

**PERCEPÇÕES DA VIOLÊNCIA NAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE:
FAMÍLIAS DESESTRUTURADAS, TIROTEIOS E OUTRAS ESTÓRIAS**

**PERCEPCIONES DE LA VIOLENCIA EN LAS PRÁCTICAS DE LOS PROFESIONALES
DE SALUD: FAMILIAS DISFUNCIONALES, TIROTEOS Y OTRAS HISTORIAS**

**PERCEPTIONS OF VIOLENCE IN THE PRACTICES OF HEALTH PROFESSIONALS:
DYSFUNCTIONAL FAMILIES, SHOOTINGS E AND OTHER STORIES**

**PERCEPTIONS DE LA VIOLENCE DANS LA PRATIQUE DES PROFESSIONNELS DE
LA SANTÉ: LES FAMILLES DYSFUNCTIONNELLES, DES FUSILLADES ET AUTRES
HISTOIRES**

DOI: [10.5533/1984-2503-20113105](https://doi.org/10.5533/1984-2503-20113105)

Cristina Rauter

RESUMO

Uma análise crítica sobre o modo como profissionais de saúde e de outras áreas constroem abordagens teóricas e práticas para lidar com a violência. Algumas noções de cunho negativo, como a de família desestruturada, produzem limitações na capacidade de compreensão dessas realidades. São apontados caminhos a partir das filosofias de Spinoza e Deleuze para a construção de novos modos de conhecer que permitam incluir a afetividade e a capacidade de experimentação do profissional, ultrapassando a dissociação entre fenômenos individuais e sociais. Desse modo será possível a construção de novas abordagens para uma compreensão dos modos de organização familiar e dos processos de subjetivação em curso no contemporâneo.

Palavras-chave: violência, subjetividade contemporânea, família.

RESUMEN

Un análisis crítico sobre cómo los profesionales de salud y de otras áreas construyen sus enfoques teóricos y prácticos sobre la violencia. Algunos conceptos negativos como lo de familia disfuncional producen limitaciones en la capacidad de comprender estas realidades. Partiendo de las filosofías de Spinoza y Deleuze podremos construir nuevas formas de saber que permitan incluir la afectividad y el conocimiento experimental del profesional. La disociación entre los fenómenos individuales y sociales es otra limitación que se podría sanar por medio de estas herramientas teóricas, produciendo una nueva comprensión de los procesos de subjetivación en curso en la contemporaneidad.

Palabras-clave: violencia, subjetividad contemporánea, familia.

ABSTRACT

A critical analysis of how health professionals and others build theoretical and practical approaches for dealing with violence. Some negative views such as dysfunctional families produce limitations on the ability to understand these realities. Paths are pointed from the philosophies of Spinoza and Deleuze to build other ways of understanding these phenomena. Experimental knowledge and the affective life of the professional are taken into account. Dissociation between individual and social factors is a frequent obstacle that can be overcome with these theoretical tools, in order to understand the modes of family organization and subjective processes underway in the contemporary world.

Keywords: violence, contemporary subjectivity, family.

RÉSUMÉ

Une analyse critique de la façon dont les professionnels de la santé et d'autres secteurs élaborent des approches théoriques et pratiques pour faire face à la violence. Certaines notions de marque négative, comme celle de famille dysfonctionnelle, limitent la compréhension de ces réalités. L'article suggère des chemins théoriques pris aux philosophies de Spinoza et de Deleuze pour la construction d'un nouveau mode de connaissance qui permette de rejoindre l'affection et la capacité d'expérimentation du professionnel pour combler le fossé entre les phénomènes individuels et sociaux. Ainsi on pourrait construire de nouvelles approches pour la compréhension des modes d'organisation familiale et des processus de subjectivation en cours dans le contemporain.

Mots-clés: violence, subjectivité contemporaine, famille.

Que entendemos por violência? A denominação é como um guarda-chuva sob o qual se abrigam fenômenos tão diferentes quanto acidentes de trânsito, erros médicos, a violência intrafamiliar, o terrorismo, a criminalidade. No contexto do capitalismo atual, determinadas áreas das cidades são designadas como violentas, e costumam ser também as áreas onde vive o maior número de pobres e afro-descendentes. A palavra violência parece substituir, em muitos casos, as palavras pobreza, injustiça, abandono. Parece ser um modo de se referir ao que deixou de merecer discussão nos meios de comunicação ou até nas campanhas políticas: a desigualdade social, as resistências populares, os enfrentamentos entre diferentes grupos sociais. Esses temas ganham

sempre uma conotação negativa, frequentam as páginas policiais ou são considerados coisa do passado.

As reflexões que se seguem foram feitas a partir de nossa experiência coordenando grupos de discussão de profissionais de saúde e outros trabalhadores sociais acerca da presença da violência em seu trabalho. Esses grupos foram denominados “Oficinas Clínica e Violência”¹ e ocorreram, entre 2002 e 2008, em unidades da rede pública de saúde, universidades, conselhos profissionais de psicologia e serviços social, prefeituras, além de organizações não governamentais com atuação nas chamadas áreas vulneráveis. Os grupos eram coordenados por duplas de integrantes da Equipe Clínica do Grupo Tortura Nunca Mais-RJ². Desses grupos participavam também, algumas vezes, agentes comunitários de saúde e militantes de organizações de direitos humanos, alguns deles moradores de comunidades populares. Minha longa experiência³ como supervisora de estágio em Psicologia Clínica no Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal Fluminense também trouxe outros elementos de reflexão.

