

A ABORDAGEM FEMINISTA DO CUIDADO ESPIRITUAL E PSICOTERAPÊUTICO¹

Anete Roese²

Resumo: O artigo analisa o contexto de sofrimento das mulheres e aponta equívocos em processos terapêuticos que excluem a variável de gênero dos critérios de diagnóstico. Nesse contexto, faz a crítica ao modelo hierárquico de cuidado, muito presente no âmbito religioso e nas clínicas de psicoterapia. Recorre à psicoterapia psicodramática e suas interpretações sobre o conceito de diagnóstico, bem como a sua crítica à interpretação patologizante dos conflitos e sofrimentos, à individualização do sofrimento e da cura, e à privatização das relações de cuidado. O resultado do texto é uma reflexão propositiva sobre um referencial de cuidado e acompanhamento psicoterapêutico e espiritual feminista.
Palavras-chave: Feminismo. Cuidado terapêutico espiritual. Psicoterapia.

The feminist approach to the spiritual and psychotherapeutic care

Abstract: The article analyses the context of women's suffering and indicates misunderstandings in therapeutic processes that exclude the gender variable of the diagnosis criteria. In this context, it criticizes the hierarchical model of care that is very common among the religious ambit and psychotherapy clinics. Draw on the psychodramatic psychotherapy, and its interpretations regarding the concept of diagnosis, as well as its critiques to the pathologizing interpretation of conflicts and sufferings, to the individualization of suffering and healing and to the privatization of care relations. The result of the text is a propositive reflection about a referential of psychotherapeutic and feminist spiritual care and follow-up.

Keywords: Feminism. Spiritual therapeutic care. Psychotherapy.

Psicoterapeutas feministas, mulheres e homens, há tempo estão convencidas de que grande parte dos problemas que casais e famílias trazem aos consultórios terapêuticos está relacionada a conflitos de gênero, resultantes dos rígidos papéis de gênero aprendidos desde a infância e que são cumpridos de forma extenuante e estereotipada por homens e mulheres.³ Eles e elas sentem-se infelizes e envolvidos em conflitos e rupturas nos modelos relacionais e nos papéis de gênero que lhes são conferidos culturalmente.

¹ O artigo foi recebido em 30 de abril de 2010 e aprovado por parecerista *ad hoc* mediante parecer de 03 de maio de 2010.

² Doutora em Teologia pelo Instituto Ecumênico de Pós-Graduação em Teologia (IEPG/EST – São Leopoldo/RS), professora da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC/MG), em Belo Horizonte/MG. Leciona Cultura Religiosa e Psicologia da Religião, Pesquisa Fenomenologia da Religião e Teologia Feminista. anete.roese@ig.com.br

³ Cf. CLINEBELL, Charlotte. **Counseling for liberation**. Philadelphia: Fortress Press, 1976. p. 4.

No âmbito das igrejas, a busca por ajuda e acompanhamento espiritual para a solução de conflitos pessoais e relacionais leva as diferentes denominações a se organizarem de modo a ter formação de lideranças, atenção a temas, orientação e espaços para o cuidado de pessoas. No entanto, as iniciativas, muitas vezes, inexistem ou são tímidas, seja no campo religioso ou psicoterapêutico, que tomam em conta a complexa questão de gênero, que envolve a educação, a família, a sociedade, a cultura e a religião no desenvolvimento de inúmeros problemas que afetam a saúde e a integridade de uma pessoa.

As teólogas feministas propõem que as igrejas sejam espaços seguros para as mulheres. Isso inclui acolhida e cuidado⁴ espiritual e terapêutico adequado.⁵ Para tal, foram desenvolvidos teorias e princípios para um cuidado espiritual e terapêutico que seja justo, preventivo e educativo. Trata-se de uma política de cuidado espiritual que implica a criação de espaços seguros no âmbito das igrejas, onde as mulheres possam compartilhar sofrimentos e dores, onde haja um grupo – uma pequena comunidade, uma microssociedade – que funcione como lugar de recriação da vida e cura. Trata-se de focar o cuidado terapêutico na sua dimensão política, o que implica a criação de espaços seguros – os quais implicam uma escuta segura, nova e sensível, acolhida segura e companhia segura.

Muitas experiências e sentimentos das mulheres nunca foram ouvidos, muitas vezes não são sequer compreendidos justamente porque a variável *gênero* não é considerada na abordagem. As mulheres não reconhecem mais muitos dos seus próprios sentimentos como autênticos, outras elas mesmas não mais conseguem pronunciar, expressar em palavras, por serem sofridos demais ou por já estarem tão emaranhados nos modelos sociais que elas não mais conseguem diferenciá-los dos anseios e das necessidades pessoais.

⁴ A origem da palavra cuidado é controversa. Segundo algumas referências, ela origina do latim – cura. Referências mais antigas indicam que cura era escrito “coera” e dizia respeito a “relações de amor e amizade”. Neste caso, denotava atitudes “de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada ou um objeto de estimação”. Outras pesquisas apontam que cuidado se origina “de cogitare-cogitatus e de sua corruptela coyedar, coidar, cuida”. “O sentido de cogitare-cogitatus é o mesmo de cura: cogitar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação.” Cf. BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 90.

⁵ O termo terapia tem sua origem no campo religioso. Dizia respeito à função terapêutica e saneadora da religião. Cf. TERRIN, Aldo Natale. **O sagrado off limits: a experiência religiosa e suas expressões**. São Paulo: Loyola, 1998. p. 150, 156. Leloup acrescenta ainda outras dimensões ao significado do termo terapia. Segundo os antigos terapeutas de Alexandria, o conceito terapia indica “uma assistência”, um “estar próximo”, um “cuidar de”. Ser terapeuta é exercer uma arte interpretativa. Terapeutes, conforme Leloup, significa ainda, tanto “servir, cuidar e render culto”, quanto “tratar, sarar”. Cf. LELOUP, Jean-Yves. **Cuidar do ser: Filón e os terapeutas de Alexandria**. Petrópolis: Vozes, 1996. p. 25. Para Miranda, o terapeuta é um iniciador, a terapeuta é uma iniciadora. Iniciadora do sentido da vida. Alguém que acompanha a iniciação de um novo estado, uma conversão, um novo modo de vida. MIRANDA, Evaristo Eduardo de. **Corpo: território do sagrado**. São Paulo: Loyola, 2000. p. 34. A etimologia dos termos mostra-nos que terapia, cuidado e cura têm significados semelhantes, e é com essa referência que recorro a esses termos nesse contexto.

