

## «Afectos e Instituições»

Afectos e instituições ou de como andam as nossas relações

### I - Aquecer a cabeça e o coração

O afecto, a relação com o outro, a percepção do outro como importante, ou mesmo vital, para a própria sobrevivência de cada indivíduo num dado grupo, são atributos humanos que antes de serem expressos pelo uso da palavra, já eram afirmados nos gestos, nas acções e nos olhares. A relação afectiva, a lágrima, são anteriores à descoberta humana da palavra e terá sido precisamente o afecto, enquanto “coisa” diferente e oposta, ou para além, da estrita necessidade, que nos terá feito evoluir, como espécie, ao patamar social em que hoje vivemos.

A sobrevivência (instinto presente em todos os seres vivos), aliada à emergência dos sentimentos afectivos e respectivas consequentes vinculações afectivas, está na base da criação das instituições enquanto estratégia inteligente e consciente para garantir a vida. Formigas, abelhas e morcegos, são belos exemplos de espécies que aprenderam a fazê-lo primeiro do que nós, embora, por conveniência politicamente correcta, digamos que, nestes casos, a sua aprendizagem decorreu estritamente da necessidade de sobreviver.

No caso humano, tendemos a crer que o surgimento da afectividade e da vinculação afectiva, sejam a energia psico-social geradora do instituto do clã ou do instituto da família. Clã e família são primeiras construções sociais do homem. Do seu aprofundamento e evolução resultaram novas mudanças e enriquecimentos, tais como, a diferenciação de papéis e de tarefas ou a atribuição de diferentes estatutos aos elementos de um grupo social. A palavra surge imersa neste longo processo evolutivo e com a sua rápida disseminação vemos historicamente surgir sociedades progressivamente mais complexas e por isso dotadas de panóplias variadas de novas instituições: a língua, o estado, e dentro dele, a instituição militar, eclesiástica, profissional, educacional e tantas outras.

Reconheça-se então que foi na base da afectividade que se organizaram as arquitecturas sociais em que hoje vivemos, entre elas as instituições que trabalham para nós cidadãos e em que nós cidadãos trabalhamos, e reconheça-se, simultaneamente, e por muito paradoxal que tal seja, que hoje, as nossas instituições sobrevivem sem afecto, sem esse cimento que lhes esteve na origem, e fugindo

cobardemente à assunção dos sentimentos e emoções, procurando triste refúgio em noções vazias de sentido, como sejam a neutralidade ou imparcialidade de juízos e de acções.

A instituição, que foi na origem “berço” protector e construção partilhada e colectiva, é agora reconhecida como fria, despida de sentimento, lugar silencioso e silenciado onde não há espaço para o afecto e para a relação. A instituição define pela sua própria natureza um limite através do qual se identifica o dentro e o fora, quem pertence e quem não é de cá, quem vem à procura de receber algo e quem tem para dar, ou não. A instituição de hoje, por força do modelo político em vigor, mais do que nunca, nada tem para dar a não ser lucro, e se nem isso der, que seja pelo menos poupadinha nos esforços e muito económica na inacção.

O que cada cidadão ou cidadã, na sua legítima diferença, tenha para apresentar, deve ser, na relação com a instituição, normalizado, indiferenciado e igual para todos, cabendo-lhe o procedimento objectivo que a própria instituição define como o ideal para todos ou, em Portugal, o possível para alguns. Não é só o indivíduo que jaz à superfície solitário e isolado, sem densidade psicológica ou outra que não a de um número ou de um código que referencia um caso, mais um caso; também as instituições como ilhas desertas ou habitadas por autómatos alienados da realidade psicossocial, se mantêm à tona, inertes e impassíveis como plásticos “bio-desagradáveis” boiando no nosso espaço social.

A relação humana, no seu sentido e funcionamento nas instituições, de tanto trabalhada e autofagicamente consumida pela ideia da sua gestão e formação nas organizações, apenas deu origem a uma aparência abstracta e idealizada do que deve ser uma relação, não dando o conteúdo e a substância de que a relação é carente e que radica no relacionamento, isto é, no que fisicamente é partilhado, no que é efectivamente comunicado e que acrescenta ou retira alguma diferença ao plano inicial de partida.

