



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

LUCÉLIA DE ALMEIDA ANDRADE

**OS SENTIDOS CONSTRUÍDOS SOBRE O TRABALHO EM SERVIÇOS
RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS**

CAMPINA GRANDE/PB

AGOSTO/2013

LUCÉLIA DE ALMEIDA ANDRADE

**Os sentidos construídos sobre o trabalho em Serviços Residenciais
Terapêuticos**

Monografia apresentada junto ao curso de
Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba,
em cumprimento à exigência para a obtenção do
grau de Psicólogo.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Thelma Maria Grisi Velôso

Campina Grande/PB

Agosto/2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

A553s Andrade, Lucélia de Almeida.
Os sentidos construídos sobre o trabalho em Serviços Residenciais Terapêuticos [manuscrito] / Lucélia de Almeida Andrade. – 2013.
107 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia)
– Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2013.

“Orientação: Profa. Dra. Thelma Maria Grisi Veloso, Departamento de Psicologia”.

1. Cuidadores. 2. Psicodinâmica do trabalho. 3. Atuação profissional. I. Título.

21. ed. CDD 158.7

LUCÉLIA DE ALMEIDA ANDRADE

Os sentidos construídos sobre o trabalho em Serviços Residenciais Terapêuticos

Monografia apresentada junto ao Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento a exigência para a obtenção do grau de Psicólogo.

Aprovada em 20/02/2013



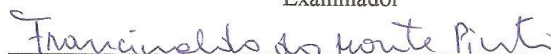
Prof.^a Dr.^a Thelma Maria Grisi Veloso/UEPB

Orientadora



Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho/UFCG

Examinador



Prof. Dr. Francinaldo do Monte Pinto/UEPB

Examinador

Aos "Ignorados de Tal". Nus no corpo e na identidade, humanidades sequestradas. Homens, mulheres e crianças. (Ideias extraídas do livro "Holocausto Brasileiro" de Daniela Arbex)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, desejo agradecer aos meus pais, Livalda e Vital Pedro (Índio). Ela, “louca por mim, só porque eu sou assim. Meu pai, por sua vez, se liga na minha e nos botecos onde passa não dá outro papo”. Sou grata por todo afeto, confiança e presença, mesmo nas ausências... Aos meus irmãos, Leonor e Marlon, com quem aprendo cotidianamente que o mundo é diverso, pelo apoio, cumplicidade e por estarmos juntos nos momentos mais difíceis.

À família que sempre tive e terei como minha, por todo cuidado e carinho dedicados a mim e por comemorarem comigo cada sucesso. Tia Lígia, José Normando, Normanda e Normando, muito obrigada!

Àqueles com quem dividi muitos sorrisos, algumas lágrimas e muito desejo de mundo, meus amigos.

À todas as companheiras de morada.

À Déborah, amiga, irmã, cúmplice, companheira de quarto, por ouvir várias vezes a mesma história, por todas as crises de riso e de choro, conversas de canto de olho e por todas as vezes que me ajudou com os mistérios da tecnologia;

À Graci, por toda a sua compreensão, beleza e generosidade;

À Roberta, por sua voz e abraço tão aconchegantes;

À Helyssa, por ser uma ótima companheira de viagens e por ter me emprestado textos imprescindíveis para a conclusão desse trabalho;

À Inácia, por sua força, determinação e coragem;

À Sara (bicha), por estar comigo justamente nos dias em que finalizava esse trabalho, por sua delicadeza sem esforço, afetuosidade e pelos cafés das tardes às madrugadas;

A Sandro, por não perder a piada, nem os amigos;

À Carol, por sua beleza tão forte, pelos bolos de chocolate e brigadeiros que nos fazem tão felizes e por me dizer que era só uma fase, logo passaria.

A Nilton, pela companhia cinematográfica, andança perto do mar e pelo acanhamento.

A todos os meus colegas de turma, dos grupos de extensão e de pesquisa, com quem dividi a intensidade dos últimos cinco anos. Aos que chegaram e ficaram por um período longo e àqueles que ficaram por pouco tempo. Obrigada a todos que deixaram e receberam um tanto.

À Prof.^a Dr.^a Thelma Maria Grisi Velôso, pelo empenho e dedicação em sua orientação, fundamentais para a conclusão desse trabalho. Mas, principalmente, por sua compreensão e amizade.

Ao Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho e ao Prof. Dr. Francinaldo do Monte Pinto por aceitarem o convite para participar da banca examinadora e contribuírem com esse trabalho.

Sou grata, também, a todos os meus professores que contribuíram para a minha formação, desde o Jardim de Infância Milton Neto, em Casinhas, até os cursos de Letras e Psicologia na Universidade Estadual da Paraíba.

À coordenação e equipe do Serviço Residencial Terapêutico de Campina Grande por todo apoio para que esse trabalho pudesse ser realizado.

Às cuidadoras que participaram desse estudo, muito obrigada.

E, finalmente, quero agradecer ao Universo, por sua sincronicidade que transforma meus dias numa viagem transcendental e possibilita que esse ciclo seja fechado, dando início a outro(s) tanto(s).

*Sem trabalho eu não sou nada
Não tenho dignidade
Não sinto o meu valor
Não tenho identidade
Mas o que eu tenho
É só um emprego (...)*

“Música de Trabalho”, Legião Urbana

Às vezes ela coloca dois vestidos para compensar a nudez de quase uma vida inteira.

Eliane Brum

RESUMO

Neste trabalho analisamos os sentidos que os cuidadores dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's) da cidade de Campina Grande/PB constroem sobre o seu trabalho. Além disso, interessou-nos analisar os sentidos que os cuidadores constroem sobre a loucura; identificar as fontes de sofrimento e prazer, advindas do trabalho no Serviço Residencial Terapêutico; verificar, nesses discursos, se os cuidadores sentem-se capacitados para desenvolver as atividades atribuídas a um cuidador; e facilitar um espaço de escuta, diálogo e reflexão acerca do trabalho desenvolvido pelos cuidadores nos SRT's. O referencial teórico adotado foi a proposta de estudo das produções de sentidos a partir da análise das práticas discursivas. Utilizou-se também o referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho, no que se refere à análise das situações geradoras de sofrimento e prazer no trabalho. Considerando que se trata de uma pesquisa-intervenção, método de pesquisa que não dissocia o pesquisar do intervir, recorreremos aos pressupostos teóricos e metodológicos da Psicologia Social Comunitária, em diálogo com a Educação Popular, para orientar a intervenção. Assim, foram realizadas quatro oficinas junto a um grupo formado por 07 (sete) cuidadoras dos SRT's do município de Campina Grande/PB. Guiando-nos pelos princípios da Arteterapia, utilizando exercícios e jogos do Teatro do Oprimido (TO) e diversas linguagens plásticas, as oficinas foram realizadas, objetivando constituir-se como um espaço de escuta, diálogo e reflexão e, além disso, como estratégia para obtenção de elementos para investigação. Na primeira oficina houve a apresentação da proposta de pesquisa-intervenção e levantamento dos temas a serem discutidos em oficinas posteriores. Nas oficinas seguintes foram discutidos os temas: “O que é ser cuidador”; “Loucura, trabalho e capacitação” e “Sofrimento e prazer no trabalho”. Como técnica de análise dos discursos, recorreremos aos mapas de associação de ideias (SPINK; LIMA, 2004; SPINK, 2010). A partir das análises, identificamos sentidos sobre o trabalho que remetem ao risco e ao medo; à insegurança e desproteção; à necessidade de cuidados e bem-estar; à renúncia; à preocupação e responsabilidade; à sobrecarga e exploração; à incompatibilidade de funções; e ao desenvolvimento de funções que garantem os cuidados básicos dos usuários (como alimentação e higiene). As fontes de sofrimento identificadas foram: quebra de vínculos estabelecidos com os usuários; agressividade dos usuários; mobilização de sentimentos negativos a partir do comportamento dos usuários; e sentimento de impotência. Já as fontes de prazer identificadas foram: o vínculo estabelecido e o convívio com os usuários, que proporcionam momentos de descontração e afetividade. Sobre capacitação, as cuidadoras, de um modo geral, relataram não sentirem-se plenamente capacitadas para o exercício da função. No tocante aos sentidos construídos sobre a loucura, identificamos construções que remetem ao medo; à instabilidade emocional; ao desespero; à agressividade potencial e perigo; à prisão; à infantilização; à anormalidade; à “condição de especial”; ao empoderamento do louco após o processo de Reforma Psiquiátrica; à falta de noção; aos fatores psicológicos, apontados como causa que desencadeia a loucura; à doença; e à centralidade na medicação. Consideramos, então, que se faz necessário o fomento à capacitação e constante diálogo com os profissionais, bem como a avaliação permanente desse dispositivo, objetivando a consolidação e o fortalecimento da proposta de “cuidado em liberdade”, com garantia e ampliação de direitos para que a Reforma Psiquiátrica seja uma política vivida, experimentada e não, apenas, institucionalizada.

Palavras-chave: Serviços Residenciais Terapêuticos; Cuidadoras; Trabalho.

ABSTRACT

This paper aims to analyze the meanings that caregivers of Therapeutic Residential Services (TRS's) of Campina Grande / PB build on their work. Also, it is from our interest to analyze the meanings that caregivers build on madness; identify the sources of suffering and pleasure, arising from work in Therapeutic Residential Service, verify, in these discourses, if caregivers feel capable to develop the activities assigned for a caregiver, and facilitate a space for listening, dialogue and reflection concerning the work done by caregivers in Therapeutic Residential Services. The theoretical reference adopted was the study proposal of the meanings productions from the analysis of discursive practices. Also was used the theoretical of Work Psychodynamic, as regards to the analysis of the generative situations of suffering and pleasure in the work. Considering that this is a research-intervention, that is a research method in which dissociates the search from intervene, we resort the theoretical and methodological assumptions of Community Social Psychology in dialogue with the Popular Education, to guide the intervention. Thus, four workshops were held with a group formed by seven (07) caregivers of TRSs of Campina Grande / PB. Leading us by the principles of art therapy and using exercises and games of the Theater of the Oppressed (TO) and several plastic languages, workshops were conducted, aiming to establish itself as a space for listening, dialogue and reflection and, moreover, as a strategy to obtaining elements for investigation. At the first workshop was the presentation of the intervention research proposal and survey of the topics to be discussed in subsequent workshops. At the workshops, the following topics were discussed: "What is being a caregiver"; "Madness, work and training" and "Suffering and pleasure in the work". As a technique of discourse analysis, we used the maps of association of ideas (SPINK; LIMA, 2004; SPINK, 2010). From our analysis, we identify the meaning of the work that refers to the risk and fear; insecurity and defenselessness; the necessity of care and welfare; renunciation; concern and responsibility; overload and exploration; incompatibility of functions; and development of functions that ensure basic cares of the users (such as food and hygiene). The sources of suffering were identified: break ties established with users; aggression of users; mobilization of negative feelings from the behavior of users, and powerlessness. In the case of sources of pleasure were identified: the bond established and the conviviality with users, providing moments of relaxation and affectivity. About training, the caregivers, in general way, reported not feel completely capable to exercise the function. Regarding the meanings constructed about madness, we identify buildings that refer to the fear; emotional instability; despair; potential aggressiveness and danger; arrest; the infantilization; the abnormality; the "special condition"; empowerment of the crazy after Psychiatric Reform process; the non-sense; the madness related to psychological factors which are identified as a triggering, the disease, and the centrality in the medication. We consider, then, that it is necessary to promote the training and constant dialogue with professionals, as well as the permanent evaluation of this device, aiming at the consolidation and strengthening of the "free care" proposal, with guarantee and expansion of rights for the Psychiatric Reform to be a lived, an experienced and not just an institutionalized policy.

Keywords: Therapeutic Residential Services, Caregivers, Work.

SUMÁRIO

Introdução	11
Capítulo I: Referencial Teórico	18
1.1. Produção de sentidos através das práticas discursivas	18
1.2. Psicodinâmica do Trabalho: o sofrimento e o prazer no trabalho	21
1.3. Psicologia Social Comunitária em diálogo com a Educação Popular: aportes para a intervenção	24
Capítulo II: Procedimentos Metodológicos	27
Capítulo III: Relato das Oficinas	33
3.1. Oficina - “Apresentação da proposta e levantamento de temas”	33
3.2. Oficina - “O que é ser cuidador”	35
3.3. Oficina - “Loucura, trabalho e capacitação”	37
3.4. Oficina - “Sofrimento e prazer no trabalho”	39
Capítulo IV: Sobre trabalhar num Serviço Residencial Terapêutico	42
4.1. Os sentidos construídos sobre o trabalho	42
4.1.1. O que é ser cuidador em Serviços Residenciais Terapêuticos	42
4.1.2. Sofrimento e prazer no trabalho em Serviços Residenciais Terapêuticos	59
4.1.3. Trabalho e capacitação em Serviços Residenciais Terapêuticos	68
Capítulo V: Os sentidos construídos sobre a loucura	73
Considerações finais	87

Referências	90
Anexos	97
Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	98
Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	100
Anexo C – Termo de Autorização Institucional	101
Apêndices	102
Apêndice A – Desenho produzido durante a oficina “O que é ser cuidador”	103
Apêndice B – Desenho produzido durante a oficina “O que é ser cuidador”	104
Apêndice C – Desenho produzido durante a oficina “O que é ser cuidador”	105
Apêndice D – Cartaz com imagens/situações, cuja representação é de sofrimento no trabalho (Oficina “Sofrimento e prazer no trabalho”)	106
Apêndice E - Cartaz com imagens/situações, cuja representação é de prazer no trabalho (Oficina “Sofrimento e prazer no trabalho”)	107

INTRODUÇÃO

A partir de meados do século XX, o tratamento oferecido nos hospitais psiquiátricos passou a ser fortemente questionado devido à sua ineficiência, que provocava, na verdade, uma cronificação resultante de longos períodos de internação, da perda de vínculos sociais e do tratamento caracterizado por práticas repressoras e violentas. A partir daí surgem alguns movimentos sociais caracterizados como antipsiquiátricos, os quais questionavam o lugar da loucura na sociedade e propunham, não somente a desinstitucionalização, mas a transformação ou mesmo, a abolição do hospital psiquiátrico (DESVIAT, 2009).

No contexto marcado pelo pós-guerra, alguns países construíram propostas visando a re-significação e transformação das práticas institucionais psiquiátricas. Destacam-se a proposta francesa de François Tosquelles; a antipsiquiatria inglesa de Laing e Cooper; a psiquiatria comunitária norte-americana; e a proposta italiana, conhecida como Psiquiatria Democrática, cujo precursor foi o médico psiquiatra Franco Basaglia. Cabe ressaltar que essa última referencia o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro.

O movimento da Reforma Psiquiátrica, no Brasil, teve início no final da década de 1970 e surgiu a partir da indignação dos trabalhadores em saúde mental, das denúncias de maus-tratos e más condições de trabalho que renasceram no período de redemocratização do país (AMARANTE, 1995). Essa insatisfação desemboca no Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e no Movimento de Luta Antimanicomial, elementos fundamentais para o processo que culminou com a proposta de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A Reforma Psiquiátrica configura-se como um processo permanente de construção, de reflexões e transformações que ocorrem em diferentes campos: teórico-conceitual; técnico assistencial; político-jurídico e sócio-cultural (AMARANTE, 2005; AMARANTE, *et al*, 1997). Ainda de acordo com esse autor, o campo teórico-conceitual percorre as produções teóricas que tentam definir um novo objeto de conhecimento. O campo técnico-assistencial tenta construir novos espaços de sociabilidade, trocas e produção de subjetividades. O campo jurídico-político propõe a revisão das legislações que envolvem os usuários e tenta instaurar a construção de novas possibilidades de ingresso social. Por último, o campo sócio-cultural tem por objetivo transformar o imaginário social acerca da loucura, buscando práticas sociais de solidariedade e inclusão dos diferentes. Assim, constroem-se novos saberes e fazeres no campo da saúde mental. O processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro, materializado através da Lei 10.216/2001, tem propiciado a implantação de novos modelos de assistência e novas

estratégias de cuidado para as pessoas em sofrimento psíquico. Segundo Costa (2003), ao se configurar como uma nova política de saúde mental, acompanhada pelas propostas das políticas públicas do sistema de saúde, o Movimento da Reforma Psiquiátrica busca se comprometer com a melhoria das condições de vida dos portadores de sofrimento psíquico. Além disso, busca a garantia de direitos da cidadania, com a redução das desigualdades sociais e com o enfrentamento da exclusão social que marca a vida dessas pessoas.

A reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil criou novos dispositivos de atenção à saúde mental, como os Hospitais-dia – serviços com capacidade para atender usuários que necessitam de acompanhamento médico diário e que possam prescindir de internação; os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – serviço de saúde comunitário que oferece assistência especializada, em regime de atenção diária, ambulatorial. Nesses centros o usuário retorna para casa, para junto de seus familiares, ao final do dia¹; e os Serviços Residenciais Terapêuticos – residências coletivas destinadas a usuários crônicos que perderam vínculo familiar e social².

Cabe ressaltar que o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) foi instituído através da Portaria 106/2000, que estabelece a criação de moradias assistidas, inseridas no espaço urbano na qual podem habitar, no máximo, oito pessoas (BRASIL, 2004). Esses serviços atuam numa perspectiva integralizadora e de base comunitária, envolvendo o exercício da cidadania, da autonomia e da inserção na comunidade.

Na cidade de Campina Grande, a efetivação da Reforma Psiquiátrica foi impulsionada pelo processo de intervenção em um dos hospitais psiquiátricos do município. A partir daí, foi iniciado um processo de implantação de uma rede de serviços substitutivos de saúde mental. O município avançou e viabilizou novas formas de acolher e cuidar da pessoa em sofrimento psíquico, contrapondo-se aos princípios impostos pela prática segregadora da hospitalização psiquiátrica (CIRILO; OLIVEIRA FILHO, 2010; BARBOSA, *et al*, 2009).

¹ Existem CAPS do tipo I, II, III, ad e i. Os CAPS I e CAPS II são organizados como um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, com ações de assistência, reabilitação psicossocial e de suporte especializado à rede de atenção básica. Os CAPS do tipo I podem ser implantados em municípios com população entre 20 a 70.000 habitantes. Já os CAPS do tipo II podem ser implantados em municípios com população entre 70.000 a 200.000 habitantes. O CAPS III é o serviço de maior porte de rede de assistência em Saúde Mental, com funcionamento de 24 horas em todos os dias da semana, inclusive feriados. Possui uma equipe mínima composta por 16 profissionais, de nível médio e superior, além de uma equipe noturna e de final de semana. Pode ser implantado em municípios com mais de 200.000 habitantes. O CAPS ad é um serviço que atende pessoas com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. O CAPS i é um serviço organizado para o atendimento a crianças e adolescentes. Podem ser implantados em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Os CAPS oferecem atendimento em diferentes níveis de cuidado: intensivo: diariamente, semi-intensivo: de duas a três vezes por semana; e não-intensivo: até três vezes por mês (BRASIL, 2004).

² Os Serviços Residenciais Terapêuticos podem ser dos tipos: feminino, misto e masculino.

Atualmente, de acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, o município dispõe de unidades de atenção à saúde mental distribuídas da seguinte forma: CAPS II “Novos Tempos”, CAPS III “Reviver”, CAPS ad, CAPS infantil “Viva Gente” e CAPSinho – Centro Campinense de Intervenção Precoce. Fazem parte da rede, também, os CAPS I de Galante e CAPS I de São José da Mata, totalizando 07 CAPS.

Além dos CAPS, funcionam também outros serviços que estão inseridos nas estratégias de implantação da Reforma Psiquiátrica, assim dispostos: equipes matriciais, localizadas nos 04 distritos sanitários do município que devem atuar na perspectiva da intersetorialidade, articulando as Unidades Básicas da Estratégia Saúde da Família (UBSF) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); um Centro de Convivência e Cultura “Artes e Ofícios”; uma Emergência Psiquiátrica, que presta assistência 24 horas aos usuários da cidade de Campina Grande e cidades pactuadas que necessitem do serviço; e 06 Residências Terapêuticas, sendo três masculinas, duas femininas e uma mista (ARRUDA, 2007).