Muitas mulheres que participam das igrejas buscam ajuda explícita para as dificuldades que enfrentam. Muitas vezes, elas fazem questão de ter um acompanhamento espiritual; elas nem sempre querem apoio psicológico. Não raro, no entanto, elas não encontram o apoio espiritual esperado das lideranças encarregadas dessa tarefa. Por outro lado, muitas vezes encontram esse apoio nos grupos nos quais participam:

* Fernanda busca apoio e discernimento em meio ao sofrimento e dúvida que trava desde que seu marido a traiu com uma jovem mulher. Não sabia se devia perdoá-lo e se deveria voltar para ele. Essa dúvida permanece no seu coração, mesmo que, entretantes, ela já tenha voltado para ele e agora, aos 37 anos, está grávida e cheia de insegurança sobre haver feito a coisa certa. Fernanda ainda sente muita mágoa em relação ao marido, sentiu muita raiva da mulher com quem ele a traiu. Conta também que não recebeu apoio do grupo de mulheres do qual participava e o qual coordenava. Teve que deixar a coordenação. Em um encontro de mulheres de uma igreja evangélica, ela se desenha com flechadas no peito e na região da vulva, o sangue escorre, e ela afirma: “É assim que eu me sinto”.

O amor ao próximo, base da fé cristã, foi levado ao extremo pelas mulheres. O amor que tudo suporta (1Co 13) foi indevidamente compreendido pelas mulheres como o amor ilimitado em favor dos outros. À mulher entregou-se o papel da protagonista do amor pela humanidade; ela aceitou essa incumbência, que a levou ao extremo de suportar tudo “em nome do amor”, inclusive maus-tratos.

* Adriana conta que é traída pelo marido há mais de 20 anos e que ele exige dela comportamentos semelhantes aos das outras mulheres com quem mantém relações sexuais. Ela não aguenta mais perdoá-lo. Adriana ouviu, no encontro de mulheres, que o perdão implica um processo de mudança de atitude e comportamento por parte de quem oferece e de quem recebe o perdão. Disse que ela já está cansada de perdoar, porque nunca mudou nada em sua vida. O amor todo doado, nada guardado, leva a um perdão ilimitado e vazio, um nada retribuído.

* Francisca conta, no grupo de mulheres, como foi enganada e humilhada por médicos em função de uma hemorragia que já durava meses e que a estava consumindo. Vários médicos afirmaram sem escrúpulos que ela havia feito um aborto, sem lhe perguntar se essa hipótese era viável, ainda que ela insistentemente tenha afirmado não haver tido nenhuma relação sexual há mais de um ano.⁶

* Um pastor reage em carta apontando a violência sofrida por mulheres de dois grupos da igreja, da qual ele nunca suspeitou até fazer uma simples pesquisa no grupo e descobrir que 60% das mulheres já haviam sofrido algum tipo de vio-

⁶ No trabalho realizado em diferentes encontros com mulheres que têm vida espiritual ativa em comunidades eclesiais, fui confrontada com os sofrimentos delas na busca de ajuda. Esses relatos dão uma ideia do que as mulheres compartilham e do tipo de apoio que elas buscam. Todos os nomes usados são fictícios.

lência. O pastor pede socorro, está surpreso e pergunta se isso é um fato e o que fazer diante do que havia descoberto.

Mulheres que contam esse tipo de situação para uma pessoa de confiança buscam socorro na igreja, no espaço ao qual estão vinculadas, e com outra mulher que lhes inspira confiança. Elas ainda não entraram em crise de fé, em crise religiosa e espiritual, mas buscam um acompanhamento cuja perspectiva metodológica integre sua espiritualidade e que não as arranque de seu lugar seguro de convívio com outras mulheres. Ademais, em algumas situações, elas querem fazer um processo terapêutico entre amigas. Querem que esse espaço de cuidado pessoal e mútuo para redimensionamento de sua vida tenha lugar na igreja. É lá onde elas querem reencontrar sua autoestima, fortalecer sua fé, encontrar uma imagem de Deus que, de certa maneira, as provoque e as apoie, querem encontrar-se com novas capacidades pessoais, querem redimensionar relações. Elas acreditam que o seu mundo religioso poderá lhes oferecer esse tipo de ajuda; lá estão outras pessoas com as quais elas têm afinidade. Pois a igreja prega o cuidado de pessoas em sofrimento, fala das curas de Jesus e anuncia esperança de tempos melhores.

A teóloga brasileira Ivone Gebara, que realizou várias pesquisas com mulheres do nordeste brasileiro que vivem em situação de extrema pobreza, relata em seu livro *A mobilidade da senzala feminina* sobre a dificuldade que a maioria das mulheres tem para falar de situações de justiça, de igualdade, de tranquilidade vividas. As situações trágicas por elas vividas não são nomeadas como violência. Para elas,

violência é só quando existem armas de fogo, facas em punho, peixeiras na mão, golpes físicos. Violência é quando ouvem falar das guerras em terras longínquas nas quais muita gente morre sem saber por quê. As situações difíceis da vida são apenas “sofrimentos”, “dores”, “infelicidade”, “tristeza”. Nenhuma mulher à primeira vista identifica essa situação penosa com as estruturas de violência de nossa sociedade. Igualmente, essas situações não são qualificadas como “impostas” pelas estruturas sociais e econômicas excludentes, mas como uma espécie de “caldo”, de “destino”, no qual se está não se sabe bem por quê.⁷

Muitas dessas mulheres não querem ou não têm acesso a um acompanhamento psicológico. Também preferem algo mais comunitário, querem pedir socorro e partilhar com alguém da comunidade. O que falta são espaços adequados e pressupostos teóricos e metodologias capazes de atender corretamente a esse público.

⁷ GEBARA, Ivone. *A mobilidade da senzala feminina*: mulheres nordestinas, vida melhor e feminismo. São Paulo: Paulinas, 2000. p. 42.

Diagnóstico na perspectiva espiritual e psicoterapêutica de cuidado

Diagnóstico é uma das questões mais complexas, seja no âmbito da medicina, da psicoterapia ou no acompanhamento e cuidado espiritual, sendo que neste último campo raramente se fale de diagnóstico. É também muito subjetivo, pois estará sempre apoiado no campo teórico ao qual o profissional da área está vinculado. Assim, profissionais de diferentes áreas das ciências podem fazer diferentes diagnósticos para um mesmo caso. É certo que, quanto mais informações houver e quanto mais interdisciplinar for a atuação do profissional da área, maiores serão as chances de um cuidado com bons resultados.

