças nesse nível, se houver preocupação maior no sentido de retorno ao sujeito pelo conhecimento da consciência.

Consciência, enquanto categoria complementar deste trabalho pode ser vista na perspectiva das representações sociais; pois, de acordo com Bock (1993:280) *“As Representações Sociais permitem o conhecimento concreto da consciência, pois são expressão dos seus conteúdos. As representações, veiculadas pela linguagem, são dados empíricos e portanto são o ponto de partida para a análise da consciência”*. São mediações entre a atividade e a consciência e se encontram no nível do empírico, o que nos possibilita captar o processo de consciência dos indivíduos.

A consciência é um produto subjetivo, é a apropriação do mundo objetivo pelos homens e se produz num processo ativo que tem como base a atividade sobre o mundo, a linguagem e as relações sociais. É nos processos engendrados por essas relações que se concebem os objetos como imagens subjetivas, como consciência.

Portanto, a estrutura institucional, neste caso, é determinante na compreensão do indivíduo sobre seus papéis sociais e sua relação com o mundo vivido fora e dentro da instituição. A instituição modela o comportamento dos atores, mas também é modelada por eles, cabendo às relações entre os atores e os elementos que determinarão sua participação na instituição.

Apesar de imprescindível, não é suficiente compreender apenas a estrutura na qual os terapeutas e pacientes estão inseridos. É preciso saber como eles pensam e se vêem nesta estrutura vivida de relações cotidianas no espelho das atividades terapêuticas.

Com o intuito de procurar entendê-los na trama social que os envolve é que analisaremos, no capítulo III, o papel da praxiterapia na instituição e o conteúdo das falas dos entrevistados para se poder estabelecer uma ligação entre as representações do corpo/saúde/doença na busca de uma crítica-emancipatória pela compreensão do movimento humano como uma dimensão superadora da paralisia corporal desta instituição.

## CAPÍTULO III



### 3.1. O PAPEL DO PRAXITERAPEUTA

Em relação aos papéis vale lembrar que o desempenho de um papel não é mero resultado da adoção do papel, mas antes um processo de redefinição de papéis. De acordo com Ferreira(1996:269)

*“este processo de definição de papéis comporta dois aspectos: o conhecimento das expectativas e normas existentes sobre o papel e das pressões para a sua aceitação, e a modificação por parte da pessoa focal dos padrões estabelecidos sobre a conduta de papel, sendo o resultado final uma redefinição do papel mais eficaz para a organização e mais satisfatória para o indivíduo”.*

Ao praxiterapeuta é incumbido a administração das atividades específicas de educação física, nas quais deve, acompanhar os pacientes, como terapeuta responsável pela guarda destes, nos passeios de quartas-feiras, bem como preparar e acompanhar as atividades de terapia ocupacional realizadas quatro vezes por semana. Com isso a praxiterapia abrange três campos de atuação na clínica: A terapia ocupacional, O passeio, enquanto atividade externa, e a educação física.

*Sobre as atividades “cada papel contém quer um conjunto de condutas prescritas, quer uma margem de liberdade de relação à escolha das actividades, formas e métodos de as desempenhar, por parte da pessoa focal. O grau de liberdade das escolhas e a capacidade de negociação das mesmas variam em função do nível hierárquico em que se posiciona cada papel, sendo tanto mais amplos, quanto mais elevado o nível hierárquico.”*  
(*id.ibid:269*)

O papel do praxiterapeuta é composto de três formas ocupacionais, as quais obedecem à estrutura dos padrões da clínica. Começaremos por analisar a terapia ocupacional (T.O.).

### 3.1.1 - TERAPIA OCUPACIONAL : TERAPIA OU OCUPAÇÃO ?

A terapia ocupacional é atividade cujo objetivo é ocupar o interno e atender suas necessidades motoras no período de tratamento, dentro de um tempo organizado e cronometrado. Uma das características básicas do espaço asilar é a distribuição do tempo dos internos. Assumindo o encargo total da vida dos indivíduos, isolando-os e vigiando-os permanentemente, a clínica prescreve ocupação aos alienados. Não pode ser lugar de ócio ou de inércia na medida em que o isolamento da sociedade não visa a uma simples exclusão de suas fronteiras, mas à possibilidade de reinserção do alienado na sociedade depois de sua reabilitação, com tratamento alicerçado na disciplina. “A disciplina não pode se identificar com um aparelho; ela é um tipo de poder, uma modalidade para exercê-lo, que comporta todo um conjunto de instrumentos, de técnicas, de procedimentos, de níveis de aplicação, de alvos, ela é uma ‘física’ ou uma ‘anatomia’ do poder, uma tecnologia”. (Foucault, 1991:189)

As atividades de T.O., conforme o discurso clínico, auxiliam na recuperação do paciente por facilitar a re-estruturação do esquema corporal, a coordenação motora, percepção dos sentidos e na recuperação da auto-estima.

A programação da T. O. é formulada por seqüência de atividades manuais, mas a equipe técnica não percebe que cada indivíduo têm sua própria identidade e que nem sempre estará disposto a cumprir o papel imposto pela instituição. Mantém-se aqui grave erro de padronização das atividades. É mais uma das formas de uniformização que a sociedade de medicina propagou ao longo dos últimos 150 anos.

Os internos são comparados a peças de engrenagem, precisam ser polidos e, portanto, esquadrihados num maquinário para tornarem-se úteis à sociedade.

O tipo de funcionamento da T. O. dificulta o desenvolvimento de nosso trabalho. Alguns internos gostam das atividades manuais como artesanato, desenho, pintura, colagem, modelagem em argila, trabalhos com madeira, etc. Porém uma grande parte de pacientes detesta a atividade e só aparece na sala por consideração pelo praxiterapeuta ou por imaginar que, se faltar à programação da clínica, pode perder

pontos no conceito médico e, com isso, perder a licença de final de semana, ou demora clínica na consecução da alta.

A equipe técnica estimula os pacientes a levarem seus trabalhos manuais para casa como recordação da luta pela cura. Mas na prática, mesmo com incentivo, o que se vê é outra reação. A forma como a maior parte dos internos deixa seu trabalho manual (quadro, desenho, pintura) para a clínica, traz-nos a nítida impressão de que não quer lembrar do período que passou internado; por isso não leva nada que possa trazer recordação da clausura.

Além de tentar alcançar os objetivos principais da T. O., o praxiterapeuta deve levar às reuniões de equipe os principais fatos ocorridos na atividade, como por exemplo: alguma atitude marcante, depoimentos de pacientes, pelo fato de a atividade proporcionar certa descontração e facilitar a expressão dos sentimentos destes sobre seu problema, sobre a clínica, etc. Porém, nada se discute sobre os trabalhos e isso nos confirma a necessidade médica de apenas conferir a produção técnica do praxiterapeuta.

Percebemos, no discurso médico, a intenção de manter o paciente ocupado: quanto menos ociosidade, melhor e, para isso, a máquina da instituição com suas nuances funcionais representa a coerção.

Ives, paciente clínico, num desabafo resume uma atividade de T.O.:

*Êta doutorzinho unha de fome, cobra caro do convênio da gente pelas consultas diárias, que na verdade ocorrem uma vez por semana e olhe lá. Ai vem aqui deixar esse material prá nós arrumarmos e pintarmos. Vai ser pão-duro lá nos quintos, ora bolas! Ele que vá pagar prá fazer isso, pois é uma mixaria prá fazer esse tipo de serviço. Quando esses caras entram pela porta adentro, vejo brilhar na menina dos óio deles (bem nítido) um cifrão de dólar. Me sinto desse tamanhinho quando sou atendido por eles.*

O discurso médico mantém-se incólume e, conforme debate em reunião de equipe a opinião médica é de que a implantação do trabalho no espaço asilar proporciona vários benefícios aos pacientes e constitui elemento de prevenção de recaída; pois o indivíduo retoma um ofício que poderá aumentar seu repertório de ação na sociedade, evitando problemas como miséria e desocupação, causas da loucura e possíveis causas da dependência.

O discurso serve de cortina para encobrir os interesses, pois se o objetivo de aumentar o repertório dos pacientes através da T.O. fosse verdadeiro, não teríamos uma sala nas condições em que esta é apresentada para as atividades dessa área praxiterápica.

O lugar designado para serem realizadas as atividades de T. O., um antigo depósito, foi reformado, mas os médicos encaixaram o aparelho de ar condicionado na parede divisória do consultório com a sala de T. O. O som que o aparelho produz, nos horários simultâneos de atendimento médico com os de terapia ocupacional, não permite condições de uso da sala, pois atinge níveis insuportáveis ao ouvido humano. Além desse fator, o aparelho superaquece a sala. No verão, quem permanece na sala de T. O., sente o efeito de uma sauna, pois o refrigerador de ar, enquanto trabalha para o conforto dos médicos, superaquece a sala de T. O. Esses fatos evidenciam o desinteresse dos médicos pelas atividades terapêuticas.

A disciplina é uma anatomia política do detalhe(...) aqueles que cuidam dos detalhes muitas vezes parecem espíritos tacanhos, entretanto esta parte é essencial, porque ela é o fundamento, e é impossível levantar qualquer edifício ou estabelecer qualquer método sem ter os princípios. Não basta ter o gosto pela arquitetura. É preciso conhecer a arte de talhar pedras (id, idid:128).

A T. O. e as tarefas distribuídas na assembléia geral são estratégias da distribuição do tempo para a vigilância e o controle, a individualização e a normalização dos internos. Tudo isso para reeducar o indivíduo, pois a medicina psiquiátrica somente tem sucesso atuando sobre pessoas submissas, docilizadas. Assim, a T.O. tem uma função e um motivo: o tratamento é mais uma *educação* que uma medicação, se não há tempo específico de medicação, é que paradoxalmente, o hospital medicaliza a totalidade do tempo da vida dos indivíduos que a ele estão submetidos.

O regimento do Hospital Pedro II do Rio de Janeiro, estudado por Machado(1978), não deixa dúvidas de que o trabalho deve ser a regra básica e principal ocupação do tempo asilar. Atualmente esse trabalho trocou de nome, agora chama-se praxiterapia, terapia ocupacional ou atividade terapêutica.

A norma do trabalho que imperou no hospício e que se materializava em oficinas de costuras, bordados, flores artificiais, escovas, móveis, etc., hoje se manifesta na terapia pelas atividades manuais.



Tanto a T. O., quanto as atividades “assumidas” pelos internos em assembléia geral, correspondem ao trabalho asilar que significa coordenação dos atos, atenção e obediência a um encadeamento de fases da produção que permitirá chegar ao produto, significa existência de regras às quais o alienado deve se adequar. É uma fonte poderosa de eliminação da desordem, da submissão a uma seqüência coordenada e ordenada. Pois ele é que permite o controle de cada gesto e possibilita coordenar o corpo e a mente; portanto é tido como terapêutico e por isso ocupa uma posição central no tratamento

### 3.1.2. - O PASSEIO “TERAPÊUTICO”

o passeio terapêutico é atividade externa, realizada todas as quartas-feiras à tarde. O local a ser visitado é escolhido um dia antes da saída, em assembléia extraordinária entre pacientes e funcionários, exceto quando existe alguma programação previamente decidida pelos médicos.

Nessa atividade, o praxiterapeuta, como controlador e responsável pelo grupo, tem a função de proteger e guiar os internos nos passeios para que voltem “ílesos” do meio externo à clínica.

Alguns pacientes excluem-se do grupo e negam-se a sair com medo de serem reconhecidos em algum local e sofrerem com o preconceito dos amigos.

A exclusão se institucionaliza ao mesmo tempo no reconhecimento mútuo das instituições e do reconhecimento recíproco da instituição e dos seus membros.