A redundância e impotência da instituição, demonstradas por quotidianos de repetição de procedimentos, pela burocratização, pelo efeito de despersonalização, quer dos seus próprios elementos, quer daqueles que a procuram, vão-se acumulando nas óbvias impossibilidades de resolver os problemas, encontrando sucessiva justificação ora na falta de recursos ou na ausência de políticas adequadas, em suma: - é o sistema. O ideal da instituição seria que todos tivessem os mesmos problemas para

que a todos se pudessem aplicar as mesmas respostas. Contudo, e como tão bem todos sabemos, na realidade, ainda que os supostos problemas sejam os mesmos, as respostas não são.

## II – Um Olá para a família

Felizmente ou infelizmente todos temos famílias (mais ou menos numerosas e de arquiteturas mais ou menos complexas) e a família se é o berço de muita coisa, é também o berço de paradoxos. Muitas vezes o paradoxo é visível, e, por si só, é ele também que viabiliza a vida; é uma essência sem a qual não estaríamos aqui. O problema é que nós vivemos em duplo paradoxo. Um exemplo prático para explicar: imaginem uma criança dada, afável, simpática, gosta de emprestar os brinquedos aos amigos, às vezes se lhe pedem alguma coisa emprestado até chega a dar, o problema ou a patologia começam quando ele chega a casa, e encontra a mãe, a mesma mãe que ele está habituado a ouvir dizer: “sê amigo...respeita os outros, etc.”, e que agora lhe diz “ tu és um idiota, és mesmo um palerma, seu ingénuo, tu deves ser louco, então emprestas isso aos outros...nunca mais vês os teus brinquedos!”. Sabemos bem, como somos os primeiros responsáveis por este “curto-circuito interno”. Ao nível macro, assistimos ao discurso tradicional de lamento: “se as pessoas cumprissem,... se fossem honestas...se se solidarizassem... se não fossem egoístas,... “ etc., etc., trata-se da expressão de um desejo sempre projectado e a cumprir pelos outros, ao qual se sobrepõe outro, simultâneo, em que a mensagem de conselho é: “olha que te comem as papas na cabeça,... o mundo é uma selva”, e, como diz o ditado, “quem parte e reparte e não fica com a melhor parte, ou é tolo ou não tem arte”. São todos bons exemplos de como um comportamento de honestidade e elementar justiça pode tão facilmente ser socialmente condenado por ser “tolo” (doente mental/louco) ou “não ter arte” (ignorante/incapaz/inútil).

## III – De como lidam com os afectos as instituições vocacionadas para a deficiência

E o que dizer da forma como lidam com a problemática afectiva dos cidadãos com deficiência? Como se vem caracterizando essa relação? O que dizer especificamente do que se passa em Portugal, país onde, como sabemos, nos confrontamos com tabus tão gigantescos que a própria ideia de Educação Sexual nas Escolas é ainda fonte de discussões acaloradas e eivadas de puro preconceito cripto-católico-apostólico-romano, e, porventura, na mais hipócrita das suas inúmeras versões.

A incapacidade das instituições para se adaptarem, quer a actualizações jurídicas fundamentais, quer às evoluções científicas contemporâneas, colocam-nas no lugar de contrapesos e obstáculos às sãs relações dentro e fora delas.

É neste campo que centrarei as nossas atenções chamando ao discurso elementos factuais recolhidos em trabalhos de análise científica de variados autores, desde 1975, amplamente corroborados na pequena experiência clínica que venho obtendo no desempenho das minhas funções.