Que haja perspectivas e teorias feministas de diagnóstico para o cuidado no âmbito terapêutico ainda soa surpreendente aos nossos ouvidos. Terapeutas feministas que atuam em diferentes ramos da psicologia e no campo da saúde e da espiritualidade – com atendimentos no âmbito das igrejas – desenvolveram uma ampla literatura a partir de sua experiência.

Um diagnóstico deve levar em conta um sistema, uma cultura, uma sociedade que desenvolve estruturas desgastantes, limitadas, que enquadram, que desencaminham pessoas de si mesmas e de sua integridade pessoal e relacional. É para dentro dessa conjuntura que um cuidado feminista encaminha princípios para um diagnóstico no campo psicoterapêutico e espiritual.

Uma paciente pode apresentar vários aspectos a serem aprofundados no processo terapêutico. Por isso, o enfoque temático é decisivo no diagnóstico. Trata-se de averiguar com cuidado todo um quadro de situações menores que compõe um problema, um conflito, um sofrimento. Julia Strecker e Ursula Pfäfflin apresentam seis pilares que são parte de questionamentos fundamentais para reconhecer contextos específicos nos quais a pessoa se sente, se situa, como pensa e vive, a fim de que o cuidado possa se orientar dentro de um referencial de justiça e resgate da dignidade humana daquela mulher: *corporeidade*: leva em conta a imagem que ela tem de sua corporeidade e de sua sexualidade; *relações e rede social*: averigua as relações familiares e sociais; *profissão/trabalho/ocupação*: indaga pela satisfação, realização e perspectivas relacionadas com trabalho; *situação econômica*: pergunta pela segurança e independência econômica; *normas e valores*: que valores a pessoa mantém; como vive sua espiritualidade; *poder*: qual a experiência da pessoa em relação às situações de exercício de poder, que mecanismos ela desenvolveu como formas de lidar com o poder, que situações difíceis a pessoa enfrentou de forma sadia e bem concluída.⁸ Em todos os pilares, a pessoa cuidadora deve levar em conta os potenciais, os recursos e as “fontes de força” das mulheres.

⁸ Cf. RIEDEL-PFÄFFLIN, Ursula; STRECKER, Julia. **Flügel trotz allem**: Feministische Seelsorge und Beratung. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 1999. p. 150.

- As perguntas feitas e as ênfases dadas funcionam como perturbações e perspectivas que podem instalar uma nova conjuntura de vivência e convivência:
- Caso o terapeuta não leve muito em conta uma queixa que se refere a situações de violência, ele está subjetivamente dando sua opinião e uma mensagem sobre a importância desse fator.
- Se no processo terapêutico estiver envolvida uma possível separação, é imprescindível que a terapeuta pergunte pela situação financeira pós-divórcio das mulheres, dos homens e das crianças.
- Perguntas específicas, tais como as que se dirigem aos homens com temas de trabalho e às mulheres com temas de filhos, têm um impacto profundo no processo terapêutico e dão uma mensagem subjetiva.

Terapeutas perceberam já há tempo a necessidade de ouvir além da situação intrapsíquica e estender a escuta para o contexto intersíquico. Entendem que a constante atribuição de problemas ao inconsciente pode contribuir para uma negação do problema real. A chave interpretativa chamada “inconsciente”, muitas vezes, oculta situações sociais que levam a um sofrimento psíquico e deixa intocado um *status quo* que leva a conflitos e sofrimentos. Dalmiro Bustos apresenta um caso que ilustra muito claramente o resultado de certos diagnósticos baseados na onipotência de certas intervenções da ciência clássica. Amanda, de 34 anos, o procurou

por padecer de estados de angústia severos, com asma brônquica, que desencadeava a raiz dos estados de angústia; além disso, tinha alterações hepáticas e cefaléias. Tinha consultado clínicos que lhe diziam que não tinha nada. [...] Disse-me que já estava convencida de que não tinha nada e que se considerava uma “maníaca”, apesar de continuar com os mesmos sintomas. O descarte por parte dos médicos clínicos aumentava seus sofrimentos, já que, além do que sentia, tinha culpa por tê-los. [...] Já na primeira entrevista, evidenciou-se que uma infância muito infeliz tinha a ver com o que lhe acontecia; no entanto, existiam muitos condicionamentos externos para nos preocuparmos, no momento, pelos de índole intrapsíquica. Ela tinha três filhos, não tinha companheiro, havia sido abandonada pelo único companheiro estável que teve. Muitas vezes não podia dar de comer às crianças, a ponto de ter que fazer trabalhar o filho de 10 anos: ajudava em uma repartição, de onde recebia leite todos os dias. Claro que o menino se negava a ir à escola, pois na hora de ir estava cansado. Ao maior, mandou-o morar com uma prima que estava em boa posição econômica para que pudesse estudar. A filha menor, de quatro anos, estava sob seu cuidado e, quando saía a trabalhar de servente por hora, tinha que deixá-la só, com todos os perigos que isso acarreta. O trabalho por hora foi a solução, já que, devido a seus ataques de asma, não a empregavam em nenhum lugar; mas isso a deixava sem receber quando estava doente, sem benefícios sociais nem férias.⁹

⁹ BUSTOS, Dalmiro Manuel. **Novos rumos em psicodrama**. São Paulo: Ática, 1992. p. 145-146.

Segundo Bustos, impor nesse tipo de sofrimento um diagnóstico como os convencionais – “histeria de conversão, uma depressão, ou uma psicopatia histérica” – seria um engano, uma “parcialização”, uma vez que não leva em conta um processo, mas somente um resultado. Tratar como problema intrapsíquico seria ignorar um contexto social e cultural que reforça, impõe e rotula certos papéis e comportamentos. Significaria não incluir os efeitos da interação das partes “indivíduo-sociedade”, reduzindo e isolando o indivíduo a um ser vago, sem contexto e sem interações.¹⁰

Amanda não podia buscar ajuda, sentia que não merecia ajuda; não somente ela era uma farsante, uma vagabunda, como também fazia mal aos outros. Segundo suas próprias palavras, tinha aquilo que merecia. [...] Estou convencido de que as interpretações para Amanda não podem ser dirigidas aos seus processos inconscientes “profundos”. [...] Se consideramos que os critérios médicos não são suficientes para compreender o homem [sic] em conflito, temos que recorrer a outras disciplinas; por exemplo, à sociologia, à psicologia e à antropologia ou, talvez, propor a criação de uma nova disciplina que emerja da conjunção das nomeadas e que realmente tenha como objetivo compreender o ser humano total.¹¹