Essa ação pode, portanto, ser considerada uma manifestação de paralisia que o hospital ou asilo produz no interno. O indivíduo modelado pela instituição na qual se encontra preso age, por sua vez, aliado a ela, a fim de aumentar a sua paralisia. Mas também, por outro lado, nota-se o medo de expor sua face aos amigos da sociedade: “*Eu não vou sair às ruas da cidade acompanhado de um “bando de bêbados” ou drogados*”. Nas palavras proferidas por interno alcoolista que, socialmente, goza de um

*status* considerável, aparece a representação do medo em rebaixar ou diminuir seu valor moral, o de um advogado “bem sucedido”.

Vale lembrar que “Na relação com a natureza e com os outros homens, tendo em vista a realização de suas necessidades, dentro de determinado conjunto de relações sociais e de cultura específica, o indivíduo cria sua representação das coisas e fixa o aspecto fenomenal da realidade”(Moscovici, 1988:230).

Reina, nesse mundo, o mundo dos asilos, os valores do isolamento íntimo, da mortificação do sujeito que existe dentro de cada pessoa. Podemos fazer uma idéia disso em termos das categorias sugeridas por Claude Levi-Strauss em *Tristes Tropiques* (1955) citada por Cooper (1982):

*“Existem sociedades que engolem os indivíduos (chamadas antropofágicas) e aquelas que vomitam os indivíduos (antropoêmicas). Vemos, pois a transição do “engolfamento” medieval da criança-pessoa na comunidade, uma modalidade da aceitação assimilatória que remonta ao canibalismo ritualístico nas sociedades “primitivas”, nas quais o ritual capacitava os indivíduos a aceitar o inaceitável - particularmente a morte -, para a moderna sociedade antropoêmica, que expelle de si tudo o que não se submete às suas regras de jogo, arditosamente inventadas. Nesta base, tal sociedade exclui fatos, teorias, atitudes, e homens - homens de classe má, da sexualidade má, da mentalidade má. No hospital psiquiátrico tradicional atualmente, a despeito da proclamação de progresso, a sociedade consegue o melhor de ambos os mundos - a pessoa, que é “vomitada” para fora de sua família, para fora da sociedade, é “engolfada” pelo hospital e, então, digerida e metabolizada, fora da existência como pessoa identificável. Creio que isto deve ser encarado como violência”.*

A violência é oculta e caracteriza-se pela domínio do saber clínico. Podemos observar a concretização no caso de uma paciente que se recusou a acompanhar os demais internos no passeio terapêutico para desabafar com a copeira sua indignação com os conselhos do seu psiquiatra.

*Eu estou separada de fato de meu marido, bebo porque ele me deixou e foi viver em outra cidade. quando ele vinha em casa eu me aprontava com as melhores roupas só para esperá-lo, mas nem sexo ele queria mais ter comigo. Menina, quando falei ao médico que estou carente de sexo, eu quase não acreditei quando ele me aconselhou a masturbação. Mas a surpresa veio quando eu disse-lhe que assim eu não consigo gozar Ele me deu a receita para aquecer: sentar numa bacia de água morna!.*

Discutindo as ações terapêuticas com profissionais de áreas afins às terapias corporais, percebemos o propósito da função da praxiterapia na instituição e o objetivo principal, pela forma como são distribuídas as atividades, reeducação corporal pela disciplina, que resgata a abordagem da época clássica.

Conforme Foucault (1991:125), houve na época clássica uma descoberta do corpo como alvo do poder. Referindo-se ao corpo, esse autor vai ainda aprofundar a questão do poder disciplinar em sua obra *Vigiar e Punir*, no capítulo que trata dos recursos para o bom adestramento, onde salienta que:

*“A disciplina fabrica indivíduos, ela é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício. Não é um poder triunfante que a partir de seu próprio excesso, pode-se fiar em superpoderio; é um poder modesto desconfiado, que funciona a modo de uma economia calculada, mas permanente” (id.,ibid.:153).*

O poder disciplinar é, no âmbito das relações poder-saber, ao mesmo tempo, uma sujeição e um trabalho que se exercem sobre os corpos. Exige não só que façam o que se quer, mas, principalmente, que tudo funcione como se quer.

Mas a disciplina deixa lacunas durante as atividades, momentos em que o olhar atento pode observar a relação dialógica entre os pacientes. Nesses momentos, nossa atuação é de crucial importância para a coleta de elementos para a elaboração da forma como deve ser realizada a abordagem a entrevista.

### **3.2 O DISCURSO TÉCNICO: AJUDA OU AMEAÇA?...**

Numa das entrevistas realizadas na clínica, um dos pacientes pediu que não fosse identificado, pois a pergunta envolve depoimento sobre a atuação técnica da equipe

terapêutica. O texto sobre a clínica, escrito pelo paciente, tem grande significado para a reflexão sobre o papel da instituição.

A primeira entrevista deu-se na forma da proposição de textos que versam sobre os aspectos mais importantes dos papéis dos terapeutas e do funcionamento da clínica. A intenção deste momento é a de extrair dos pacientes suas opiniões sobre o funcionamento da clínica e os aspectos mais relevantes.

Ressaltamos apenas dois textos, por serem de maior importância para nossa breve análise. Dos dez restantes depoimentos, cinco deles apresentam uma ou duas frases neste teor: “*Não tô a fim dessa baboseira!*” Demonstra-nos, por um lado, dificuldades dos pacientes para compreender o significado das atividades e das entrevistas. Mas, por outro, representa concreta indignação pela forma como se dá a dinâmica operacional do tratamento terapêutico.

Outros cinco textos, escritos, na maioria por pacientes veteranos, demonstram o desinteresse em redação desvinculada do propósito inicial; pois alguns escrevem sua esperança numa breve alta da internação e outros demonstram a impotência na luta contra a dependência, descrevendo seu trajeto à morte.

Certamente poderíamos encontrar múltiplas representações a respeito de saúde e doença nesses textos e, inclusive, extrair dali elementos para a análise institucional. Porém, isso estenderia o trabalho a um volume não recomendável. Escolhemos, portanto, dois textos de pacientes de formação superior<sup>1</sup> que realizam essa crítica em redações bastantes curiosas.

Desenvolva uma redação sobre o aspecto que você julga mais importante no trabalho que a equipe terapeuta desenvolve no ambiente clínico

1º texto - O paciente ‘Jacaré’<sup>2</sup> coloca como figura central o médico psiquiatra e realiza uma crítica ao discurso médico curativo.

<sup>1</sup> Formação universitária. Termo que classifica os pacientes como intelectualizados.

<sup>2</sup> Pseudônimo exigido pelo paciente para não ser reconhecido publicamente.



*“Na minha opinião o trabalho mais importante aqui é aquele realizado pelos atendentes quando a gente chega ‘mal na foto’. Mas o que eu considero mais importante é o médico que é o nosso pai aqui dentro, mas ele é um mau pai, pai prá mim tem que ser aberto com os filhos, tem que ajudar de verdade.*

*Na verdade, o médico, homem que nos ajuda é a nossa ameaça. Ele diz que nossos temores são imaginários, projetados ou “infantis” e que o atendimento não é uma ameaça. Ele conhece tudo de mim, será que realmente conhece? Para esta pessoa, confesso todos os meus erros e pecados, tudo aquilo que me assusta. Ele tem o poder de me controlar, eu me rebelo, mas ele joga minhas palavras contra mim. O que fazer? Será que se eu parar de pagar o tratamento ele vai continuar tão preocupado em me ajudar jogando contra mim tudo que eu digo? Ele me diz que eu posso dizer tudo o que quero, mas só ouço o que não entendo. Se pelo menos ele me explicasse no meu nível e na minha emoção tudo isso que eu não entendo, talvez fizesse sentido estar aqui.*

*Ele não deixa passar nada. Até parece meu inimigo mas, se diz terapeuta, porém não quer nenhum vínculo. Sinto-o muito hábil na forma como lida com as palavras mas, disse-me que minha ansiedade só poderá começar a ser curada quando eu tiver a compreensão do que representam os momentos da terapia. Ele sabe tudo sobre meus sentimentos, mas uma coisa ele não pode: Sentir o que eu sinto, se não vou chamá-lo de demônio”.*

Essa redação localiza-nos na diversidade das ciências humanas, pois o objeto de estudo é também um sujeito que se relaciona com o investigador no momento da pesquisa, pois ambos são humanos, estão interrelacionados e aqui, fazem parte de um mesmo contexto.

A simples observação levada a cabo pelo estudioso já modifica a situação e o comportamento do objeto observado, que é outro ser humano.

O paciente Jacaré, autor do primeiro texto, demonstra esse entendimento, quando afirma o hábil jogo mental que o terapeuta utiliza para se eximir de culpa, excluindo-se da questão e imputando o “desarranjo” à doença do paciente.

O poder que o terapeuta tem sobre o indivíduo paciente, para definir o que nele é “normal” ou ‘anormal”, “sadio” ou “doente”, é um dos estudos desenvolvido pela antipsiquiatria, área da psicologia com forte identidade com o pensamento de Foucault, Deleuze e Guattari.

Buscamos portanto compreender a *política* das relações no contexto clínico. E política, na antipsiquiatria, diz respeito ao desdobramento do poder em quaisquer

instituições sociais. Dado que a própria relação de psicoterapia é uma relação política, em que o saber (do terapeuta) é uma forma de poder, pois o terapeuta é definido socialmente como um *especialista*, isto é: a partir do que pretensamente sabe, a sociedade lhe confere o *poder* para *definir o outro*, para dizer quem o outro é e se ele é ou não uma ameaça para os demais.

Mas não basta colocar, portanto, em foco, somente as relações políticas que o indivíduo paciente mantém com o mundo de fora da clínica, mas o questionamento deve abranger também as relações desenvolvidas com os psicoterapeutas, ou propriamente aquela terapia que se desenrola a dois, pois o eixo do caso pode estar justamente no seu relacionamento com o terapeuta.

Portanto é imprescindível que tenhamos presente, ao defrontarmos os textos dos pacientes com a análise crítica, certos aspectos relacionados a seguir:

a). Nossas relações com o mundo são sempre matizadas de emoções e sentimentos. Não há ser humano “neuro”, que interprete o mundo de maneira puramente lógica.

b). Todas as relações são políticas e envolvem um jogo de poder, seja ele instituído, difuso ou afetivo.

c). Cada pessoa é sempre um campo de possibilidades ilimitadas, e deve ser compreendida como singularidade.

Em decorrência desse fatores, o encontro terapeuta - paciente deve ser entendido como se dando num espaço político, onde nestas pessoas também flui uma corrente de sentimentos.

Além disso, as peculiaridades do indivíduo não devem ser vistas existindo apenas *nele*, mas sim como produto de relações que ele mantém com os outros. O que importa não são as características de um indivíduo isolado, mas como tais características brotam de seus relacionamentos sociais. Não há homens em si, apenas homens-em-relação, em relação corporal cujas subjetividades são denunciadas na própria relação entre os indivíduos no grupo.

Nesse aspecto, a educação física saiu na frente, pelo fato de lidar com os aspectos corporais dos indivíduos, porém chegou atrás devido à supremacia do discurso médico - psiquiátrico que analisa e coordena as atividades por meio da relação de legitimidade do poder que exerce institucionalmente.

Uma vez compreendido esse aspecto da relação corporal paciente e terapeutas, passamos ao segundo texto.

*2º texto - autor: João Carlos<sup>3</sup>. Neste relato, o paciente tem como foco toda a equipe técnica e critica o relacionamento terapeutas x pacientes.*

*“Quem é esse em mim?”*

*Meus médicos sabem tudo sobre mim, assim eu piro! Nesta clínica existem muitos médicos, todos loucos, isso é uma grande família. Quando estou triste, vem a copeira com cara de endocrinologista consolar-me que sou gordinho porque como demais e preciso fazer regime; quando quero isolar-me dessa hipocrisia e finjo uma dor no pé, vem a faxineira ortopedista me aconselhando buscar ajuda com a enfermeira ou com os técnicos de enfermagem (açougueiros ‘simpáticos’). Quando nego-me a participar das atividades físicas, aparece o chato do professor- doutor em medicina desportiva aconselhar-me que pelo menos eu acompanhe o grupo, pois assim já estarei desferrujando as juntas”*

Esse depoimento, instiga-nos a uma auto-análise para compreendermos o significado de nossa prática, que está, na verdade, mais adaptada ao discurso médico do que propriamente às necessidades dos internos. Isso significa que a praxiterapia representa o reforço institucional a internalizar o discurso médico nos pacientes.