- a) estudos diversos em âmbito, dimensão e técnicas, vêm consistentemente verificando que para os utentes e famílias, os apoios institucionais, nomeadamente os técnicos, são fonte relevante do stress percebido e vivido (Gallagher, 83, Sloper e Tunner, 92, McConachie, 93);
- b) de modo generalizado a comunicação dos técnicos é percebida como uma esperança de que “as coisas passem”, quando o seu diagnóstico se caracteriza pela cronicidade. Verifica-se que as famílias têm dificuldade em aceitar a permanência de determinada patologia e os técnicos, dificuldade em não cair no discurso da esperança de que se vai ficar melhor (Schleichkorn, 83), os pais e utentes têm a sensação de que se lhes omite informação relevante e de que os técnicos fogem à verdade e a tratar dos assuntos mais graves, suportados em ideias feitas, tais como, “não vão entender” ou “é melhor não dizer nada” (idem), e ainda, se verifica que as instituições e seus representantes tendem a dizer aos utentes e familiares aquilo que imaginam que estes querem ouvir, como única forma de manter a relação (idem), e sabemos que numa relação de afecto e confiança tanto cabe o sim como o não;
- c) a sexualidade dos dependentes/deficientes está marcada por dois aspectos centrais: a estigmatização social (olhar do outro) e a vida institucional (regras do comportamento sexual). Estudos específicos (Degos, 75, Giami, 78, Rouques, 75) identificaram consequências graves em resultado das atitudes dos membros do pessoal face a diferentes tipos de deficiência, atitudes essas tipificadas como abusos, negligência, prepotência, arbitrariedade e repressão, além disso, encontraram, tendências imobilistas, quer de pais, quer de profissionais, face ao desenvolvimento sexual dos utentes, verificando-se atitudes de repressão do comportamento sexual em técnicos de educação, passando por terapeutas, psicólogos e outros clínicos, e registaram mesmo violência de equipas terapêuticas sob o olhar e cumplicidade dos pais reféns dos seus sentimentos de impotência;

d) numa obra central intitulada “L’ Ange et la Bête” (Giami, C. Vineret e D. Laval) que aborda a sexualidade na deficiência encontramos diversas constatações que importa referir:

1. as reacções institucionais ao comportamento sexual são maioritariamente de dois tipos, instauração de contraceção obrigatória/compulsiva para “as filhas da instituição” ou interdição absoluta de relações sexuais no contexto institucional e mesmo no seu exterior, tomando a abstinência como modelo de vida para o institucionalizado;
2. os técnicos tendem a “fantasmizar”/idealizar a sexualidade do utente e relatam acontecimentos de que não foram testemunhas, e, quando o são, calam ou distorcem os episódios que presenciaram;
3. definem a sexualidade dos utentes como “muda, selvagem, libidinosa, investida de perversão, ausente de ternura e de afectividade e que escapa ao seu controlo”, além disso a conduta sexual está dissociada dos sentimentos e do prazer;
4. a masturbação é percebida como um sinal de hipersexualidade ou como limite máximo do comportamento sexual imposto socialmente, igualmente se encontra a masturbação entendida como consequência natural da deficiência e razão impeditiva do acesso dos utentes à normalidade;
5. para os técnicos, as práticas homossexuais estão sempre mais presentes nos homens do que nas mulheres e parece unânime a percepção de que “as raparigas com deficiência não “sofrem””(sinistra a palavra “sofrem” neste contexto) dessas práticas”;
6. embora haja discordância, a maioria dos técnicos reconhece que as relações heterossexuais são as desejáveis/ideais (mesmo no caso da instituição claramente as interditar), mas simultaneamente avaliam-nas como impossíveis de realizar pelos utentes;
7. as reuniões de equipa tendem a desenvolver angústia e mal-estar por se entender que falar da sexualidade do outro seja trair implicitamente a sua própria sexualidade; tal percepção conduz os técnicos a abster-se de comentar ou opinar, refugiando-se no silêncio;

8. na maioria dos casos observados, a imposição de regras de gestão da sexualidade por parte das instituições resultou de um conflito e não de uma atitude de planeamento e de prevenção com reflexões terapêuticas prévias ou auscultação de perspectivas e modelos clínicos. Os conflitos em torno da gestão da sexualidade parecem servir para ocultar/diluir os mecanismos de rejeição, exclusão e violência, quer dos pais e tutores, quer dos técnicos e responsáveis;
  9. nas famílias onde a negação da sexualidade é mais evidente, a supervisão exigida à instituição é também ela mais rigorosa e restritiva;
  10. o discurso, quer da família, quer dos técnicos, varia consoante se trata de um utente do sexo masculino ou feminino, no último caso, as intromissões na vida privada da utente são maiores;
  11. como corolário e mote para o título da obra em referência, os autores dizem: “sendo apresentados pelos pais às instituições como “Anjos” (assexuados) e classificados pelos técnicos como “Bestas”, a sociedade coloca-os numa posição de alteridade e ambivalência. A oposição de familiares, de técnicos e das próprias instituições, ao desenvolvimento pleno e adulto, conduzem à manutenção do utente como um “bebé eterno”.
- e) Finalizemos estas alíneas com mais alguns registos incontornáveis e que deveriam merecer a nossa melhor e mais concentrada atenção:
1. para M.Lipp, (81), “lidar com a sexualidade é uma preocupação muito grande para os técnicos e muitos desejariam que esta não se manifestasse ou mesmo que sequer existisse;
  2. em M. Marques, “Atitudes dos técnicos face à Afectividade” (98), “ a maioria dos profissionais de reabilitação adoptam uma atitude distanciada e “pseudo-científica”, a acção dos técnicos é condicionada pela política institucional (com ou sem regras objectivas e formais), na falta de regras explícitas cada técnico age como entende e a maioria evita envolver-se “nesses assuntos”, quando opinam, tendem a exprimir posições conservadoras e conformes às expectativas;