Tivemos a oportunidade de conhecer alguns desses serviços durante o Estágio Supervisionado V em Psicologia Social, do curso de Licenciatura e Formação em Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), o qual se realiza, desde o ano de 2010, junto ao CAPS III – Reviver, localizado no bairro Centenário na cidade de Campina Grande/PB.

A motivação para a realização desta pesquisa surgiu dessa experiência. Assim, no dia 29 de novembro de 2011, juntamente com as estagiárias Jacqueline Ramos Loureiro Marinho e Raquel Souza Coelho, e a professora supervisora Thelma Maria Grisi Velôso, fizemos uma visita ao Centro de Convivência e Cultura “Artes e Ofícios”. Visitamos, ainda, à coordenação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) de Campina Grande - que funciona nas dependências do Centro de Convivência - e, também visitamos quatro residências, sendo 01 feminina, localizada no bairro Alto Branco e 03 masculinas, localizadas, respectivamente, nos bairros Conceição, Santa Rosa e Cruzeiro.

No Centro de Convivência, conversamos com a coordenadora dos Serviços Residenciais Terapêuticos sobre o cotidiano das residências, as experiências exitosas, as estratégias de cuidado e também sobre os desafios impostos diariamente, os quais guardam estreita relação com questões estruturais; de gestão; de formação dos técnicos, comuns à implantação efetiva da proposta de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Ainda, nesse momento, foram feitos apontamentos sobre as dificuldades ligadas ao trabalho dos cuidadores nas residências. Segundo a coordenadora, esses cuidadores apresentam algumas dificuldades no tocante à realização de seu trabalho. Essas dificuldades podem ser atribuídas ao seguinte

aspecto: ao processo de formação técnica inadequado e pouco sintonizado com os princípios que norteiam a Reforma Psiquiátrica, o que tem gerado posturas que se aproximam da lógica manicomial.

A visita às residências teve a duração de quatro horas, das 08hs00min às 12hs00min da manhã. No entanto, acreditamos que a importância das vivências não pode ser medida pelo seu tempo de duração, mas por tudo que podem provocar: sentimentos mobilizados, problematizações e reflexões suscitadas. Durante a visita às residências terapêuticas, conversamos informalmente com os usuários e, também, com os cuidadores desses serviços sobre o morar e trabalhar nesses locais. No que se refere aos cuidadores, pudemos perceber como as atividades desenvolvidas e o ambiente de trabalho estão influenciando na subjetividade dessas pessoas, mobilizando sentimentos.

Cabe ressaltar que o SRT é um serviço de saúde com características de uma casa. Nesse sentido, os cuidadores, profissionais encarregados de facilitar a reabilitação psicossocial dos moradores, têm a função inédita e distinta da atribuição de um funcionário de uma casa de família ou de uma enfermagem hospitalar, por exemplo. Além disso, a atuação do cuidador no SRT influencia a apropriação da casa por parte dos moradores e, conseqüentemente, o favorecimento de sua autonomia (BRASIL, 2004; WEYLER; FERNANDES, 2005).

De acordo com as diretrizes de funcionamento do SRT, o cotidiano dessas residências deve contar com estratégias que permitam aos moradores estabelecerem vínculos de confiança entre si, com os profissionais e com a comunidade, viabilizando, assim, sua inserção social e *reabilitação* psicossocial (BRASIL, 2000, grifo nosso).

Os cuidadores figuram como atores de fundamental importância para o processo de desconstrução da lógica manicomial. Trata-se, portanto, de um novo lugar de trabalho que exige “a realização de atividades que vão muito além de sua formação inicial (...), requerendo dos trabalhadores o desenvolvimento de novas formas de cuidar” (BRASIL, 2004).

Estabelecemos, através da visita realizada às residências do município de Campina Grande, uma aproximação com o cotidiano dos serviços, bem como com os cuidadores e usuários. Isso nos permitiu muitas inquietações. Perguntamo-nos então: Quais os sentidos que esses cuidadores constroem sobre o trabalho? Há espaço para construção de um novo olhar sobre a loucura? Quem são os cuidadores dos Serviços Residenciais Terapêuticos? Eles estão preparados para as novas exigências que se fazem no cotidiano do serviço e na atenção à

saúde mental? Como descrevem seu trabalho? Quais sentidos constroem sobre suas atribuições? Quem cuida desses cuidadores?

Na tentativa de responder as questões colocadas, estabelecemos como objetivo geral desta pesquisa analisar os sentidos que os cuidadores dos Serviços Residenciais Terapêuticos da cidade de Campina Grande/PB constroem sobre o seu trabalho nessas residências. Os objetivos específicos foram, assim, delimitados: analisar os sentidos que os cuidadores constroem sobre a loucura; identificar as fontes de sofrimento e prazer, advindas do trabalho no Serviço Residencial Terapêutico; verificar, nesses discursos, se os cuidadores sentem-se capacitados para desenvolver as atividades atribuídas a um cuidador; facilitar um espaço de escuta e reflexão acerca do trabalho desenvolvido pelos cuidadores nos Serviços Residenciais Terapêuticos.

Buscando atingir estes objetivos, foram realizadas quatro oficinas junto a um grupo formado por 07 (sete) cuidadoras de 05 (cinco) Serviços Residenciais Terapêuticos do município de Campina Grande/PB. A oficina é compreendida como

um contexto em que acontecem construções concretas e criativas [...] se caracteriza pela valorização do processo de construção e do fazer que instiga a busca criativa de recursos, e as múltiplas possibilidades de montagem, utilizando as diferentes linguagens expressivas (FAGALI, 2002 *apud* FAGALI, 2005, p. 56).

Guiamo-nos pelo princípio de que a produção de conhecimento deve contribuir para solucionar problemas humanos, tendo em vista a transformação da realidade (LANE, 1989). Assim, um aspecto relevante desta pesquisa guarda estreita relação com a proposta metodológica adotada: a pesquisa-intervenção. Acreditamos que a facilitação das oficinas propostas, além de se constituir como meio para obtenção de informações, tem outros desdobramentos na medida em que podem proporcionar momentos de escuta, reflexão e problematização dos saberes e práticas dos cuidadores, constituindo-se em espaços de produção do cuidado.

Nesse sentido, Bezerra Júnior (2007) nos alerta para a importância de produzir espaços de formas de cuidado direcionadas aos profissionais que atuam na área da Saúde Mental e, além disso, transformar suas experiências em valiosas fontes de informações que podem contribuir para elaboração e gestão de propostas de atenção que objetivem superar os desafios colocados pela prática.

A relevância desta pesquisa também se justifica por serem os cuidadores quem, concretamente, lidam com os impasses, dúvidas e angústias que o contato diário com os usuários pode gerar. Acreditamos que este estudo pode fornecer subsídios para a constante discussão e reflexão sobre a Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização da loucura, bem como sobre o papel do cuidador no contexto do SRT.

Estruturamos o texto que segue em quatro capítulos. O primeiro capítulo trata do referencial teórico. Nesse capítulo, abordaremos a proposta de estudo das produções de sentidos a partir da análise das práticas discursivas (SPINK; FREZZA, 2004; SPINK; MEDRADO, 2004). Cabe ressaltar que estabelecemos um diálogo com a Psicodinâmica do Trabalho, buscando “compreender os aspectos psíquicos e subjetivos que são mobilizados a partir das relações e da organização do trabalho” (HELOANI; LANCMAN, 2004, p. 80). Ainda, nesse capítulo, apresentaremos os pressupostos teórico-metodológicos da Psicologia Social Comunitária (FREITAS, 1996; LANE, 1996) em diálogo com a Educação Popular, os quais referenciam a intervenção.

O segundo capítulo apresenta a metodologia que orientou a pesquisa. Ressaltamos a opção por uma abordagem de cunho qualitativo, recorrendo à pesquisa-intervenção como recurso metodológico. As oficinas foram realizadas objetivando constituir-se como um espaço de escuta, diálogo e reflexão e, além disso, como estratégia para obtenção de elementos para investigação. Nas oficinas utilizamos os exercícios e jogos do Teatro do Oprimido, além de diversas linguagens plásticas. Recorremos ainda aos princípios da Arteterapia e à música. Como já mencionado, foram realizadas quatro oficinas. A primeira delas foi elaborada objetivando apresentar a proposta de pesquisa-intervenção e realizar um levantamento dos temas a serem discutidos em oficinas posteriores. Após esse primeiro encontro, ocorreram outras 03 (três) oficinas, nas quais foram discutidos os seguintes temas: “O que é ser cuidador”, “Loucura, trabalho e capacitação” e “Sofrimento e prazer no trabalho”. Como técnica de análise dos discursos, recorreremos aos “mapas de associação de idéias” (SPINK; LIMA, 2004; SPINK, 2010). O terceiro capítulo apresenta, de forma sucinta, a descrição das quatro oficinas realizadas.

Já o quarto e quinto capítulos apresentam as análises realizadas a partir dos discursos construídos pelas cuidadoras. No terceiro capítulo, analisamos os discursos referentes ao que é ser cuidador, ao sofrimento e prazer no trabalho e à capacitação profissional. Sendo assim, esse capítulo trata dos sentidos construídos sobre o trabalho do cuidador, os fatores de sofrimento e prazer vivenciados nesse trabalho e como as cuidadoras pensam a relação entre

capacitação e trabalho no Serviço Residencial Terapêutico. O quarto capítulo discute os sentidos construídos pelas cuidadoras acerca da loucura, oferecendo subsídios para se refletir sobre as práticas e os saberes vinculados à relação estabelecida com os usuários.

Por fim, apresentamos as considerações finais, momento de retomada das principais questões discutidas e exposição, a título de reflexão, das “conclusões” às quais chegamos a partir das análises.

CAPÍTULO I: REFERENCIAL TEÓRICO

Para o desenvolvimento dessa pesquisa, apoiamo-nos na proposta de estudo das produções de sentidos a partir da análise das práticas discursivas (SPINK; FREZZA, 2004; SPINK; MEDRADO, 2004). Recorremos, também, à Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS, 2004). Tratando-se de uma pesquisa-intervenção, recorremos ainda à proposta da Psicologia Social Comunitária (FREITAS, 1996; LANE, 1996) em diálogo com a Educação Popular.

1.1. Produção de Sentidos através das Práticas Discursivas

A proposta de estudo da produção de sentido através das práticas discursivas fundamenta-se nos pressupostos do construcionismo social. Conforme Spink e Frezza (2004), a perspectiva construcionista resulta de três movimentos: a reação ao representacionismo, na Filosofia; a desconstrução de uma retórica da verdade, na Sociologia do Conhecimento; e a busca de *empowerment* de grupos marginalizados socialmente. Interdependentes, esses movimentos refletem um movimento mais amplo de reconfiguração de uma visão de mundo própria do nosso tempo, que influencia diversas áreas do conhecimento.

A partir do questionamento da tradição que considera a linguagem, apenas, como instrumento de representação da realidade, na perspectiva construcionista, a linguagem passa a ser concebida como uma forma de ação no mundo: uma prática. Dessa forma, é possível articular a “noção de práticas discursivas às produções que se realizam na academia e no cotidiano, entendendo-as sempre como efeitos de negociações” (MÉLLO *et al*, 2007, p. 26).

Iñiguez (2002) discorre sobre os quatro postulados do construcionismo, por meio dos quais é possível compreender a postura construcionista no que se refere à produção de conhecimento. Um primeiro postulado é o questionamento das verdades acatadas, considerando que o conhecimento não é imparcial; o segundo é a ideia de que se deve considerar as especificidades e as particularidades históricas e culturais do conhecimento; um terceiro postulado remete aos processos sociais como fundações ou sustentações do conhecimento, ou seja, o conhecimento sempre é resultado de uma construção coletiva; o quarto postulado é de que o conhecimento é inseparável da ação social, ou seja, todas as condições do mundo são resultados da ação e da negociação social.

Spink (2010, p. 09) afirma que a perspectiva construcionista abdica da visão representacionista do conhecimento, que propõe a mente como espelho do mundo. No

construcionismo, o conhecimento é algo que as pessoas constroem juntas e, conseqüentemente, “resulta numa socialização do conhecimento, que passa a ser algo que construímos juntos por meio de nossas práticas sociais e não algo que apreendo do mundo.”.

Dizer que algo foi construído não significa negar a existência de um dado fenômeno, mas estar aberto a examinar certas convenções e os elementos aí implicados, entendendo-os como regras que são histórico e socialmente situadas. É a partir dessa compreensão que Spink e Medrado (2004) afirmam que os sentidos são construções sociais e, portanto, produções coletivas que são significadas e ressignificadas na dinâmica das relações sociais, historicamente datadas e localizadas. Isto é, produzir sentido refere-se a um fenômeno sociolinguístico, em que a linguagem ocupa um lugar de destaque, para que essas práticas sociais sejam significadas no cotidiano.

Cumprе ressaltar ainda que a produção de sentidos, tomada como um fenômeno sociolinguístico, não representa uma atividade cognitiva intraindividual, nem a simples reprodução de modelos predeterminados, mas, sim, configura-se como uma prática social dialógica, que implica a linguagem em uso. A utilização da linguagem fornece sustentação às práticas sociais que geram sentidos (SPINK; MEDRADO, 2004). As práticas discursivas são entendidas como linguagem em ação, são as maneiras pelas quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam nas relações sociais cotidianas. A linguagem é compreendida, portanto, como prática social.

Segundo Spink (2010), para compreender as práticas discursivas é preciso conhecer os elementos que as constituem, tais como: enunciados orientados por vozes; “speech genres” ou gêneros de fala; e conteúdos ou repertórios linguísticos.

Os enunciados referem-se à prática social enquanto prática dialógica, que se estabelece entre dois ou mais interlocutores, presentes na interação ou presentificados (através de textos, livros, de vozes trazidas ao longo do diálogo ou mesmo presentes no pensamento individual). Utilizando-se da definição de Bakhtin (1994b *apud* SPINK, 2010), enunciados são definidos como expressões utilizadas em ações contextualizadas e, quando se ligam à ideia de vozes, adquirem status social. As vozes seriam diálogos que se travam entre vários significados possíveis e disponíveis para a produção de um enunciado. Para produzir um enunciado, portanto, o falante usa um sistema de enunciados já preexistente e se coloca em determinada posição em relação ao mesmo.

Os “speech genres” ou gêneros de fala são formas relativamente estáveis de enunciados que procuram ser consoantes com o contexto da interação. Estes se ligam mais

especificamente às regularidades lingüísticas que orientam as práticas do cotidiano das pessoas. Por exemplo, numa festa de aniversário é comum as pessoas empregarem o enunciado *Parabéns!* Sendo rara, a utilização de algo como *Meus pêsames!* ou *Sinto muito!* (SPINK; MEDRADO, 2004).

Já os repertórios interpretativos se referem às “unidades de construção das práticas discursivas” (SPINK, 2010, p. 47), e seria o apanhado de termos onde residem as diversas formas e possibilidades das construções discursivas, ou compreensão das ações, dentro de um contexto específico. Os repertórios interpretativos são imprescindíveis para a compreensão tanto das regularidades quanto das singularidades dos discursos, sobretudo essa última, pois permite apreender como repertórios oriundos de diversos discursos se articulam para produzir formas incomuns, gerando argumentos específicos e contradições.

De acordo com Spink e Medrado (2004), a abordagem sobre práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano é composta por três dimensões: a primeira é histórica e compreende o tempo longo, tempo vivido e tempo curto; a segunda dimensão refere-se à pessoa, enfatizando a dialogia das relações; e a terceira dimensão refere-se à linguagem em seus aspectos performáticos e suas condições de produção.

Para compreendermos essas três dimensões, faz-se necessário situar cada uma delas. Iniciemos pela dimensão histórica que se articula em três tempos, como já explicitado. Segundo Spink e Medrado (2004), o tempo longo são os conteúdos culturais que formam o discurso numa determinada época. É onde se apreende os repertórios disponíveis que serão formatados pelos aspectos circunstanciais de um dado período, constituindo as vozes manifestadas nos enunciados. O tempo longo é constituído por conhecimentos que antecedem a vivência da pessoa, materializando-se nos mais diversos domínios do saber, tal como religião, ciência e tradições do senso comum. O tempo vivido pode ser entendido como a ressignificação dos conteúdos históricos a partir da socialização, isto é, está ligado às experiências adquiridas por uma pessoa ao longo de sua vivência pessoal. Neste nível incide o processo de aprendizagem das linguagens pessoais e dos comportamentos básicos do indivíduo. Já o tempo curto é tomado como o tempo do acontecimento, do momento presente e concreto da vida pessoal vista como de caráter interativo e que permite entender a produção dos sentidos. Esse caráter interativo refere-se às comunicações diretas entre os interlocutores, pautado pela presença de variados repertórios que dão sentido às experiências pessoais de cada um.

A segunda dimensão, que se refere à pessoa, é compreendida a partir da noção de relações sociais, pois é por meio dessas interações que as pessoas se constituem, produzem sentidos e se posicionam diante das situações do cotidiano, um “processo de negociação, trocas simbólicas num espaço de intersubjetividade” (SPINK; MEDRADO, 2004, p. 55).

A terceira dimensão ressalta a importância da linguagem em uso, pois os sentidos são construídos a partir do confronto de diversas vozes. A linguagem em uso é compreendida como prática social. Isso implica considerar, por meio da interanimação dialógica, os “aspectos performáticos da linguagem”, ou seja, quando a pessoa fala, em que condições, com que intenções e de que modo em interface com as condições de produção, entendidas “tanto como contexto social e interacional, quanto no sentido foucaultiano de construções históricas” (SPINK, 2010, p. 26).

Por isso, na análise dos discursos, é preciso atentar para as relações interpessoais e não individuais. Através dos momentos interativos entre as pessoas é possível entender como elas se constroem e constroem o mundo, num processo de conhecer e responder ativamente umas às outras.

Cabe ainda destacar que essa noção de que as práticas discursivas compreendem um processo permanente de interanimação dialógica, permite introduzir outro conceito importante para o estudo da produção de sentidos a partir da linguagem em uso, o posicionamento (DAVIS; HARRÉ, 1990 *apud* SPINK; MEDRADO, 2004). A produção de sentidos é sempre uma produção discursiva de pessoas em interação. Assim, ao privilegiar as práticas discursivas, deparamo-nos também com a “processualidade das construções identitárias. Posicionar-se implica navegar pelas múltiplas narrativas com que entramos em contato e que se articulam nas práticas discursivas” (SPINK; MEDRADO, 2004, p. 56). O posicionamento identitário incorpora repertórios interpretativos e emerge das práticas discursivas, cuja força constitutiva está em poder prover posições de pessoa.

1.2. Psicodinâmica do Trabalho: sofrimento e prazer no trabalho

O psiquiatra francês Louis Le Guillant, é considerado um dos principais líderes de um grupo de médicos-pesquisadores que fundou, no final da II Guerra Mundial, a abordagem clínica denominada Psicopatologia do Trabalho, influenciada pelas contribuições da “psiquiatria social” (LIMA, 1998; SOUZA; ATHAYDE, 2006).

Le Guillant buscava explicar transtornos mentais a partir de fatores sócio-culturais, embora admitisse a influência de fatores orgânicos e psíquicos no fenômeno. Para ele, a descompensação psíquica seria consequência da história de vida do indivíduo, em associação a um contexto de trabalho repleto de contradições, incompatibilidades e conflitos e de exigências demasiadas (LIMA, 1998). O psiquiatra acreditava que o sofrimento mental dos trabalhadores resultava das condições e da organização do trabalho.