Nas reuniões, os médicos, apesar do discurso da busca da auto-estima e da responsabilidade, não escondem seu preconceito racial, social e econômico em relação aos pacientes e aos cargos e funções da equipe técnica.

Talvez seja no nível da escolha das técnicas que melhor se percebam as dificuldades provocadas pela não-construção do objeto, pois tudo se passa como se a análise dos comportamentos físicos, dos hábitos de utilização do corpo seja “naturalmente” microtecnológica, que tende a dissolvê-lo na anatomia ou na biologia, no sentido de encontrar sua dimensão social no conjunto das disciplinas ligadas aos

“problemas da higiene e saúde” que estão correlacionados com a moralização e domesticação das classes populares, fato discutido no primeiro capítulo.

“Esses diferentes tipos de demanda social definem, ainda na atualidade, as formas e as categorias de apreensão do corpo. Essas disciplinas são engendradas por sua prática específica e pela situação em que ela se exerce porque, como afirma Boltanski (1984:116): *“elas se fundamentam na necessidade prática de dominar o corpo (principalmente na relação médico-paciente). Tendem a reduzir o corpo inteiro a uma única de suas propriedades ou dimensões - máquina técnica para o nutricionista, sistema de alavancas para o analista de movimentos, emissor involuntário de sistemas ou sinais para o médico ou o psiquiatra, etc.”*

A convivência dentro de uma “comunidade terapêutica” exige grande sensibilidade, mas o discurso “técnico-científico” é utilizado para ajustar ou descartar as pessoas. Podemos exemplificar essa afirmação com a experiência vivida por um atendente que trabalhou muitos anos na clínica e foi transferido para outra área de atuação no hospital, devido às dificuldades de ligação comunicativa entre os postos hierárquicos, dificuldade apontada pelos gestores sem qualquer concordância da maioria dos componentes da equipe de apoio, evidenciando aqui o poder da coerção.

Após ser transferido da clínica, Ricardo, um atendente que leva consigo a revolta e desilusão da instituição, contou-nos ter escutado da enfermeira que um dos médicos havia se referido a ele, dizendo: *“Ele já deu o que tinha que dar dentro da comunidade terapêutica”*. Uma semana após esse fato, foi-lhe comunicada sua transferência para outro setor da instituição, um setor de tratameto intensivo a outros casos clínicos.

Ricardo é o mais antigo dos atendentes e adquiriu experiência relevante quanto ao funcionamento da clínica e, conhecendo bem as artimanhas e procedimentos médicos, desenvolveu atitude crítica em relação à prática profissional de “nossos” chefes. Contestou as atitudes médicas e a diferença de trato nas relações destes com antigos funcionários, bem como a produção de novos discursos para a nova equipe, que estava sendo montada.

---

<sup>3</sup> Trocamos o nome a pedido do paciente.

Ricardo, ao escutar a “razão médica” na fala da enfermeira, sua chefe imediata, sentiu-se como sapato velho e furado, jogado na lixeira. A respeito dessas questões vem-nos a pergunta: A serviço de quem está a razão médica ?

Como poderá circular a pluralidade dos membros da equipe se há um sistema de relações que regulam ditatorialmente os comportamentos e as condições objetivas de existência do grupo ? Quais os entraves conceituais entre médicos e equipe de apoio ?

Podem ser respostas a estas questões as palavras de Fontanella (1995:129)

*Desde que o homem se dividiu, foi preciso justificar a divisão. Então, a razão concluiu que uma parte tinha que dominar a outra. Assim concluiu que o espírito tinha de dominar o corpo; a razão tinha que dominar os sentidos; os brancos tinham que dominar os outros; os letrados tinham que dominar os iletrados; os cultos tinham que dominar os incultos; os detentores do conhecimento têm que dominar os ignorantes. A divisão atingiu o âmago, o ser do homem, de tal modo que todas as seqüelas da divisão parecem naturais.*

A instituição passou a valer contra o homem e acima dele, mas o ser uno ainda se manifesta, o ser mais íntimo (original) pode agir e age. Ele supera a dicotomia do ser e do fazer. O homem ainda é homem fazendo e construindo novos espaços do sentir e agir, pois o corpo na clínica, apesar de a razão instrumental dividi-lo, é uno, no sentido total da existência.

Na busca de entendimento em torno das situações da clínica sobre o corpo dos indivíduos, lá engolidos, digeridos e “defecados” para a sociedade, experimentamos a possibilidade de poder ver além do horizonte higienista, mecanicista e cartesiano.

Para entender a forma como se dá a reeducação corporal, apresentaremos a idéia de um dos médicos, em entrevista cedida durante um dia da jornada de trabalho

Nosso objetivo com a exposição do discurso médico é mostrar a semelhança deste com o ideal higienista forjado durante todo o processo de legitimação da Educação Física e da Medicina, discutido no primeiro capítulo. Desse modo podemos situar-nos no discurso ou pensamento médico sobre a Educação Física e quais suas perspectivas e funções no tratamento.

### 3.3 OS MÉDICOS E A EDUCAÇÃO FÍSICA

A entrevista, de caráter exploratório, realizada com o médico psiquiatra obedeceu a um processo de escolha por ordem de conhecimento do domínio de investigação implicado pela pergunta de partida. Pois os médicos psiquiatras são os responsáveis imediatos pela proposta de inclusão da educação física no repertório de atividades terapêuticas utilizadas pela clínica.

Com a autorização prévia do entrevistado, utilizamos um gravador para recolher o maior número de informações possível, de maneira que procuramos desenvolver a entrevista num ambiente adequado (o consultório médico) e com um mínimo de interferência para que o entrevistado tivesse tranquilidade para expor seus conceitos, objetivos e opiniões.

O método aqui utilizado não estipulou nenhuma troca de opiniões, mas fixou com antecedência os temas sobre os quais se desejou que o interlocutor exprimisse, de maneira livre, a sua experiência. Para estipular os temas houve a necessidade de observação participante durante seis meses nas reuniões de equipe, realizadas uma vez por semana. Com esse intervalo de tempo, pode-se conhecer as referências técnicas e teóricas médicas de modo que a entrevista tem o objetivo da confirmação dos conceitos médicos que prevalecem sobre as atividades terapêuticas realizadas na clínica.

Com Base nessas informações elaboramos um questionário com seis perguntas básicas ao médico acionista da clínica.

Questionário referente a opinião médica sobre a educação física para recuperação de alcoolistas e toxicodependentes da clínica Belvedere.	
1) Como surgiu a idéia de utilizar a educação física no tratamento de alcoolistas e toxicodependentes ?	4) Como está a pesquisa no tratamento do alcoolismo com relação à educação física ?
2) O que a clínica objetiva pela atividade física?	5) Quais atividades mais convenientes para os alcoolistas ?
3) Qual a relação que o senhor faz entre a educação física e o equilíbrio do ambiente clínico.	6) Em linhas gerais qual o objetivo do tratamento ?

**1ª Pergunta:**

**Pesquisador:** *Como e quando surgiu a idéia de utilizar a educação física no tratamento de alcoolistas nesta instituição ?*

**Médico:** *“Há mais ou menos dez anos atrás, pois havia uma grande massa de pacientes alcoolistas que, com repercussões físicas do alcoolismo, somente se mobilizavam para o consumo do álcool. Com a Educação Física buscava-se mobilizar esse paciente. Um dos aspectos mais importantes é a valorização da auto-estima e percepção do próprio corpo. O alcoolista com o decorrer do tempo sofre vários problemas físicos, perde peso, apresenta câibras, neuropatias periféricas conseqüentes pela intoxicação pelo álcool. Uma das coisas que motivou o envolvimento da Educação Física neste trabalho era fazer com que esses indivíduos comessem a ter noção do prejuízo que o álcool estava causando no seu organismo, fazer com que ele conseguisse defrontar-se (se ver no espelho) para, através da Educação Física perceber a debilitação causada pelo alcoolismo. Então percebíamos que, com a Educação Física, estávamos conseguindo fazê-lo perceber isso, pois os pacientes chegavam e diziam: -“Tô realmente acabado, não consigo correr dez metros; falta-me ar, as pernas doem, eu fico asfixiado”. E a partir disso começávamos a conversar com os pacientes sobre o que pensavam a respeito disso, tornando-se um meio para começarem a conscientizar-se dos problemas da dependência. Fundamental neste contexto é o seguinte aspecto: - O da Educação Física contribuir para que o paciente comesse a ter um “espelho que refletisse sua própria realidade” já que o alcoólatra a nega. Como ele não faz esforço e se acomoda em seu vício, acha que está tudo bem, diz constantemente que não corre e não faz força porque não precisa. É uma racionalização, uma negação. No momento em que ele tinha que se defrontar com a realidade, negava-a, neste momento, entrava o papel da Educação Física, contribuindo como instrumento que permite facilitar o acesso aos mecanismos de defesa do paciente que é a negação.*

*Primordial no tratamento com a Educação Física é quebrar, servindo de espelho, a resistência do paciente a ter conhecimentos do prejuízo do álcool. Outro aspecto positivo é a melhora da auto-estima, pois à medida que os pacientes se iam*

*envolvendo nas atividades físicas melhoravam seu estado físico e, assim, a auto-imagem também começava a se recuperar.*

*Através da atividade física objetivamos:*

*1 - A quebra das defesas; 2 - Mecanismo do espelho e 3 - A recuperação da auto-estima. Resumindo-se assim na melhoria física, pois eles, ao perceberem isso, verão que é com abstinência, é com o seguimento no tratamento que eles vão melhorando. Assim valorizam a abstinência. Saindo do consumo de bebidas alcoólicas, passam a ter hábito de vida mais saudáveis. Passam a saber que existe um corpo que não pode ser jogado no lixo”.*

*A recreação também é importante, pois o repertório estreitado provocado pelo alcoolismo é imenso. O indivíduo não consegue distrair-se, divertir-se a não ser bebendo. Um divertimento que leva ao sofrimento, pois o alcoolista vai a uma festa, bebe, embriaga-se, ri, depois acaba brigando; no dia seguinte está com azia, trêmulo, suando, ansioso. E o que se busca é que esse indivíduo consiga brincar, divertir-se e não maltratar-se. A atividade física, o lazer, a recreação conseguem proporcionar isso ao paciente”.*

O médico deixa claro que a educação física é usada para fins “terapêuticos” conforme o discurso médico higienista (que ditou e dita as normas e linhas da Educação Física neste século), que observa o corpo humano por um plano cartesiano e, também, acha solução, nesta, para a questão do lazer por meio da recreação.

Acreditamos, buscando a última frase da entrevista, até agora, que ele comete um equívoco, pelo fato de que as coisas não acontecem de forma isolada num mundo tão dinâmico e imediatista como está o nosso. Pois, além de a mídia produzir desejos, destruí-los e novamente produzir outros desejos no homem (como disse Foucault: “investimento no corpo pelo poder”), a atualidade nos mostra o fato de que o hábito de cuidar do próprio corpo tornou-se uma obsessão. Basta observarmos as propagandas televisivas e demais fontes de comunicação de massa e o modo como injetam um estereótipo de corpo, nos espectadores, inculcando um modelo social de

biotipo humano, a produção da corpolatria<sup>4</sup>. Com isso aqueles que não se enquadram nas medidas, sentir-se-ão rebaixados e relegados da sociedade.