3. também em Portugal, e sabemos que pouco se estuda por cá, A. Martins (95), verificou que os técnicos tendem a intervir de modo preconceituoso assente em normativos de índole moral ou de senso comum, manifestando grande insegurança quando necessitam de intervir;
4. por fim, em Johnson e Davies (89), onde se verificou que os utentes definiam os técnicos como “impedindo activamente o estabelecimento de relações íntimas”.

#### IV – Só mais uns carinhos antes de terminar

Um aspecto curioso no relacionamento entre actores destas instituições, é retratado no episódio em que um paciente num convívio de hospital, entre técnicos e doentes, é o responsável por grelhar as febras...”todos confraternizamos, somos todos iguais, conversamos, até que as fêveras começam a ficar em carvão”. O problema aqui é que o médico não vai dizer nada, porque, por um lado, está a avaliar a capacidade do doente para ser responsável por cuidar das febras (e, por isso, se o alertar para o facto das fêveras se estarem a queimar interfere na avaliação) e, por outro, o paciente também não vai dizer nada, (se tiver consciência do disparate que está a fazer) porque, se somos todos iguais/normais, como se quer fazer crer, será ele, o médico, no seu devido papel a reparar que eu estou a estragar as febras. Esta história serve bem para percebermos como o paradigma da autoridade do técnico sobre o doente se esbateu, sobretudo nas décadas mais recentes, assumindo-se agora de forma mais subtil, mascarada pelos progressos de uma pretensa ciência positivista e retrógrada e com novas legitimidades. A coberto de conceitos sem reconhecimento científico sistémico e contemporâneo, como o de neutralidade ou de imparcialidade, os técnicos persistem em produzir julgamentos e a tomar decisões arbitrárias, mesmo se imbuídos do mais sincero espírito de boa vontade e bondade. Mas isto é mais doloroso do que engraçado e de consequências bem mais reais e irremediáveis do que, à primeira vista, possamos imaginar. Assistimos a dessocializações gravíssimas das pessoas internadas, tanto do paciente como de todo o mundo cultural que gira em torno dele, e isto na saúde em geral, não apenas na saúde mental, perceptiva ou motora. Quer isto dizer que o corpo técnico e de apoios auxiliares é igualmente arrastado pela, e para, a patologização de todas as relações.

Dois outros aspectos são factores de alto risco na situação da saúde mental no nosso país: primeiro, não estamos a dar conta de que, temos pessoas a trabalhar nas

instituições, muitas vezes por mais de 20, 30 e 40 anos consecutivos, em contacto directo e com responsabilidades permanentes sobre os utentes e famílias, e ultrapassando, e muito, as tarefas e responsabilidades definidas nos perfis funcionais dos seus cargos, configurando situações gravíssimas de “deformação pessoal” (também referidas por Goffman) e/ou de “Burn-out”, conceito reconhecido pela Organização Mundial de Saúde, que indica algo como: “a caixa dos fusíveis fundiu-se!”; razão pela qual aconselha técnicos e instituições a interromper, por 1 ano as intervenções dos profissionais, pelo menos de 3 em 3 anos, como forma de melhorar o seu rendimento profissional e sua própria qualidade de vida e sanidade mental. A questão que se deve colocar é, quem tem pior diagnóstico, em Portugal, os doentes ou os elementos que representam os sistemas de saúde?