Para obter uma compreensão dos conflitos e sofrimentos do ser humano na atualidade, Bustos propõe um afastamento dos “critérios estritamente médicos ou psicológicos, já que ambos limitam a compreensão de um fato que não é meramente biológico, nem meramente psicológico, nem meramente social, senão psicobiosocial”. Afirma que, “começar pela aceitação destes critérios básicos, ‘saúde’, ‘doença’, ‘patologia’, é limitar de saída nosso objetivo”. Tomando como base o conceito de papel, de identidade “definida como as condições especiais que fazem com que um ser seja ele mesmo”, é possível aportar proposições do significado do ser em conflito.¹²

A parcialidade do que se poderia chamar de método do diagnóstico também se evidencia no caso de Marta, que sofre com uma depressão:

Marta é uma mulher de 40 anos, casada, com quatro filhos. Seu marido é um fazendeiro de fortuna considerável e ela nunca teve de trabalhar. [...] Seu pai também era um homem de situação social e econômica proeminente. O catolicismo era a religião de seu lugar, mas nunca haviam questionado profundamente suas convicções. O casal tinha muitos amigos e a vida de Marta corria sem maiores tropeços. Seis meses antes da consulta, o marido começa a ficar “ausente” e, pouco depois, confessa-lhe que ama outra mulher. Marta nunca pensou que tal coisa pudesse ocorrer e nega o conflito, trata de minimizá-lo para não perder seu marido, mas à custa de começar a sentir-se em grande depressão. Chega o momento em que o marido lhe propõe a separação.

¹⁰ Cf. BUSTOS, 1992, p. 146.

¹¹ BUSTOS, 1992, p. 146-147.

¹² BUSTOS, 1992, p. 147.

Marta sente que todo o seu mundo desaba e, por momentos, preferiria que ele a enganasse e não lhe dissesse nada; mas ele insiste. Olha seu mundo e tem sensação de irrealidade, nada real, primeiro sinal do *insight* que procederia para compreender que existiam muitas coisas falsas em sua vida. Nunca tinha questionado os valores que regiam sua vida familiar, não lhe havia ocorrido pensar em si mesma como um ser humano fora desta estrutura familiar que era como uma fortaleza frente à realidade. A fortaleza caiu e ela ficou como “à intempérie, nua frente às coisas que não podia manejar”, segundo suas próprias palavras. A depressão é somente um aspecto do problema; o resto é descobrir a enorme mentira em que acreditou durante 40 anos. O papel da mulher mudou no mundo, mas a “felicidade” de uma família de classe média a manteve à margem desta mudança.¹³

Difícilmente um diagnóstico comum de depressão daria conta de esclarecer o problema. A psicoterapia psicodramática propõe uma mudança de enfoque na abordagem do conflito, assim como na interpretação, pois, nesse caso, deve ser levado em conta o contexto no qual surge o problema. E decorrente disso, muda o tratamento, pois não se trata apenas de medicar a depressão, mas de olhar o contexto de frente, apoiar essa mulher numa caminhada de retorno a si mesma. Ajudá-la a *caminhar com as próprias pernas*, a pensar desde seu próprio corpo, seu desejo, sua vocação, seus vínculos.

Um conflito ou um sofrimento sempre tem ingredientes, em maior ou menor medida, relacionais e contextuais – tem uma razão e é gerado em função das dinâmicas das interconexões entre seres humanos. São conflitos e problemas de traição, violência, depressão, casamento, educação dos filhos etc. Aportar aqui os casos de Amanda e Marta é apontar para a proximidade entre abordagens feministas e psicodramáticas. A maioria das mulheres que nos procuram para um acompanhamento e cuidado espiritual não tem histórias muito diferentes dessa de Marta. No psicodrama são aportados referenciais e formas de interpretação que têm afinidade com a hermenêutica feminista, que propõe que a história e a memória da mulher sejam pesquizadas, não apenas rotuladas.

A dimensão psíquica compõe a existência de cada ser, bem como as inter-relações humanas. Essa dimensão pode entrar em estado de sofrimento. Bustos a considera uma “subcategoria – uma ramificação patológica – do psicológico”. Portanto, segundo o autor, “é natural que essa subcategoria seja colocada em segundo plano. Só se pode a ela referir-se numa relação de Encontro em que impere a mútua entrega. Do contrário, será uma agressão disfarçada”. Disso se podem aferir duas prerrogativas: a “doença” e a “cura” resultam de encontros, de relações. E relações são sempre muito complexas, a tal ponto que impõem sistemas conceituais que predefinem papéis, tais como os de “doente mental”, “depressiva”¹⁴ etc.

¹³ BUSTOS, 1992, p. 148.

¹⁴ Cf. BUSTOS, 1992, p. 50.

Os questionamentos de Bustos são procedentes para a reflexão teológica, a fim de que se possa voltar a perguntar não pelo diagnóstico que a religião e a teologia podem fazer da doença, tanto pelo seu potencial de resgatar o ser para sua totalidade, por considerarem o contexto no qual a pessoa está inserida, quanto por acreditarem profundamente na dignidade de cada ser, pela capacidade de identificarem o quanto o ser humano se afasta daquilo que ele é em sua origem, sua essência, sua humanidade primordial. Por identificarem a alienação e o afastamento do ser humano de si mesmo e do seu semelhante.

No caso do psicodrama, o diagnóstico vai se evidenciando ao longo do processo terapêutico e se dá nesse mesmo processo, enquanto a terapeuta aponta chaves terapêuticas e dramáticas. O diagnóstico pode ser testado, e pode não ser definitivo e conclusivo, pois está dentro de um processo no qual há protagonistas e um grupo ativo que, em certa medida, participa do diagnóstico. Há um cuidado muito grande com a aplicação do diagnóstico, baseado na implicação que o mesmo tem sobre a pessoa, seu átomo social e na conformação social – que implica a “postura diagnóstica”. A exemplo do que acontece com casos como a esquizofrenia, o diagnóstico muitas vezes leva a uma rotulação da pessoa a partir de seu sofrimento. O diagnóstico¹⁵ como é aplicado na psiquiatria evidencia apenas um resultado de algo que aconteceu. Deveria, no entanto, apresentar também o processo pelo qual se desenvolveu algo. O que muitos profissionais fazem não é um diagnóstico, mas uma *categorização*.¹⁶

Jacob Levi Moreno, criador do psicodrama, acreditava profundamente na capacidade espontânea e criativa do ser humano. Mesmo em casos de sofrimento psíquico, ele acreditava na possibilidade de romper com a rigidez que havia tomado conta da espontaneidade original daquele ser.¹⁷