Retomando a última frase do psiquiatra, pensamos que o sentimento de satisfação do indivíduo após a realização de determinada atividade física será ilusória. Pois, além de ser a função compensatória, pelo fato de apenas ajudar numa “certa descarga energética”; quando o indivíduo retorna e acorda para a realidade, certamente perceberá que não se sentirá tão feliz quanto imaginava que poderia ficar, pois o mundo lhe apresenta uma realidade cuja lógica é absurda. Talvez não compreenda esse mundo, mas sente que existe algo de errado nesta sociedade tão medíocre quanto as regras que determinam suas relações. Qual é o prazer que existe para quem, depois de “pagar” para fazer força e “entrar em forma” numa academia de musculação, volta à realidade e, comparando-se a um tipo ideal, percebe-se, embora todo esforço, ainda longe do modelo de beleza física que persegue? Qual o prazer ou a motivação posterior ao prazer/lazer das atividades de rua e praças de lazer, promovidas pela mídia com fins comerciais, onde o “sujeito” se perde no meio da multidão na euforia da “confraternização”?

Pensamos que esse contexto embriaga mais do que a aguardente ou o *whisky* que ele, doutor, tenta suprimir da vida do “dependente”.

A visão biologicista do médico deixa-nos clara a intenção clínica em reanimar fisicamente o paciente, mas essa forma de ação terapêutica, em nossa perspectiva de análise, não possibilita ao paciente uma real auto-reflexão para que possa recuperar o seu eu enfraquecido.

## 2ª Pergunta:

**Pesquisador:** - *Algumas pessoas defendem o fato de a Educação Física, como parte do tratamento, tem a função de melhorar o ambiente. O que o Sr. pensa?*

**Médico:** *“Muitas vezes o fato de a pessoa estar em tratamento e não aceitar isso, faz com que ela se deprima. É nesse ponto que a atividade física serve como válvula de escape, alívio de tensão. A própria internação é um fator gerador de tensão e a*

---

<sup>4</sup> Sobre o assunto ver Codo & Senne: O que é corpolatria, Brasiliense, SP. 1985.



*Educação Física permite que o indivíduo consiga relaxar, descarregar sua ansiedade de forma sadia, favorecendo o tratamento, permitindo assim, uma tranquilização ao ambiente terapêutico.*

*Quando os pacientes estão tensos, o clima fica pesado, com a Educação Física a coisa muda. Eles têm atividade física pela manhã, logo cedo realizam uma pequena caminhada na área verde próxima ao hospital; aí voltam, tomam banho, café e isso proporciona um clima de descontração desde o início da manhã para todas as atividades do tratamento. Eles sentem muita falta disso, quando, por qualquer motivo não acontece”.*

Esse médico falou sem conhecimento de causa, pois quem gosta de sair é apenas um pequeno grupo, os demais permanecem no interior da clínica ansiosos por liberdade, pelo fato de já estarem “adptados” à instituição, sem forças interiores para gritar por liberdade.

O entrevistado não elucida o fator gerador de tensão, que, segundo ele, é a internação, mas não aprofunda as questões do confinamento e em que circunstâncias essa dinâmica pode gerar tensão. Se alguns pacientes reclamam da saída ou caminhada, talvez seja pelo fato de poderem, com autorização médica, sentir “*certo sabor de liberdade*”.

### **3ª Pergunta:**

**Pesquisador:** *Como está a pesquisa no tratamento do alcoolismo e toxicodependência com relação à Educação Física?*

**Médico:** *“ Não existe nada documentado, pois também é muito recente o desempenho dos profissionais nessa área. Faltam dados e acompanhamento clínico: a evolução clínico-física do paciente desde o momento de sua internação até sua alta, talvez depois. Ver o processo evolutivo, os sinais vitais, performance física, comparar isso com pacientes que tiveram maior ou menor grau de intoxicação, graus de dependência mais ou menos intensa, etc. Na educação física não se tem uma performance clínica ou história clínica do ponto de vista físico do paciente, não apenas da cirrose, pneumonia*

*ou da polineurite, mas dos sinais vitais gerais dele, performance, evolução, etc. A educação física para paciente com determinadas características não existe e nem está definida como ciência propriamente dit: tem que evoluir nesse sentido.*

Além da falta de conhecimento sobre as pesquisas biologicistas que essa área vem desenvolvendo, o médico não se mostra preocupado com uma educação física mais humana, perceptiva e sensorial. Se as pesquisas realizadas nesse campo fossem melhor divulgadas e discutidas, teríamos contribuição maior da educação física para uma relação do homem com o mundo.

*Existem poucas pesquisas que estudam temas como, por exemplo, a percepção, emoções e sentimentos e suas relações com o se movimentar do homem ou as imagens de homem e mundo que se manifestam nos estudos do movimento humano (Kunz, 1991:163).*

#### **4ª Pergunta:**

**Pesquisador:** Quais atividades seriam mais convenientes para os alcoólatras?

**Médico:** *“De forma geral é que se tome mais cuidado e que deva ser de forma progressiva pois o paciente, quando interna, está muito prejudicado fisicamente. Então o programa de educação física tem que ser adaptado ao estado geral do paciente, crescimento gradativo da “performance física.”*

O entrevistado, ao referir-se à performance física, demonstra seu entendimento orientado visivelmente por uma interpretação técnica do movimento a ser realizado.

Conforme Kunz (id.ibid:164) *“isto leva ao interessante fenômeno de que o próprio sujeito que realiza o movimento não consegue entender o verdadeiro significado deste seu se movimentar. Isto pode ser visto, especialmente, no processo ensino-aprendizagem de determinadas destrezas técnicas dos esportes, quando é necessário automatizar gestos motores”.*

Na prática terapêutica, as soluções são apresentadas e produzidas em determinadas tarefas motoras, suprimindo as próprias vivências e experiências adquiridas pelo se-movimentar do paciente. O que resta ao indivíduo, é procurar sempre a melhor forma de se adaptar às exigências clínicas.

A aceitação de interpretação essencialmente técnica do movimento humano decorre do seu caráter científico de evidência e inquestionabilidade, que o caracteriza como produto quase que “natural” da ação humana, o que se verifica na estrutura e organização do espaço físico para a prática dos esportes.

Essa forma irrefletida das práticas educacionais e terapêuticas nos esportes, talvez pudesse, em parte, ser superada, se interpretássemos o movimento humano na sua concepção mais ampla de fenômeno antropológico, sócio-cultural e histórico, pois “o homem indivíduo pelo seu se movimentar realiza sempre um contato e um confronto com o mundo material e social, bem como consigo mesmo”(id.ibid:165).

#### **5ª Pergunta:**

**Pesquisador:** Em linhas gerais qual o objetivo do tratamento?

**Médico:** *“Dar um outro sentido de vida para o paciente. Ver a relação do grau de dependência do paciente com o álcool e estabelecer um programa de tratamento. Se se trata de um paciente que chega a nível de internação, já se sabe que é um paciente com perspectiva de tratamento para a abstinência total do álcool; é diferente de um paciente de consultório, em que a perspectiva poderá ser de redução ou moderação do consumo, dependendo do grau de dependência. Para o primeiro caso junto com a abstinência, a atividade física, a terapia ocupacional, a psicoterapia, o atendimento em grupo, tudo que tem que ser feito no sentido de que o indivíduo comece a ter uma reversão no estilo de vida, porque não basta parar de beber e ficar um “alcoólatra seco”, como eles mesmo dizem. O indivíduo está sem beber, mas continua funcionando como se estivesse bêbedo ou alcoolizado. Fundamental é fazer com que ele consiga parar de beber, para viver mais feliz, ter mais contato com o mundo.*

*Vejo que, com a Educação Física, nos passeios, caminhadas, a gente tem conseguido, além da melhoria da auto-estima e do estado físico geral, que o indivíduo comece a curtir mais as coisas da natureza, melhorar a aproximação do indivíduo com o mundo. O tratamento não é apenas parar de beber, mas abrir o leque de expectativa de vida, abrangência das relações do indivíduo com o mundo. No tratamento ele começa a descobrir esse mundo”.*

Cremos ser possível fazer uma comparação desse modelo de tratamento clínico com a abolição da escravatura: na qual “libertaram” o povo negro das fazendas para o mundo, mostrando-lhe a “liberdade” da barbárie, liberdade para morrer de fome, uma fome ao mesmo tempo física, emocional e social, que persiste até os dias de hoje, como produção perversa desta “sociedade” que defende os direitos humanos, a todos os cidadãos, em quase todos os discursos institucionalizados.

A análise dessa entrevista aponta a intenção do uso da educação física na clínica para uma reeducação corporal para a utilidade e docilidade, de tal forma que as atividades estão destinadas a engendrar representações puramente funcionalistas do corpo, uma espécie de ferramenta ajustada a fins particulares, para que ele possa preencher as funções que lhe são socialmente assinaladas.

*O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia. Mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no corporal que, antes de tudo investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política. (Foucault, 1989:80)*

O corpo da indivíduo é a sua referência no mundo, é nele que se operam e investem as técnicas de remodelação do sistema.

Na clínica, a reeducação corporal é estimulada em debates, organização, esquadramento, “amigável e atenciosa” forma como os médicos presenteavam o praxiterapeuta com sucatas para as atividades de terapia ocupacional.

Essas situações encaixam-se no que diz Foucault (1991:127) sobre o disciplinamento do corpo: “O momento histórico da disciplina é o momento em que



nasce uma arte do corpo humano, arte que o torna tanto mais obediente quanto mais útil”.

Forja-se uma política e estratégia de coerções ao corpo onde:

*O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe (...). A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos dóceis. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). (id., ibid.: 127)*

Tendo presente a idéia do discurso médico confirmado na entrevista, passamos a coletar dados dos pacientes para compreender, além dos dados da pesquisa participativa, sua visão e representação da educação física e da organização clínica no processo de desintoxicação e recuperação terapêutica.

Elaboramos um questionário diferenciado daquele exposto ao médico pelo fato de os pacientes localizarem-se numa dinâmica oposta daquela vivida pelo médico ou pelos terapeutas. A perspectiva dos pacientes poderá ser diferente daquela proposta pelos médicos e pela equipe técnica.

A entrevista por questionário foi realizada aos pacientes durante os intervalos das atividades ocupacionais, momento em que puderam escrever suas opiniões, conceitos e representações a respeito do tema em questão.

Questionário e registro da quantificação das respostas dos pacientes entrevistados:

O questionário foi distribuído a 12 pacientes e o quadro se apresentou da seguinte forma:

Entrevista por questionário	sim	não
1. Você sabe por que existe ed. física como atividade terapêutica na clínica ? Se a resposta for sim, explique.	09	03
2. Você acha pertinente a educação física fazer parte do tratamento na desintoxicação e recuperação no processo de cura ?	10	02
3. O que você acha mais importante nas atividades da praxiterapia ? Por quê ?	dissertativa	
4. Quais as diferenças das atividades de educação física da clínica para a educação física que você já conhecia antes de entrar no processo terapêutico ?	dissertativa	

É válido lembrar que esses dados são amostra de um pequeno grupo que ocupa o espaço sob um determinado tempo de internação. Alguns casos de internação não duram sequer uma semana. portanto, a recolha destes dados foi realizada apenas para exemplificar a situação de determinado momento.

Na pergunta n° 1 nove pacientes responderam sim e três registraram não.

Das nove pessoas que responderam sim, quatro entendem que a educação física serve para ajudar na recuperação, mas não sabem como. Na observação percebemos os quatro pacientes com pouco conhecimento da área e que também mal tinham vontade de lutar para melhorar sua condição de dependência.

Das cinco restantes pessoas que sinalizaram positivamente, duas acreditam que a educação física auxilia com a modificação do metabolismo decorrente do novo ritmo imposto pelos exercícios; duas disseram que ela ajuda pelo prazer proporcionado pelas atividades de lazer e recreação, e uma afirmou que a educação física auxilia o tratamento com o relaxamento muscular proporcionado pelas atividades da ginástica corretiva. Esse grupo, mais informado do que o outro, percebe a educação física na mesma perspectiva do médico entrevistado.

Na pergunta n° 2, cinco pacientes responderam não, três dos quais exaltam que ela não faz sentido naquele ambiente e reforçam o argumento alegando ser ali um espaço para descanso. Observamos aqui uma forma de resistência à organização. Sete pessoas responderam sim, quatro delas estão em perfeito acordo com as propostas da clínica: “mente sã em corpo são”. As outras três registraram afirmação com uma ressalva, não concordando com a forma de abordagem da educação física pela equipe.