No contexto do pós-guerra, um período compreendido entre as décadas de 1945-1965, o psiquiatra e psicanalista francês, Christophe Dejours, desenvolveu seus primeiros estudos e pesquisas sobre “patologia mental” gerada no contexto do trabalho. Essas primeiras incursões deram origem ao modelo teórico denominado Psicopatologia do Trabalho. A partir da década de 1970, o foco de seus estudos passa a ser os processos dinâmicos e complexos que ocorrem no psiquismo dos trabalhadores, quando se deparam com a realidade do trabalho. Essa mudança acabou originando uma nova teoria: a Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2007).

Conforme Mendes (2007), a Psicodinâmica do Trabalho tem por objeto estudar as relações dinâmicas entre organização do trabalho e processos de subjetivação, que se manifestam nas vivências de prazer-sofrimento, nas estratégias de defesa, utilizadas para mediar contradições da organização do trabalho, nas patologias sociais, na saúde e, também, no adoecimento.

Vários estudos apontam para importância do trabalho na vida das pessoas. Segundo Dejours (2007a, p. 21), o trabalho “é e continuará central em face da construção da identidade e da saúde, da realização pessoal, da formação das relações entre homens e mulheres, da evolução da convivência e da cultura”. Aprofundando essa ideia, Lancman (2008, p. 31), afirma que

O trabalho é mais do que o ato de trabalhar ou de vender sua força de trabalho em busca de remuneração. Há também uma remuneração social pelo trabalho, ou seja, o trabalho enquanto fator de integração a determinado grupo com certos direitos sociais. O trabalho tem, ainda, uma função psíquica: é um dos grandes alicerces de constituição do sujeito e de sua rede de significados. Processos como reconhecimento, gratificação, mobilização da inteligência, mais do que relacionados à realização do trabalho, estão ligados à constituição da identidade e da subjetividade.

A relação estabelecida entre o homem e a organização do trabalho seria, segundo a Psicodinâmica do Trabalho, a origem de uma pesada carga psíquica. Nessa perspectiva, a

dinâmica prazer-sofrimento inscreve-se a partir de uma relação subjetiva com o trabalho. A carga psíquica é fundamental para regular a carga global do trabalho, por isso quando o trabalho propicia sua diminuição, torna-se equilibrante, caso contrário, torna-se fatigante (DEJOURS, 2007b). Portanto, a maneira como o trabalhador lida com esse impasse pode definir se a vivência permanecerá como sofrimento ou se transformará em prazer.

Segundo Dejours e Abdoucheli (2007), o sofrimento provocado pelo conflito entre organização do trabalho e funcionamento psíquico faz com que os indivíduos recorram às estratégias defensivas. É através delas que o trabalhador lida com as situações de desprazer, objetivando modificar, transformar ou eufemizar a percepção que possuem acerca das pressões, fontes de sofrimento, e transformar essas situações, de alguma maneira, em prazerosas.

As estratégias de defesa podem ser individuais ou coletivas. No que se refere às individuais, possuem importante papel na adaptação ao sofrimento, mas pouca influência no grupo, já as estratégias de defesa construídas coletivamente podem levar, no mínimo, a uma cooperação entre os indivíduos. Elas contribuem para a coesão do coletivo de trabalho e um exercício do viver as adversidades em grupo, tendo um papel decisivo na estruturação do trabalho dos indivíduos (DEJOURS, 1999).

Logo, estratégias defensivas são mecanismos que o trabalhador utiliza para modificar, transformar ou eufemizar o sofrimento no trabalho, resultante da composição entre o sofrimento e a luta individual e coletiva contra o mesmo e podem ser positivas ou negativas.

Dessa forma, o sofrimento no trabalho, em vez de desestabilizar o sujeito, passa a produzir um aumento da resistência, fazendo com que se articulem estratégias de enfrentamento e se modifiquem as situações desencadeantes. Nessa perspectiva, o sentido do trabalho é construído de maneira singular, sendo adoecedor quando a pessoa não encontra espaço para atuar criativamente e, de forma equilibrante, quando a pessoa exercita a inteligência da prática com liberdade para criar (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2007).

O uso da inteligência da prática exige uma concordância entre o trabalho real e a subjetividade de cada sujeito. A inteligência da prática é mobilizada em uma situação real de trabalho. Caracterizando-se pela capacidade de tomar decisões, por estar enraizada no corpo, nas percepções e na intuição, encontrando-se em constante ruptura com as normas e regras. Essa última questão evidencia outra característica, uma maior valorização dos resultados do que os caminhos utilizados para se chegar até ele. Por fim, está presente em todas as atividades de trabalho, sejam manuais ou intelectuais (DEJOURS, 2004a).

Segundo Dejours (2004a), os principais causadores de sofrimento no trabalho são: o entrave ao exercício da inteligência da prática; a recusa da utilização desta inteligência; e o não reconhecimento dos esforços e do custo para os trabalhadores, em termos de saúde, do exercício dessa inteligência.

Segundo Lancman e Sznelwar (2004) processos como reconhecimento, gratificação, mobilização da inteligência, mais do que relacionados à realização do trabalho, estão ligados à constituição da identidade e da subjetividade. Assim, o trabalho pode levar a uma vivência de prazer, ao representar a possibilidade de o trabalhador afirmar-se como sujeito do trabalho e construir novas formas de ser.

1.3. Psicologia Social Comunitária em diálogo com a Educação Popular: aporte para a intervenção

A origem da Psicologia Social Comunitária no Brasil remonta às décadas de 1960 e 1970, quando uma parte dos psicólogos passa a repensar sua prática no sentido de buscar uma aproximação com populações menos favorecidas economicamente, objetivando a conscientização e organização desses grupos (LANE, 1996). Nesse sentido, amplia sua atuação para além dos consultórios, escolas, empresas e passa a atuar na comunidade, buscando, por um lado, deselitizar a profissão e, por outro, provocar mudanças nas condições de vida da população trabalhadora. Esse movimento resultou na constituição de um espaço teórico e prático denominado “Psicologia Comunitária” ou “Psicologia na Comunidade” (FREITAS, 1996).

É significativo ressaltar que a Psicologia Comunitária trouxe alternativas de atuação que representaram rupturas com as práticas tradicionais. Desse modo,

[...] a psicologia comunitária foi o espaço de construção de novos saberes e novas práticas que negavam o paradigma hegemônico, de neutralidade, de intervenções “técnicas” e de conformação dos indivíduos às instituições sociais conservadoras. A psicologia comunitária no Brasil trouxe a articulação entre uma concepção sócio-histórica de subjetividade e uma prática emancipadora de sujeito (GONÇALVES, 2010, p. 92, grifos da autora).

Desde a década de 1960, os espaços, bem como, as motivações para a realização de práticas em Psicologia na comunidade se modificaram, o que possibilitou o desenvolvimento de outras perspectivas. Assim, a partir da década de 1980, surgiu a proposta da Psicologia (Social) Comunitária, que

utiliza-se do enquadre da Psicologia Social, privilegiando o trabalho com os grupos, colaborando para a formação da consciência crítica e para a construção de uma identidade social e individual, orientadas por preceitos eticamente humanos (FREITAS, 1996, p. 73).

No que se refere à intervenção, visa promover uma mudança na estrutura de uma comunidade e reconhece o papel ativo dos grupos sociais (ÁLVARO; GARRIDO, 2006). Nesse sentido, conforme Freitas (1996), o profissional abandona uma postura “neutra” diante da realidade, tornando-se agente ou facilitador de mudanças a partir do estímulo à autonomia e protagonismo dos grupos com os quais trabalha. Estimula o desenvolvimento de uma consciência crítica para que as pessoas assumam “o papel de sujeitos de sua própria história, conscientes dos determinantes sócio-políticos de sua situação e ativos na busca de soluções para os problemas enfrentados” (CAMPOS, 1996, p. 10).

Segundo Lane (1996), os trabalhos em comunidade, ao priorizar a formação de grupos, auxiliam no conhecimento da realidade comum, ao mesmo tempo em que fundamentam a autorreflexão e a organização de ações conjuntas. O psicólogo, na comunidade,

[...] trabalha fundamentalmente com a linguagem e representações, com relações grupais – vínculo essencial entre indivíduo e a sociedade – e as emoções e afetos próprios da subjetividade [...] (LANE, 1996, p. 31).

Segundo Campos (1996), a Psicologia Social Comunitária enfatiza que a construção do conhecimento deve estar fundamentada na interação entre o psicólogo e os indivíduos da comunidade. Cabe salientar a contribuição da Educação Popular para o desenvolvimento das práticas de psicologia em comunidade no que se refere ao fomento de formas coletivas de aprendizado, promovendo o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento (VASCONCELOS, 1998; GÓIS, 2005).

A Educação Popular, enquanto recurso teórico e metodológico compartilha dos princípios da Psicologia Social Comunitária e caracteriza-se por ser uma metodologia educativa compromissada com o povo, que pretende estimular em suas práticas uma educação que seja produtora de autonomia, através de um relacionamento dialogal, comprometido, participante e crítico. Sendo, portanto, “uma re-totalização do sentido do ato de educar a partir das classes populares [...]” (BRANDÃO, 1984, p. 30).

No que se refere ao campo da saúde, a Educação Popular passou a figurar como um instrumento de reorientação das práticas e da construção de saberes, pois dinamiza e fortalece a relação entre os grupos organizados (VASCONCELOS, 2001). Além disso, a associação entre o atendimento profissional competente e o intercâmbio de saberes, possibilita a construção coletiva de alternativas sócio-culturais de superação de um modo de vida profundamente marcado pelos efeitos de uma sociedade desigual.

Segundo Brandão (2001), as experiências de Educação Popular no campo da saúde representam a ruptura com uma tradição autoritária e normatizadora na relação entre profissionais de saúde e população, quando

não se limita a uma assistência a clientes do povo. Quando ela se estende a uma ação cultural ampliada de diálogo e de crescimento de parte a parte, em busca de saídas e de soluções sociais a partir do que se vive e do que se troca, do que se aprende e do que se motiva, quando se dialoga crítica e criativamente sobre a vida e o mundo por intermédio do corpo e da saúde. (BRANDÃO, 2001, p. 131).

A educação popular em saúde está diretamente ligada à valorização e à construção da participação popular. Caracterizando-se por um compromisso ético-político com as classes populares, com as lutas por melhores condições de vida e de saúde, pelo exercício da cidadania e do controle social.

Recorremos à interlocução entre a Psicologia Social Comunitária e a Educação Popular para orientar esta pesquisa-intervenção, por tratar-se de uma perspectiva bastante profícua no que se refere ao fomento de espaços nos quais seja possível desenvolver uma prática que privilegie o diálogo e a reflexão, a partir da experiência concreta dos sujeitos envolvidos, objetivando transformações subjetivas e sociais. Nesse sentido, privilegamos essa perspectiva no que se refere à elaboração, planejamento e facilitação das oficinas. Objetivando, através da realização da pesquisa-intervenção, construir um espaço em que as cuidadoras pudessem, além de fornecer informações, dialogar, trocar experiências, exercitar sua participação e protagonismo, e refletir criticamente sobre o seu trabalho.

CAPÍTULO II: PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Na manhã do dia 29 de novembro de 2011, como já mencionado, foi feito um primeiro contato com a coordenadora dos Serviços Residenciais Terapêuticos da cidade de Campina Grande/PB e após uma conversa com ela, foram visitadas quatro das seis residências existentes no município. A partir de conversas informais com alguns cuidadores que cumpriam expediente no momento das visitas, pudemos perceber que o trabalho desenvolvido pode mobilizar diversos sentimentos, inclusive insegurança e angústia.

Essa experiência suscitou muitas reflexões e a partir de então foi se delineando a possibilidade de realizar uma pesquisa-intervenção. A ideia era facilitar um espaço de escuta, diálogo e reflexão acerca do trabalho realizado pelos cuidadores, ao mesmo tempo, esse espaço se constituiria num momento para obtenção de informações.

Após um tempo de amadurecimento da proposta, o contato com a coordenadora dos SRT's foi retomado no intuito de propor a realização da pesquisa. Houve bastante receptividade. Ela sugeriu que os contatos com os cuidadores fossem feitos no dia e horário em que as compras e medicamentos da semana são entregues em cada uma das residências, possibilitando, assim, que utilizássemos o veículo do serviço. Propôs, ainda, que as oficinas fossem realizadas nas dependências do Centro de Convivência e Cultura “Artes e Ofícios”.

Cumpramos ressaltar que cada residência conta com três cuidadores, dois deles trabalham durante o dia e o outro, no período da noite. Havia, no momento da realização da pesquisa, 44 cuidadores atuando no município. Sendo 38 mulheres e 06 homens. Desses, 36 eram cuidadores fixos (cumpriam um plantão de 12 horas nas residências e folgavam 36 horas, ou seja, trabalhavam num dia e no outro não e tinham direito a duas folgas por mês); 02 eram cuidadores folguistas (trabalhavam nos dias de folga dos cuidadores fixos); e 06 eram cuidadores circulantes (atuavam junto à coordenação, oferecendo suporte às residências)³.

Sendo assim, ao optar por um dia para visitar as residências, só seria possível contactar os cuidadores que trabalhassem nesse dia. Então, no dia combinado, 03 de setembro de 2012, acompanhamos os cuidadores circulantes em cinco entregas. Enquanto, compras e medicamentos eram entregues, abordávamos os cuidadores que estavam de plantão, todos do sexo feminino, falando a respeito da proposta de realização de uma pesquisa através da facilitação de oficinas. Elas demonstraram bastante receptividade. Após esse primeiro contato

³ Fonte oral. Informação obtida, após o início das oficinas, na Coordenação dos Serviços Residenciais Terapêuticos de Campina Grande/PB, no dia 10 de outubro de 2012.

com as participantes, foi combinado que haveria uma conversa com a coordenadora no intuito de programar as atividades com base na escala de trabalho a fim de não haver prejuízo para os usuários, nem para nenhuma delas. Nesse dia, contatamos 07 cuidadores do sexo feminino. Não foi possível acompanhar os cuidadores circulantes até a última entrega. Sendo assim, o contato com a cuidadora, que trabalhava na residência em que seria feita essa entrega, foi feito através de ligação telefônica.

A partir das conversas com as cuidadoras e também com a coordenadora dos SRTs, combinamos de nos encontrar semanalmente, às 14h00min, no Centro de Convivência. O apoio da coordenação foi de fundamental importância para a realização desta pesquisa, pois foi disponibilizado um horário durante o plantão das cuidadoras, o transporte para o deslocamento delas, assim como o espaço físico para facilitação das oficinas, uma das salas do Centro de Convivência.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, recorreremos à pesquisa-intervenção por ser um método de pesquisa que não dissocia o pesquisar do intervir, fazendo com que o percurso seja traçado na processualidade e complexidade dos acontecimentos investigados. De acordo com Rocha (2006), o método de pesquisa-intervenção propõe criar dispositivos de análise da vida dos grupos na sua diversidade qualitativa. Assim, esta proposição investigativa tem como alvo o movimento, as rupturas que as ações individuais e coletivas imprimem no cotidiano. Os processos em desenvolvimento na pesquisa-intervenção produzem permanentemente a realidade na qual cada um de nós e os diferentes grupos são um modo de expressão. O processo investigativo “[...] se faz por pistas que orientam o percurso da pesquisa sempre considerando os efeitos do processo do pesquisar sobre o objeto da pesquisa” (PASSOS, KASTRUP, ESCÓSSIA, 2009, p. 17).

Com o objetivo de analisar os sentidos que os cuidadores dos Serviços Residenciais Terapêuticos na cidade de Campina Grande/PB constroem sobre o seu trabalho, as oficinas foram realizadas entre os dias 02 e 30 de outubro de 2012, semanalmente. Foram realizadas quatro oficinas abordando temas relacionados ao trabalho das participantes. Na primeira oficina, as participantes foram informadas dos objetivos da pesquisa e foi garantido o sigilo no que se refere à identificação dos participantes, assegurando assim o anonimato. Também foram explicitadas as possíveis contribuições da pesquisa. Cabe ressaltar que essa primeira oficina foi elaborada objetivando realizar, além de uma apresentação da proposta, a definição, juntamente com as participantes, dos temas que seriam abordados nos encontros posteriores. Além dessa primeira oficina, foram realizadas outras 03 (três), cujos temas foram: “O que é

ser cuidador”, “Loucura, trabalho e capacitação” e “Sofrimento e prazer no trabalho”, respectivamente.

Inicialmente, como dito anteriormente, fizemos contato com oito (08) cuidadoras. Todas aceitaram participar das oficinas, porém no primeiro encontro, uma delas não compareceu. Segundo ela, a participação acarretaria em prejuízo no que se refere à realização das atividades na residência. Por meio de um contato realizado através de ligação telefônica, a cuidadora nos disse que não participaria das oficinas, pois o dispêndio de tempo para dirigir-se até o Centro de Convivência, participar da oficina e retornar levaria a uma “prorrogação” de seu expediente. Segundo ela, depois da oficina, teria que dar conta das atividades que, geralmente, realiza no período em que estaria comprometida com a participação nesta pesquisa. Assim, participaram deste estudo 07 (sete) cuidadores, todas do sexo feminino, com idade entre 32 e 52 anos, e com escolaridade variando entre o Ensino Fundamental incompleto e o nível técnico. O tempo de trabalho no SRT variou entre 03 (três) meses e 05 (cinco) anos.

De acordo com a proposta inicial, seriam realizadas 05 (cinco) oficinas. Porém, durante a segunda oficina, corroborando a justificativa da cuidadora que desistiu de participar da pesquisa, as cuidadoras relataram ter enfrentado algumas dificuldades para cumprir com as obrigações na residência devido ao dispêndio de tempo para a participação nas oficinas. Além disso, houve a influência de outro fator, o rodízio. Segundo as cuidadoras e a coordenadora do Serviço Residencial Terapêutico, no mês seguinte, a saber, novembro, haveria modificações na escala de trabalho de todos os cuidadores. Ocorreriam mudanças no tocante aos dias, turnos e locais de trabalho. Com isso, não seria possível reunir o mesmo grupo. Diante disso, foi preciso repensar a proposta no sentido de atender às necessidades das cuidadoras, mas também aos objetivos da pesquisa.

Algumas alternativas foram discutidas até chegarmos num acordo. Foi preciso ceder em relação ao número de oficinas. Dessa forma, foram realizadas não 05 (cinco), mas 04 (quatro) oficinas, todas durante o mês de outubro. Essa alternativa garantiu tanto a possibilidade de reunir o mesmo grupo durante o período de realização da pesquisa-intervenção, quanto a discussão dos temas de maneira a atender os objetivos da investigação. Além disso, constituiu-se numa forma de amenizar os impactos decorrentes da realização desta pesquisa, isto é, as dificuldades em relação ao tempo de cumprir as atividades realizadas na residência, relatadas pelas cuidadoras.

Em todas as oficinas, houve a participação de 07 (sete), das 08 (oito) cuidadoras com as quais fizemos contato. Em relação ao tempo de duração de cada oficina, o primeiro encontro durou 01h00min, o segundo, 01h15min, o terceiro, 01h50min e, por fim, o quarto encontro foi realizado no tempo de 01h45min.

Para a realização das oficinas, nos fundamentando na proposta da Psicologia Social Comunitária, recorreremos aos princípios da Arteterapia, aos exercícios e jogos do Teatro do Oprimido, à utilização de diversas linguagens plásticas e à música.

O arcabouço de exercícios e jogos propostos pelo Teatro do Oprimido (TO), método teatral desenvolvido na década de 1970, pelo dramaturgo e ensaísta carioca Augusto Boal, visa desenvolver, em todos os participantes, melhores formas de expressão, objetivando a transformação pessoal, política e social. Referindo-se ao TO, Boal (2008a) diz que uma nova linguagem oferece uma nova forma de conhecer a realidade e de transmitir aos demais esse conhecimento. Considerando, então, que o teatro é uma forma de linguagem por excelência, o método caracteriza-se pela expressão do teatro da vida, portanto, o TO possibilita o ensaio da vida real (BOAL, 2008b).