Os participantes das oficinas traziam relatos das situações de extrema violência com as quais entravam em contato em seu trabalho: crianças que perderam os pais em confrontos armados (traficantes ou policiais) ou pacientes que viviam em zonas de tiroteio e se queixavam dessa situação durante as consultas, apresentando sintomas como insônia e ansiedade. Outros trabalhavam no tráfico de drogas, ou tinham parentes que o faziam. Afro-descendentes relatavam as revistas humilhantes e diárias que sofriam por parte de policiais.

Os profissionais de saúde tinham diferentes percepções e atitudes quanto a esses fenômenos. Alguns percebiam essas realidades de forma negativa: sentiam-se “violentados” ou “usados”, e sentiam que corriam riscos. Outros expressavam medo e impotência e relutavam em considerar como parte do seu trabalho as situações que enfrentavam. Eram, na visão de alguns, situações com as quais a polícia devia lidar, não eles próprios. Quando explicávamos a proposta do grupo, de que os profissionais falassem da violência que percebiam no dia a dia do seu trabalho, não era raro ouvir que ali naquela unidade de saúde ou naquele bairro não havia violência e sim na unidade vizinha ou no bairro vizinho. Compreendemos essa atitude como ligada a processos de negação da violência observados tanto nos atingidos pela violência quanto nos profissionais. Ou seja, os profissionais de saúde tinham atitudes que não eram diferentes

¹ Foram realizadas com apoio da União Europeia.

² A Equipe Clínico-Grupal Tortura Nunca Mais, criada em 1991, realizou o atendimento aos atingidos pela violência de Estado no Brasil, com apoio do Fundo das Nações Unidas para Vítimas de Tortura.

³ Iniciada em 1980.

do rol evidenciado pela população em geral diante da violência que experimentamos hoje nas cidades brasileiras. Estavam paralisados e impedidos de construir estratégias para lidar com essas situações, reagindo diante das mesmas com temor e impotência, tal como seus pacientes. No entanto, era de se esperar que esses profissionais pudessem ter outras atitudes, no sentido de agir construtivamente sobre tais situações.

Primo Levi⁴, discutindo sua experiência de prisioneiro no campo de concentração de Auschwitz, mostrou que, no que diz respeito à violência, o falseamento da realidade e a negação tornam-se recursos frente ao insuportável. Muitas vezes os atingidos pela violência preferem acreditar em versões fantasiosas a se dar conta do risco iminente. Isso é verdadeiro para a população do Rio de Janeiro hoje. Todos preferem acreditar que a violência está no bairro ao lado, ou até no prédio em frente, mas nunca no seu bairro ou no seu prédio, mesmo que todos escutem os tiros vindos de uma “comunidade” próxima, até que uma “bala perdida” venha desmentir essa confortadora versão.

Os profissionais de saúde mental entram em contato com situações em que a realidade parece delirar, como por exemplo, quando um paciente relata que seus irmãos querem matá-lo, o que a princípio parece ser mais um de seus delírios, mas depois se descobre que de fato um irmão matou o outro por questões de herança. Ou quando a paciente sente um cheiro terrível em casa e não quer voltar para lá. A equipe descobre depois que ela estava convivendo com um cadáver que o traficante não permitia que fosse enterrado. Ou o aterrorizante relato, nunca confirmado,⁵ de que numa favela jogava-se uma partida de futebol com uma cabeça humana. A presença constante da morte nos bairros populares torna esse tipo de experiência parte do cotidiano na rede pública de saúde mental. No entanto, ela não ocupa o lugar central que mereceria nas teorizações e no interesse dos profissionais.

No período de 1990 a 1998, a mortalidade por causas externas representou 15% de toda a mortalidade brasileira, sendo que o sexo masculino respondeu por 83,6% desse tipo de morte. Essa tendência se acentua quando se consideram as faixas etárias de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos, principalmente nos estados do Rio de Janeiro, Espírito Santo e São Paulo. Na faixa etária dos 20 aos 29 anos, o homicídio ocupa o primeiro lugar entre as mortes por causas externas no país. As estatísticas apontam também para o crescimento das mortes por causas externas nos grupos de 1 a 9 anos e 10 as 19 anos, o que indica a vitimação cada vez mais precoce da população brasileira. Interessante destacar que, embora no Brasil as taxas de mortalidade por homicídios sejam

⁴ Levi, Primo (1990). *Os afogados e os sobreviventes: os delitos, os castigos, as penas, as impunidades*, Rio de Janeiro: Paz e Terra.

⁵ A estória foi ouvida em mais de uma localidade, narrada por diferentes profissionais de saúde.

extremamente elevadas, a produção acadêmica brasileira sobre o tema não é maior que a internacional. Aqui, os trabalhos sobre suicídio são mais numerosos do que aqueles sobre homicídios, embora o primeiro tenha taxas relativamente baixas no país⁶.

Pensamos que a formação tradicional do profissional de saúde e de saúde mental dificulta que ele inclua traumas ligados à violência como fatores importantes no desencadeamento das patologias e quadros sintomáticos apresentados por seus pacientes. Psicólogos poderão levar mais em conta esse aspecto, mas com frequência tomam-no como secundário em relação aos fatores individuais, ligados à história familiar infantil. Por outro lado, nas tendências atuais da psiquiatria e da neurociência, cresce a importância dos fatores genéticos e aqueles ligados a alterações no cérebro. O sofrimento real e atual desencadeado pela experiência da violência pode ser relegado a um segundo plano.

Os usuários de serviços de saúde atingidos pela violência, por outro lado, raramente se referem espontaneamente à violência sofrida. Vários fatores concorrem para isso, entre eles a própria rapidez da consulta e o enfoque inteiramente voltado para a supressão dos sintomas. Por outro lado, sendo a formação médica tecnicista, o profissional costuma dedicar pouco tempo à escuta do paciente, substituindo-a por ações de cunho técnico, como exames e outras intervenções. Muitas vezes os pacientes têm medo de falar no assunto porque foram ameaçados de represálias por facções criminosas ou pela polícia. Numa das oficinas, foi relatado que entre os participantes do denominado “grupo do tiroteio” havia uma espécie de pacto de silêncio. Compostos exclusivamente por mulheres, esses grupos são formados por familiares de pessoas envolvidas no tráfico e também por familiares de policiais.