Segundo Menegazzo, é somente através da conexão profunda do pensamento com o sentimento que a verdade e a totalidade do ser humano podem vir à tona.¹⁸ O corpo é compreendido na sua perspectiva inter-relacional, social, em sua integridade e totalidade, nunca apenas na sua dimensão individual e biológica. Os sintomas são sinais que indicam dimensões e tarefas que a pessoa paciente precisa

¹⁵ A palavra diagnóstico tem origem grega e pode ser explicada por dois caminhos, pois pode ser dividida de duas maneiras: “dia-gnóstico e di-agnóstico”. Gnosis significa cognição, percepção, conhecimento. Dia-gnóstico vem a ser, então, “conhecimento por meio da percepção”. E agnosis tem um significado contrário. Di-agnóstico pode ser traduzido como “retirar o não-saber”. Cf. MORENO, Zerka; BLOMKVIST, Leif Dag; RÜTZEL, Thomas. **A realidade suplementar e a arte de curar**. São Paulo: Ágora, 2001. p. 99.

¹⁶ O termo categoria vem do grego arcaico e originalmente está relacionado com um pronunciamento público no mercado. Neste sentido pode ser relacionado hoje com um anúncio, uma propaganda de um produto. É isso que em certo sentido os médicos e pacientes fazem hoje através da categorização. Cf. MORENO, 2001, p. 99.

¹⁷ MORENO, 2001, p. 100.

¹⁸ MENEGAZZO, Carlos. **Magia, mito e psicodrama**. São Paulo: Ágora, 1994. p. 84.

levar em conta, para as quais precisa dar atenção, das quais precisa cuidar, com as quais precisa encontrar meios de lidar.¹⁹

Terapeutas feministas denunciam a patologização e os déficits que permeiam as intervenções psicoterapêuticas feitas sobre as mulheres nos atendimentos terapêuticos e de aconselhamento pastoral. O acompanhamento e aconselhamento tradicionais, com enfoque individual, têm sido inadequados para mulheres porque enquadra a patologia em conceitos não relacionados com fatores culturais. Há perguntas e categorias usadas que evidenciam claramente um pré-conceito, e têm uma abordagem patologizadora, tais como:

O que falta a essa mulher? Qual é seu problema? Onde ela pecou? Como sua personalidade está perturbada!; onde ela não está certa/equilibrada? Onde ela é culpada? O que ela precisa para que finalmente se torne uma pessoa madura/adulta? Por que ela não tem um companheiro firme? Por que ela não tem filhos? Por que ela é tão ambiciosa? Ela é capaz de estabelecer relações? Será que ela de fato tem capacidades intelectuais? Como uma mulher pode se comportar desta forma? Não estão evidentes os erros dela? Por que ela não pára de se castigar?²⁰

Para Clark e Kilworth, “a psiquiatria, como outros ramos da medicina, é uma disciplina dominada pelos homens e onde prevalece o modelo médico. As mulheres que tentam o suicídio, que bebem, que não podem com os filhos ou que são claramente infelizes, em geral, são consideradas anormais; portanto, devem ser mentalmente doentes. Essa é uma reação comum na nossa sociedade”.²¹

As perguntas levantadas por um cuidado terapêutico espiritual feminista tomam o cuidado necessário para que a mulher não assuma mais culpa, pois geralmente ela vem carregada dela. Não se olha a mulher apenas individualmente, com suas queixas e problemas, olha-se para outras mulheres, ouve-se e se observa se essa queixa é uma queixa de muitas mulheres, e olha-se para os contextos que levam tantas mulheres a tal sofrimento. A mulher é convidada a fazer, junto com a terapeuta e um grupo, uma espécie de análise conjunta de seu contexto direto e amplo. São enfocadas influências mais significativas que contribuem para a construção de determinada realidade, que leva a comportamentos e sofrimentos de mulheres e homens em estruturas familiares, sociais etc. Nessa conversa de investigação e observação, a terapeuta deve estar atenta para a captura de fontes de potenciais sadios que permanecem no contexto e na pessoa e que podem servir para desencadear o princípio do processo de cura.

¹⁹ Cf. MORENO, 2001, p. 82.

²⁰ RIEDEL-PFÄFFLIN, 1999, p. 233.

²¹ CLARK, Maureen; KILWORTH, Annette. Por que um grupo só para mulheres? In: PERELBERG, Rosine Josef; MILLER, Ann C. **Os sexos e o poder nas famílias**. Rio de Janeiro: Imago, 1994. p. 256-266.

Perguntas orientadoras ancoradas na abordagem feminista poderiam ser:

Como você descreve o que a deixou vir até aqui? Como você gostaria de ir para casa hoje depois que se encerrar este tempo que aqui compartilhamos? [...] Quem das mulheres ou meninas em sua família ou entorno vê o problema que você traz aqui como você vê? Alguém vê de forma distinta? Como você conseguiu lidar com isso até agora e organizar sua vida? [...] Quem da sua família ampla se alegraria se você estivesse feliz? O que foi bem-sucedido até agora na mudança que você quer e como você conseguiu isso? Onde você mesma percebe que mudou? Como outras pessoas poderiam perceber isso? Quais são suas histórias preferidas da literatura, Bíblia ou contos? Que figuras trouxeram-lhe força até aqui? O que você fez até agora para deixar que essa força se torne eficiente em você?²²

O psicodrama tem sido um método ao qual terapeutas feministas têm recorrido porque não enfoca a patologia, mas a dimensão íntegra que a pessoa ainda conserva, e busca potencializar a capacidade criadora da pessoa e despertar sua espontaneidade a fim de que ela mesma possa reconhecer sua dignidade e encontrar, em comunhão com outras pessoas próximas, novamente sua cura.

Psiquiatras feministas norte-americanas propuseram grupos de mulheres no lugar, ou ao lado, do tratamento psiquiátrico porque suspeitavam do elevado número de mulheres que eram encaminhadas para o cuidado psiquiátrico. Elas eram encaminhadas sob os rótulos de “doentes” e “inadequadas”, enquanto as terapeutas desconfiavam dessa “insanidade” e acreditavam na possibilidade de que muitas delas somente haviam “perdido o contato consigo próprias”, e que essa perda de si mesma possivelmente estava relacionada com o fato de que essas mulheres estavam vivendo “suas vidas através de suas famílias – procurando satisfação no sucesso dos filhos ou do parceiro, em vez delas próprias”. No grupo de mulheres, elas lançam perguntas ao abismo do seu vazio, possíveis de serem feitas somente dentro de um grupo onde as próprias perguntas se repetem como eco pela voz de outras mulheres: “O que há de errado comigo? Por que sou tão infeliz?; Por que não consigo ficar satisfeita, como todo mundo?; Eu é que sou o problema. Todos parecem bem. Eu não tenho mais o que dar, sinto-me vazia”²³.