Ao se posicionarem em cena, estabelecendo uma comunicação, teatral e social, com sua plateia, os participantes revisitam-se, redescobrem-se, mas também partilham visões de mundo, podendo refletir sobre si mesmos e vislumbrar novas possibilidades de ação e pensamento, é estimulado, assim, uma reflexão crítica e novas posturas diante da realidade e das relações estabelecidas. Como afirma Augusto Boal (2002, p. 27),

O teatro nasce quando o ser humano descobre que pode observar-se a si mesmo: ver-se em ação. Descobre que pode ver-se no ato de ver: ver-se em situação. Ao ver-se, percebe o que é, descobre o que não é, e imagina onde pode ir. Cria-se uma tríade: EU observador, EU em situação, e o Não-EU, isto é, o OUTRO. [...] Esta é a essência do teatro: o ser humano que se auto-observa [...].

Os exercícios e jogos do TO são agrupados em cinco categorias, quais sejam: Sentir tudo o que se toca, procurando “diminuir a distância entre sentir e tocar”; Escutar tudo o que se ouve; Desenvolver os vários sentidos ao mesmo tempo; Ver tudo o que se olha; e Ativar a memória dos sentidos. Utilizados com vistas a atingir o objetivo de *desmecanizar* os corpos por meio da reativação dos sentidos, podem ser uma importante ferramenta para estimular identidades. Cumpre ressaltar que os exercícios e jogos de TO foram facilitados em articulação com os objetivos de cada oficina.

A proposta metodológica da Arteterapia sugere a divisão das oficinas em quatro momentos, quais sejam: sensibilização; expressão livre; transposição da linguagem não-verbal para verbal e avaliação. Na sensibilização, o sujeito estabelece uma relação com o mundo apoiando-se na sensibilidade, percepção de si mesmo e do mundo em que se insere. Este “perceber” implica no uso dos canais sensoriais integrados aos sentimentos. Durante a expressão livre, o sujeito expressa a experiência vivida através de uma linguagem não-verbal, pintura, desenho, modelagem, etc. Na transposição de linguagem não-verbal para verbal há o (re) significar do processo: a imagem interna sugere a criação de mensagens e textos. O momento final das oficinas criativas é a avaliação, onde ocorre a retomada do processo, permitindo a conscientização e percepção crítica do indivíduo na aquisição de novos conhecimentos. Ao mesmo tempo, esta avaliação é o conjunto de informações que permitem identificar os processos que foram significados e funciona como recomposição das etapas processuais (ALESSANDRINI, 2004).

No que diz respeito à música, esta foi utilizada nos momentos de relaxamento ou descontração e também como instrumento de sensibilização articulado ao objetivo das oficinas, pois, segundo Araújo (1999), a música pode atuar como um veículo legítimo para expressão de sentimentos e/ou aspectos relacionados à realidade concreta, à cultura, às lutas ou sonhos coletivos.

Todas as oficinas foram gravadas, mediante autorização das participantes. Para isso utilizamos um aparelho MP4. Recorremos, também, ao registro desses momentos em diário de campo. Como já explicitado, no próximo capítulo faremos um relato das oficinas realizadas.

Após a transcrição do conteúdo das oficinas, recorremos aos “mapas de associação de ideias” (SPINK, 2004; SPINK, 2010), como técnica de análise dos discursos. Os mapas de associação de ideias têm como objetivo organizar o processo de análise das práticas discursivas, na busca dos repertórios utilizados pelos participantes e da dialogia que subjaz a construção de sentidos. Assim, busca auxiliar o processo de interpretação e facilitar a explicitação dos passos realizados na análise. Após o término da construção dos mapas, passamos à fase de interpretação dos repertórios que emergem das falas, a partir das categorias empíricas e do referencial teórico adotado (SPINK; LIMA, 2004; SPINK, 2010).

Cabe assinalar que esta pesquisa foi desenvolvida obedecendo aos preceitos éticos. Sendo assim, a proposta foi submetida à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e aprovada, conforme parecer (Anexo A). Os

participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B) no intuito de fazê-los cientes do nosso objetivo e do direito de interromper sua participação no momento que lhes conviesse. A coordenadora do Serviço Residencial Terapêutico assinou o Termo de Autorização Institucional (Anexo C), permitindo que o projeto fosse desenvolvido na instituição. Vale salientar que todos os nomes dos entrevistados e usuários que foram citados são fictícios.

CAPÍTULO III: RELATO DAS OFICINAS

3.1. Oficina - “Apresentação da proposta e levantamento de temas”

Essa oficina, realizada no dia 02/10/2012, foi planejada objetivando apresentar a proposta de pesquisa-intervenção, conhecer as expectativas das participantes e, além disso, levantar os temas, relacionados, evidentemente, com os objetivos da pesquisa, que despertavam o interesse das cuidadoras para uma discussão em encontros posteriores.

No primeiro momento desse encontro apresentamos a proposta, explicitando os objetivos da pesquisa, os recursos metodológicos adotados, como também a sua relevância no sentido de fornecer elementos para reflexões sobre o serviço e o trabalho que vem sendo realizado. Somente após esse momento, teve início o relaxamento⁴ e em seguida, a facilitação do exercício de TO “Batizado Mineiro”⁵, utilizado no intuito de proporcionar uma apresentação mais descontraída do grupo.

Após a apresentação, iniciamos a facilitação da “Dinâmica de levantamento das expectativas”⁶. As cuidadoras, de um modo geral, afirmaram que a participação nas oficinas seria “bom” para elas. Quando indagadas sobre o porquê, houve respostas como: “é um alívio”, “bom pra desestressar”, “para trocar experiências”. Então passamos ao momento de avaliar as expectativas do grupo e da facilitadora, buscando evidenciar elementos em comum e, além disso, reforçar os objetivos da proposta de pesquisa-intervenção.

Em seguida, propusemos ao grupo que sugerisse temas relacionados ao trabalho de cuidadora a serem discutidos nos encontros subsequentes, objetivando iniciar uma reflexão, pois ao apontar os temas, elas já estariam discutindo sobre o trabalho. Num primeiro momento, as participantes falaram sobre a necessidade de mais atividades para os usuários, acompanhamento psicológico para as cuidadoras e necessidade de impor limites aos usuários,

⁴ Todas as oficinas foram iniciadas com um relaxamento, cujo objetivo era de amenizar a tensão advinda do ambiente de trabalho. Com o relaxamento também pretendíamos estimular, principalmente, à concentração, por meio de exercícios de respiração, alongamentos, ao som de músicas instrumentais.

⁵ Em círculo, cada um dos atores, em sequência, dá um passo à frente diz seu nome, acrescentando ao nome, um movimento. Todos juntos, repetem o exercício feito por cada ator, passando por todos os participantes (BOAL, 2008b, p.143).

⁶ Após apresentar brevemente o objetivo da proposta. Todas as participantes são convidadas a dizer o que esperam dos encontros. Enquanto estão falando, suas expectativas devem ser listadas em um cartaz. Em seguida, é feito um paralelo entre as expectativas da facilitadora e das participantes, objetivando, além de observar se as expectativas de ambas as partes estão em consonância, refletir coletivamente sobre a proposta (BOND; OLIVEIRA; BEZERRA, 2000).

a falta de capacitação e formação, o exercício da função de cuidador, falta de reconhecimento e sobrecarga, cobrança de atenção por parte dos usuários e a questão do rodízio e quebra de vínculos. Após esse momento e diante de tantas sugestões, buscamos, juntamente com as cuidadoras, agrupar as questões colocadas de maneira que pudessem ser discutidas durante as quatro oficinas que seriam realizadas. Depois de muita discussão, conseguimos definir os eixos norteadores, a saber, o que é ser cuidador; aspectos que estivessem relacionados aos usuários e a loucura; formação profissional e falta de reconhecimento. Ficou combinado entre o grupo e a facilitadora que poderia haver ajustes em relação à sequência em que os temas seriam discutidos. Esclarecemos que essa primeira oficina seria avaliada, juntamente com a orientadora da pesquisa e, a partir das expectativas e colocações do grupo, juntamente com essa avaliação, haveria o planejamento dos próximos passos.

Esse momento foi muito mais rico do que imaginávamos. Foi possível estabelecer um contato mais próximo com as cuidadoras, conhecer um pouco de seu trabalho, das questões que as inquietavam e mobilizavam sentimentos, bem como forneceu subsídios para pensar a construção das próximas oficinas.

Depois, iniciamos a construção das regras do compromisso de convivência, cujo objetivo foi estabelecer algumas regras no sentido de garantir que todo o processo ocorresse de maneira satisfatória tanto para o grupo quanto para a pesquisadora. Os compromissos firmados pelo grupo foram: respeitar a opinião e o momento de fala de cada participante, cumprir o horário de início das oficinas (14h00min). A facilitadora deveria confirmar a realização da oficina com pelo menos um dia de antecedência; as cuidadoras deveriam avisar em caso de algum imprevisto que impossibilitasse a participação nas oficinas e manter sigilo sobre o que acontecesse nesses encontros.

Firmado o compromisso, houve a facilitação de um momento, cujo objetivo foi proporcionar a descontração e a integração do grupo. Nesse sentido, recorreremos aos exercícios de TO “Círculo máximo, círculo mínimo”⁷, Mosquito Africano⁸. Os exercícios não foram comentados. Geralmente, após a facilitação dos exercícios, há um momento em que os

⁷ Os atores, em círculo, se dão as mãos e tentam fazê-lo ocupar o maior espaço possível, depois o menor, o maior, o menor... (BOAL, 2008b, p.143).

⁸ Mosquito africano: Pede-se que façam um círculo e avisa-se que um mosquito está sobrevoando a cabeça da pessoa do lado. Solicita-se que afugente o mosquito com uma batida de palmas. Imediatamente, avisa-se que o mosquito fugiu para sobrevoar a cabeça da outra pessoa e pede-se que a pessoa que está ao lado dela afugente também o mosquito com palmas e, assim, consecutivamente. Cada vez mais rápido, o mosquito foge de uma cabeça para outra, e os participantes tentam pegá-lo, produzindo um som através das palmas (BOAL, 2002, *apud* Centro de Teatro do Oprimido, s.n., p. 16-17).

participantes são convidados a partilhar com o grupo suas impressões em relação ao exercício. No entanto, em alguns momentos dessa oficina e, também, de outras, não foi possível priorizar essa discussão. Em parte, pela necessidade de cumprir o roteiro pensado para a oficina no tempo disponível e, também, porque as cuidadoras faziam comentários durante a facilitação. Em seguida, avaliamos a oficina. Nesse momento, as cuidadoras falaram positivamente sobre a proposta de a oficina constituir-se num espaço em que elas poderiam falar. Uma delas disse: “o bom é a gente ter a liberdade de poder se expressar” e, em seguida, outra corroborou: “e a gente não tem esse espaço, né?”. Finalizamos com o Círculo de Energia⁹, em que a facilitadora/pesquisadora aproveitou o momento para agradecer a disponibilidade das participantes e expressar o desejo de que as discussões pudessem contribuir para uma reflexão acerca do trabalho, objetivando uma transformação profissional e pessoal.

Cumprido ressaltar que a proposta da Arteterapia, que sugere a divisão da oficina em quatro momentos, não foi adotada por completo nessa primeira oficina. Por se tratar do primeiro encontro, optamos por privilegiar a discussão de aspectos relacionados à proposta de pesquisa-intervenção, buscando atentar para as demandas e potencialidades do grupo e, assim, construir as oficinas subsequentes em consonância com as expectativas do grupo. Dessa forma, realizamos, apenas, o momento de sensibilização e avaliação, diferentemente das outras oficinas realizadas.

A partir da avaliação dessa oficina juntamente com a orientadora, chegamos aos temas: “O que é ser cuidador”, “Loucura, trabalho e capacitação” e “Sofrimento e prazer no trabalho”. Esses temas orientaram a elaboração das oficinas a serem realizadas posteriormente, como podemos observar nas descrições a seguir.

3.2. Oficina - “O que é ser cuidador”

Objetivando realizar uma discussão acerca do que é ser cuidador num Serviço Residencial Terapêutico, buscando conhecer os sentidos construídos sobre esse trabalho, essa

⁹ Nesse círculo, todos os participantes do grupo dão-se as mãos para que a energia possa circular por todo grupo. Nesse momento, pode-se fazer uma reflexão para que a energia do momento permaneça com todos os membros até o próximo encontro (BOND; OLIVEIRA; BEZERRA, 2000). Utilizado no encerramento de todas as oficinas, o “Círculo de Energia” foi utilizado com o objetivo de concluir e avaliar a oficina. Além disso, serviu como estratégia para fortalecer o compromisso do grupo com as atividades que seriam realizadas nas oficinas posteriores.

oficina, realizada no dia 18/10/2012, foi elaborada de maneira que despertasse as participantes para essa questão em todos os momentos desse encontro.

Nessa oficina, a etapa de sensibilização já teve início a partir do relaxamento. Esse momento teve além de exercícios de respiração e alongamentos ao som de músicas instrumentais, a facilitação do exercício de TO “Em círculo”¹⁰, por se tratar de uma forma de massagem que as cuidadoras faziam umas nas outras, de maneira que a recebessem, ao mesmo tempo em que a realizassem, cuidando umas das outras.

Em seguida, houve a retomada das questões colocadas na oficina anterior, objetivando introduzir a questão: “O que é ser cuidador?”. Depois, houve a facilitação do exercício de TO “Floresta dos sons”¹¹. Destacamos que esse exercício foi pensado como um segundo momento da etapa de sensibilização. Após a facilitação desse exercício, houve um primeiro momento de discussão sobre as impressões e sentimentos das cuidadoras em relação ao exercício. Em seguida, foram apresentadas ao grupo diversas definições do termo “cuidado”, objetivando, através da problematização, promover um espaço de diálogo e reflexão sobre o cuidado. Como atestam Oliveira *et al* (2008, p. 156), a problematização constitui um momento em que procuramos criar “situações nas quais as pessoas se vêm convidadas a examinar criticamente suas ações cotidianas e opiniões acerca do mundo, da vida, de si mesmos e de sua rotina tomados como canônicos”.

Após esse momento, iniciamos a etapa de expressão livre. Propomos às participantes que fizessem, a partir da indagação “O que é ser cuidador?”, um desenho que retratasse ou representasse esse trabalho. Observamos que as cuidadoras foram resistentes à realização dos desenhos. Uma delas disse que “voltou a ser criança” em tom de reclamação e outra afirmou que não sabia “desenhar nada”. Mesmo assim, todas fizeram o desenho. Em seguida, no momento de transposição da linguagem não-verbal para a verbal, as cuidadoras foram

¹⁰ Os atores sentam-se em círculo, um atrás do outro. Cada um põe as mãos nos ombros daquele que está à sua frente. Fechando os olhos, todos exploram o corpo do colega da frente buscando pontos endurecidos. Durante alguns minutos as mãos percorrem o pescoço, ao redor das orelhas, cabeça, ombros, coluna vertebral. Em determinado momento, pede-se que todos dêem meia-volta, virando o círculo na direção contrária. Retoma-se a massagem e em seguida, pede-se que cada participante deite sobre a pessoa de trás, a massagem continua. Desta vez na face (BOAL, 2008b, p. 107).

¹¹ O grupo se divide em duplas: um parceiro será o cego, e o outro, o guia. Este emite sons de um animal, enquanto seu parceiro escuta com atenção. Então, os “cegos” fecham os olhos, e os guias, ao mesmo tempo, começam a fazer seus sons, que devem ser seguidos pelos cegos. O guia deve mudar constantemente de posição. O cego deve se concentrar somente no seu som, mesmo se, ao seu lado, houver vários outros. O exercício tem como objetivo despertar e estimular a função seletiva da audição (BOAL, 2008b, p. 155-156).

convidadas a falar sobre suas produções. Iniciamos, então, uma discussão a partir dos desenhos¹².

Uma a cada vez, expôs seu desenho. Foram retratadas diversas situações: cuidadoras “dando” carinho e sendo agredidas pelos usuários, usuários comendo ou assistindo televisão, tomando medicamentos, cuidadoras dando “bronca” nos usuários. Uma das cuidadoras, especificamente, fez um desenho com vários elementos, casa, sol, nuvens, árvores e em sua explicação fez analogias entre estes elementos e o trabalho.

Depois foi facilitado o exercício de TO “João-bobo ou João-teimoso”¹³, objetivando estimular a confiança e a união do grupo. O exercício não foi comentado. Prosseguindo com a oficina, houve o momento de avaliação. De um modo geral, a oficina foi avaliada de forma positiva, sendo citada como um momento em que foi possível conhecer um pouco da realidade de outras residências, além de possibilitar o encontro entre as cuidadoras. No entanto, a utilização do desenho como recurso metodológico, apareceu como um ponto negativo. As cuidadoras reiteraram a resistência ao recurso, o que nos levou a considerar esse aspecto no planejamento das outras oficinas. Por fim, nos despedimos com o Círculo de Energia. Aproveitamos esse momento para afirmar que não estávamos buscando respostas certas, mas uma aproximação com os discursos que elas constroem sobre o trabalho. Nesse sentido, também não procurávamos desenhos bonitos ou feios, mas no desenho, a expressão de cada uma delas. Além disso, esse é sempre um momento de agradecimento.

3.3. Oficina - “Loucura, trabalho e capacitação”

Essa oficina, realizada no dia 24/10/2012, foi sistematizada de maneira a atender o objetivo de fomentar uma discussão acerca da loucura, buscando apreender os sentidos que as cuidadoras constroem sobre esse tema. Interessou-nos, também, articular essa discussão com os temas trabalho e capacitação.

¹² Após o escaneamento, apenas três (Apêndices A, B e C), dos desenhos produzidos pelas cuidadoras ficaram visíveis. A utilização de lápis grafite somada ao leve traço de algumas cuidadoras impossibilitou uma boa reprodução.

¹³ Pede-se ao grupo que faça um círculo, com todos em pé, olhando para o centro. Um voluntário vai ao centro, fecha os olhos e deixa-se tombar; todos os outros devem sustentá-lo com as mãos, permitindo-lhe inclinar-se até bem perto do chão. Em seguida, devem recolocá-lo novamente no centro, porém ele tombará em outra direção. É seguro sempre por, pelo menos, três companheiros. Ao fim, pode-se ajudar o protagonista a rolar em círculo, pelas mãos dos companheiros, em vez de retorná-lo em direção ao centro (BOAL, 2008b, p.95).

Mais uma vez demos início à etapa de sensibilização a partir do relaxamento. Em seguida, foram facilitados os exercícios de TO “A cruz e o círculo”¹⁴ e “Anda, para, justifica”¹⁵, com o objetivo de aquecer o grupo e estimular a imaginação e a interpretação, tendo em vista o momento de expressão livre. Seguindo na direção do estímulo à imaginação e interpretação, no momento de sensibilização, recorreremos à facilitação do exercício de TO “Homenagem à Magritte”¹⁶. Já no momento de expressão livre utilizamos a técnica do Teatro-imagem¹⁷. Foi proposto ao grupo que cada uma das participantes expressasse numa imagem estática o que, para elas, seria a loucura. Em seguida, na etapa de transposição da linguagem não-verbal para a verbal, foi pedido ao grupo que cada uma das participantes, uma a cada vez, explicasse a sua imagem. Em seguida a cuidadora que construiu a imagem dizia se aquilo que o grupo falava, aproximava-se ou não do que ela desejava expressar e, então falava sobre a sua imagem. As representações trouxeram imagens de pessoas roendo a unha, se enforcando, com os punhos cerrados, como que prontos para desferir um golpe, andando em círculo, desesperados e tomando remédio. Assim, a partir das imagens, iniciamos um momento de discussão sobre a loucura e, em seguida, buscamos estabelecer uma articulação com os temas trabalho e capacitação. Em vários momentos as cuidadoras trouxeram experiências pessoais, angústias, dificuldades. Falaram da presença da loucura em suas vidas. Houve momentos de choro e mobilização de fortes emoções.

Interessava-nos saber se as cuidadoras haviam passado por algum processo de capacitação antes e depois de iniciarem o trabalho e qual a relação estabelecida entre trabalho e capacitação, em suas perspectivas. De um modo geral, elas disseram que começaram a trabalhar sem nenhuma capacitação e que havia necessidade de capacitar-se.