Se o profissional de saúde tem dificuldade de incluir a violência dos tiroteios, da tortura e do crime como problema de saúde e de formular estratégias de trabalho frente a esses fenômenos, por outro lado, podemos dizer que sua formação o leva a perceber privilegiadamente a violência que ocorre no âmbito familiar. Na década de 1990, “o grande investimento da comunidade acadêmica” na área de saúde foi a violência contra crianças e adolescentes. Em todos os artigos aparecem referências a uma “*desestruturação familiar*”⁷.

Profissionais de saúde mental que atuam em Centros de Atenção Psico-Social

⁶ Ramos, et al. (2003). “Análise Temporal da Mortalidade por Causas Externas no Brasil”. In: Minayo, Maria Cecília de Souza; Souza, Edinilsa Ramos de (orgs) (2003). *Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira*, Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 83-108.

⁷ Assis, Simone Gonçalves; Constantino, Patrícia (2003). “Violência contra Crianças e Adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90”. In: Minayo, Maria Cecília de Souza; Souza, Edinilsa Ramos de (orgs.) (2003). Op. cit., pp. 163-198.

(CAPS) ou em ambulatórios de saúde mental têm seu olhar focalizado sobre a violência exercida pelas famílias contra o doente mental ou sobre a violência exercida nos hospitais psiquiátricos contra esses pacientes. Essa focalização, que pode ser apropriada no contexto da luta antimanicomial, contribui para deixar em segundo plano ou mesmo excluir das abordagens clínicas outras formas de violência vividas pela clientela.

Algumas famílias de psicóticos recorrem a recursos extremos, como o de trancá-los no quarto, ou trancar a geladeira para que “seu” doente mental, que fica sozinho durante o dia, não coma toda a comida. E nossos técnicos poderão ver aí sinais de insensibilidade familiar, de violência discriminatória contra o doente mental, mas, se forem mais a fundo em sua análise da situação, poderão perceber outras facetas da violência, ligadas à solidão e à fragilização da própria família.

Pensamos que as teorias que norteiam a prática dos profissionais que atuam nos serviços de saúde pública e também na prática privada levam-nos a privilegiar o que ocorre no âmbito familiar e a tomar como etiologia do sofrimento psíquico as relações com os familiares, sejam elas atuais ou pretéritas. Por outro lado, quando se trata da violência experimentada no cotidiano das cidades, os tiroteios, as mortes, esses são fatores tomados apenas secundariamente na compreensão dos quadros clínicos.

Vejam alguns, exemplos: um homem de cerca de 50 anos tem um episódio agudo de psicose após presenciar a execução do filho por policiais. Não sabe mais quem é sua mulher, que passa a ser uma estranha para ele, esquece de sua profissão e não pode mais trabalhar, ele que fora por toda a vida um electricista. Uma jovem moradora de uma comunidade presenciou muitas mortes na sua vizinhança e tal experiência é a causa, segundo suas próprias palavras, de uma tristeza que a acompanha há anos. Um psicólogo poderá tentar descobrir algum conflito edípico que estaria na raiz do “esquecimento” (porque esqueceu justamente da mulher?). A depressão pode ser referida a causas genéticas, a insônia pode até mesmo ser desligada do contexto do tiroteio e atribuída à menopausa. Situações extremas como ouvir as súplicas de jovens sendo assassinados da janela de casa podem não ser valorizadas pelo profissional na compreensão do quadro depressivo da jovem paciente a que nos referimos acima.

Pesquisas sobre laudos feitos por psicólogos e outros profissionais do sistema prisional e socioeducativo tendem a referir as causas da delinquência a certas características das famílias daqueles que cometeram delitos, como o fato de serem “monoparentais”, ou famílias onde os pais bebem ou usam drogas, ou onde há violência

intrafamiliar e abuso sexual⁸. Ao ler esses laudos e pareceres, rapidamente nos damos conta de que algumas características dessas famílias dizem respeito às características gerais das famílias pobres, ou mesmo das famílias “contemporâneas” e não apenas das famílias dos ditos criminosos. O diagnóstico de família desestruturada parece não explicar muita coisa no que diz respeito a uma compreensão do comportamento delinquente.

Mas o que seria uma família **estruturada**? Teria tido a família algum dia algo que poderia ser concebido como uma estrutura estável? Marx já chamava atenção para os efeitos do capitalismo sobre família, tornando as relações familiares burguesas “simples relações monetárias” ou transformando as crianças proletárias em simples instrumentos do trabalho⁹.

O conceito de Complexo de Édipo corresponde, como mostraram Deleuze e Guattari¹⁰, a uma enorme redução das realidades múltiplas dos grupos familiares a um modelo. A realidade de Édipo seria antes de tudo histórica, dizendo respeito a transformações na família que produziram e intensificaram uma sexualidade intrafamiliar, a produção de uma família conjugal e o enfraquecimento das formas extensas de família. Nessa família reduzida ao casal parental e sua prole, a sexualização das relações intrafamiliares é a um tempo incitada e proibida. O sexo se tornou de certa forma prisioneiro da família. Se anteriormente o erotismo só podia ser pensado fora da família ou mesmo como incompatível com o casamento, ele passa a ser buscado como fundamento dessa família monogâmica e desse casal que deve gerar filhos felizes e ao mesmo tempo se amar romântica e eroticamente¹¹.