Na pergunta n° 3 , nada importante foi a resposta de dois pacientes. Enquanto três tiveram como resposta o relaxamento, outros três optaram pelo esporte. Atividades manuais, responderam dois, enquanto os últimos dois escolheram o passeio externo como a atividade mais importante da praxiterapia.

Na quarta e última pergunta referente à educação física, três pacientes não acharam diferença entre os dois mundos da educação física; quatro consideraram as atividades da

educação física da clínica mais calmante; dois viram nela menos competição, enquanto os últimos três observaram a não diferenciação de gênero nas atividades da praxiterapia.

#### Inquérito à equipe técnica

O questionário distribuído para os membros da equipe técnica que têm relação com a praxiterapia sofreu uma modificação na questão um (01) subtraindo-se, dela, a exigência da explicação pela resposta afirmativa, pois a resposta objetiva do funcionário denotará a eficiência ou ineficiência comunicacional da organização e denunciará a eifcência das reuniões de equipe, as quais objetivam a discutissão de todas as atividades terapêuticas. Os membros da equipe que tem relação direta e indireta com a praxiterapia, são os dois atendentes do período diurno, um atendente do período noturno, os dois técnicos de enfermagem e a enfermeira.

Desse grupo entrevistado, temos as seguintes configurações.

Entrevista por questionário ao funcionários técnicos	sim	não
1. Você sabe por que existe educação física na clínica ?	05	01
2. Você acha pertinente a educação física fazer parte do tratamento na desintoxicação e recuperação no processo de cura ?	04	02
3. O que você acha mais importante nas atividades de praxiterapia ?	dissertativa	
4. A Educação física da clínica tem alguma diferença da que você conhece tradicionalmente ?	04	02

Na primeira questão, um dos funcionários não conhece nem sequer os motivos clínicos básicos para a ação da educação física na comunidade terapêutica. Ele é extremamente funcionalista e age mecanicamente às ordens e normas. Está claro, para nós, aqui uma falha no processo interativo da dinâmica de grupo da equipe.

Em debate, numa das reuniões de equipe técnica, observamos o quase total desconhecimento das funções e objetivos das atividades terapêuticas por parte da equipe de apoio (faxineira, copeiras e atendentes), o que demonstra uma distância significativa

das funções e papéis em obediência a uma ordem hierárquica, consequente também do conhecimento técnico.

As respostas da segunda questão reforçam nossa afirmação em torno da ineficiência do processo comunicacional da organização, uma vez que nessas respostas não está embutida nenhuma idéia de cunho ideológico. A observação-participante do pesquisador durante longo tempo da pesquisa foi de extrema importância nesta interpretação das opiniões emitidas durante momentos descontraídos nas praxiterapias

Na terceira pergunta, dois funcionários, uma vez que nada conhecem a respeito da área, nada responderam. Dos quatro restantes, três responderam que preferem os esportes e um deu maior importância para as atividades relaxantes. Devemos levar em consideração a identidade cultural dos entrevistados, o que nos conduz para uma outra tentativa de absorção de informações, ou seja, as trocas de informações durante as atividades terapêuticas e intervalos destas.

Na quarta questão, os dois funcionários que nada responderam na questão anterior, dessa vez lançaram resposta negativa demonstrando, na verdade, ignorância desta área do conhecimento. Já os quatro outros, em sua resposta afirmativa, apontam para uma compreensão diferenciada das vivências das atividades terapêuticas, fato confirmado em discussões posteriores, nos intervalos entre as atividades.

A realidade dos funcionários da clínica e suas representações sobre a educação física e a praxiterapia nos obriga a rever os aspectos institucionais que atrelam a educação física a um esteriótipo de atividade. Fato que abordaremos a seguir.

### **3.4 - EDUCAÇÃO FÍSICA - O PERFIL DO DISCIPLINAMENTO**

Diante das concepções médico-higienistas percebe-se, vinculada a elas, a idéia de educação física enquanto esporte de rendimento. Um exemplo nos é claro no momento quando os médicos reforçam isto na utilização do esporte para pacientes de uma comunidade terapêutica psiquiátrica. Algumas instituições, além de oferecerem aos



pacientes variadas “opções” de esporte e lazer como suprimento de atividades físicas, chegam ao ponto de promoverem grande disputas esportivas para os internos, eventos que chegam a durar um mês ou mais. Nessas ocasiões, a vida hospitalar tem como centro de interesses a olimpíada interna, que é aproveitada para “integrar” os diversos departamentos que colaboram, intimamente, com o certame, “integrar também as pessoas”, despertar-lhes o entusiasmo pelas atividades desportivas e outras, além de estimular-lhes o gosto pela competição.

Pelo discurso competente, ou seja, o discurso instituído<sup>5</sup>, nessa passagem do discurso do conhecimento, assistimos ao movimento pelo qual a ideologia incorpora e consome as novas idéias. *“Freud dissera que, com a psicanálise, trouxera a peste à humanidade. Como explicar então que esse flagelo tenha podido converter-se, mundo afora em terapia adaptativa e de ajustamento, se aquilo a que essa “terapia” pretende nos ajustar é exatamente o que torna possíveis a neurose, a psicose e a loucura?”* (Chauí, 1990:06)

Tendo presente essa compreensão, vemos que, ao longo dos anos, se tem enfatizado o corpo como principal foco da atuação dos mais diversos discursos, no qual o objetivo dominante é massificar determinados tipos de conhecimentos, sujeitando os indivíduos à alienação, verdadeiro fator de embriaguez social.

A clínica utiliza-se de exercícios corporais para atingir modificações a nível psicológico. Mas qualquer exercício executado automaticamente é apenas um novo hábito sem nenhum efeito psicológico.

Pode-se dizer que um dos fatores que exclui o valor psicológico do exercício físico, é a intenção de vencer - a luta contra o cronômetro, a distância a percorrer, o gol a marcar. A intenção de vencer predispõe a atenção a se fixar no resultado, e isso torna impossível o estar presente “de corpo inteiro” e sentir os movimentos.

Os médicos afirmam, nas discussões e avaliações do trabalho terapêutico, o alcance de importantes objetivos tais como: favorecer o relacionamento interpessoal; despertar em todos o prazer de sentir um corpo mais sadio, mais capaz e mais eficiente; fazer com que os pacientes e funcionários tomem gosto e se habituem à prática desportiva; contribuir para o equilíbrio dinâmico da vida comunitária da clínica, com a

---

<sup>5</sup> Sobre o discurso competente ver Chauí (1981:07)

drenagem de tensões e agressividade dos pacientes e funcionários; descobrir os valores de cada um e estimular a auto-afirmação; cultivar a responsabilidade pessoal, tornando o indivíduo útil a si e ao grupo, com a elaboração das múltiplas situações, inclusive as derrotas.

Esta experiência teve início em 1984, nos grandes hospitais de São Paulo e, a médio prazo, com a divulgação da experiência, em três Congressos Nacionais de Psiquiatria, nas Escolas de Educação Física e em Hospitais Psiquiátricos. Vários hospitais passaram a construir instalações desportivas e já incluíram a prática de esporte e competições em seu programa de tratamento. Mas, até o momento ainda não se conseguiu avaliar a exata repercussão desse trabalho na estrutura mental dos pacientes, apenas reverifica que o espaço físico acompanha os modelos tradicionais utilizados para o esporte de competição e rendimento.

Essa idéia é o típico exemplo do reforço do disciplinamento e, ao mesmo tempo, válvula de escape para o não-atrofiamento total do indivíduo internado, cuja manifestação por seus movimentos é interpretada por divisões psico-anátomo-biológicas de um corpo considerado substância química.

Ao interpretar as atividades dessa forma, não estamos querendo, com isso, subtrair a importância da presença de profissionais de educação física nesta área de atuação profissional, mas levantar crítica construtiva, para que se faça um estudo mais aprofundado das verdadeiras intenções do uso do esporte e lazer nas mais variadas situações de vida das instituições. Além disso, estamos querendo evidenciar o importante papel que esses profissionais têm neste campo, pois, com o estudo do *movimento humano*, há possibilidade de libertação pessoal. Com clareza deste elemento importante da Educação Física o indivíduo conhece a si mesmo enquanto sujeito determinado pelas razões sócio-culturais, sendo sujeito de suas idéias e ações. Sobre movimento humano, Kunz (1991:162), com base nos estudos de Trebels (1983), trabalha uma concepção para o conceito de movimento humano como uma “ação em que um sujeito, pelo seu ‘se-movimentar’, se introduz no mundo de forma dinâmica e com esta ação percebe e realiza os sentidos e significados em e para o seu meio”.

O fato de a Educação Física ter como um dos campos de estudo a busca da compreensão do movimento humano, é de vital importância, também, o entendimento da distinção que alguns autores fazem em relação ao corpo. Por exemplo, Kunz(1991:169) apresenta um autor: Tamboer(1989) que elabora a distinção da relação “corpo(Körper)-substancial” (Newtoniano) e “Corpo(Leib)-relacional” (Física Moderna). Segundo esse autor o estudo “Corpo-Movimento Humano” parou na era “Newtoniana”. A moderna física não mais concebe a natureza em forma de “partículas sólidas e isoláveis” como era concebida na época de Newton, mas sim como uma “complexa e dinâmica rede de relações e inter-relações” como podemos perceber na concepção da mecânica quântica” e da teoria da relatividade de Einstein.<sup>6</sup>

Da mesma forma, na “imagem de corpo-substancial”, quer referir-se à terminologia grega de “substância”: termo muito importante no pensamento grego ocidental e quer significar existe por si mesmo, que pode ser isolado, concebido como algo em si e fechado.

Na imagem “corpo substancial” o corpo é visto como uma entidade fechada em si onde a linha divisória é constituída pela própria pele. Há nesta concepção uma tentativa de separar homem e mundo. Para Merleau-Ponty (1994) somos um “ser-no-mundo” e nunca movimentamos o nosso “corpo-objeto”, mas sim o nosso “corpo-fenomenológico”.

Nesta divisão em dois “mundos”, que na teoria esportiva poderíamos chamar de “mundo psicológico-interno” e de “mundo físico externo”, incluindo o sócio-cultural, o corpo na verdade recebe um papel mediador entre esses dois mundos, que devem ser estimulados, controlados, dirigidos e tratados nas terapias corporais de acordo com as diretrizes organizacionais. O corpo, como agente mediador, funciona assim em diferentes “metáforas” utilizadas historicamente para sua definição: “prisão”, “instrumento”, “aparelho locomotor”, “meio de expressão”. Nesse processo o corpo foi silenciado. E a reconstrução histórica do corpo se torna, necessariamente, uma crítica ao Poder, ao poder que o mutilou.

---

<sup>6</sup> Ver a respeito Capra:1982. O ponto de mutação.

Para a superação dessa “imagem de corpo-substancial”, Kunz, mais uma vez se referindo a Tamboer, se opõe a concepção de “imagem de corpo relacional” que se identifica com o conceito de “corpo-sujeito”, de Merleau-Ponty.

*Com o ‘Corpo-Sujeito’, experimentamos relações em nosso mundo que é construído pelas nossas ações . E durante estas ações, não temos consciência do corpo como um objeto, transcendemo-lo sem problemas. O fato de ‘termos’ também um Corpo e dele termos uma experiência como se fosse ‘coisa’, é possível, mas não deixa de ser uma forma de experiência ‘secundária’, que só surge realmente quando determinadas ações virem a se tornar problemáticas (em caso de algumas doenças, por exemplo) (Tamboer, 1989, conforme Kunz, 1991:171).*

As relações a que ao corpo se refere não são externas, mas intrínsecas e, por isso, são sempre relações de sentido e significado e dependem de uma intencionalidade na relação homem-mundo. Aqui se torna importante a compreensão e interpretação da subjetividade, como em Merleau-Ponty, em que o “compreender-o-mundo-pela ação” se entende muito antes por um “eu posso” do que por um “eu penso” cartesiano.