¹⁴ Pede-se aos atores que façam um círculo com a mão direita, depois uma cruz com a mão esquerda. Parece fácil, mas é quase impossível realizar os dois movimentos ao mesmo tempo (BOAL, 2008b, p. 90).

¹⁵ Os atores caminharão pela sala de maneira estranha e bizarra. De tempos em tempos, o diretor diz: “Para!” e pede a cada uma dos atores para justificar sua postura, dizendo alguma coisa que faça sentido, por mais absurda que seja (BOAL, 2008b, p. 139).

¹⁶ Esse jogo é uma homenagem ao pintor surrealista belga, René Magritte. Começa-se com uma garrafa de plástico vazia, dizendo-se que “Esta garrafa não é uma garrafa, então o que será?”, e cada participante terá o direito de usá-la em relação ao seu próprio corpo, fazendo a imagem que quiser, estática ou dinâmica, dando ao objeto garrafa o sentido que quiser: um bebê ou uma bomba, uma bola ou um violão, um telescópio ou um sabonete (BOAL, 2008b, p. 216).

¹⁷ O teatro-imagem é uma técnica de TO que se baseia nas linguagens não-verbais, transformando questões, problemas e sentimentos em imagens concretas a partir da leitura da linguagem corporal, busca-se a compreensão dos fatos representados na imagem, que é real enquanto imagem. A imagem é uma realidade existente, sendo, ao mesmo tempo, a representação de uma realidade vivenciada (BOAL, 2008b, p. 05).

Em seguida avaliamos o encontro. As cuidadoras, mais uma vez, fizeram uma avaliação positiva, dizendo que foi “bom”, pois elas puderam conversar e se conhecer. Uma das cuidadoras disse que, apesar de ter “que correr um pouquinho” para poder participar, sentiu-se bem. Essa fala nos remeteu às dificuldades enfrentadas pelas participantes no que se refere à realização das atividades na residência e também participar da oficina, como já explicitado. Finalizamos esse encontro, como de costume, com o Círculo de Energia, momento em que agradecemos e falamos sobre as emoções como mobilizadoras de transformações. Segundo Lane (1995), as emoções como mediação, que em conjunto com a linguagem e o pensamento assumem um caráter comunicativo, se constituem numa forma de linguagem que pode desencadear o desenvolvimento de uma consciência crítica ou fragmentá-la.

3.4. Oficina - “Sofrimento e prazer no trabalho”

Nessa oficina, realizada no dia 30/10/2012, objetivamos realizar uma discussão sobre o sofrimento e o prazer advindos do trabalho de cuidadoras de um Serviço Residencial Terapêutico. Buscamos, então, identificar as fontes de sofrimento e prazer vinculados a esse trabalho.

Após o relaxamento, dando continuidade ao momento de sensibilização, através da facilitação dos exercícios de TO “Quantos ‘as’ existem em um ‘a’”¹⁸ e “Foto dinamarquesa”¹⁹. Esses exercícios foram utilizados devido ao fato de possibilitarem a integração e descontração. Além disso, pensamos que o primeiro poderia contribuir, também, para uma reflexão sobre as diferentes expressões do sofrimento ou do prazer no trabalho, pois pedimos que as cuidadoras dissessem “a” expressando sofrimento e também prazer; já o segundo, estimula a expressão através de imagens, contribuindo com a utilização do recurso colagem que seria utilizado em seguida. Os exercícios não foram comentados.

¹⁸ Em círculo, sucessivamente, cada “ator vai até o centro e exprime um sentimento, sensação, emoção ou ideia, usando somente um dos muitos sons da letra a, com todas as inflexões, movimentos ou gestos com que for capaz de se expressar”. Depois que todos tenham expressado os “as”, o diretor pede que o exercício seja feito com as demais vogais, como também dizer “sim” querendo dizer não, dizer “sim” querendo dizer não, dizer “não” querendo dizer não e “não” querendo dizer “sim” para, por último, expressar frases inteiras (BOAL, 2008b, p. 141).

¹⁹ Um grupo caminha livremente e em determinado momento, o facilitador diz: Uma foto para (o destinatário pode ser a mãe, o papa, a presidente, fulano, sicrano...). Todos fazem com seus corpos e rostos, a imagem que gostariam de enviar para a pessoa citada (BOAL, 2008b, p.208).

Para o momento de expressão livre, o recurso utilizado foi a colagem. Para isso, levamos algumas revistas para que as cuidadoras pudessem retirar as imagens a serem utilizadas. A ideia foi construir, coletivamente, dois cartazes. Um com imagens/situações que expressassem sofrimento (Apêndice A) e outro com imagens/situações, cuja representação fosse de prazer no trabalho (Apêndice B). Os dois cartazes foram confeccionados paralelamente. As cuidadoras selecionavam as imagens, cuja expressão fosse de prazer ou sofrimento e colavam em duas cartolinas brancas, que foram dispostas sobre a mesa.

Antes de passar ao momento de transposição da linguagem não-verbal para a verbal, pretendíamos facilitar o exercício de TO “Dança do trabalho ou do cotidiano”²⁰. A ideia era fazer com que as cuidadoras transformassem em dança as imagens/situações que foram coladas nos cartazes. No entanto, as participantes foram resistentes à proposta, preferindo falar sobre os cartazes produzidos. Isso nos levou a refletir sobre esse posicionamento como um possível sinalizador de sofrimento oriundo do trabalho.

Passamos, então, para o momento de transposição da linguagem não-verbal para a linguagem verbal, em que as cuidadoras, uma por vez, falaram sobre as imagens/situações escolhidas para compor os cartazes. Assim, a discussão foi pautada pelas fontes de sofrimento e de prazer, indicadas pelas participantes. Como fontes de prazer, foram citadas o vínculo estabelecido e o convívio com os usuários. Já como fonte de sofrimento, as cuidadoras apontaram a quebra dos vínculos estabelecidos com os usuários, situações de agressão, mobilização de sentimentos negativos a partir do comportamento dos usuários e sensação de impotência.

Em seguida, realizamos um “Amigo secreto” em que os presentes foram rosas e chocolates, como forma de celebrar o encontro entre a facilitadora/pesquisadora e as cuidadoras, proporcionado pela pesquisa-intervenção. Além disso, foi um momento de troca de impressões e sensações e também de agradecimento. Dessa forma, já iniciamos a etapa de avaliação da oficina e também do processo como um todo. As cuidadoras consideraram os encontros proveitosos, disseram que serviu “pra desabafar”, “desopilar a mente”. Novamente a questão das atividades na residência apareceu como um entrave, como podemos observar no discurso logo abaixo:

²⁰ O objetivo é criar uma dança a partir dos movimentos mecanizados no dia-a-dia do grupo: oriundos das atividades do trabalho ou do cotidiano. Cada pessoa escolhe uma ação bem mecanizada, realizada quase que automaticamente e começa a reproduzi-la, dando ritmo à mesma (Boal, 2002 *apud* Centro de Teatro do Oprimido, s.n., p. 16-17).

A gente tem que correr muito pra essa hora já tá... tudo pronto. Quando fica uma, a gente tem que deixar as coisas da gente feita, pra não deixar... pra outra não falar. Porque senão, quando a gente sai, a outra mete o pau. (Lúcia, 52 anos, trabalha há 05 anos em SRT's)

Por fim, uma das usuárias disse que “foi bom, só durou pouco”. Finalmente encerramos esse(s) encontro(s) com um Círculo de Energia, fazendo circular um beijo como expressão de afetividade.

CAPÍTULO IV: SOBRE TRABALHAR NUM SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO

4.1. Os sentidos construídos sobre o trabalho

Como já explicitado, a proposição de uma discussão acerca do trabalho no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental requer a compreensão, primeiramente, de que estamos diante de um novo paradigma. A proposta de Reforma Psiquiátrica, a partir da reformulação do modelo de atenção em Saúde Mental, tem possibilitado grandes transformações e, conseqüentemente, trazido implicações importantes para o cotidiano do trabalho nesse campo.

No interior desse paradigma, que envolve, concomitantemente, a desinstitucionalização e a produção de novos dispositivos e estratégias de cuidado para o portador de sofrimento psíquico, considera-se que os trabalhadores de saúde mental são atores essenciais na luta pela implementação efetiva dessa proposta, como também, pela ampliação e garantia dos direitos conquistados a partir dela.

Diante dessa nova realidade, surge a necessidade de refletir sobre os sentidos que esses atores constroem sobre o trabalho nos serviços substitutivos. Nesse sentido, buscamos, neste capítulo, analisar os sentidos que os cuidadores dos Serviços Residenciais Terapêuticos da cidade de Campina Grande/PB constroem sobre o seu trabalho, as fontes de sofrimento e prazer advindas desse trabalho e, também, os sentidos construídos sobre a capacitação profissional.

4.1.1. O que é ser cuidador em Serviços Residenciais Terapêuticos

A segunda oficina realizada teve como tema “o que é ser cuidador”. No entanto, já na primeira oficina, que objetivou apresentar a proposta e conhecer as expectativas das participantes em relação à pesquisa, surgiram falas a respeito do que é ser cuidador num SRT. Portanto, as falas analisadas neste tópico foram obtidas durante as duas primeiras oficinas e objetivaram analisar os sentidos construídos sobre esse trabalho e como as cuidadoras se posicionam em relação ao mesmo.

Podemos observar, nos discursos das cuidadoras, que os sentidos construídos sobre o trabalho nas residências terapêuticas remetem ao risco e ao medo:

[...] Aí... isso aqui é a gente, abraça tudinho, né? Com amor e carinho aí eles vem por trás aqui, você tem, você só pode dar isso aqui, né? Amor e carinho. Você, você não pode agredir, jamais. Aí eles vem por trás e você já tá aqui abraçando e aqui por trás você já tá correndo risco de perigo. (...) É a gente corre perigo (pausa) demais. Pronto. (Janete, 43 anos, trabalha há 07 meses em SRTs)

Eu nunca trabalhei, faz pouco tempo, só faz três meses e quando eles dão uma virada eu fico com medo. Eu fico com medo realmente. (ênfase) (Josefa, 50 anos, trabalha há 03 meses em SRT's)

Observamos a partir das falas de Janete e Josefa que o contato com os usuários aparece como um fator de risco, provocando medo. Janete atribui o risco à imprevisibilidade de reações dos usuários, ela afirma que o cuidador “[...] abraça tudinho [...]”; só pode dar “amor e carinho”. Dizendo isso ela afasta qualquer possibilidade de se pensar que os cuidadores maltratam, enquanto isso está “correndo risco de perigo”. Essa ideia é reforçada na fala de Josefa, que diz sentir medo “quando eles dão uma virada”, ou seja, a qualquer movimento brusco dos usuários. Esse discurso evidencia um risco potencial atribuído aos usuários, pois, o movimento de seus corpos, provoca medo. Trata-se de um corpo marcado pela possibilidade de agressão, de violência, mesmo que o intuito seja completamente o oposto.

Como afirma Spink (2003), no contexto de nossa vida cotidiana o risco é a possibilidade de perda de algo que tem valor para nós. No âmbito do trabalho, Sivieri (1992, p. 82), define fator de risco como “presença de um fenômeno, agente ou determinante, com características específicas, desencadeador de danos específicos às pessoas e ao meio ambiente.”.

Sobre o medo, Dejours (1992), afirma que ele está presente em todas as atividades profissionais, mesmo naquelas onde, aparentemente, não existem riscos à integridade física do trabalhador. Assim, ele se constitui numa das dimensões da vivência dos trabalhadores, respondendo por aspectos concretos da realidade e exigindo sistemas defensivos específicos (DEJOURS, 1992; 1999).

Nas falas em questão, o determinante do risco é o usuário. O medo, portanto, fundamenta-se na possibilidade de que o louco possa cometer atos violentos e/ou agressivos, o que traz a noção da periculosidade da loucura. Tal ideia nasceu associada ao conceito de

alienação mental e, em virtude de este conceito estar associado à perda da razão, à irracionalidade e à animalidade, contribuiu para a construção do sentido social de medo e para a discriminação com as pessoas identificadas como tal (AMARANTE, 2007). Essa associação sustenta os sentidos de risco e de medo que emergem das falas, trazendo como consequência uma tensão no ambiente de trabalho que pode levar a uma tendência à reprodução da “necessidade” de controle social da loucura.

Segundo Delgado (1991), a construção de uma clínica desarmada não nega o risco, mas sobrepõe a este o compromisso de construir um cuidado em liberdade que respeite a diferença e, acima de tudo, retire o sujeito do isolamento e exclusão e o coloque em espaços de vida e sociabilidade. Temer a loucura justifica a violência que se emprega contra o louco, bem como valida anteparos profissionais que aprofundam o abismo produzido entre a sociedade e as pessoas portadoras de sofrimento psíquico.

Outra questão importante aparece ligada à associação entre periculosidade e loucura. Em seu relato, Lúcia, abaixo, afirma que havia mais segurança no ambiente de trabalho proporcionado pelo Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (ICANERF), mais conhecido na cidade de Campina Grande e região como Hospital João Ribeiro. Cumpre ressaltar que no ano de 2005, essa instituição sofreu uma intervenção federal, culminando em seu descredenciamento do SUS e, conseqüentemente, em seu fechamento (BARBOSA, *et al*, 2009). Nesse discurso, o sentido construído sobre o trabalho no Serviço Residencial Terapêutico é de insegurança, desproteção, como podemos verificar no diálogo a seguir:

E antes assim... Assim, como foi Lúcia, assim... a realidade do João Ribeiro para as residências? (Facilitadora/Pesquisadora)

Foi muita, porque no João Ribeiro a gente tinha muito pouco contato com elas. Era melhor. Lá nós tinha muita proteção. Pra isso, ele tinha muito cuidado com a gente. João Ribeiro não deixava que a gente ficasse à vontade e ele sabe. Ele era, ele é o que (pausa) um psiquiatra, ele sabe (pausa) o, os, os riscos que um violento trás pra gente, né? Na vida de cada um. Ele tinha cuidado, ele cuidava e pra isso tinha os funcionários, tinha os seguranças com a gente direto. Lá, a gente não ficava só. (...) Ele recomendava que a gente tivesse muito cuidado, muito cuidado. Nunca ficasse só. Nunca deixou uma pessoa ficar sozinha.

Então você achou diferente? (Facilitadora/Pesquisadora)

Achei, achei. Porque lá a gente tinha mais proteção e aqui a gente não tem. A gente tem um (pausa) tinha muito... muitas coisas a nosso favor e aqui, nas residências, o benefício é para o usuário e o funcionário, zero. A gente não tem proteção de nada. Nós somos desprotegidas em tudo. Até (pausa) um homem dentro de casa, que era pra gente ter, pra defender a gente, a gente não tem. Não tem nada.

Acontecer alguma coisa... (Silêncio). (Lúcia, 52 anos, trabalha há 05 anos em SRT's)

É interessante observar a comparação feita por Lúcia. Inicialmente, ela menciona o pouco contato da equipe do hospital com os “internos” e diz que assim “era melhor”, “tinha mais proteção”. Aí está presente a lógica da periculosidade, reforçando o temor e se manifestando e sob a forma de distanciamento entre o usuário e o profissional do serviço. Em seguida a cuidadora recorre à figura do médico psiquiatra como mais um elemento que garantia a proteção através do cuidado para com os profissionais, “ele tinha muito cuidado com a gente.” O que chama a atenção nessa fala é a legitimação do cuidado através do saber médico-psiquiátrico. Lúcia afirma: “João Ribeiro não deixava que a gente ficasse à vontade e ele sabe.” O psiquiatra é descrito como aquele que detém saber e exerce poder sobre a loucura; e o usuário como “o violento”.

Cabe ressaltar que até o século XIX, não havia, sobre a loucura, um saber formalizado, nem a produção de intervenções sistemáticas sobre ela. A hospitalização não possuía função médica, mas de reclusão, pois tinha como objetivo salvaguardar a ordem social. Somente no final do século XVIII e início do século XIX, a medicina empreendeu a chamada "humanização dos pacientes", tirando suas correntes e introduzindo práticas terapêuticas em seu tratamento, tornando o hospital uma instituição médica. Surgem, então, os manicômios (BEZERRA; *et al*, 2009; FOUCAULT, 2005; DESVIAT, 1999).

A reclusão dos alienados assume um caráter terapêutico e indispensável (DESVIAT, 1999). O cuidado para com os loucos consistia num tratamento moral, pautado pela reeducação do alienado a partir do ensino de regras de socialização e convivência, implicando respeito às normas e desencorajamento das condutas inconvenientes.

Segundo o autor supracitado, é no contexto das ideias liberais, que pregavam a valorização do homem e seus direitos, que o médico Phillipe Pinel através de seu “mítico gesto de soltar os loucos dos grilhões” insere a loucura, definitivamente, no universo da enfermidade. Surge, então, uma nova doença: a alienação, e com ela surge, também, a Psiquiatria, que adentra os hospitais gerais instalando a hegemonia da medicina nesses espaços (AMARANTE, 2005 *apud* BRITO *et al*, 2009).

Conforme Machado (2009), a necessidade de inscrever o saber médico num registro que destacasse o conhecimento e a verificação de fenômenos tem influência sobre o processo de legitimação da psiquiatria enquanto disciplina. O poder que o asilo proporcionava ao psiquiatra deveria ser inscrito em um discurso integrado à linguagem e ao saber médico

exigidos naquele momento. A psiquiatria assume, então, o *status* de detentora do saber sobre a loucura e o manicômio surge como aparato para o exercício do poder dessa disciplina.

No discurso de Lúcia, o hospital psiquiátrico é apresentado como um ambiente no qual a equipe é cercada de cuidados, “tinha os funcionários, tinha os seguranças com a gente direto”. Em contraposição a esse ambiente seguro, está a residência terapêutica, apresentada como um local em que não há proteção para os que trabalham lá, “o benefício é para o usuário e o funcionário, zero”.

No hospital psiquiátrico os profissionais estão "respaldados" pelo aparato manicomial (Lobosque, 1997). Além disso, no interior dessa instituição os códigos identificatórios seguem um sistema rigorosamente binário: ou se é funcionário ou se é louco. Ao contrário, no Serviço Residencial Terapêutico busca-se produzir novas formas de cuidado objetivando desconstruir a lógica do manicômio e novos lugares sociais para a loucura.

Conforme Sampaio *et al*, (2011), a insurgência da nova rede de atenção à saúde mental, a complexidade do objeto - o sujeito que sofre – provocou o redirecionamento da lógica de organização dos serviços e dos processos de trabalho. O que se percebe é um deslocamento da lógica hospitalocêntrica para uma estrutura de serviços de base territorial, cujas práticas estão direcionadas à habilitação social. Esse processo requer a aquisição de novos saberes e práticas em saúde, tendo em vista à adequação dos trabalhadores aos novos serviços e à rede.

No entanto,

Sem produzir encontros potentes entre as pessoas, choques de transferências, o novo discurso segue a rota racional das palavras, mas não toca o corpo, não vibra a alma, não desmonta a estrutura de saberes, não desequilibra as certezas, as verdades, não produz movimento (BARBOSA; *et al*, 2009).

Portanto, é válido ressaltar que o processo de Reforma Psiquiátrica não se restringe às transformações administrativas ou técnicas dos serviços, diz respeito à desconstrução do manicômio, compreendido, conforme Basaglia (*apud* Amarante; Torre, 2001), como o conjunto de práticas multidisciplinares e culturais exercitadas e reproduzidas em diversos espaços sociais, inclusive, e não apenas, no interior do hospital psiquiátrico.

Por outro lado, a necessidade de se sentirem protegidas no ambiente laboral está presente na construção de um sentido sobre o trabalho que faz referência à necessidade de cuidado. De acordo com as falas de Ana e Rosa, a seguir, os cuidadores precisam de cuidados como acompanhamento psicológico, por exemplo.