A família é o principal ponto de apoio que os profissionais de saúde e da área jurídica, entre outros, têm para compreender a violência. O discurso psicanalítico disseminado no campo social sob a forma de “psicanalismo”, na expressão cunhada por Robert Castel, pode fornecer instrumentos teóricos para que os profissionais excluam de sua “escuta” e mesmo de seu olhar quase tudo o que não possa ser explicado a partir da família. Desse modo, o profissional de saúde mental pode excluir de suas considerações o desemprego, o que se passa com a economia do país, os tiroteios diários em áreas urbanas e nas periferias das cidades brasileiras. Operando uma cisão entre o que pertence ao plano familiar e individual e o que é da ordem do coletivo, os profissionais estarão incapacitados para construir modos de lidar com as questões ligadas à violência.

⁸ Ver Rauter, Cristina (2003). *Criminologia e Subjetividade no Brasil*, Rio de Janeiro: Revan e Batista, Vera Malaguti (1998). *Difíceis Ganhos Fáceis: Drogas e Juventude Pobre no Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Instituto Carioca de Criminologia: Freitas Bastos.

⁹ Marx, Karl (2010). *Manifesto do Partido Comunista*, São Paulo: Edipro, p. 2.

¹⁰ Deleuze, Gilles; Guattari, Félix (1976). *O Anti-Édipo: Capitalismo e Esquizofrenia*, Rio de Janeiro: Imago.

¹¹ Foucault, Michel (1985). *História da Sexualidade. A Vontade de Saber*, Vol I. Rio de Janeiro: Graal.

Essa cisão entre o familiar e o extrafamiliar é que os leva a perceber famílias desestruturadas por toda parte. Ela diz respeito à cisão indivíduo/sociedade no campo das ciências humanas e da psiquiatria. Se quisermos compreender o que se passa na família contemporânea, teremos que ultrapassar essa cisão e perceber a família numa relação de “coextensão” com o campo social¹².

A ideia de família desestruturada, que para muitos profissionais de saúde pode explicar as causas da criminalidade e da violência, opera tendo como referência um modelo abstrato de família que já não corresponde à realidade, dada a multiplicidade do campo familiar contemporâneo. Funciona também como um dispositivo de produção de culpa, fazendo pairar sobre os agrupamentos familiares reais a norma e desviando o olhar, por exemplo, do “horror econômico” descrito por Viviane Forrester, referindo-se a essa nova realidade do desemprego que veio para ficar no neoliberalismo, já que não se trata apenas de uma crise, mas de uma mutação no campo do trabalho.

Multidões de seres lutando, sozinhos ou em família para não se deteriorar [...] outros vivendo com o temor e o risco de cair nesse mesmo estado [...] cada um se crê ou é encorajado a crer-se dono falido de seu próprio destino [...] os jovens vegetam, numa vacuidade sem limites considerada degradante e como são detestados por isso [...] como a vida os maltrata e como a ajudamos a maltratá-los, ao ver que , para além da exploração dos homens , havia algo ainda pior: a ausência de qualquer exploração¹³.

Castel apontou, quando descreveu o fenômeno da “desfiliação”¹⁴, que as unidades familiares contemporâneas são unidades que apenas com muita dificuldade podem conter em seu interior bebês, velhos, pessoas que necessitem ser cuidadas e para as quais se necessita de duas coisas muito preciosas e raras: tempo e dinheiro! Fala-se em cidades-dormitório na periferia das grandes cidades, mas talvez se deva falar também de famílias-dormitório, que têm dificuldades extremas de prover algum “escudo protetor”¹⁵ aos bebês e crianças em idade pré-escolar, ou algum aconchego frente às dificuldades do dia a dia. Famílias nas quais literalmente os pais “não têm tempo” de cuidar dos filhos. Talvez por isso, eles (os pais) se tornem tão demandantes de especialistas que cumpram essa função e queiram, aparentemente, “livrar-se dos filhos”, como muitos professores e pedagogos bradam hoje em dia. Os professores reclamam constantemente da ausência de pais em reuniões de pais, enquanto campanhas governamentais cobram a presença deles, em casa, estudando com os filhos, atribuindo-se o insucesso escolar da criança à

¹² Deleuze, G.; Guattari, F. (1976). Op. cit., p. 47.

¹³ Forrester, Viviane (1997). *O Horror Econômico*, São Paulo: Unesp. p. 16.

¹⁴ Castel, Robert (1990). “Da Indigência à Exclusão, a Desfiliação”. In: Lancetti, Antonio (org.) (1990). *Saúde e Loucura IV: Grupos e Coletivos*, São Paulo: Hucitec, pp. 21-48.

¹⁵ Khan, Massud (1980). “O conceito de trauma cumulativo”. In: Khan, Massud (1980). *Psicanálise: Teoria, Técnica e Casos Clínicos*, Rio de Janeiro: Francisco Alves, p. 57-76.

falta dessa participação. Por sua vez, os professores se sentem o alvo de demandas excessivas por parte dos pais, que negligenciariam, segundo sua visão, o cuidado de seus filhos. Parece haver entre os pais das crianças e os profissionais um jogo em que cada um quer “passar a bola” do cuidado das crianças ao outro, conflito esse que demonstra que o cuidado de crianças se tornou um problema no mundo contemporâneo!

Alguns teóricos têm apontado para fenômenos que sugerem estar havendo algo com um esgarçamento do tecido social que afetaria inclusive a continuidade da espécie humana¹⁶. Para Maturana¹⁷, há uma configuração do emocional humano que é transmitida de uma geração a outra e se isso for quebrado, a cultura humana acaba. Não se pode negar que bebês e crianças precisam de cuidados, mas frequentemente se esquece que os “cuidadores” também precisam ter condições de cuidar. As condições de insegurança no capitalismo atual geram um pano de fundo de intolerância intra-familiar que afetará o cuidado e a atenção que as “famílias suficientemente boas”¹⁸ teriam que ter para dispensar aos seus membros.