Em segundo lugar, não podemos esquecer que, quanto mais fechado um grupo for, menos permeável será à mudança em seu redor; sendo a saúde mental um exemplo de grupo de acção onde pouco se partilha e que quando tal ocorre se assiste ao surto de resistências várias e inúteis defesas “dos seus pelouros”.

Além disso, mantêm-se arreigadas, entre técnicos de diversas áreas, duas monumentais pechas ou atrasos nos modelos de análise e de acção no trabalho psicossocial e de reabilitação: - o império da persistente preocupação com o questionar do quê e do porquê, de determinada condição clínica, ao invés de se primar pela busca de soluções e formas de interacção que conduzam à inclusão e não à exclusão do paciente, isto é, continua-se a dar primazia ao investimento no passado, com vista à catalogação/diagnóstico e não no presente e futuro, objectivando tratamento, prevenção e reabilitação; e, - o uso e abuso de um capote de abrigo que dá pelo nome de neutralidade e imparcialidade, conceitos históricos importantes, mas hoje já sem qualquer sentido ou significado (como dizia Einstein, no início do século passado, “é o observador que define o que é observado”), à sombra do qual tudo se justifica, este modus operandi prova quanto é necessário actualizar conhecimentos e competências trazendo a ciência e a experiência contemporânea do plano teórico para o da acção.

V – Viver dói, como dói amar e aprender

O trabalho contra a exclusão e discriminação, mesmo aquele que tão bem foi definido na Declaração de Madrid, aquando da consagração do ano de 2003 como Ano Europeu das Pessoas com Deficiência, e de igual modo a mesma luta noutras frentes, tais como, a da discriminação das mulheres, das minorias étnicas, das opções sexuais e religiosas, só se efectivará e se tornará condigna das nossas melhores aspirações



quando tivermos conseguido atingir a raiz e matriz da mais atroz das exclusões e ela mesma origem e contexto para inúmeras outras: - falo da Pobreza. Qualquer trabalho para a inclusão social não pode ocultar que a pobreza, ou melhor que a injustíssima distribuição da riqueza, é contribuinte primeira para todas as discriminações. A OMS, neste dealbar do século XXI, ousou assumir a definição da pobreza como um determinante chave da Saúde, façamos o mesmo para outras facetas da nossa existência.

VI – Dizer adeus não é fácil, só mais uns beijinhos

“Três mil milhões de pessoas, metade da população mundial, sobrevive com menos de um euro e meio por dia. Outros mil milhões com menos de um euro estão em situação de aflitiva pobreza. Passam fome, embora o mundo tenha recursos para alimentar toda a gente. /.../ Este absurdo é encarado com indiferença e fatalismo – nada há a fazer, diz-se.” F. Sarsfield Cabral / DN, 27/01/05

“O número de doentes com alta clínica abandonados nos hospitais está a aumentar”  
Manuel Delgado - Ass. Port. Administradores Hospitalares / Público, 03/06

“Os lucros das empresas dos sete países mais ricos do mundo atingiu o rácio mais elevado de sempre” – Quando os lucros batem recordes, Editorial Público 13/03/05

“O acesso da população aos cuidados de saúde é, no meu país (EUA), um problema terrível com 40 milhões de excluídos” Prof. B. Longest – Univ. Pittsburgh, Tempo Medicina 5/07/04

“Não existe justificação para deixar morrer 20 mil ou 30 mil pessoas por dia só porque são demasiado pobres para conseguir sobreviver” Jeffrey Sachs, Revista Pública 02/06

“As mulheres europeias gastam em cosméticos por ano tudo o que seria necessário para resolver os problemas de saúde materna nos países pobres” Albino Aroso – Comissão Nacional de Saúde Materna – Neonatal, DN 07/04/05

“Os mais pobres são sempre os mais gordos” – Isabel do Carmo, Estudo sobre Obesidade em Portugal – Tempo Medicina, 04/09/06

Na palavra e boca de outros vamos vivendo a cada beijo e reconhecendo a nossa fragilidade nesses encontros e nessas despedidas. Exactamente como neste instante em que me apetece perguntar: com que amor fazemos as nossas instituições? Amando quem? Ou a mando de quem?

Rui Pedro Borges

Porto, 18 de Outubro de 2006

Trabalho apresentado no Seminário AFECTIVIDADES

Organizado pela CMPorto na FDUP