Eu acho assim, também, que nós cuidadores, devemos ter um acompanhamento psicológico. (...) Tem cuidador que já tá afastado por conta disso. Que não aguenta. (Ana, 34 anos, trabalha há 04 em SRT's)

Aí assim, essa dinâmica [refere-se à atividade realizada na oficina] veio muito a calhar, ela veio mostrar a realidade, o comprometimento que a gente tem que assumir e, além de cuidar deles, nos cuidarmos também, né?! (...) É por isso que eu digo que a gente vai precisar ser atendido. Porque assim, não é ter atenção, não é ter o cuidado, mas a gente tem que trabalhar nosso psicológico. Você passar doze horas com uma pessoa que tá ali se maltratando, se machucando, dizer que não vai sentir nada. Aí não é ser humano mais não. (Rosa, 36 anos, trabalha há 04 em SRT's)

Ana diz que é preciso ter “um acompanhamento psicológico” e aponta o afastamento de alguns cuidadores do trabalho como justificativa. O cuidador é afastado porque “não aguenta”. Rosa diz que o cuidador deve assumir dois compromissos: cuidar dos usuários e, também, cuidar de si. Por isso, vai precisar “ser atendido”, trabalhar o psicológico. Nessa fala, a autoagressão, praticada por um usuário do serviço, aparece como mobilizadora de fortes sentimentos que justificariam uma intervenção psicológica.

Segundo Benevides-Pereira (*apud* SILVA 2007), os profissionais da área da saúde constantemente se deparam com as angústias, os conflitos, o sofrimento do outro. Nesse sentido, o cotidiano de trabalho os expõe, muitas vezes, à sobrecarga emocional e produz vivências permeadas pela dor, medo, desamparo. Essas vivências podem ter reflexo em suas próprias questões, testando continuamente a sua capacidade de equilíbrio.

Campos (2005), por sua vez, afirma que lidar com o sofrimento implica, muitas vezes, em reviver momentos pessoais de sofrimento. Implica numa identificação com a pessoa que sofre. Ou seja, conviver com sofrimento pode gerar sofrimento.

Além disso, Codo (*apud* SILVA, 2007) ressalta que o trabalho é permeado, também, pelo envolvimento afetivo. O que estabelece um conflito no cotidiano entre o vínculo (afetividade) e as atividades, regras e horários a serem cumpridos. Sobre as implicações desse conflito, Vasquez-Menezes (2004) afirma que cada trabalhador busca formas de resolvê-lo e que, dependendo da instituição e das relações que são construídas no trabalho, as alternativas encontradas podem ser satisfatórias ou, ao contrário, podem levar a desistências e ao adoecimento.

Considerando o cenário do trabalho no contexto da Reforma Psiquiátrica, em que a própria implantação da rede de serviços não constituiu prioridade nos orçamentos públicos, com reflexos na estrutura das instituições e nas condições de trabalho da equipe, parece-nos que Ana e Rosa buscam, no acompanhamento psicológico, uma alternativa para minimizar os seus conflitos. A ausência de espaços que fomentem a reflexão sobre o trabalho (destacamos a proposta da Psicodinâmica do Trabalho de “espaço público interno de discussão” (DEJOURS, 2007, p.136), a troca de experiências e de capacitações permanentes, enfim o (des)cuidado para com o trabalhador e, inclusive com a efetivação da proposta reformista é evidenciado no discurso dessas cuidadoras.

Desse modo, de acordo com o discurso de Janete, abaixo transcrito, trabalhar em um Serviço Residencial Terapêutico exige que as cuidadoras estejam “bem”. Observamos, então, a construção de um sentido que remete à necessidade de bem-estar no trabalho:

Você quer que eu diga. É até imbecil o que eu vou falar, mas tem momentos que (pausa) você tomar conta de uma pessoa louca, você mesmo tem que se fazer de louco, é? ou não é? (risos) É sério! Tô errada? Olhe, uma pessoa louca é uma pessoa sem sentido total, é uma pessoa que não tem noção das coisas. Pra você ficar com eles, você tem que tá bem. Não pode, assim (pausa) o problema da gente tem que deixar em casa. Você tá morrendo, se acabando. Você tá dentro de uma residência, você vai agora tomar conta daquelas pessoas. (trecho incompreensível) Às vezes você tem que ficar igual a eles, em certos momentos, pra você fugir, pra você escapar daqueles momentos e eles sair mais de perto de você um pouquinho, senão você não aguenta não. (Janete, 43 anos, trabalha há 07 meses em SRTs)

Segundo a cuidadora, há momentos em que para “tomar conta de uma pessoa louca”, é preciso “se fazer de louco”, que, no discurso de Janete é “uma pessoa sem sentido total (...) que não tem noção das coisas”. Segundo Foucault (2005), a loucura foi silenciada e retirada de circulação, dando lugar a um monólogo da razão. Nesse sentido, a fala da cuidadora reitera a impossibilidade de diálogo entre “razão” e loucura. Em sua perspectiva, louco só dialoga com louco. Por outro lado, na fala de Janete emerge uma possível estratégia de defesa empregada pela cuidadora para lidar com os usuários e o sofrimento.

Conforme Leão *et al* (2009), a institucionalização da loucura enquanto enfermidade conferiu-lhe atributos que, paulatinamente, foram se confundindo com a própria pessoa do louco. Isso possibilitou e sustentou novas maneiras da sociedade relacionar-se com ela. Assim, as condutas sociais produzidas em relação à loucura passam a ser referenciadas pelo saber psiquiátrico e suas práticas. Considerando que, para Dejours (2007), o trabalhador não

chega ao local de trabalho como uma máquina nova, mas trazendo consigo uma história, entendemos que o cuidador traz para o Serviço Residencial Terapêutico uma história atravessada por discursos e condutas sobre a loucura pautados por uma sinonímia com atributos negativos como insensatez, irresponsabilidade, incapacidade entre tantos outros.

Além disso, Foucault (2005) diz que o louco é aquele cujo discurso não pode circular como o dos outros. A sua palavra pode não ser acolhida, não pode conter “verdade”. Essa ideia vem corroborar o posicionamento, construído por Janete, do louco como “sem sentido”, “sem noção”. Ela constrói o seu discurso de maneira a reforçar tais atributos e demarcar os limites entre o usuário e o cuidador. Nesse sentido, não há acolhimento na aproximação. Parece-nos mais uma forma de controle, em que aquele que “se faz” de louco assume o comando da situação e para fazê-lo “tem que estar bem”. Nada pode interferir, pois, caso contrário, corre-se o risco de ultrapassar as fronteiras.

A cuidadora segue seu discurso dizendo que problemas “tem que deixar em casa”, pois no ambiente de trabalho ela vai “tomar conta daquelas pessoas”. Há, portanto, um policiamento no sentido de não permitir que questões pessoais interfiram no ambiente laboral. Janete conclui sua fala de maneira paradoxal ao afirmar que, em alguns momentos, “tem que ficar igual a eles” para “fugir”, “escapar”, para que os usuários se afastem e as cuidadoras possam “aguentar” o trabalho. Trata-se, portanto, de uma aproximação que distancia. Concordar com o usuário, “aceitá-lo”, para que ele saia de perto “um pouquinho”.

Considerando que o trabalho, além de assegurar a sobrevivência, se constitui em principal dispositivo para a co-produção do sujeito, entendemos que o mundo do trabalho é indissociável da vida privada do trabalhador (GUIMARÃES; *et al*, 2011). Nessa fala, é como se o mundo do trabalho fosse isolado da vida pessoal e social. Para manter essa separação, é preciso um contínuo esforço por parte do trabalhador. Portanto, impõe-se uma tensão de ordem psíquica.

Ainda sobre os desdobramentos oriundos das relações estabelecidas entre as cuidadoras e os usuários do Serviço Residencial Terapêutico, verificamos, no discurso de Rosa, abaixo, a construção de um sentido sobre o trabalho como cuidadoras que remete à renúncia.

(...) Muitas vezes eu me avalio e digo: Meu cuidado se torna renúncia (ênfase), muitas vezes eu tenho uma dinâmica de trabalhar, mas a pessoa que eu vou trabalhar, a minha dinâmica não cabe. Aí eu tenho que me renunciar. (ênfase) Eu tenho que mudar minha forma de ser. Sou uma cuidadora, mas muitas vezes eu tenho que ser (pausa) sair do papel de cuidadora para o papel de palhaça. As meninas (pausa) aí lá

vem Neuza [nome fictício]. Neuza gosta muito de dançar, né? Se ligar o som, ela já começa. Aí você vê, muitas vezes, eu largo aquele cuidado e vou virar uma dançarina pra poder agradar Nilda [nome fictício] ver que ela tá satisfeita com a minha companhia ali do lado dela. (...) A minha forma de trabalhar era uma, mas elas me cobravam outra. Aí muitas vezes, a gente tem que renunciar ao que a gente, verdadeiramente é e ser o que elas querem. É assim. (...) No meu dia a dia, a cada plantão que a gente tira, a gente tem que renunciar algo que é da gente, tá entendendo? Algo que você quando saiu de casa disse: “Hoje vai ser assim, assim, assim” e quando chega lá não é. Totalmente diferente. Quer dizer, você renuncia os seus planos de doze horas e tem que se adequar o que a residência vai lhe oferecer naquelas doze horas. Aí eu sempre digo ao meu marido: “Ser cuidadora é saber renunciar!” Primeiramente. Porque se você for querer impor o que você quer, você não consegue. Você desiste, que nem muitas. (Rosa, 36 anos, trabalha há 04 anos em SRT's)

A cuidadora inicia seu discurso afirmando que, ao avaliar-se, percebe que o seu “cuidado se torna renúncia”, pois a sua “dinâmica de trabalho”, por vezes, precisa ser modificada para atender as necessidades da pessoa com quem ela irá lidar. Rosa segue enfatizando essa questão ao utilizar a expressão “me renunciar”. Observe que na primeira parte de sua fala ela se refere a uma renúncia pessoal, mudar a sua “forma de ser”. Logo em seguida, posiciona-se como cuidadora para falar que, muitas vezes, é preciso sair desse papel e assumir outros, como, por exemplo, “palhaça” ou “dançarina” para “agradar” uma usuária.

O reconhecimento enquanto trabalhador do campo da saúde mental é possibilitado pelo modo como estes profissionais se relacionam com as produções discursivas que atravessam o seu trabalho e, conseqüentemente, com o cumprimento de determinadas regras do trabalho (RAMMINGER, 2006). Nesse sentido, Rosa, em seu posicionamento, entende que ao cuidador são atribuídas tarefas específicas, mas o cotidiano de trabalho apresenta demandas que levam esse trabalhador a assumir outros posicionamentos. Observe que ela fala desse movimento como algo que é característico do trabalho desempenhado pelo cuidador. No entanto, o seu discurso é construído de tal forma que, para assumir outros papéis, ela sai do papel de cuidadora. Larga o cuidado e vira dançarina. Supomos, então, que esse tipo de demanda é tratado como algo que desestabiliza o processo de trabalho planejado pela cuidadora.

Essa questão aparece de forma mais explícita no final de seu discurso, quando Rosa afirma que o cuidador renuncia “os seus planos de doze horas e tem que se adequar o que a residência vai lhe oferecer”. Ela coloca a renúncia como uma atitude necessária ao cuidador. Tal necessidade tem origem no reconhecimento da impossibilidade de impor a sua vontade no

local de trabalho, por isso “Ser cuidadora é saber renunciar!”. Por fim, a renúncia é colocada como habilidade, como uma estratégia para conviver com a instabilidade e assim, não desistir do trabalho. Essa ênfase na renúncia parece evidenciar, também, a mobilização da inteligência da prática. Conforme Dejours (2004b), se o trabalhador não conhece a solução, então é necessário descobrir sozinho. Às vezes é preciso inventá-la. Virar “dançarina” ou “palhaça”, acompanhar ou agradar os usuários pode ser uma forma criativa de enfrentar as dificuldades do contexto de trabalho.

Conforme Dejours (2004b, p. 24), a noção do trabalhar “implica o envolvimento de gestos, os saber-fazer, o engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir a diferentes situações; é o poder de sentir, pensar, inventar.”.

Na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, podemos pensar na renúncia como uma forma de afirmar o cuidado de modo a atender as especificidades desse contexto de trabalho, revelando outro modo de cuidar, ou seja, de exercer a atividade de cuidadora. Nesse sentido, “sair do papel de cuidadora”, não implica, necessariamente, deixar de cuidar, mas inventar outra forma de fazê-lo.

Nos trechos dos diálogos que seguem, podemos observar a construção de sentidos que se remetem à preocupação e responsabilidade sobre o trabalho desempenhado pelo cuidador.

A gente bota aquela tensão na cabeça, né? Se ele se machucar, a responsabilidade é nossa. A gente sempre carrega esse, eu não sei se é (pausa). Como é que eu posso usar um termo técnico pra essa tensão que a gente tem até demais com a gente mesmo? (Rosa, 36 anos, trabalha há 04 anos em SRT's)

Cuidado excessivo, num é? (Ana, 34 anos, trabalha há 04 anos em SRT's)

É. Se acontecer alguma coisa a gente pode pegar processo. A gente... num é isso? (Rosa, 36 anos, trabalha há 04 anos em SRT's)

É. Fica com aquela preocupação. (Josefa, 50 anos, trabalha há 03 meses em SRT's)

Eu acho que o que pesa muito no trabalho da gente é isso aí: responsabilidade demais. É mais do que nossos filhos. A gente tem mais responsabilidade com eles mais do que com nossos filhos. (Ana, 34 anos, trabalha há 04 anos em SRT's)

Com certeza. (Mônica, 33 anos, trabalha há 04 meses em SRT's)

A preocupação é, é... sei lá. Até pra dar um banho, tem que ter cuidado pra não cair, olhar no banheiro, tem que tá olhando, num é? Cuidado, pra não cair. “Lava aí!” (Ana, 34 anos, trabalha há anos 04 em SRT's)

Pra não se engasgar. (Rosa, 36 anos, trabalha há 04 anos em SRT's)

Quando vai comer, pra não se engasgar. (Lúcia, 52 anos, trabalha há 05 anos em SRT's)

Quando se engasga. Pode se engasgar com um caroço de arroz, a gente pensa que é um bolo. Aí tome tapa, né? Quando vê um caroço de arroz. E assim vai. (Ana, 34 anos, trabalha há 04 anos em SRT's)

No primeiro trecho Rosa fala de uma tensão estabelecida a partir do trabalho. Essa tensão está relacionada com a responsabilidade pela integridade física dos usuários: “Se ele se machucar, a responsabilidade é nossa.” Ela procura um termo técnico para essa tensão e é Ana quem sugere tratar-se de um “cuidado excessivo”. Rosa concorda e reforça o motivo da tensão ao afirmar que os cuidadores podem responder juridicamente por algo que aconteça com os usuários em seu plantão. Segundo Josefa, tal situação provoca uma “preocupação” constante.

No segundo trecho, observamos, mais uma vez, a questão da responsabilidade como algo que “pesa” nesse trabalho. Ana afirma ter mais responsabilidade com os moradores do que com seus filhos. Ela descreve algumas situações em que a preocupação se faz presente e nos chama a atenção o fato de serem situações que, normalmente, não envolvem perigo ou tensão como tomar banho ou comer. Atividades corriqueiras ganham dimensões de grandes eventos. Há uma tentativa de controle de todas as esferas da vida dos usuários. Por outro lado, há que se ressaltar que essas atividades não faziam parte do cotidiano do manicômio. Nesse lugar, enquanto alguns não aprendiam, por não ser prioridade, outros desaprendiam.

Fonseca (2006) refere-se ao Serviço Residencial Terapêutico como uma nova ética do cuidar, buscando a superação de conceitos como cura e exclusão e a construção de novos pactos que possibilitariam a transformação do lugar tradicional do louco na comunidade. Portanto, seria um dispositivo potente no que se refere ao exercício da autonomia, o estímulo ao protagonismo de um sujeito de direitos e desejos e “para propiciar a inserção do portador de transtorno mental na cidade, para fazê-los circular por outros circuitos, que não os cronificantes” (DIMENSTEIN, 2006, p. 77).

No entanto, observamos que a responsabilidade pelo morador trazida pelas cuidadoras está impregnada de um desejo de tutela. O reconhecimento desta responsabilidade como elemento constitutivo da função desempenhada evidencia os sentidos construídos sobre “a relação” que a sociedade mantém com o louco, aquele que deve ser protegido. Podemos pensar no “peso” da responsabilidade, também, a partir da ideia de uma sobrecarga no cotidiano de trabalho dessas profissionais.

As cuidadoras, em seus discursos, constroem sentidos que remetem a um trabalho que gera sobrecarga e exploração, como podemos verificar no trecho do diálogo a seguir:

(...) Que hoje assim. É um mercado que está sendo bastante explorado (pausa). O cuidador ele sente, quando você vai ao comércio. Ao comércio ele não existe. É tanto que você diz a profissão. Ele diz: “O que é isso?” (Rosa, 36 anos, trabalha há 04 anos em SRTs)

O que é cuidador? (Mônica, 33anos, trabalha há 04 meses em SRTs)

Aí eu sempre coloco: “Olhe (pausa). Eu, falo como eu sou cuidadora. Eu, na pessoa de Rosa, eu coloco o que é ser cuidador. A gente é bastante explorado e pouco atendido. De que forma? (Rosa, 36 anos, trabalha há 04 anos em SRT's)

Muito bem! (Ana, 34 anos, trabalha há 04 anos em SRT's)

Ser cuidador pra gente é monitorar, é observar. Primeiramente, é cuidar, é tratar, é socializar eles que tão com a gente. É chegar e dizer: “Olhe a forma de se alimentar é dessa forma, não é aí no chão.” Tô tentando socializar ele à sociedade. Aí eu digo: “Sou cuidadora, monitoramento. Trabalho com o lado social, que eu vou tentar ingressar ele na sociedade, que, muitas vezes, a gente por trabalhar com eles, a gente olha e diz: “Não tem jeito!” A gente mesmo perde a noção. Terceiro, sou doméstica porque lavo, cozinho, passo, né?! Muitas vezes sou porteira e enfermeira. Trabalhei um mês na mista sozinha. Fui porteira, cuidadora e empregada doméstica. Sozinha, sendo cuidadora e sendo porteira. E sim, a parte da enfermagem.” (Rosa, 36 anos, trabalha há 04 anos em SRT's)

Gostei. (Ana, 34 anos, trabalha há 04 anos em SRT's)

Porque se eles se machucam, a gente tem que trazer ele num primeiro socorro. A gente tem que ter atenção ao medicamento, aí se você é uma cuidadora que se preocupa com casa, com os meninos, com medicação e a gente tem muita atenção? Não. (Rosa, 36 anos, trabalha há 04 anos em SRTs)

E aonde é que fica nossa cabeça?! (Lúcia, 52 anos, trabalha há 05 anos em SRT's)

A mil! A mil! (Rosa, 36 anos, trabalha há 04 anos em SRT's)

Resumindo (silêncio). (Ana, 34 anos, trabalha há 04 anos em SRT's)

Rosa inicia sua fala colocando o cuidado como um “mercado que está sendo bastante explorado”, porém, sem visibilidade. Ela ressalta que não há um reconhecimento social da profissão de cuidador. No “comércio ele não existe”, pois quando informa no que trabalha é indagada sobre do que se trata.

Para explicar a exploração sofrida, a cuidadora recorre a uma miscelânea de atribuições e posicionamentos. Inicialmente, ela afirma que ser cuidador é “monitorar”, é “observar”. Dessa forma ela constrói uma imagem marcada pela tutela, pois o usuário se encontraria numa condição de constante fiscalização. Em seguida, utiliza os verbos “cuidar”, “tratar” e “socializar” para definir o trabalho. Nesse discurso, Rosa constrói uma sinonímia entre o cumprimento de regras sociais e o termo “socializar”, exemplificando: “Olhe a forma de se alimentar é dessa forma, não é aí no chão.” Nesse sentido, o trabalho é caracterizado, também, pela tentativa de “ingressar” o usuário na sociedade. Embora se perceba nesse

discurso marcas do que é defendido pelo discurso da Reforma no que se refere a “habilitar”²¹ os usuários, é como se o louco fosse um elemento à parte, algo que não foi produzido por essa mesma sociedade. Um sujeito, cujos discursos sobre ele, anulam a sua potência, como podemos observar nesse trecho: “muitas vezes, a gente por trabalhar com eles, a gente olha e diz: ‘Não tem jeito!’”. Logo após, a cuidadora tenta amenizar aquilo que foi dito anteriormente, afirmando que “perde a noção”.