No entanto, as famílias parecem inventar modos de resistir, nem sempre “vistos” pelos profissionais. Numa das oficinas que realizamos num serviço público voltado para o atendimento integral à saúde de adolescentes¹⁹, acompanhamos a interessante discussão sobre o abandono destes na enfermaria de um hospital público. Chegado o momento da alta, a equipe não encontrava os pais. A princípio, os profissionais de saúde mental atribuíam esse fato ao desejo das mães de “se livrar dos filhos”, até mesmo a uma maldade da mãe (mães desnaturadas!), para depois descobrirem que o motivo de tal abandono no poderia ser outro: no hospital, seus filhos estariam de fato mais protegidos do que no morro vizinho onde ocorrem frequentes tiroteios. Isso sem contar a alimentação e outros cuidados que o hospital poderia oferecer. Assim, o que parecia abandono revelou-se como cuidado materno!

Nossa experiência como supervisora de estágio²⁰ nos possibilitou entrar em contato com a demanda por atendimento a crianças feita por pais que se sentiam verdadeiramente desorientados para enfrentar o dia a dia do cuidado de seus próprios filhos. Buscando lidar com esse tipo de demanda, criamos um “grupo de pais”, cuja

¹⁶ Lorenz, Konrad (1986). *A Demolição do Homem: Crítica à Falsa Religião do Progresso*, São Paulo: Brasiliense.

¹⁷ Maturana, Humberto (2006). *Cognição, Ciência e vida Cotidiana*, Belo Horizonte: Editora UFMG.

¹⁸ Aqui trabalhamos com o conceito winnicotiano de ambiente suficientemente bom, estendendo-o para a família. Winnicott, Donald W. (1978). “Preocupação Materna Primária”. In: Winnicott, Donald W. (1978). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*, Rio de Janeiro: Francisco Alves, p. 491-498.

¹⁹ O Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

²⁰ O Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal Fluminense, que funciona no Campus do Gragoatá, em Niterói-RJ.

finalidade era acolhê-los e ouvir suas dúvidas sobre a educação de seus filhos. Acreditávamos que, compartilhando essas dúvidas e questões com os outros pais que viviam situações semelhantes, eles pudessem ser potencializados a acreditar no “conhecimento” que eles próprios desenvolvem na experiência diária com seus filhos. No entanto, percebemos que embora se beneficiassem da experiência de compartilhar com outros pais, eles não pareciam desistir facilmente da ideia de que apenas um psicólogo pudesse resolver as questões quotidianas da educação de seus filhos, como acompanhar seus estudos, decidir sobre onde eles podiam ir sozinhos, a que horas poderiam ver televisão, etc. Algo parecia ir além de um possível sintoma da criança. Fomos descobrindo que os pais não traziam seus filhos para tratamento tanto pelos sintomas ou sofrimentos que apresentassem, mas principalmente pelo verdadeiro terror que sentiam por estar errando, por querer dividir com alguém uma tarefa para a qual se sentiam despreparados.

Relatos de uma psicóloga que trabalha na creche da universidade²¹ dão conta de que alguns pais reclamam quando a criança dorme na creche. Ao chegar em casa, após longos períodos a criança quer a atenção dos pais e isso pode ser excessivo numa família-dormitório! Há algum tempo, como supervisora de estágio, me vejo na situação de ter que reconhecer que muitas crianças vêm à psicoterapia para brincar! Os espaços de brincar estão rareando no dia a dia das crianças. O dispositivo da hora de jogo infantil, que outrora podia servir como momento para fornecer material simbólico para que o psicanalista pudesse “interpretar” os conflitos infantis, hoje tem uma materialidade diferente. As crianças parecem encantadas em simplesmente brincar, talvez fugindo das muitas ocupações infantis.

Pensamos que a ideia de “família desestruturada” pode ser o exemplo de um conceito que mais contribui para limitar a compreensão do profissional do que para ampliá-la. Por certo, a família contemporânea passa por transformações e redefinições. E aí preferimos a definição de família dada por Lancetti, quando afirma, num manual preparado para agentes comunitários de saúde:

Consideramos família todo grupo de pessoas que coabitam e desenvolvem entre si as mais variadas formas de parentesco. [...] Todos temos uma idéia de família que aprendemos convivendo com nossa família. Porém, no trabalho, encontramos os mais variados tipos de família²².

²¹ A creche da Universidade Federal Fluminense.

²² Lancetti, Antonio (2006). “Saúde Mental nas Entradas da Metrópole”. In: *Saúde Mental e Saúde da Família. Saúde e loucura 7*, São Paulo: Hucitec, p. 23.

Em que consiste a família hoje? Pode ser constituída de uma mulher com seus filhos. Um casal que traz filhos de casamentos anteriores, mas não tem filhos. (Os filhos de uns e outros não serão parentes de sangue, embora possam se considerar irmãos.) É claro que o laço consanguíneo não pode definir a família contemporânea se pensarmos também nas famílias compostas por casais homossexuais que adotam filhos. Sem contar os tipos de famílias que poderemos imaginar com o desenvolvimento das técnicas de clonagem ou até com a possibilidade de pensarmos num “*útero artificial*”²³, depois do relativo insucesso das barrigas de aluguel, e dos conflitos entre a mãe ovariana e a mãe uterina mostrados na mídia.