Diante do que se viu durante este trabalho no interior da “Clínica Belvedere”, o tratamento corporal do paciente é interpretado enquanto corpo substancial, ou seja, aquele submisso, subjugado, aprisionado, que se evidencia no comportamento humano durante e depois do período de internação. Por isso, afirmamos que a compreensão de corpo relacional, possibilita que o indivíduo possa agir por si mesmo, capaz de ter suas opiniões próprias e tenha a compreensão dos discursos que lhe estão sendo impostos.

Se pretendemos alterar o processo de interiorização dos princípios básicos da sobrepujança e das comparações objetivas da prática tradicional da Educação Física que propiciam o “selecionamento”, “especialização” e “instrumentalização”, devemos compreender que o movimento humano cumpre outras funções e poderá ter outros sentidos e significados, se trabalharmos na direção educacional e os evidenciarmos nas relações quotidianas, para a reflexão dos próprios atores.

Tais sentidos são, conforme Kunz (1991): *sentido comparativo*, cujo único objetivo é o rendimento; *sentido explorativo*, que busca conhecer e interpretar objetos

materiais pelo seu uso, explora novas formas de movimentos e jogos; *sentido produtivo*, cuja manifestação se dá na produção de obras artísticas, por exemplo; *sentido comunicativo*, manifestado na comunicação corporal na dança, dos gestos e atividades esportivas e outras. Mas em todas essas manifestações é necessário o conhecimento de determinado sistema de símbolos e sinais como base no entendimento da comunicação pelo movimento; e finalmente, *sentido expressivo*, que se manifesta pela expressão de emoções, sentimentos, impressões, gestos, etc.

Com os movimentos expressivos, a educação física tem um meio de manifestação e exteriorização da individualidade psíquica, que pode ser aproveitada tanto para a busca da autonomia, quanto da alienação do indivíduo, o que dependerá, certamente, da relação que se estabelece entre os atores, e da relação que ambos estabelecem com o corpo.

Esses elementos são desconsiderados nas intervenções terapêuticas. Assim, a descontextualização, o desconhecimento da história, a ênfase no individualismo e na competitividade, o autoritarismo, ausência de emoção e supressão de contradições nas instâncias formadoras de subjetividade, culminam para uma formação estereotipada de ser humano.

Portanto, a educação física, enquanto elemento terapêutico, se não for uma saída para a sociedade, pelo menos deverá ser um caminho que, pedagogicamente, terapeuticamente, só terá sentido se, como nos expressa Adorno (1989) se conseguir opor-se a que Auschwitz nunca mais aconteça. Ele utilizou Auschwitz como modelo de barbárie que, ainda hoje, se manifesta em comportamentos sociais do mundo inteiro.

Assim sendo, o tratamento terapêutico, visto neste trabalho, teoricamente tem, também, um sentido prioritariamente educacional sobre o paciente. educação, porém, não no sentido autoritário, como vem acontecendo, e que mais frustra o paciente do que o liberta da angústia das ilusões da vida, mas sim um processo educacional que conduza à auto-educação. A oferta de atividades práticas de cultura e lazer onde se priorize “a vivência de sucesso” poderia levar o paciente a entender que é responsável pela sua própria cura. Neste sentido a Educação Física poderia cumprir um papel extremamente importante, talvez o mais importante em toda a prática terapêutica.

## IV - CONCLUSÃO

### 4. REFLEXÃO DA PRÁTICA INSTITUCIONAL

As atividades clínicas analisadas neste trabalho têm, como já foi evidenciado nos capítulos antecedentes, a intenção da recuperação física e mental dos pacientes.

Pela educação física, a equipe técnica intenciona transmitir aos pacientes uma capacidade de ação no sentido de propiciar a eles possibilidade de aumento do repertório de lazer e adequada prática de esportes de forma que eliminem o vício do álcool ou drogas, além de consolidar *hábitos* em atividades rotineiras e condutas normativas que contribuam para o cumprimento de regras e manutenção da ordem social.

Pelo relato-análise realizado até aqui, evidência-se que, por trás do discurso da atividade física como ação terapêutica, a intencionalidade clínica, com a utilização da educação física, está baseada em objetivos pautados no desenvolvimento da aptidão física, da reeducação corporal e do disciplinamento para o ajuste social.

O que se pode dizer da atuação da praxiterapia no interior da instituição é que a função institucional naquele ambiente, em nossa análise, é a de criar uma paralisia corporal, um disciplinamento mascarado por um discurso de corpo saudável, belo e útil. Pois nossas hipóteses a respeito de seus efeitos foram confirmadas ao longo do trabalho desenvolvido pela malha crítica da análise das relações de poder e saber na construção do hábito em detrimento da memória, na reafirmação da concepção médica de corpo-substancial, escamoteando a ação corpo-relacional, demonstrando-nos na contra-mão dos desejos, a força da autoridade na estrutura organizacional.

No contexto clínico não são incluídas, nas discussões do grupo, temáticas que abordem o desenvolvimento da autonomia e de competência social. A educação física, em nosso modo de compreendê-la enquanto fenômeno social, não pode afirmar o sistema de opressão e manter sua ação reduzida à prática de atividades motoras e esportivas.

Tendo presente essa realidade, a educação física representa para os membros da comunidade, sinônimo de saúde física, por estabelecer entre ambas, educação física e

saúde, uma relação de causa e efeito: o vigor, a alegria e a juventude do praxiterapeuta representam, para os internos, a saúde concreta; enquanto a instituição, por sua vez, utiliza a educação física para “proporcionar” a possível cura do paciente.

Essa constatação leva-nos a formular uma crítica na tentativa de demonstrar a necessidade de se compreender melhor o que pode representar, naquele espaço, a educação física.

A fundamentação do entendimento da educação física enquanto prática social numa perspectiva diferente da lógica determinista, da ciência positivista e do discurso higienista do pensamento médico da instituição, deve ser pautada na teoria do se-movimentar elaborada como ação pedagógica por Kunz (1991), referida anteriormente e que nos proporciona, em última análise, uma possibilidade de compreensão e recuperação do eu fragmentado e enfraquecido do indivíduo dependente.

Uma vez que possa experimentar as atividades corporais utilizando-se de todos os seus sentidos, na real acepção do termo, o homem terá plenas condições de compreender e superar a imagem de corpo substancial e se integrar ao mundo através de uma imagem corpo-relacional, pois o movimento humano é fundamentado na intencionalidade. Obviamente, o ser humano pode de diversas maneiras interagir e defrontar-se com o mundo, mas o movimento humano é uma grande possibilidade para isso, pois somente pela intencionalidade do se movimentar é possível superar um mundo confiável e conhecido e penetrar num mundo desconhecido.

A interação do indivíduo com a realidade clínica passa pelas representações das relações intergrupais, identidade profissional e identidade pessoal. Embora cada indivíduo tenha representações pessoais de objetos sociais, um exame das cognições no nível grupal permite que o ator aprenda sobre os aspectos compartilhados de uma representação.

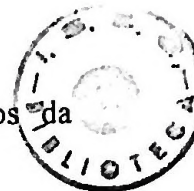
Num primeiro estudo sobre as representações de saúde e doença que envolveu pacientes dependentes de drogas e familiares seus, os resultados demonstraram, em sua maioria, que a idéia de saúde é ausência de doença. Mas, a drogadição, vista como doença, é opinião geral dos familiares e quase total da equipe técnica, enquanto que 50% dos pacientes não acreditam ser a dependência de drogas uma doença, mas poucos

têm outra perspectiva de tratamento contrária à internação clínica. Nas respostas dos pacientes, percebemos a nítida divisão das opiniões que retratam uma separação física entre aqueles conformados e os não-conformados com a organização técnica voltada ao tratamento. A maioria dos familiares impõe a internação ao paciente de modo que essa imposição é construída por muito tempo numa espécie de convencimento emocional, que abarca desde os aspectos afetivos, religiosos e coercitivos.

As representações sobre doença emergem relacionadas com um *background* religioso dos entrevistados. Esse aspecto aliado às dificuldades na relação de poder no interior da clínica explica as tantas dificuldades na interação entre equipe terapêutica e internos.

Em nosso estudo, as representações sociais dos pacientes dependentes químicos sobre o binômio saúde - doença, corpo e educação física, nos revela determinados bloqueios entre equipe e pacientes; pois os pacientes não podem compreender o jargão médico. Como consequência, os pacientes não conseguem manter relação reflexiva consigo próprios e não compreendem seus problemas, suas “doenças” e prognósticos. Portanto, as atividades terapêuticas não encontram respaldo na relação interdisciplinar da equipe técnica, devido às dificuldades de compreensão desta das diferentes concepções de corpo, saúde, doença, colidindo com a estrutura organizacional na forma como são elaboradas e fundamentadas as atividades. Essa dificuldade de compreensão da equipe técnica, evidenciada e confirmada ao longo deste trabalho, reflete diretamente na paralisia corporal dos pacientes, resultando em sucessivas reinternações e, muitas vezes, desistências pessoais na luta contra a dependência.

Outro fato revelado é a existência do estigma, que determina uma condição social ao paciente, alijando-o da sociedade; pois aquele, já temeroso diante da sua condição, assume o papel de coitado ou doente, o que faz com que o medo seja uma das características mais marcantes dessa pessoa. Desconstruir esse medo pelas atividades, nos moldes em que elas se apresentam institucionalmente, é quase impossível, permanecendo a necessidade de uma revisão crítica para que, com novas compreensões de homem e de mundo, pautadas no saber reflexivo e da cooperação coletiva, se possa conseguir alguns resultados positivos não só na perda dos medos, mas na reflexão para a superação de tantos outros problemas decorrentes da alienação social.



A partir de todas essas considerações, chegamos a alguns passos da intervenção que podem auxiliar a reverter a situação apresentada:

1. Discutir os resultados desta pesquisa não somente com a equipe terapêutica da clínica em questão, mas em outras instituições que tratam do mesmo problema para que a crítica à instituição possa motivar a reflexão sobre as formas institucionais de abordagem das questões do alcoolismo e toxicod dependência.

2. Promover discussões ao nível interdisciplinar salientando a idéia de que o trabalho interdisciplinar integrado é importante para promover não só a a qualidade de vida do paciente, mas de todo um meio social envolvido nas questões da dependência química..

3. Considerar as representações que a própria equipe e os pacientes fazem do seu problema, de seus corpos e de outros objetos sociais, relevantes na programação da intervenção terapêutica.

Essas evidências apontam para a obrigatoriedade de análise reflexiva da instituição numa perspectiva crítica à própria organização e suas funções. É um trabalho, portanto, que deverá ser desenvolvido ao longo do processo terapêutico. Para isso teríamos de construir práticas terapêuticas revolucionárias, diferentes das tradicionais e autoritárias. Talvez a solução esteja fora da instituição, mas isso envolverá outros elementos do processo da construção da relação homem-sociedade. Esse processo não pode ser simplesmente transmitido a cada pessoa, porque só pode ser incorporado por ela mesma em processo ativo de vivência em que cada pessoa possa compreender o que significa realmente sentir, ouvir, ver, tocar, sem que essas percepções sejam restritas pela atenção consciente ou pelos medos inconscientes. Os mecanismos de controle sociais são sentidos pelos corpos, ou seja, pelas pessoas que reagem a esses mecanismos com medo, angústia e ansiedade. Há a necessidade de que os próprios pacientes desenvolvam nova percepção da realidade.

Observando essas questões e experimentando as novas ações no trabalho clínico, percebemos que o trabalho da praxiterapia causou polêmica e gerou conflitos que colocaram em xeque as relações de poder na comunidade.

A ação do praxiterapeuta, principalmente com a educação física, passou a ter grande significação e importância para os internos, em relação a outras atividades desenvolvidas no interior da clínica; pois a relação entre os indivíduos nessas atividades ocorria de “corpo inteiro”, possibilitando ao grupo identificar-se ou não com as condições impostas pela instituição.