O trabalhador em saúde mental, atualmente, se constrói a partir de uma tensão de discursos

que refletem o embate interno ao campo da Reforma Psiquiátrica – a qual defende um deslocamento do saber médico-psiquiátrico para a interdisciplinaridade, da noção de doença para a de saúde, dos muros dos hospitais psiquiátricos para a circulação pela cidade, do doente mental para o portador de sofrimento psíquico, do incapaz tutelado para o cidadão (RAMMINGER, 2006, p.38).

Nesse sentido, é perceptível um movimento em busca de sintonia com o discurso reformista, “mas algo escapa como vestígio daquilo que precisa ser escondido” (BARBOSA; *et al*, 2009), evidenciando, assim, a convivência de discursos ainda ligados às antigas práticas psiquiátricas, centradas no hospital, com discursos mais sintonizados com as propostas da Reforma Psiquiátrica.

Além disso, a cuidadora se posiciona como “doméstica”, pois realiza atividades como lavar, “passar” e cozinhar e, por vezes, assume o posto de “porteira”. Por fim ela afirma que assume atribuições que seriam da alçada da enfermagem, como o acompanhamento do usuário ao pronto socorro em caso de acidente e administração de medicamentos. Rosa recorre a essa “lista” de atividades para reforçar a ideia de que o cuidador trabalha muito, mas não “tem muita atenção”. Esse discurso evidencia a sobrecarga de um contexto de trabalho complexo, mas também um dilema entre o cuidado com a casa e o cuidado com os usuários e como realizar ambas as tarefas de forma satisfatória.

Silveira e Santos Júnior (2011), em pesquisa realizada com profissionais que atuavam na equipe das seis Residências Terapêuticas do município de Campina Grande, verificaram

²¹ “A ideia de “re-habilitação” configura de fato uma tensão em relação a um passado, que já não existe, configura a referência a um conceito abstrato – a cura – que revela insistência de normalização, alude a uma exigência de resgate, que inevitavelmente reproduz um estigma. Prefiro, ao contrário, falar em “habilitar”, porque este pensamento compreende a ideia de um passado que não pesa de modo negativo sobre o presente. Essa ideia permite pensar que a própria experiência na doença não é, a priori, rejeitável. A própria experiência na doença tem em si, um valor intrínseco, favorecendo outra ideia segundo a qual há um novo começo de um novo processo em relação ao qual ninguém se encontra em condição de clara desvantagem” (VENTURINI, 2010, s/p).

esse conflito entre cuidar da casa e cuidar dos moradores nos discursos destes profissionais. Esses autores pontuam que uma atribuição não exclui a outra e sinalizam para a necessidade de refletir sobre a inserção dos cuidadores na residência.

O referido estudo teve como desdobramento a elaboração, pela coordenação dos SRT's, de um plano de atuação para os cuidadores, em que se estabeleceu

revezamento diário, de modo que dois profissionais permaneçam, por turno de sua jornada, simultaneamente, em cada residência, para que um deles possa responsabilizar-se pelo cuidado à casa e, particularmente, aos moradores que auxiliam nas tarefas domésticas, e o outro possa priorizar o cuidado aos outros moradores, através de passeios, conversas, jogos e outras atividades de recreação e lazer (SILVEIRA; SANTOS JÚNIOR, 2011, p.2094).

Percebemos, durante a realização da presente pesquisa, que as falas das cuidadoras convergem com o que propõe esse plano de atuação no que se refere à presença de dois cuidadores durante o plantão. No entanto, a questão do revezamento das atribuições não foi citada.

O posicionamento como empregada doméstica aparece, mais explicitamente, nos discursos de Lúcia, Aparecida e Rosa, abaixo. Os sentidos construídos sinalizam para um sentimento de incompatibilidade de funções, como pode ser observado nos trechos a seguir:

Se a gente exercesse o papel de cuidador, mas a gente não pode exercer. (Lúcia, 52 anos, trabalha há 05 anos em SRTs)

A gente não é cuidador, a gente exerce a função de empregado. Porque o cuidador já tá dizendo, que é pra cuidar deles (ênfase) e a gente faz é cozinhar, lavar e arrumar uma casa. (...) A função era pra ser neles, cuidar deles. (ênfase) (Aparecida, 32 anos, trabalha há um ano em SRT's)

(...) A gente não é cuidador, a gente é empregada doméstica. (Rosa, 36 anos, trabalha há 04 anos em SRT's)

E das que trabalha muito! (...) (Lúcia, 52 anos, trabalha há 05 anos em SRT's)

Lúcia afirma que não pode exercer “o papel de cuidador”. No discurso de Aparecida a ideia é reforçada e essa impossibilidade é atribuída às atividades domésticas. Em sua perspectiva o cuidado para com os usuários é prejudicado, pois ao invés de “cuidar deles”,

tem-se que “cozinhar, lavar e arrumar a casa.” Outra questão está relacionada com o volume dessas atividades e aparece no trecho em que Rosa se afirma como empregada doméstica e Lúcia complementa: “E das que trabalha muito!”. Nesse momento, há que se destacar que as residências são alocadas em casas de médio porte, que demandam uma dedicação de esforço e de tempo no tocante à manutenção da limpeza e, além disso, as cuidadoras são responsáveis por lavar a roupa e preparar a comida dos usuários, o que, de fato, as sobrecarrega. Vale salientar que todas as participantes desta pesquisa trabalham no período diurno. Como já explicitado, cada residência conta com três cuidadores, dois deles trabalham durante o dia e um, no período da noite, cumprindo um plantão de 12 horas. O diurno tem início às 06h00min e término às 18h00min e o noturno, com início às 18h00min e término às 06h00min. É importante destacar que a maior parte das atividades da casa é realizada durante o dia. Elas preparam e servem três refeições, visto que ao término de cada plantão, o jantar já deve estar pronto. Além disso, há a limpeza da casa, das roupas, entre outras atividades domésticas que se somam ao cuidado para com os usuários. Durante a facilitação das oficinas, as cuidadoras, em diversos momentos, falaram que era preciso “correr muito” para dar conta de todas as atribuições e poder participar dos encontros.

Pinto (2011), em pesquisa realizada com o objetivo de analisar os discursos dos cuidadores dos Serviços Residenciais Terapêuticos na cidade de Recife/PE sobre a Reforma Psiquiátrica, constatou que os cuidadores aprovados em concurso público e com ensino superior desqualificavam, os antigos cuidadores, cuja escolaridade atingia o nível médio. Os primeiros construíram discursos de maneira a comparar o trabalho realizado pelos antigos cuidadores ao trabalho doméstico, desqualificando-os. Com isso, colocavam o seu trabalho num patamar “superior” e se afastavam do posicionamento como empregados domésticos, diferentemente dos discursos analisados no presente estudo.

Rosa, em outro momento da segunda oficina, constrói um sentido sobre o trabalho que ressalta o caráter terapêutico da residência.

Assim, quando eu desenhei o sol aí eu pensei o que é que a gente significa. A gente tem que sair de casa naquele dia, porque a gente vai levar luz. Luz pra eles que passam (pausa) não vou dizer todos, mas eu acho que eles passam a vida toda encarcerados. Porque se tornam prisioneiros. Que a gente saia naquele intuito de ser luz, mas sempre ter aquela concepção, que a tempestade vai vir. Que é o que as meninas enfrentam, num é? (...) Aí aqui o sol é a luz, as nuvens vem com a simbologia das tempestades que a gente tem como cuidador temos que ter o compromisso de saber que vamos enfrentar. A casa eu coloquei

a residência terapêutica que é tanto que ela já leva esse nome, né? Residência, mas saber que a gente tá trabalhando em cima de uma terapia. Que é os sete usuários, que é o qual a minha residência tá. Trabalhar em grupo com o porteiro, sempre eu coloco isso pro porteiro. É uma residência, mas a gente tem que cair em cima da terapia, que a gente vai trabalhar doze horas com eles, tem que ter dinâmica com eles. (Rosa, 36 anos, trabalha há 04 anos em SRT's)

Ao falar sobre o desenho que fez sobre o que é ser cuidador, Rosa afirma que desenhou um sol ao pensar no significado desse profissional. Cumpre ressaltar que essa é a maior estrela do Sistema Solar, sendo responsável pela existência e manutenção da vida em nosso Planeta, portanto, percebe-se uma supervalorização da ocupação quando ela diz que o cuidador “tem que sair de casa” para levar “luz” aos usuários. Esse trecho nos remete à “luz” do Iluminismo, a razão que, conforme Mello e Donato (2011), tal como o sol, tudo iluminava e esclarecia. O pensamento iluminista propunha o uso crítico da razão, pois através do conhecimento, o homem poderia alcançar a liberdade. Por meio da razão busca e liberdade pelo conhecimento. O cuidador seria o próprio sol para eles, que, ao longo dos anos “se tornam prisioneiros”. Em seguida, ela constrói uma analogia entre o trabalho e um fenômeno climático. O sol, cuidador, pode ser encoberto pelas nuvens que, em sua produção, aparecem “com a simbologia das tempestades”, dificuldades que podem surgir no ambiente laboral e precisam ser enfrentadas.

Na última parte de seu discurso, Rosa apresenta a casa, “a residência terapêutica” e atenta para aquilo, que talvez seja o grande conflito da proposta de um Serviço Residencial Terapêutico. A cuidadora afirma que se trata de uma casa, um local de habitação, mas também de “terapia”. Esse discurso aponta para o desafio de produzir cuidado e autonomia num espaço de moradia que é, também, um serviço de saúde articulado à rede pública de Atenção Psicossocial.

Ao explicarem seus desenhos sobre o que é ser cuidador, Aparecida e Mônica, constroem, em discursos, sentidos sobre o trabalho que remetem à oferta de alimentação e entretenimento, como podemos observar no trecho abaixo:

A minha é rápida. [refere-se ao desenho realizado na oficina] É eu na cozinha, dando o “comê” a eles, todo mundo sentado, todo mundo sentadinho comendo. Pronto. (Aparecida, 32 anos, trabalha há um ano em SRT's)

A minha é mais rápida ainda. [refere-se ao desenho realizado na oficina] Sou eu que sou muito bonita e eles aqui tudinho assistindo

comigo pra ficar quieto. (Mônica, 33 anos, trabalha há 04 meses em SRT's)

(risos)

Então Aparecida expressou mais a coisa da alimentação, de, de, do... essa coisa do ser cuidador como, essa coisa do (silêncio).

(Facilitadora/Pesquisadora)

É a alimentação na hora certa. (Aparecida, 32 anos, trabalha há um ano em SRT's)

É alimentação, né? É (pausa) (Facilitadora/Pesquisadora)

Porque quando eles assiste. A gente bota DVD de música, eles ficam bem tranquilos, eles ficam bem calmos, sabe? Aí a gente sempre bota e fica na sala com eles. (Mônica, 33 anos, trabalha há 04 meses em SRT's)

Aparecida diz que a desenhou “dando o comê” aos usuários. Em sua perspectiva, o trabalho é caracterizado pela oferta de “alimentação na hora certa”. Mônica retratou o momento em que vê televisão com os moradores, afirmando que o faz porque ficam quietos, “tranquilos”, “calmos”. Observamos, então, que essas cuidadoras se referem aos cuidados básicos e momentos de quietude e tranquilidade em relação aos usuários, o que possivelmente diminui e/ou afasta a tensão descrita em discursos construídos em outros momentos das oficinas.

Já no discurso abaixo, o sentido construído é de um trabalho que envolve carinho, proteção, “ser companheira” dos usuários, mas, também, “dá bronca”, pois eles “tem que ter limites”.

Segurando a mão, aí no caso é carinho, proteção, né? Você ser companheira, também, deles, né? Aí eu coloquei aqui também, dando bronca, saber dizer não, também, que eles também tem que ter limites. É dando bronca. (...) É ensinar a comer, tomar um banho. A se sentar, coisa que eles não sabiam. Alguns não sabiam nem o que era, é (pausa) dormir numa cama, dormia debaixo da cama. Era o colchão, a cama e eles dormiam debaixo. Roupa? Não sabiam o que era roupa. Só viviam pelados. (risos) Era o início de tudo, sabe? Ensinando a comer e a se vestir. (Ana, 34 anos, trabalha há 04 anos em SRT's)

A ideia de impor limites é complementada quando Ana faz referência ao ensino de regras sociais ocorrido no período em que os usuários chegaram às residências. Ela fala de uma suposta “falta” dos usuários utilizando os verbos no passado como, por exemplo: “não sabiam nem o que era, é (pausa) dormir numa cama”, “só viviam pelados”. Percebe-se que o momento em que os usuários foram transferidos para as residências, após longos anos de internação no hospital psiquiátrico da cidade, foi bastante marcante. Tanto, que ainda é lembrado e vivenciado como constitutivo desse trabalho.

Assim, percebemos que as cuidadoras constroem sentidos sobre o trabalho que remetem ao risco e ao medo. Em seus discursos, o Serviço Residencial Terapêutico é um ambiente em que elas se sentem inseguras, desprotegidas e preocupadas. Esse local de trabalho impõe responsabilidades, exige renúncia e leva à necessidade de cuidados e de bem-estar. Além disso, elas apontam que sofrem com sobrecarga, exploração e incompatibilidade de função ao se posicionarem como “empregadas domésticas” e não como cuidadoras. Por fim, ser cuidador é garantir os cuidados básicos, ofertar entretenimento e impor limites aos usuários.

4.1.2. Sofrimento e prazer no trabalho em Serviços Residenciais Terapêuticos

Na oficina “Sofrimento e prazer no Serviço Residencial Terapêutico”, as participantes foram indagadas sobre o que provoca sofrimento e prazer no trabalho como cuidadoras num SRT. Assim, neste item, objetivamos ter como foco os fatores de sofrimento e prazer indicados pelas cuidadoras, bem como analisar os sentidos construídos sobre esse trabalho a partir desses fatores.

A organização do trabalho envolve condições físicas, materiais e, sobretudo, a divisão entre os trabalhadores para a realização e manutenção de tarefas. Nesse contexto são estabelecidas relações que, por sua vez, são influenciadas pela hierarquia, responsabilidades e sistemas de controle e ocorrem diferentes interações que dão significado psíquico e podem facilitar, ou não, as vivências de prazer ou sofrimento do trabalhador (DEJOURS, 1992).

Nesse sentido, o trabalho no Serviço Residencial Terapêutico não deve ser reduzido às condições de trabalho, deve-se superar sua dimensão organizacional. Há que se refletir sobre as relações sociais, considerando as interfaces entre o singular o coletivo, entre trabalho e saúde mental. É preciso pensá-lo como um espaço de construção de uma prática reflexiva sobre a organização das atividades, das relações entre trabalhadores e usuários, na qual a subjetividade aparece como central, podendo produzir prazer e/ou sofrimento.

A organização do trabalho é vista como uma relação socialmente construída, não somente em sua dimensão tecnológica. Interessa identificar as relações entre condutas, comportamentos, vivências de sofrimento e de prazer e como o trabalho se organiza nesse contexto, entendendo o papel da subjetividade e a compreensão das estratégias e dos mecanismos defensivos estruturados pelos próprios trabalhadores em seu ambiente de trabalho (DEJOURS, 1992; 2007).

Desse modo, quando se esgota a possibilidade de negociação entre trabalhador e a organização do trabalho, quando as relações de trabalho despojam o trabalhador de sua subjetividade, tornando-o uma “vítima” de seu trabalho, surge o sofrimento e a luta contra esse sofrimento através do desenvolvimento de estratégias defensivas.

Assim, o trabalho torna-se prejudicial ao homem quando se opõe a sua livre atividade. O bem-estar psíquico não provém da ausência de funcionamento, mas, ao contrário, de um livre funcionamento em relação ao conteúdo da tarefa. Se o trabalho favorece esse livre funcionamento, ele será fator de equilíbrio; se ele se opõe será fator de sofrimento e de doença (DEJOURS; *et al*, 1993 *apud* GLANSZNER, 2008). Assim, o trabalho que permite a diminuição da carga psíquica é equilibrante; o que se opõe a essa diminuição é vivenciado como fatigante.

Ao serem indagadas sobre o que provoca sofrimento no trabalho, algumas cuidadoras apontaram para o “rodízio” de cuidadores entre as seis residências existentes na cidade. O sentido construído, em seus discursos, é de um trabalho permeado pela quebra de vínculos, como podemos observar abaixo:

E também você já tá acostumada ali com eles naquela casa, aí vai e tira você dali. (Aparecida, 32 anos, trabalha há um ano em SRTs)
 O ruim, né?! É ruim tanto pra eles quanto pra gente, tanto o paciente, quanto a gente. [...] É como quem trabalha com criança, né? A gente se apegar, né?! E a gente tem que sair. (Mônica, 33 anos, trabalha há 04 meses em SRT's)
 Por isso eu não quero mais me apegar a ninguém, mas não tem jeito não. (trecho incompreensível) Já lutei tanto com essa separação. Deus me livre! Já me separei de Ana Amélia [nome fictício], já me separei de Marta [nome fictício], não, eu não quero me apegar mais a ninguém não. (trecho incompreensível) (Lúcia, 52 anos, trabalha há 05 anos em SRT's)

Aparecida se refere à saída das casas construindo um sentido negativo, pois provoca a separação entre elas e os usuários. Ela diz que quando já está “acostumada” acaba acontecendo uma mudança.

A fala de Mônica vem corroborar tais afirmações. Essa cuidadora qualifica a saída como “ruim”, tanto para elas quanto para “o paciente”. Chama atenção a forma como se refere aos usuários, “pacientes”, pois se trata de uma denominação bastante comum em serviços de saúde, mas que tem sido alvo de críticas pela carga de passividade que carrega. Portanto, a recorrência ao termo pode ser devida ao fato da residência constituir-se, também, como um serviço de saúde. Em seguida, Mônica afirma que trabalhar no Serviço Residencial

Terapêutico “é como quem trabalha com criança”, sugere, assim, uma infantilização dos usuários. Eles seriam como crianças e isso possibilita e/ou facilita o “apego”, que é colocado como um motivo pelo qual a separação é citada como algo que provoca uma vivência de sofrimento.

Lúcia, fala sobre esse sofrimento e afirma que busca evitá-lo, mas não tem obtido sucesso. Ela inicia sua fala afirmando que “não quer mais se apegar a ninguém, mas não tem jeito”. Em seguida, a cuidadora afirma que já lutou muito com as separações. Observe que ela retrata uma tensão psíquica estabelecida pelo conflito entre apegar-se ou não às pessoas (usuários e profissionais) com quem se relaciona no ambiente de trabalho. A vivência dessa tensão e a possibilidade constante de uma “separação” produzem a necessidade de negação do “apego”. Ela finaliza seu discurso, reafirmando que não quer “se apegar” novamente.

Cabe salientar que o trecho em questão não condiz com os sentidos construídos sobre o trabalho nos SRT's, em que percebemos um predomínio de aspectos negativos. Por outro lado, está em consonância com as falas que indicam o vínculo estabelecido com os usuários como fonte de prazer, conforme veremos mais adiante. Essa variação sugere, além de uma tensão discursiva, a construção de um discurso em que emerge uma busca por fontes de prazer nesse trabalho, que é considerado tão árduo e mobilizador de sentimentos e sensações negativas.

Em estudo realizado com trabalhadores da área de enfermagem, Gonzales (2001) concluiu que uma parcela significativa deles enfrentava dificuldades em identificar as fontes de prazer e sofrimento no trabalho. Essa autora destaca a importância da distinção entre o que proporciona prazer e sofrimento para a percepção de momentos de satisfação no trabalho.