O critério biológico na definição de família (a união entre um homem e uma mulher como base) está se enfraquecendo. Não somente as mulheres, em muitos casos, provêm suas necessidades sem a ajuda dos homens, mas novos tipos de famílias, sustentadas por mulheres, aparecem desde há cerca de 30 anos²⁴. Há uma mutação vertiginosa, fortemente influenciada pela crescente separação entre sexo e procriação, inicialmente propiciada pela pílula anticoncepcional, e radicalizada hoje com as novas tecnologias de reprodução assistida, disponíveis ou que podem vir a se desenvolver num prazo relativamente curto. Num cenário que já podemos considerar mais real do que imaginário, a clonagem humana nos permite pensar na reprodução não sexuada e mesmo totalmente independente da fecundação por células sexuais humanas, o que poderia ser feito a partir de uma célula de um homem ou de uma mulher²⁵.

Essa série de situações inusitadas envolve profundas alterações de algo que se poderia denominar “estrutura familiar”, criando dificuldades para que se dê uma definição do que seria a família contemporânea a partir de quaisquer parâmetros que não aqueles adotados numa definição tão abrangente quanto “indivíduos que vivem sob o mesmo teto”. Se a moral familiar se modifica, ela o faz também em função de todas essas mutações, no campo do trabalho, no campo da reprodução humana, entre outros. De fato, mesmo que queiramos, não podemos agir como nossos pais agiram diante de inúmeras situações vividas no contemporâneo.

É interessante notar que, no campo familiar, ao lado dessas imensas transformações, segue existindo ainda um certo modelo de família que está na cabeça de todos, incluindo muitos juizes, homens de mídia e profissionais de saúde. Propagandas de margarina exibem famílias sentadas em torno da mesa, sorridentes e felizes, com bastante tempo para preguiçosamente tomar café com seu cão de estimação ao lado,

²³ Atlan, Henri (2005). *Útero Artificial*, Lisboa: Instituto Piaget.

²⁴ Badinter, Elizabeth (1986). *Um é o Outro. Relações entre Homens e Mulheres*, Rio: Nova Fronteira.

²⁵ Atlan, H. (2006). Op. cit.

coisa bastante rara nos tempos atuais de sobretrabalho. Com referência a esses modelos idealizados, todos sofrem por não conseguir atingi-los. Se novos “arranjos familiares” surgem, isso não faz com que antigos modos de lidar com eles continuem a existir.

Talvez a família conjugal, heterossexual e o pai provedor permaneçam ainda por muito tempo como ideal, disseminando a culpa sobre o campo social. O pai provedor ainda está presente no horizonte de muitas mulheres profissionais, que mesmo tendo condições de se sustentar aceitam muito mal quando o homem ganha menos do que elas, estando sempre à procura desse parceiro que possa pagar as contas e sustentar os filhos. Essa busca do homem provedor, cada vez mais raro, pode estar na raiz do que se tornou uma queixa magoada de muitas as mulheres liberadas: a de que faltam homens no mundo atual!

Além disso, o próprio homem se cobra ser esse provedor, atormentando-se por não poder sustentar os filhos da união atual e da(s) anteriore(s), e ainda, se possível, os filhos de sua atual mulher! E a solução para tudo parece ser o dinheiro! Muito dinheiro para resolver todos os problemas daquela que talvez possamos considerar a nova família extensa. Nessa direção, Brandão comenta sobre a tendência presente hoje no direito de família de que a própria criança decida se quer morar com um ou outro genitor ou mesmo se deseja vê-lo. Estaria havendo, na visão de alguns, uma “reluzente libertação da criança” dos grilhões da autoridade parental. No entanto,

[...] podemos enxergar uma outra coisa: a recriação do mini adulto medieval com ares de pós-modernidade, subjugado pelo mais forte ou por aquele com maior poder de seduzi-la nas delícias do consumo. A criança ingovernável, marcada por amor e ódio absolutos, tutelada por infundáveis especialistas, autorizada a proferir a lei e afastar os pais de acordo com o seu narcisismo e caprichos momentâneos²⁶.

Ressurge a todo momento a triste figura do “patriarca mutilado” descrito por Roudinesco²⁷, que habita o imaginário da família contemporânea. A psicanálise teria sido um empreendimento de salvação da figura paterna, em evidentes dificuldades no século XX, a partir do advento da pílula, que tornou a decisão sobre querer ou não ter filhos quase que exclusivamente feminina, além de possibilitar o trabalho feminino.

São particularmente visíveis as dificuldades desse patriarca destituído no dia a dia das varas de família. Vejamos a discussão sobre a “alienação parental”: o genitor que

²⁶ Brandão, Eduardo Ponte (2010). “Por uma ética e política da convivência: um breve exame da Síndrome de Alienação Parental à luz da genealogia de Foucault”. *Rev. Brasileira de Direito das Famílias e Sucessões*. Disponível em www.ibdfam.org.br/?artigos&artigo=555. Acesso em 6/08/2010.

²⁷ Roudinesco, Elizabeth (2003). *A Família em Desordem*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

detém a guarda da criança, geralmente a mãe, tenta apagar da memória da criança o outro genitor, geralmente o pai, construindo uma imagem negativa do mesmo e de sua família, que acaba por afastá-lo da criança e também do lado paterno da família. Ataques verbais ao genitor ausente e sua família, ou mesmo o silêncio reiterado sobre o mesmo, pode acabar por induzir a recusa da criança a estar com o outro genitor. É grande a complexidade dos conflitos vividos por pais e mães separados. Parte das dificuldades provem, do nosso ponto de vista, da permanência de modelos vetustos de família que dificultam a criação de novos modos de viver as relações familiares. Os mesmos modelos dificultam que os profissionais desse campo possam enxergá-los de modo positivo e potencializá-los.