É compreensível que mulheres que a cada novo parto precisam deixar seu emprego, sua profissão, sintam-se abaladas emocionalmente; é compreensível que uma separação, uma perda, é perturbadora (e não só para as mulheres); sabe-se que, muitas vezes, em função da separação, as mulheres precisam assumir sozinhas a educação e o sustento financeiro das crianças; sabe-se que as mulheres, muitas vezes, carregam emocionalmente a família. Exige-se das mulheres, nos consultórios de psicoterapia, psiquiatria e inclusive no aconselhamento espiritual, que façam muitas

²² RIEDEL-PFÄFFLIN, 1999, p. 234.

²³ CLARK, 1994, p. 257-258.

adaptações em sua vida, requer-se e pressupõe-se que elas sejam e que deveriam ser mais flexíveis.

Somente se levarmos a sério as denúncias subjetivas das mulheres, somente se ouvirmos com uma escuta adequada, num espaço de escuta preparado para compreender esses sofrimentos silenciados, é que poderemos proporcionar fontes de ajuda terapêutica. As mulheres aprendem a silenciar porque aprenderam que seus problemas não são relevantes e significativos. Os homens aprendem a silenciar porque aprenderam que os homens não sofrem e não sentem. No entanto, na medida em que o sistema médico aceita tratar as mulheres individualmente, impõe-se também culturalmente a crença de que o problema, a paciente é a mulher. Seria uma incapacidade dela não dar conta das inúmeras jornadas e funções a elas impostas.²⁴

Mulheres, muitas vezes, sentem vergonha do seu corpo, sem direito ao prazer, são convencidas de que são inúteis, incapazes, têm vergonha de pedir dinheiro ao marido, têm culpa de não ser perfeitas. Essa é a matéria da qual a depressão, a sujeição, a violência física, psíquica e espiritual é feita.

Mulheres com depressão sentem vergonha de sua falta de esperança. Elas podem se ver como pessoas egoístas, não merecedoras do amor de suas famílias, do amor de Deus, da atenção especial de um acompanhamento espiritual – não dignas de gastar dinheiro consigo si mesmas se algum honorário estiver envolvido.²⁵

Hermenêutica e acompanhamento espiritual feminista

Durante séculos, a Bíblia tem sido lida e interpretada de forma unilateral, de modo a esconder situações nas quais mulheres eram vítimas e evitando que a igreja assumisse seu papel profético de denúncia e de cuidadora e protetora, em nível social e pessoal. A hermenêutica bíblica feminista propõe a leitura desses textos bíblicos historicamente ocultados dos membros de igrejas a fim de recuperar a história, a memória e também a autoridade e o poder das mulheres. Entre esses, há textos que permitem que as mulheres identifiquem seu sofrimento com o de outra – uma mulher bíblica que teve um sofrimento semelhante, e busquem juntas uma libertação desse sentimento doloroso e uma postura profética em relação a essas situações hoje. Textos tais como os de Gn 34.1ss e 2Sm 13.1ss, que contam duas histórias de estupro, passaram a ser lidos por mulheres que através deles dizem – “Comigo

²⁴ Para maiores informações sobre um acompanhamento psicoterapêutico com base nas teorias de gênero direcionada para homens (e grupos de homens) recomendo um trabalho interessantíssimo desenvolvido por Luiz Cuschnir. Cf. CUSCHNIR, Luiz. **A relação mulher & homem: uma história dos seus encontros e disfarces**. Rio de Janeiro: Campus, 2003; _____. **Homens sem máscaras: paixões e segredos dos homens**. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

²⁵ BUFORD, Paula. Women and community: women's study groups as pastoral counseling. In: MOESSNER, Jeanne Stevenson (Ed.). **Through the eyes of women: insights for pastoral care**. Minneapolis: Augsburg Fortress Press, 1996. p. 288.

também aconteceu algo assim”, e reinterpretam sua própria vida num espaço de cuidado pastoral. Textos nos quais aparecem mulheres que exerceram liderança são novos aos ouvidos de muitas mulheres. Esses textos são textos que curam. São fontes poderosas que ajudam a resgatar a dignidade e a integridade da mulher.

Em certa ocasião, fui chamada para trabalhar com um grupo de mulheres pertencentes a diferentes tradições religiosas da região metropolitana da cidade de São Paulo. As coordenadoras do trabalho estavam convencidas da necessidade de tematizar o tema da violência doméstica. Mas estavam muito receosas sobre o modo de abordar o tema com mulheres de igreja. Na verdade, elas temiam que, ao final de um encontro que duraria um final de semana, muitas mulheres poderiam pedir o divórcio. E como elas, as coordenadoras do trabalho, lideranças de uma comunidade evangélica explicariam isso depois? Convidaram-me, mas queriam saber detalhes da metodologia que eu usaria. Falei para elas que não temessem, pois eu não abordaria nenhuma mulher a expor a sua vida pessoal, e que nenhuma delas seria constrangida em vista de sua história pessoal. Ademais, falei para elas que eu abordaria o tema do ponto de vista espiritual e teológico. Meu ponto de partida seria a Bíblia, baseado na hermenêutica teológica feminista que privilegia o princípio da valorização da experiência das mulheres.

Estávamos em retiro, num belo sítio retirado da cidade. As mulheres haviam conseguido, algumas pela primeira vez e com muito esforço, sair de casa para o encontro. Muitas delas haviam deixado toda a comida preparada ou encaminhada para o marido e os filhos de modo que ninguém pudesse dizer que haviam abandonado sua família naqueles dois dias. Começamos o encontro com uma boa integração, com um bom momento de meditação, sentadas em círculo. Elas estavam cientes do tema do encontro. Todas estavam munidas da sua Bíblia.

O tema era violência doméstica, e nós fomos direto ao assunto. Aliás, um pouco indiretamente, pois fizemos a curva pela Bíblia para ver o que ela nos contava, se é que ela dizia algo sobre o tema. Lemos cuidadosamente o texto de 2 Samuel 13, o relato do estupro de Tamar. Ao final da leitura, ensaiei dizer para elas que esse texto era muitíssimo antigo e tratava de uma situação igualmente antiga, algo não muito comum nos dias de hoje. Ao que percebi alguns murmúrios e cochichos. Perguntei-lhes se eu dissera algo equivocado, e algumas disseram que isso não era tão incomum hoje. Bem. Senti que poderíamos seguir bem com esse texto e estudá-lo mais a fundo naquela manhã, pois, na parte da tarde, eu tinha a intenção de relacionar aquela situação de Tamar com o nosso contexto social e depois com o contexto de vida delas – se houvesse abertura para tal.