Naquele espaço, vivemos a idéia de que a educação física não pode ser instrumento de imposição da ordem, mas sim de encontro, redescoberta dos sentidos e da percepção dos significados da própria ação e expressão. E, assim, dentro das mais diversas condições contextuais, as aulas de educação física, contribuíram para um pensar crítico do interno sobre a instituição e sobre si mesmo.

O envolvimento dos internos com a educação física, despertava neles a dúvida sobre a validade do internamento. Não tardou para que a educação física fosse apontada pelos “químico-dependentes” como a única atividade prazerosa da instituição.

A equipe técnica, ao perceber que os internos voltavam das atividades externas “reivindicantes demais”, resolveu levantar, nas reuniões de equipe, a discussão sobre a validade do jogo de futebol e os passeios à praia, alegando que os internos precisavam de limites e que não estávamos conseguindo impor esse “limites”, dando-lhes “porres”<sup>1</sup> de educação física e, por causa disso, deveríamos colocar o indivíduo em isolamento para fazer brotar nele a ansiedade e a depressão.

Estes argumentos, aliados à pressão emocional da relação de poder de forma autoritária, disfarçada por uma política de “boa vizinhança”<sup>2</sup>, reduziu gradativamente o espaço de atuação da praxiterapia, de modo a criar mecanismos para adaptá-la ao interesse da clínica: o disciplinamento.

Percebendo o insucesso em recolocar a praxiterapia novamente a serviço de seus objetivos, a equipe dirigente mudou de estratégia, buscando cooptar-nos com reajustes de horários e responsabilidades.

---

<sup>1</sup> Neste caso o termo é utilizado pela linguagem clínica para denominar e caracterizar a situação de embriaguez psicológica. Porém, numa analogia interpretativa: “porres” são citações de consumo excessivo de bebida alcoólica, que coloca o indivíduo em condições anormais de percepção e reflexão.

<sup>2</sup> Entende-se por política de boa vizinhança aquela que acoberta as contradições e evita os conflitos de idéias divergentes.

Esse fato, somado às pressões institucionais que se seguiam, provocou-nos desprazer pelo trabalho na clínica. O ponto culminante do conflito com a instituição havia sido alcançado e era urgente resolvê-lo. Uma reunião com os médicos resolveu o problema: a desvinculação com o trabalho na instituição e a subtração temporária da educação física naquele espaço terapêutico.

Ainda hoje perguntamo-nos: terá vencido o “especialista”? Ou ao contrário, sob todo o disciplinamento imposto pela “Clínica Belvedere” a seus “doentes” internos, ainda pulsa neles o desejo da percepção e da libertação da dependência e alienação?

Será indício de vitória, esse sorriso irônico que percebemos estampado no rosto-máscara do médico, a cada vez que normaliza em nome da ilusão da cura?

Ou será esse riso sem controle que escutamos, vindo de um lugar indefinido (um quarto, um consultório, uma cela, um bar, um beco), o sinal de que o poder de iludir também se exerce contra a dominação, sendo a “normalidade” apenas a máscara temporariamente escolhida para concluir o “tratamento”, validar a “alta” e, abrir as portas para os frágeis espaços da liberdade possível?

Entre a intenção da clínica de utilizar-se da praxiterapia com ocupação, lazer, adestramento e educação corporal e os efeitos das atividades ocupacionais, com um cunho espontâneo nas programações, criou-se um espaço ético-profissional, suscitando questões para a equipe técnica e os pacientes. Isso resultou, na perspectiva da equipe técnica, a dúvida sobre manter ou não a atividade por causa dos efeitos “não previstos”, que estavam causando críticas e depreciações a outras atividades em favor das atividades físicas. Na expectativa dos pacientes, porém, sobraram dúvidas sobre a validade das outras atividades que não lhes traziam tanto prazer, quanto às de educação física.

Esse espaço de atuação foi de grande valia durante o tempo de nosso trabalho na instituição, pois assim alguns dos internos participantes puderam ir além do estado ansioso e do nervosismo causados pelas situações cotidianas do interior da clínica. Uma vez que buscavam fugir das drogas “cá fora”, acabavam encontrando uma outra “forma” de droga “lá dentro”. Com a crítica à sistemática domesticadora do interior da comunidade, puderam estabelecer relações entre as normas “propostas” pela clínica e as normas impostas pela sociedade. Neste ponto a praxiterapia logrou êxito para algumas

peessoas; já outras continuaram incapazes de se desfazer das representações do ideal e da moral cimentadoras de suas relações com o mundo.

Para livrar-se de um “mal” (nesse caso, a droga e o álcool) que interfere na vida pessoal, antes é necessário ter-se a compreensão das influências sociais que reforçam esse “mal”, de modo a poder ou não optar e experimentar uma outra forma de viver, em que o indivíduo possa obter êxito em suas ações, sem necessitar de alguém para impor, decretar receitas e técnicas de ajustamento, ou confiná-lo com “objetivos terapêuticos”.

Acreditamos que para se ter a compreensão dessas forças que atuam nas relações entre os indivíduos, é preciso entender o processo de produção do sujeito social e, se não puder libertar-se, ao menos ter convivência crítica com as dependências institucionalizadas, além de compreender a lógica racional e instrumental capitalista, que ordena o modo de vida dos cidadãos e modela suas relações organizacionais.

A liberdade de movimento que um indivíduo pode descobrir numa atividade de lazer, desde que não seja desenvolvida nos moldes tradicionais que impõem a verdade da lógica competitivista, talvez lhe possibilite uma reflexão sobre a relação entre a liberdade de movimento e ação e o aprisionamento corporal que as formas de ação nas instituições tradicionais lhe determinam.

Portanto, a educação física só terá sentido, em nosso contexto, se nós pudermos opor-nos a que essas manipulações de poder e do corpo continuem a existir. Obviamente, isso se encontra dentro de um contexto menor da sociedade, mas ela não pode deixar de contribuir com sua função pedagógica, profissional. Quem atua com pessoas, não pode desconsiderá-las do seu contexto, enquanto a sociedade não mudar.

A realidade da maioria das comunidades terapêuticas tem-nos mostrado uma educação física re-adaptada àquela já adaptada aos desviantes sociais, ou seja, aquela que possibilitará atingir o objetivo último do tratamento, qual seja o do estabelecimento e afinamento de um diálogo sensório-motor com o meio, através do domínio e controle do próprio corpo.

Essa busca do domínio corporal, porém, obedece, além da concepção corpo substancial, à lógica do capital, da competição. Os esquemas lógicos impostos à inteligência humana limitaram drasticamente a liberdade de pensar. A criatividade

imaginativa passou a ser regulamentada pelas leis da inteligibilidade racional. A perspicácia da intuição também foi bloqueada pelos mecanismos empíricos do saber científico, de modo que a sensibilidade humana perdeu suas duas grande aliadas: *a imaginação e a intuição*. Pois é pela imaginação e intuição que o homem se torna capaz de ultrapassar as fronteiras do imediato, do presente e do visual. Com elas o homem alcança o invisível e desenvolve a sensibilidade humana.

Ao optarmos pelo desenvolvimento da educação física voltada para o movimento humano na busca da recuperação dos sentidos, estaremos contribuindo para a restauração da sensibilidade humana, que ajudará a garantir a capacidade imaginativa do homem no sentido de reintegrar a intuição como acessos legítimos e válidos para a sociedade.

Uma vez fragmentado pelos condicionantes sociais, o homem sente que é preciso recuperar sua identidade enquanto pessoa, e questiona: O que é o homem ? É uma pergunta que não é nova e precisa ser entendida de outra forma. A resposta que reduz o homem a um objeto científico fracassou. Como retomá-la neste contexto?

Na realidade clínica observamos uma outra face da sociedade que a revela em suas grandes deficiências sociais. Essa experiência fez-nos ressurgir as questões das preocupações do homem, nas quais está palpitante o drama que o aflige, o reencontro dos caminhos existenciais que ponha a salvo o humano do homem. Trata-se de construir o mundo das existências humanas para que o futuro nos responda à velha pergunta.

Após terem sido considerados alguns dos principais aspectos sobre as relações de poder, na reeducação corporal dos internos da clínica Belvedere e as representações e significados dessas relações no cotidiano clínico, e suas decorrências nas atividades de educação física pode-se dizer que as hipóteses formuladas no início deste trabalho estão confirmadas, na medida em que os dados indicam o seguinte:

1. As relações na instituição, por um lado, caracterizam-se pela burocracia profissional, mas, por outro, pelo modelo hierárquico o qual implica uma cadeia descendente que começa pela direção representada pelos psiquiatras, passando pela enfermagem, equipe técnica e equipe de apoio, buscando a “harmonia” técnica para o processo terapêutico, que resulta em reinternações constantes.



2. As formas de intervenção terapêutica dão margem a questionamentos sobre seu objetivo terapêutico: terapia e cura ou ordem e disciplina? A pesquisa revela a presença dos dois fenômenos, que variam conforme os interesses mais imediatos, fato que confirma nossa hipótese sobre o disciplinamento com base nas referências de Michel Foucault.

3. Na relação entre atendentes e internos que ressaltamos como sendo o eixo mais significativo das relações internas, ambos mantem-se num acordo de conveniência, muitas vezes, conturbado; pois cabe ao atendente encontrar uma forma adequada de intermediar a relação dos internos com o restante da equipe técnica. Assim, as tensões provocadas se expressam na desorganização técnica e distúrbio do ambiente, nem sempre bem assimilado pela equipe.

4. O caráter centralizador do médico, autoridade legítima da clínica, dá o ritmo de movimento do seu relacionamento com a equipe técnica e desta, por sua vez, com os internos.

4.1. Em todos os espaços institucionais, a autoridade médica é assegurada por ser fonte produtora do discurso científico, o saber, e, por consequência, fonte de poder.

4.2. O papel de intermediação desempenhado pela equipe de enfermagem, obriga-a a adequar-se às demandas provenientes das necessidades expressas pelos internos e também a necessidade de corresponder às expectativas e orientações médicas.

Portanto o espaço político da enfermagem é abrangente, mas não aproveitado em termos de melhoras da comunidade terapêutica.

Cabem, por conseguinte, aos atendentes as principais adequações para que a cadeia hierárquica não se rompa no ponto nevrálgico de sua transmissão.

## PALAVRAS FINAIS

O relato análise deste estudo terá contribuído para, senão a compreensão ou o entendimento do duplo vínculo que instituições ditas “terapêuticas” representam, pelo menos a busca de possibilidade superadora e transformadora do indivíduo paciente pelo levantamento de dúvidas e questões sobre o trabalho das “comunidades terapêuticas” que tratam das dependências químicas.

Abrimos a porta da instituição e identificamos que um caminho para a emancipação parte, essencialmente, das discussões interdisciplinares nos grupos imbuída da vontade de conhecer e romper com uma relação estritamente técnico-racional. As ações devem orientar-se na busca e no desejo da construção de um conjunto coerente de saberes que estabeleçam ligações claras e concretas do homem com a sociedade e que possibilitem a interação desses saberes no sentido de diminuir a lacuna aberta pela educação divisora da existência. Dessa forma o homem pode encontrar o *phyllum* original do seu ser: o homem uno, cuja essência é sua própria pluralidade enquanto ser social, um ser no qual o desejo e as percepções possam ser claras a ele próprio na busca da compreensão de si, enquanto sujeito que interage na sociedade. O resultado dessa confrontação indivíduo-instituição-sociedade poderá surtir em nova forma de ver o mundo e, principalmente, de se ver dentro deste mundo, tendo sua própria identidade.

No início deste trabalho abrimos a porta da instituição na tentativa de dissecar sua estrutura e funcionamento para observar a importância da educação física no processo de recuperação de dependentes químicos e compreender a relação de poder estabelecida na organização e sua influência nos objetivos da comunidade terapêutica.