Num trabalho comunitário em que atuavam psicólogos e operadores do direito em equipe interdisciplinar, ao mesmo tempo em que mães eram orientadas por advogados a exigirem na Justiça a pensão alimentícia do pai de seus filhos, psicólogos tentavam reaproximar o pai recalcitrante do convívio com a criança. Alguns problemas apareciam durante essa trajetória de resgate do pai: um mesmo homem tinha filhos com mais de uma mulher. Seu diminuto salário, se dividido, não daria nem para sustentar a si próprio, nem à sua prole.

Numa oficina que realizamos com agentes comunitários do Complexo do Alemão, no Rio de Janeiro, o consumismo das crianças e adolescentes foi um dos temas abordados. Algumas dessas crianças chegavam à idade de dez anos sem jamais terem saído da favela. Várias delas nunca tinham visto uma piscina, a não ser na novela das 6 e queriam ver de perto uma. Uma das atividades desenvolvidas pelo agente comunitário era a organização de passeios à praia, ao “piscinão de Ramos”... Os pais preocupavam-se com os pedidos de roupas de marca e celulares, que jamais poderiam atender. Uma oficina de costura foi proposta como modo de lidar com as demandas dos adolescentes, que desse modo poderiam aprender a fazer suas próprias roupas.

Ao pensar essa realidade do consumo, Pasolini²⁸ diz que todos nós, homens, mulheres, crianças, da esquerda à direita, ricos ou pobres, todos veem no dinheiro a solução para todos os males. Há uma miséria que se verifica hoje e que diz respeito a mais do que a pobreza. A miséria por não ter determinados artigos de consumo é vivida como miséria moral.

Já nos referimos à escassez do emprego que hoje vivemos, que não corresponde a uma crise passageira, mas a uma mutação no campo do trabalho. Uma das vivências que

²⁸ Bertolucci, Giuseppe (2006). *Pasolini Prossimo Nostro*. Documentário, Filmitalia.

acompanham essa escassez real é a culpa. Muitos pais se envergonham e se culpam pelo que não podem dar a seus filhos. Sentimo-nos culpados e envergonhados por não termos acesso a tantas coisas que parecem, graças à propaganda, quase ao alcance de nossas mãos. Tal situação não pode ser vivida coletivamente, sendo predominantemente vivida como falha pessoal. Esse modo individualizado e culpado de vivenciar a escassez gerada pelo capitalismo atual impede a construção de estratégias de resistência por parte das famílias e grupos.

Jovens adiam a saída de casa por falta de condições financeiras e isso é tomado como natural. Num programa recente de televisão, filhos adultos se tornavam financistas da família para solucionar as dívidas adquiridas pelos pais. Vários especialistas vão à televisão para ensinar como cuidar das finanças pessoais. Nenhuma palavra sobre porque esses jovens ainda permaneciam morando com os pais ou sobre porque tantas pessoas gastam mais do que ganham!

Os jovens de hoje são muito diferentes dos de ontem, diz Pasolini²⁹, comparando os jovens dos anos 1980 e os jovens que viveram a Segunda Guerra. A geração dos pais nada tem a ensinar a eles, envolvidos que estão com “suas motos” ou como podemos dizer hoje, com a internet. Na verdade, os pais nem mais tentam ensinar-lhes algo, mas frequentemente lhes pedem lições de como mexer no computador. Mas os jovens, diz Pasolini, serão cobrados também por sua adesão ao consumo, já que a eles sempre coube, nas gerações anteriores, lutar pelo novo, pela transformação. Todos parecem se encantar com a ideia de que os jovens de hoje são mais livres, que podem viver plenamente sua vida sexual. No entanto, o que Pasolini vê é uma uniformização sem precedentes ao lado de um esvaziamento do erotismo.

Acreditamos que, para além da negatividade já presente no campo social, um certo “olhar negativo” do profissional impede que ele possa acompanhar e potencializar os processos de subjetivação em curso no campo social. Como se forma esse olhar negativo do profissional? Já o vinculamos a um pensamento que opera muito mais pela busca de categorias gerais do que a partir das experiências vividas por ele no atendimento à população. Muito embora tais experiências sejam intensas, elas geram inicialmente medo e impotência, como vimos. Ora, o medo enquanto “afeto triste”, não gera conhecimentos adequados³⁰. Ideias como a de família desestruturada e alguns diagnósticos que localizam no indivíduo tendências para o mal não se conectam com a experiência do atendimento. Muitas dessas ideias, atravessadas por julgamentos morais e preconceitos,

²⁹ Ibidem.

³⁰ Sévérac, Pascal (2009). “Conhecimento e afetividade em Spinoza”. In: Martins, A. (org.) (2009). *O Mais Potente dos Afetos*, São Paulo: WMF Martins Fontes.

o profissional já as traz previamente para a consulta e se utiliza delas para se proteger do temor que essas experiências lhe despertam.

Seria necessário que o profissional se mobilizasse para outro tipo de conhecimento: aquele que é produzido pela capacidade de “estar com’ e de “colocar-se no lugar de”³¹. Tal tipo de conhecimento, no qual os afetos estão presentes, costuma estar na contramão dos modelos pelos quais se pautam as ciências humanas e médicas. A ideia de neutralidade e a frieza tecnicista que frequentemente perpassam as ações dos profissionais de saúde, entre outros, contribuem para que estes estejam impedidos de utilizar sua afetividade como modo de conhecer a realidade. Voltados para uma modalidade cognitiva que dissocia razão e emoção, eles não podem perceber as transformações que ocorrem diante de seus olhos. Não se trata de partir de abstrações para compreender, por exemplo, a experiência das famílias de hoje, mas de poder acessar a dimensão do coletivo que é dada por sua experiência. Para isso, é necessário que o profissional possa se colocar como parte deste coletivo. Somente a partir desse plano único do comum³² poderemos aspirar compreender e intervir sobre as realidades que hoje constituem o dia a dia de escolas, serviços de saúde, instituições para jovens, etc.