Passamos a analisar em pequenos grupos várias questões que o texto aportava. Por exemplo, o lugar onde o estupro havia se dado – que era dentro de casa. Como o estupro havia acontecido – o que antecedeu: uma combinação entre dois rapazes, fingimento de doença, envolvimento do pai, do primo, do outro irmão. Olhamos a reação de Tamar – as cinco vezes em que ela disse a palavra “não”, o seu choro, a sua reação de dor, desespero; o modo como o irmão que a estuprou e

em seguida a expulsa, dizendo ter nojo dela; o modo como o outro irmão a aconselha a silenciar – por onde enfocamos o silêncio que sempre ronda esses casos de violência até os dias de hoje.

As mulheres envolveram-se no texto de modo surpreendente, entendiam cada detalhe e analisavam com rigor, estavam muito envolvidas com o tema. Depois dramatizamos *o sentimento* de Tamar, sua reação, seus gritos, sua revolta. No meio do círculo, algumas gritavam um “*não!*” tão sonoro que me dava a impressão de que essa palavra vinha rasgando suas gargantas e que nunca haviam tomado uma postura com tamanha autoridade como naquele momento. Esse momento foi de uma plasticidade, dramaticidade e catarse impressionante. Em seguida, elas analisaram o que viram e o que fizeram e falaram a incapacidade das mulheres de dizerem *não*. O *não* de Tamar passou pelo corpo delas e certamente criou lugar e eco em suas vidas.

De tudo, o que mais me surpreendeu naquele dia é que elas já foram contando e costurando as histórias pessoais com a de Tamar logo, sem que eu introduzisse esse aspecto. Foi natural. E as histórias iam dizendo que o que houve com Tamar já tinha acontecido na família delas e eram referências que iam desde o avô, ao pai, ao tio, ao irmão, e chegavam às relações de casamento delas e no cotidiano delas e das filhas e dos filhos delas etc. O potencial do trabalho em grupos é sempre surpreendente. Ali o silêncio é superado, o medo e a solidão também. A partir do momento em que a primeira mulher ousa dizer algo dela e contar a sua história, a outra suspira, como quem diz: “E eu que achava que era a única a passar por isso”. E o anonimato, a individualização do sofrimento é desconstruído. E o cuidado naquele momento passa a ser mútuo, elas se tornam terapeutas umas das outras, o cuidado mútuo e o interesse de umas pelas outras se estendem para o cotidiano que segue. Além disso, elas passam a ver que a sua história, mesmo sendo trágica, está na Bíblia. E se está na Bíblia, como a de Tamar, é sagrada. E porque é sagrada pode ser contada, precisa ser contada para que seja mudada a história dela e de outras mulheres e meninas. A mulher percebe que ela não precisa ter vergonha do seu corpo e de sua história.²⁶

O cuidado de cunho feminista propõe o não-isolamento, a não-individualização do sofrimento e da cura, a não-privatização das relações e dos cuidados, e está mais atento às causas do sofrimento e da insatisfação do que aos sintomas. Por essa razão, o modelo de cuidado feminista sempre será circunferencial, mútuo, não-hierárquico. Isso significa que o cuidado espiritual e terapêutico feminista privilegiará sempre o grupo como espaço de apoio, ajuda, interpretação de causas, diagnóstico, cuidado e cura. O grupo diminui a terrível sensação de abandono e isolamento, permite o reconhecimento do sofrimento pessoal através do sofrimento alheio, permite vislumbrar saúde através do outro rosto, do outro corpo que compõe o círculo. Trata-se de uma desconstrução da concepção do sofrimento e da cura

²⁶ O método do bibliodrama serviu de base para o processo hermenêutico deste encontro. Cf. ROESE, Anete. **Bibliodrama**. A arte de interpretar textos sagrados. São Leopoldo: Sinodal, 2007.

como centrados no indivíduo e como dependentes unicamente da intervenção de um terapeuta.

Para mulheres que vivem situações de isolamento, solidão e depressão muito intensas, um processo terapêutico individual pode contribuir para aumentar esse isolamento, uma vez que ela se sentirá sozinha também no seu processo de cura. Um grupo pode se tornar um espaço de proteção, de cuidado mútuo, de continência, de afeto, que são elementos fundamentais para a integridade e a dignificação do ser humano. O movimento para a integridade, para a saúde que uma pessoa inicia, certamente, será mais pleno quando há uma comunidade. Uma comunidade pode significar inicialmente uma microcomunidade, um pequeno grupo²⁷. Saúde depende também de um bom lugar onde há presença espiritual e convivência. O cuidado terapêutico espiritual feminista mantém a postura de humanizar, de aproximar pessoas, e uma visão não patologizante das relações.

Em situações de cuidado terapêutico e espiritual de mulheres, é fundamental que algumas questões sejam observadas quando se trata de grupos: o confronto com outras mulheres e suas histórias e concepções pode deflagrar uma crise de paradigmas e a consequente desconstrução de valores e ampliação da experiência pessoal e da cosmovisão; o confronto com as dificuldades pessoais e as expectativas da sociedade em relação às mulheres; o confronto com o sentimento da perda do controle, da autoestima, da confiança; o confronto com as necessidades próprias e o atendimento das necessidades alheias, uma vez que aprenderam de suas mães que devem satisfazer as necessidades dos outros e a não importunar os outros com questões pessoais delas. Uma metodologia ativa no acompanhamento de mulheres permite uma desconstrução ativa, e o protagonismo das mulheres em relação à sua própria história.

Terapeutas feministas e cuidadoras espirituais reúnem, em um mesmo grupo, mulheres com idades variadas e propõem exercícios de dramatização, vivências e dinâmicas terapêuticas que colocam as mulheres em movimento, colocam-nas de pé e fazem-nas produzir sua própria postura, tomar iniciativa pela interpretação dos acontecimentos de sua vida, bem como pela descoberta e proposição de novos referenciais para sua vida pessoal, relacional e profissional. Capacitam as mulheres para que possam tomar em suas mãos o controle de suas vidas, motivando suas capacidades, seus dons, despertando sua espiritualidade. As mulheres precisam se convencer que elas são boas mães e que são boas mulheres a fim de desconstruir a histórica culpa que elas carregam. No espaço de cuidado em um grupo, elas se reconhecem umas nas outras, tornam-se terapeutas umas das outras e podem confrontar as ideologias sociais e culturais que afirmam que elas são vulneráveis, desnaturadas, más e pecadoras. Elas precisam saber que não são doentes e que não estão loucas.