A pesquisa realizada e a metodologia utilizada confirmou nossas hipóteses nos aspectos referentes às representações e expectativas, pois uma vez que a comunidade terapêutica, tendo pouca leitura da realidade, apenas exerce as funções, papéis e ofícios de maneira fragmentada numa visão cartesiana e psicobiológica do homem, pouco sucesso conseguirá em relação aos objetivos propostos.

Os aspectos abordados nesta pesquisa refletem o resultado de uma observação muito particular, na ótica de um pesquisador participante da realidade estudada. Uma diferente ótica de observação sistemática, com outra qualquer forma de convivência com

o cotidiano institucional, sem dúvida, poderá revelar outros mecanismos ou forma praxiterápicas ou, como queiram, terapêuticas que não foram contempladas neste trabalho.

Durante a elaboração deste trabalho, fundamentalmente, o foco de nossa atenção esteve voltado para as particularidades com que o poder é exercido na instituição e suas decorrências na reeducação (paralisia) corporal. O conceito de poder utilizado está fundamentado em Foucault, ou seja, o poder sendo uma instância que não está precisamente situada em lugar nenhum e que, no entanto, permeia todas as relações .

De fato cabe, a esse respeito, assinalar que a rede de poder institucional observada caracteriza-se pelo fluxo descendente e pela sistemática negociação de espaços definidos de poderes específicos, já mencionados que asseguram, com a eficiência dos mecanismos de ajustamento, a função institucional, “cumprindo”, dessa forma, seu papel filantrópico respondendo à sociedade pela importância da sua existência. Porém, a grande massa de cidadãos da sociedade, além de viver na alienação, não tem condições de perceber toda a rede complexa de relações e interesses muito particulares que podem ser percebidos numa pesquisa minuciosa dos detalhes estruturais do funcionamento da organização. Portanto, não pode cobrar da instituição aquilo que não conhece.

Cabe-nos registrar neste trabalho a necessidade de se ampliar o horizonte de conhecimento não só das equipes envolvidas nos trabalhos terapêuticos, mas também das famílias que estão relacionadas nesta problemática. Para isso, nossa proposta é a de construir e elaborar grupos de discussão com propostas de estudo, objetivando a compreensão de homem e mundo e sua interdependência social para que, com novas perspectivas, se possa trabalhar, não só com outra visão de educação física, corpo e sociedade, mas também com novos olhares sobre a questão da droga e da dependência. Nesse sentido, além da crítica, elaboramos algumas perspectivas teóricas de transformação.

Portanto a porta fica aberta para que este trabalho sirva como indício na tentativa da busca de reflexão sobre as condições organizacionais referentes ao contexto do alcoolismo, da drogadição e da educação física na recuperação de alcoolistas e toxicod dependentes, bem como maior clareza do que significa o tratamento institucional.

## BIBLIOGRAFIA

- ADORNO, Theodor W. (1995), *Educação e emancipação*. Paz e Terra, Rio de Janeiro.
- BELTRÃO, Ierecê R. (1993), *A didática e a formação de professores de história: em busca da explicitação das relações poder-saber na organização do trabalho pedagógico*, Florianópolis. Dissertação (Mestrado em Educação) Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina.
- BETTI, Mauro. (1988), *A educação física na escola brasileira de 1º e 2º graus no período de 1930-1986: uma abordagem sociológica*, São Paulo. Dissertação (Mestrado em educação física ) Escola de Educação Física da Universidade de São Paulo.
- BLAU, Peter M. and SCOOOTT, W Richard. (1962), *Formal organizations*, San Francisco: Chandler Publishing Co.
- BOLTANSKI, Luc. (1984), *As classes sociais e o corpo*. tradução Regina A. Machado. Rio de Janeiro, Graal.
- BOSI, Ecléa. *Memória e sociedade*. (1994), São Paulo, Cia das Letras.
- BURKE, Peter (org.). (1992), *A escrita da história: novas perspectivas*. Trad. de Magda Lopes. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista.
- CAPRA, F. (1982), *O ponto de mutação*, São Paulo Cultrix.
- CHAUÍ, Marilene de S.(1987) *Conformismo e resistência*, São Paulo: Brasiliense.
- \_\_\_\_\_.(1981), *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. São Paulo. Ed. Moderna.
- \_\_\_\_\_.(1980), *O que é ideologia*. São Paulo. Brasiliense.
- CODO, Wanderley & SENNE, Wilson. (1985), *O que é corpo(latria)*. Col. Primeiros passos, São Paulo, Brasiliense.
- COOPER, David. (1982), *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. S. Paulo. Perspectiva.
- COSTA, Jurandir freire. (1983), *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal.
- \_\_\_\_\_.(1981), *A história da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, Campus.
- CUNHA, M.C.P. (1986), *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro, Paz e Terra.
- DEJOURS, Claude. (1987), *A loucura do trabalho*. SãoPaulo. Ed. Cortez.
- DONZELOT, Jacques. (1980), *A polícia das famílias*. Tradução M.T. da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro. Ed. Cabral.
- DURKHEIM, E. (1971), *As regras do método sociológico*. São Paulo, Ed Nacional.
- EHREMBERG, A. (1989), *L'individu sous perfusion: société concurrentielle et anxiété de masse*. Espirt : Paris, v.7/8, n.152/153, p,36-48.

- EZPELETA, Justa e ROCKWELL, Elsie. (1989), *Pesquisa participante*. São Paulo. Cortez, Autores associados.
- FERREIRA, J.M.Carvalho (et alli) (1996), *Psicosociologia das organizações*. Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- FONTANELLA, F. Cock. (1995), *O corpo no limiar da subjetividade*. Piracicaba: Ed. UNIMEP.
- FOUCAULT, Michel. (1979), *A verdade e as formas jurídicas*. Cadernos da PUC, Série Letras e Artes, São Paulo, n.16, p5-102.
- \_\_\_\_\_.(1991), *Tecnologias del yo y otros textos afines..* 2ª edição Barcelona: Editora Paidós Ibérica, Colección pensamiento contemporaneo, v.7.
- \_\_\_\_\_.(1991), *Vigiar e Punir*, Tradução Lígia M. Pondé Vassalo. Rio de Janeiro. 9ª edição Ed. Vozes.
- \_\_\_\_\_.(1979), *Microfísica do poder*. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro. Ed. Graal.
- \_\_\_\_\_.(1978), *História da loucura*. Tradução José Teixeira Coelho Neto. São Paulo. Ed. perspectiva.
- GHIRALDELLI Jr. Paulo. (1989), *Educação física progressista*. São Paulo: Loyola,
- GOFFMAN, Erving. (1987), *Manicômios, prisões e conventos*. tradução Dante Moreira São Paulo. Perspectiva,
- GUATTARI, Félix. (1993), *As três ecologias*. Campinas, S. P., Papyrus,
- \_\_\_\_\_.(1976), *Sobre las relaciones enfermeros-médicos em psicanalizes y transversalidad*. México. Siglo XXI.
- GUATTARI, F., ROLNIK, S. (1996), *Micropolíticas: cartografias do desejo*, 4ª edição Petrópolis, Vozes.
- HAGUETTE, Tereza M. Frota, (1990), Rio de Janeiro, Vozes.
- HALL, Richard H. (1984), *Organizações: estrutura e processos*. Tradução Wilma Ribeiro. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil.
- HUIZINGA, J. (1980), *Homo ludens*. 2ª edição Tradução João Paulo Monteiro, São Paulo, Perspectiva.
- ILLICH, Ivan. (1976), *A convivencialidade*. Lisboa: Europa América.
- JODELET, D.(org.). (1989), *Les Représentations Sociales*. Paris, PUF.
- \_\_\_\_\_.(1989), *Représentations Sociales: un domaine en expansion*. In: *Les Représentations Sociales*. Paris, PUF.
- KATZ, Daniel & KAHN, Robert L. (1987), *Psicologia social das organizações*. Tradução Aurifebo Simões. São Paulo, Ed.Atlas.
- KUNZ, Elenor. (1991), *Educação Física, ensino e mudanças*, UNIJUÍ, Ijuí,
- \_\_\_\_\_. (1994), *Transformações didático-pedagógicas do esporte*, UNIJUÍ, Ijuí,

- LA PASSADE, Georges. (1983), *Grupos, organizações e instituições*. Tradução Henrique A.A.Mesquita. Rio de Janeiro. Ed. francisco Alves.
- LARROSA, Jorge. (1994), *Tecnologia do eu e educação*: in: SILVA, Tomaz Tadeu da (org) *O sujeito da educação :estudos foucaultianos*. Petrópolis: Vozes, P.35-36.
- LÜDKE Menga e ANDRÉ, Marli E.D.A. (1991), *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo. E.P.U.
- MACHADO, Roberto. (1978), *Danação da Norma - medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro. graal.
- MANNONI, M. (1981), *O psiquiatra, seu "louco" e a psicanálise*. Tradução de Marco A.Mattos.Rio de janeiro, Zahar editores.
- MARINHO, Inezil Penna. (1980), *História geral da educação física*, São Paulo. Brasil editora,
- \_\_\_\_\_.(1984), *Introdução ao estudo da filosofia da educação física e dos desportos*. Brasília: Horizonte.
- MERLEAU-PONTY, M. (1994), *Fenomenologia da pecepção*, Martins Fontes, São Paulo.
- MOSCOVICI, S. (1961), *A Psicanálise, sua imagem e seu público*.
- \_\_\_\_\_.(1989), *Les Représentations Sociales*. Paris, PUF.
- \_\_\_\_\_.(1988), *Notes towards a description of Social Representations*. *European Journal of Social Psychology*, 18:211-50.
- \_\_\_\_\_.(1981), *On social cognition*. In: FORGAS, J.(ed). *Social coginition perspectives on everyday understanding*. Londres, Academic Press,
- \_\_\_\_\_.(1984), *The phenomenon of Social Representations*. In: FARR, R. M. e MOSCOVICI, S. (orgs.). *Social Representations*. Cambridge, Cambridge University Press,
- PARSONS, T. (1976), *Le système social*, N.Y., 1951, trad. E.S.F.(2v).
- PERROW, Charles. (1972), *Análise organizacional - um enfoque sociológico*. São Paulo. Atlas.
- PITTA, Ana. (1990), *Hospital: dor e morte como oficio*. SãoPaulo. Hucitec.
- PONTALIS, Jean-Bertrand. (1972), *A psicanálise depois de Freud*. Tradução Wamberto Hudson Ferreira. Rio de Janeiro. Ed. vozes.
- RANSON, Stewart, Bob HININGS, and Royster GREENWOOD. (1980) 'The Structuring of Organizational Structures,' *Administrative Science Quarterly*, 25, nº 1 (march), 1-17.
- SANTIN, Silvino. (1994), *Educação física: da alegria do lúdico à opressão do rendimento*. POA. EST-ESEF-UFRGS.
- SCHITTAR, Lúcio. (1985), *A ideologia da comunidade terapêutica em A instituição negada*. Rio de Janeiro. Graal.

SZASZ, Thomas. (1978), *A fabricação da loucura*. 2ª edição Tradução Dante Moreira Leite. Rio de Janeiro. Ed. Zahar.

\_\_\_\_\_. (1977), *Ideologia e doença mental*. Tradução Jkosé Sanz. Rio de Janeiro. Ed. Zahar.

SIEBERT, Raquel S. De Sá. (1995), As relações de saber-poder sobre o corpo. In: Romero, Elaine (org.), *Corpo, Mulher e Sociedade*. Campinas, São Paulo: Papyrus, P.15-42

TURNER, V. (1974), *O processo ritual*. petrópolis-RJ, Vozes.

ROLNIK, S. (1992), *Cidadania e alteridade*. SãoPaulo, (texto não publicado)

WEBER, Max. (1974), *Ensaio de sociologia*. Rio de Janeiro, Zahar.

\_\_\_\_\_. (1965), *Types d'autorité*, in: *Levy, op.cit.pp.353-358. A.Levy - textes fondamentaux de psychologie sociale, ed. Dumod.*