Queremos enfatizar que, na prática de muitos dos profissionais, a experiência sensível é abandonada em proveito de uma certa lógica cientificista que privilegia a razão em detrimento da afetividade como modo de conhecer. Seria necessário reverter esse processo, ultrapassando certos parâmetros ultrapassados de modo a aproximarmo-nos da experiência, valendo esse caminho tanto para os profissionais quanto para a clientela, que hoje demanda o saber dos especialistas.

Que há negatividade no campo social, é fato, mas teremos que nos perguntar como se tornou assim o que está diante de nossos olhos e não achar que já estava lá desde sempre, correspondendo a alguma tendência para o mal. O negativo não pode corresponder a uma essência. Essa ideia spinozista é bastante produtiva para o campo das ciências da saúde e para o trabalho social em geral. Não se trata de pretender “extirpar o mal” quando nos defrontamos com fenômenos como a criminalidade, com o uso suicida de drogas, entre muitos outros fenômenos, mas de compreender os processos pelos quais a vida seguiu esse curso, buscando produzir ali bifurcações, linhas

³¹ Stern, Daniel (1985). *The Interpersonal World of the Infant*, New York: Basic Books.

³² Deleuze, Gilles. *Integralité du cours à Vincennes sur Spinoza*. Disponível em www.webdeleuze.com. Acesso em 6/08/2010.

de fuga. Ciências como a biologia, na perspectiva de Henri Atlan³³, seguem um ponto de vista que não dissocia conhecimento de afeto e que toma o organismo vivo em toda sua positividade. Caso as ciências humanas e da saúde possam se redirecionar neste sentido, poderemos avançar muito no trabalho com famílias e grupos no mundo contemporâneo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Assis, Simone Gonçalves; Constantino, Patrícia (2003). “Violência contra Crianças e Adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90”. In: Minayo, Maria Cecília de Souza, Souza; Edinilsa Ramos de. (orgs) (2003). *Violência sob o olhar da saúde. Infrapolítica da contemporaneidade brasileira*, Rio de Janeiro: Fiocruz.

Atlan, Henri (2005). *Útero Artificial*, Lisboa: Instituto Piaget.

Badinter, Elizabeth (1986). *Um é o Outro. Relações entre Homens e Mulheres*, Rio: Nova Fronteira.

Batista, Vera Malaguti (1998). *Difíceis Ganhos Fáceis. Drogas e Juventude Pobre no Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Instituto Carioca de Criminologia: Freitas Bastos.

Bertolucci, Giuseppe (2006). *Pasolini Prossimo Nostro*. Documentário, Filmitalia.

Brandão, Eduardo Ponte (2010). “Por uma ética e política da convivência: um breve exame da Síndrome de Alienação Parental à luz da genealogia de Foucault”. *Rev. Brasileira de Direito das Famílias e Sucessões*. Disponível em www.ibdfam.org.br/?artigos&artigo=555. Acesso em 6/08/2010.

Castel, Robert (1990). “Da Indigência à Exclusão, a Desfiliação”. In: Lancetti, Antonio. (org.) (1990). *Saúde e Loucura IV: Grupos e Coletivos*, São Paulo: Hucitec.

Deleuze, Gilles. *Integralité du cours à Vincennes sur Spinoza*. Disponível em www.webdeleuze.com. Acesso em 6/08/2010.

Deleuze, Gilles; Guattari, Félix (1976). *O Anti-Édipo: Capitalismo e Esquizofrenia*, Rio de Janeiro: Imago.

Forrester, Viviane (1997). *O Horror Econômico*, São Paulo: Unesp.

Foucault, Michel (1985). *História da Sexualidade. A Vontade de Saber*, Vol I. Rio, Graal.

Lancetti, Antonio (2006). “Saúde Mental nas Entranhas da Metrópole”. In: *Saúde Mental e Saúde da Família. Saúde e loucura 7*, São Paulo: Hucitec.

³³ Numa conferência no Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, UFRJ, em dezembro de 2009, o biólogo Henri Atlan afirmou que Spinoza pode ser considerado um precursor da biologia moderna.

- Levi, Primo (1990). *Os afogados e os sobreviventes. Os delitos, os castigos, as penas, as impunidades*, Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Lorenz, Konrad (1986). *A Demolição do Homem. Crítica á Falsa Religião do Progresso*, São Paulo: Brasiliense.
- Marx, Karl (2010). *Manifesto do Partido Comunista*, São Paulo: Edipro.
- Maturana, Humberto (2006). *Cognição, Ciência e vida Cotidiana*, Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Ramos, et al. (2003). "Análise Temporal da Mortalidade por Causas Externas no Brasil". In: Minayo, Maria Cecília de Souza; Souza, Edinilsa Ramos de. (orgs) (2003). *Violência sob o olhar da saúde. Infrapolítica da contemporaneidade brasileira*, Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Rauter, Cristina (2003). *Criminologia e Subjetividade no Brasil*, Rio de Janeiro: Revan.
- Roudinesco, Elizabeth (2003). *A Família em Desordem*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Sévérac, Pascal (2009). "Conhecimento e afetividade em Spinoza". In: Martins, A. (org.) (2009). *O Mais Potente dos Afetos*, São Paulo: WMF Martins Fontes.
- Stern, Daniel (1985). *The Interpersonal World of the Infant*, New York: Basic Books.
- Khan, Massud (1980). "O conceito de trauma cumulativo". In: Khan, Massud (1980). *Psicanálise: Teoria, Técnica e Casos Clínicos*, Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Winnicott, Donald W. (1978). "Preocupação Materna Primária". In: Winnicott, Donald W. (1978). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*, Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Recebido para publicação em setembro de 2010.