É necessário criar espaços de escuta mútua, de partilha e cuidado mútuo, onde o sofrimento é socializado – onde o sofrimento pode sair das quatro paredes

²⁷ Evidentemente há casos específicos em que um acompanhamento individual deve ser preservado.

e do silêncio, para que vá além do sofrimento individual e seja reconhecido como problema comum, social, e assim sejam tomadas providências para que a cura também tenha um caráter de ajuda mútua e de cura social e mudança social. Nesses espaços, pessoas encontram-se para começar a se relacionar de forma nova consigo mesmas, umas com outras e com Deus.

A práxis do cuidado terapêutico e espiritual na perspectiva feminista situa-se no campo da ética situacional. Essa postura implica uma visão plural da verdade. Isso significa justamente compreender as singularidades e parcialidades daquilo que concebemos como verdade. Trata-se de compreender e ouvir a verdade que vem da experiência da pessoa em crise, em conflito, em sofrimento e nunca basear-se numa moral ou opinião generalizada sobre uma questão. Acompanhamento e cuidado espiritual “são atos políticos e não podem ser dissociados das condições sociais nas quais vivem as pessoas que buscam aconselhamento”²⁸.

Ouvir muitas histórias permitirá que cada mulher possa prover-se de muitas imagens, potencialidades, personalidades do ser mulher, ampliando suas imagens do que é ser mulher. Nesse espaço de cuidado mútuo, também as histórias bíblicas de mulheres, estruturas familiares e sociais podem ser resgatadas, contadas e interpretadas como imagens a partir das quais se pode aferir outros e novos referenciais para o cotidiano.

Necessidade e anseio por um cuidado integral

Terapeutas e teólogas feministas têm assumido claramente uma atuação que privilegia um acompanhamento terapêutico interdisciplinar e aberto ao cuidado espiritual. Elas têm se dedicado tanto ao acompanhamento psicoterapêutico quanto à orientação espiritual. A perspectiva feminista de acompanhamento terapêutico e espiritual cuida e restaura a dimensão espiritual e pessoal da mulher, e busca junto com as mulheres novas direções para sua vida relacional; escuta e desperta a integridade da pessoa; cuida da dimensão psicológica, social, corporal, política e econômica; abre espaço para a presença divina, para a sabedoria de Deus e também para a sabedoria humana. No processo terapêutico, resgata, em mutualidade, o poder da mulher e suas formas de exercício de poder segundo a experiência de poder compartilhado, poder que vem da experiência pessoal, corporal e comunitária.

Um cuidado terapêutico espiritual significa capacitar as pessoas a aprofundar sua espiritualidade, sua re-ligação com potenciais negados; ajudá-las a reencontrar, reconstruir ou identificar sua imagem de Deus, seus valores religiosos; ajudá-las a encontrar palavras, restabelecer sua relação com o divino e com o próximo; encontrar a religiosidade ou a espiritualidade que pulsa no mais íntimo do seu ser; significa orientá-las na busca de sua oração. Na compreensão feminista, não há movimentos

²⁸ Cf. RIEDEL-PFÄFFLIN, 1999, p. 55.

de vida que sejam unicamente individuais, não há nível pessoal ou relacional que não seja também político. E o aprofundamento espiritual é também uma dimensão da justiça social. A espiritualidade feminista interpreta as ações humanas desde o nível individual e estrutural até o político, e mantém uma postura crítica na interpretação das relações humanas e organização social da vida.

Referências bibliográficas

- BOHLER, Carolyn Stahl. Female-friendly pastoral care. In: MOESSNER, Jeanne Stevenson (Ed.). **Through the eyes of women: insights for pastoral care**. Minneapolis: Augsburg Fortress Press, 1996. p. 27-49.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- BUFORD, Paula. Women and community: women's study groups as pastoral counseling. In: MOESSNER, Jeanne Stevenson (Ed.). **Through the eyes of women: insights for pastoral care**. Minneapolis: Augsburg Fortress Press, 1996. p. 285-303.
- BUSTOS, Dalmiro Manuel. **Novos rumos em psicodrama**. São Paulo: Ática, 1992.
- CLARK, Maureen; KILWORTH, Annette. Por que um grupo só para mulheres? In: PERELBERG, Rosine Josef; MILLER, Ann C. **Os sexos e o poder nas famílias**. Rio de Janeiro: Imago, 1994. p. 256-266.
- CLINEBELL, Charlotte Holt. **Counseling for liberation**. Philadelphia: Fortress Press, 1976.
- CUSCHNIR, Luiz. **A relação mulher & homem: uma história dos seus encontros e disfarces**. Rio de Janeiro: Campus, 2003.
- _____. **Homens sem máscaras: paixões e segredos dos homens**. Rio de Janeiro: Campus, 2002.
- GEBARA, Ivone. **A mobilidade da senzala feminina: mulheres nordestinas, vida melhor e feminismo**. São Paulo: Paulinas, 2000.
- GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- LELOUP, Jean-Yves. **Cuidar do ser: Filón e os terapeutas de Alexandria**. Petrópolis: Vozes, 1996.
- MENEGAZZO, Carlos. **Magia, mito e psicodrama**. São Paulo: Ágora, 1994.
- MIRANDA, Evaristo Eduardo de. **Corpo: território do sagrado**. São Paulo: Loyola, 2000.
- MORENO, Jacob Levy. **Psicoterapia de grupo e psicodrama: introdução à teoria e prática**. 2. ed. rev. Campinas: Psy, 1993.
- MORENO, Zerka; BLOMKVIST, Leif Dag; RÜTZEL, Thomas. **A realidade suplementar e a arte de curar**. São Paulo: Ágora, 2001.
- RIEDEL-PFÄFFLIN, Ursula; STRECKER, Julia. **Flügel trotz allem: Feministische Seelsorge und Beratung**. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 1999.

ROESE, Anete. **Bibliodrama**. A arte de interpretar textos sagrados. São Leopoldo: Sinodal, 2007.

TERRIN, Aldo Natale. **O sagrado off limits**: a experiência religiosa e suas expressões. São Paulo: Loyola, 1998.

ZIMERMAN, David. Como agem os grupos terapêuticos? In: ZIMERMAN, David E.; OSORIO, Luiz Carlos (Orgs.). **Como trabalhar com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 119-125.