Ainda sobre o tema, Siqueira Júnior, *et al* (2006, *apud* LOPES, 2009) afirmam que alguns trabalhadores, dependendo de suas experiências, podem identificar mais facilmente o sofrimento ao invés do prazer. No entanto, faz-se necessário a percepção do prazer e da satisfação no trabalho, visto que esse último está diretamente relacionado com a realização pessoal e profissional e, conseqüentemente, com a saúde do trabalhador. Vale ressaltar, também, que sofrimento e prazer coexistem no trabalho.

Nesse sentido, a transformação de um trabalho fatigante em equilibrante, a partir da flexibilização da organização do trabalho, pode proporcionar maior liberdade ao trabalhador, possibilitando que ele identifique os fatores que desencadeiam prazer (DEJOURS; *et al*, 1993 *apud* GLANSZNER, 2008). Assim, conforme Guido (2003, p. 112), o prazer e a satisfação no trabalho vinculam-se “às possibilidades de ser criativo, de ter liberdade para inovar, de

participar ativamente nas decisões e, ainda, de ter reconhecida e valorizada sua prática profissional.”.

O modelo de atenção psicossocial constitui-se, entre outros aspectos, na construção de uma relação de confiança entre usuário e profissional que se estabelece por um convívio contínuo (GLANZNER, 2008). Os serviços substitutivos devem ser espaços de produção de cuidados e, principalmente, de subjetividades mais autônomas. Como atesta Yasui (2006), para que isso ocorra, faz-se necessária a construção, manutenção e o fortalecimento de vínculos através da aproximação, do acolhimento e da escuta.

No entanto, de acordo com Martins (2002), é comum que trabalhadores em saúde recorram a estratégias como a manutenção de uma relação superficial com o usuário, despersonalização e negação deste, distanciamento e negação de sentimentos, numa tentativa de controlá-los. Nesse sentido, o desejo de não mais se apegar, evidenciado no discurso de Lúcia sugere uma estratégia defensiva contra o sofrimento vivenciado nas situações em que ocorre uma separação.

Nos discursos de Ana e Mônica, abaixo, a falta de reconhecimento encontra-se relacionada às exigências, em forma de cobranças, ao cumprimento do trabalho como cuidador. Tais exigências demandam um conjunto de esforços para atender aos requisitos da tarefa (SELIGMANN, 2011), sendo fatigante para o trabalhador. Observamos, então, a construção de um sentido que aponta para um trabalho que não é reconhecido.

Cobrança, cobrança, né? Porque tem muita cobrança em cima sem reconhecimento. (Ana, 34 anos, trabalha há 04 anos em SRT's)

Eu, aqui a gente trabalha, faz nosso serviço, né? (...) Porque nem sempre a gente é reconhecida pelo que a gente faz. Graças a Deus, faz quatro meses que eu trabalho. Eu nunca fui agredida, mas assim, em termo da gente trabalhar e muitas vezes a gente é cobrada, mas não sabe o que a gente passa dentro desse ambiente de trabalho, num é? Aí, às vezes, isso entristece muito a gente, num é? Porque a gente dá o de si e as pessoas não reconhecem isso. (...) (Mônica, 33 anos, trabalha há 04 meses em SRT's)

Segundo Ana, as cuidadoras são cobradas no que se refere à realização do trabalho. Há muitas exigências, porém, “sem reconhecimento”. O discurso de Mônica vem reforçar essa ideia. Ela fala que “trabalha”, que realiza o “serviço” que lhe é atribuído, mas “nem sempre” é reconhecida “por isso”. Em seguida, essa cuidadora afirma que nunca sofreu agressão – situação apontada como fonte de sofrimento por algumas cuidadoras – mas, o fato de ser

cobrada por alguém que não está cotidianamente na residência e, por isso, não tem conhecimento do que a cuidadora vivencia no “ambiente de trabalho” é experienciado como algo que a “entristece”.

O reconhecimento é o processo de valorização do esforço e do sofrimento investido para a realização do trabalho (MENDES, 2007). Conforme Lancman e Sznewar (2004), trata-se de um fator fundamental para evitar a alienação decorrente do desprezo e da falta de sentido daquilo que o homem realiza profissionalmente. Destarte, destaca-se a importância do reconhecimento do trabalho do cuidador como um exercício para o processo de valorização do esforço investido, aspecto fundamental para a mobilização desses trabalhadores no sentido da criação e invenção no meio de trabalho.

Outra fonte de sofrimento está relacionada com o comportamento dos usuários. As cuidadoras, em seus discursos, afirmam que a autoagressão, o desespero, o estresse, a “agitação”, a agressividade mobilizam sentimentos negativos, como podemos verificar nos trechos abaixo:

É Neuza [nome fictício] batendo em mim ó. Cinco vezes. E eu desesperada sem saber o que fazer da vida. (Lúcia, 52 anos, trabalha há 05 anos em SRTs)

Então, quando, quando você é agredida. Isso é uma situação que provoca (silêncio). (Facilitadora/Pesquisadora)

Hoje ela me pegou duas vezes com a faca na mão. (Lúcia, 52 anos, trabalha há 05 anos em SRTs)

Ela, com a faca? (Facilitadora/Pesquisadora)

Eu com a faca na mão e com essa mão só, por isso que eu machuquei o dedo, com essa mão só pra me defender aí eu não sabia, se eu soltasse a faca, ela pegava. Pense numa situação que eu me vi hoje. Desesperadora. (Lúcia, 52 anos, trabalha há 05 anos em SRTs)

Tava sozinha era? (Facilitadora/Pesquisadora)

Na hora que ela pega, ela só pega quando a gente tá só. Ela procura aqueles momentos que a pessoa tá só. (Lúcia, 52 anos, trabalha há 05 anos em SRT's)

É complicado porque passar o dia todinho com uma pessoa tentando se enforcar, batendo a cabeça na parede, você sai de lá muito... (silêncio). (Ana, 34 anos, trabalha há 04 anos em SRTs)

(...) A gente sente. A gente acha que é com a gente. (Josefa, 50 anos, trabalha há 03 meses em SRT's)

Ah, o desespero delas. Assim, desesperadas. Essa imagem ali me veio muito isso. Adriana [nome fictício], né? Tem hora que ela fica: “Oh mãe, eu não tô aguentando, uma agonia na minha cabeça. O que é isso mamãe? A senhora já sentiu isso que eu tô sentindo?” (Lúcia, 52 anos, trabalha há 05 anos em SRT's)

O desespero? (Facilitadora/Pesquisadora)

É. (Lúcia, 52 anos, trabalha há 05 anos em SRT's)

O meu aqui, no momento de estresse deles, né? Por cigarro, enquanto não dá o cigarro, ele não sossega. (Aparecida, 32 anos, trabalha há um ano em SRTs)

E isso, tem uma consequência? (Facilitadora/Pesquisadora)

Isso estressa a gente demais. “Mãe, me dê um cigarrinho! Mãe, me dê um cigarro.” Eu digo: “Não, agora não. Daqui a pouco.” Aí começa: “Mãe, me dê um cigarrinho.” Aí começa: “Você é mãe do inferno, você é não sei o quê” Eu digo: “Mulher, espera um pouquinho que eu vou te dar o cigarro”. Nem espera (pausa) nem come direito, às vezes, ansioso pra fumar. (Aparecida, 32 anos, trabalha há um ano em SRT's)

O que é que no trabalho, provoca sofrimento em você? (Facilitadora/Pesquisadora)

Se o usuário tiver (pausa) assim, agitado. Aí é tristeza, né? Porque fica, é (pausa) eles fica agressivo e a gente fica lutando com aquela agressividade aí dá uma tristeza na gente, que a gente fica preocupado, né? (Josefa, 50 anos, trabalha há 03 meses em SRT's)

Lúcia descreve uma situação em que foi agredida por uma usuária, qualificando-a como “desesperadora”, pois se trata de um momento crítico em que ela não sabe o que fazer, além, é claro, de tentar se defender. Cabe destacar que, como vimos anteriormente, a possibilidade de sofrer agressão aparece como um dos sustentáculos da construção de um sentido de risco e medo associado ao trabalho como cuidador em Serviços Residenciais Terapêuticos.

A forma como os usuários, muitas vezes, expressam o seu sofrimento tem desdobramentos na subjetividade dos cuidadores, provocando vivências de sofrimento. Ana fala sobre a dificuldade de estar próximo a alguém que tenta “se enforçar”, bate “a cabeça na parede”. Presenciar e ter que lidar com esse tipo de situação durante o plantão pode afetar as cuidadoras. Tanto que a cuidadora finaliza sua fala com silêncio, ela não consegue nomear a maneira como se sente ao final do plantão, no momento em que sai da residência. Ainda nesse trecho, Josefa diz que “sente” aquilo que acontece com os usuários como se fosse com ela própria. Assim, o sofrimento do usuário é vivenciado, também, pelas cuidadoras.

No discurso de Lúcia ela afirma que o “desespero” provoca sofrimento e cita o caso específico de uma usuária que fala de “uma agonia da cabeça” e pergunta se a cuidadora sabe o que é e se já sentiu isso. A usuária tenta dividir seu sofrimento, tenta trazer Lúcia para perto. Chama-nos a atenção, nessa fala, a forma como a usuária se dirige à cuidadora, ela a chama de mãe, evidenciando uma relação marcada por uma suposta carência da usuária e cuidado maternal por parte da cuidadora.

Aparecida traz, em seu discurso, a questão do “estresse” provocado pela persistência dos usuários. Ela afirma que “enquanto não dá o cigarro, ele não sossega” e que isso a deixa estressada. É uma tensão cotidiana que envolve pedido, negação, xingamento e, segundo a cuidadora, prejudica aspectos como a alimentação. Cumpre ressaltar que no período em que essa pesquisa foi realizada a quantidade de cigarros fornecida às residências sofreu uma redução, o que aumentou a tensão.

Em seu discurso, Josefa aponta a questão da “agitação” como fonte de sofrimento. Ela afirma que se o usuário está agitado, sente “tristeza”. Podemos observar que o uso da palavra agitado é utilizado quase como sinônimo de agressividade com e contra a qual, tem-se que ficar “lutando”.

Essa relação estreita entre a expressão do sofrimento psíquico dos usuários e a mobilização de um esforço, considerado fatigante para o trabalhador, está presente na construção de um sentido sobre o trabalho que remete a impotência, como podemos observar no trecho que segue:

Essa aqui que é preso [referindo-se a imagem utilizada na colagem], eles presos ali dentro, num é? (Josefa, 50 anos, trabalha há 03 meses em SRT's)

Hum e isso provoca o que em você? (Facilitadora/Pesquisadora)

E aqui é você varrendo e Neto [nome fictício], no caso, né? Neto fica batendo aquela porta, a gente se sente já, entristece porque não era pra acontecer aquilo. (Josefa, 50 anos, trabalha há 03 meses em SRT's)

Aquilo o quê? (Facilitadora/Pesquisadora)

Neto, batendo na porta. (Josefa, 50 anos, trabalha há 03 meses em SRT's)

Aí isso faz você sofrer, por que? (Facilitadora/Pesquisadora)

Porque a gente não pode fazer nada, né? Eles ficam do mesmo jeito. (Josefa, 50 anos, trabalha há 03 meses em SRT's)

Aí não pode fazer nada? (Facilitadora/Pesquisadora)

Pode assim, acalmar (pausa) Hoje, Neto tava, eu botei o almoço e ele queria jogar. Eu disse: “Vá simhora almoçar”. Aí ele foi, pediu pimenta, que ele gosta e comeu todinho. Eu me sinto bem, quando eles estão bem. Eu fico muito abalada. (Josefa, 50 anos, trabalha há 03 meses em SRT's)

Josefa, em seu discurso, traz uma questão bastante relevante para a discussão acerca dos serviços substitutivos, a linha tênue entre cuidado e controle. Ao falar sobre o que provoca sofrimento, ela se refere aos usuários como pessoas que estão presas na residência e o fato de um dos usuários ficar “batendo na porta” mobiliza um sentimento de tristeza. O sofrimento, segundo ela, deve-se a impossibilidade de fazer algo pelo usuário. A cuidadora afirma que “eles ficam do mesmo jeito”. Em seguida, ao ser indagada sobre não poder fazer

nada, ela diz que é possível “acalmar”, o que, em sua perspectiva, seria um paliativo sem maiores desdobramentos.

Conforme atesta Glanzner (2008), o cotidiano do profissional de saúde mental é permeado por cobranças e expectativas que giram em torno da cura do usuário. Diante da convivência diária com o sofrimento, da possibilidade real de uma crise, da cronicidade de muitos dos usuários dos Serviços Residenciais Terapêuticos, essas profissionais se deparam com um sentimento de impotência.

Na última parte de seu discurso ela descreve o almoço daquele dia com satisfação, tudo correu de uma forma que a fez sentir-se “bem”. O usuário, na hora do almoço, queria “jogar”, mas a obedeceu, “pediu pimenta” e “comeu todinho”. Ele estava “bem” e ela também. Fazendo o que pode diante da complexidade desse trabalho. Nessa fala, a cuidadora evidencia uma concepção de que não há muito que fazer pela loucura. Se os loucos estiverem alimentados, limpos e medicados, a tarefa foi cumprida. Em outras palavras, atendidas as suas necessidades mais básicas, chega-se num limite de cuidado que não é possível ultrapassar. No último trecho da fala de Josefa ela afirma que se sente “bem” quando os usuários “estão bem”, mas finaliza dizendo que “fica muito abalada”. Esse discurso pode sugerir que esse bem-estar dos usuários, como já explicitado, pode proporcionar um ambiente menos tenso. Nesse sentido, o perigo, o medo provocado pelos usuários perde um tanto de suas cores, sua intensidade diminui. Por outro lado, nos questionamos se apenas as situações de tensão ou perigo deixam Josefa abalada. Seria o trabalho como um todo, o motivo “desse abalo”?

No que se refere ao que é vivenciado como equilibrante, chamou-nos a atenção o discurso de Lúcia abaixo. Ela afirma que encontra no término do expediente uma fonte de prazer. Observamos, então, a construção de um sentido de desprazer sobre o trabalho.

(...) quando eu chego em casa e vou pra academia desestressar, né? Aí é tudo de bom. (Lúcia, 52 anos, trabalha há 05 anos em SRT's)
 No trabalho mesmo, você não encontrou nenhuma, nenhum momento de, de... as doze horas que você passa lá. De prazer?
 (Facilitadora/Pesquisadora)
 Lá, não. (Lúcia, 52 anos, trabalha há 05 anos em SRT's)
 Então, o que provoca prazer é quando você sai desse trabalho?
 (Facilitadora/Pesquisadora)
 É. (Lúcia, 52 anos, trabalha há 05 anos em SRT's)

O prazer é encontrado em atividades que Lúcia realiza fora do ambiente de trabalho, onde ela busca diminuir o desgaste provocado pelo plantão/turno fatigante. Ela diz que vai “pra academia desestressar”. Cumpre ressaltar que essa cuidadora, no período em que foi

realizado esse estudo, trabalhava numa casa que é chamada, informalmente, pelas cuidadoras de “casa bomba”. Segundo elas, as usuárias que residem nessa casa são bastante agressivas e difíceis de lidar. Nesse sentido, os sentidos construídos sobre essa residência são permeados pelo perigo.

Ao falar sobre a residência em que trabalhou anteriormente, Lúcia, assim como Mônica e Aparecida apontam, em seus discursos, para o vínculo estabelecido e o convívio com os usuários como fontes de prazer advindas do trabalho como cuidadoras:

Agora antes era lá na minha que eu trabalhava é (pausa) dá prazer da gente trabalhar, você se sente bem, você ir pro seu trabalho, de conviver lá com eles, de poder sentar, conversar e lá onde eu tô, não posso sentar. Eu não posso almoçar sossegada, eu não posso tomar café, eu não posso ir no banheiro. Não tenho sossego lá pra nada. (Lúcia, 52 anos, trabalha há 05 anos em SRT's)

Pra nada, ninguém tem. (Janete, 43 anos, trabalha há 07 meses em SRT's)

Lá na masculina II (silêncio). (Facilitadora/Pesquisadora)

Lá, onde eu tô agora. Mas, lá é diferente. Lá a gente brincava, a gente ria, conversava, era muito diferente. Não. (Lúcia, 52 anos, trabalha há 05 anos em SRT's)

No caso, assim, as horas se passam mais rápido, lá. (Rosa, 36 anos, trabalha há 04 anos em SRT's)

Era. (Lúcia, 52 anos, trabalha há 05 anos em SRT's)

(...) Aí a felicidade tá aqui [refere à imagem que compõe o cartaz]. Às vezes, até dançar com elas, eu danço dentro da residência. Tem momentos que você esquece mesmo e (pausa) Porque eu, graças a Deus, eu não passo por essas, isso que (pausa) Lúcia tá passando, sabe? (Mônica, 33 anos, trabalha há 04 meses em SRT's)

Lúcia, em seu discurso, compara as duas residências em que trabalhou. Segundo ela, “antes” a vivência era prazerosa. Ir ao trabalho e poder “sentar”, “conviver”, “conversar” com os usuários era possível, ao contrário, na residência em que estava trabalhando no período de realização da pesquisa, não podia “almoçar sossegada, nem “tomar café” ou mesmo ir “ao banheiro”. Nessa residência vive-se numa tensão constante, “não tem sossego lá pra nada”. Ainda nesse trecho, Rosa sinaliza que num trabalho onde é possível haver momentos de descontração, “as horas se passam mais rápido”. O fato de o trabalho proporcionar descontração pode torná-lo menos fatigante, assim, “as horas passam mais depressa”.

No discurso de Mônica, a questão da descontração aparece como “felicidade”. A cuidadora afirma que “dança” com as usuárias e “tem momentos que você esquece mesmo”. A descontração produz aproximação, intimidade e envolvimento afetivo. Nesse sentido,

possibilita que o trabalhador, através da relação com o outro, alcance vivências prazerosas no ambiente laboral. Esses momentos podem ser considerados como uma tentativa de transformar um trabalho fatigante em equilibrante.

Observamos, então, que as cuidadoras identificaram como fontes de sofrimento, a quebra de vínculos estabelecidos com os usuários, situações em que sofrem agressão, além da mobilização de sentimentos negativos a partir do comportamento dos usuários e do sentimento de impotência. Já as fontes de prazer identificadas foram o vínculo estabelecido com os usuários e o convívio com eles, que proporciona momentos de descontração e de afetos.

4.1.3. Trabalho e capacitação em Serviços Residenciais Terapêuticos

No momento de discussão durante a oficina “Loucura, trabalho e capacitação”, em que o tema “capacitação” foi priorizado, interessou-nos saber se as participantes sentiam-se capacitadas para a realização do trabalho e, também, se passaram por algum processo de capacitação antes de iniciarem o trabalho no SRT. As cuidadoras, de um modo geral, relataram não se sentirem plenamente capacitadas para o exercício da função.

Aparecida e Mônica afirmam, em seus discursos, que desconheciam o contexto em que iriam trabalhar até o momento de efetivação do contrato. As duas fazem referência aos serviços de saúde, como posto e hospital, sugerindo certa invisibilidade da Política Nacional de Saúde Mental.

Eu nunca pensei na minha vida. Meu marido disse: “Você vai trabalhar na área de saúde. Arrumei pra você na área de saúde.” Eu, pra mim, era um posto. Pra mim era um posto de saúde. Quando não, me chamaram. Aí eu vim aqui em Andresa [nome fictício] também... Aí Andresa disse: “Você sabe o que é doente mental?” Eu disse: “Não.” Aí ela foi e... né? Pronto. Aí eu cheguei em casa, falei com o meu marido e disse: “Não, mas seja o que Deus quiser.” Cheguei lá, conversei e ele disse pra mim mais ou menos como era. Aí pronto. (Aparecida, 32 anos, trabalha há um ano em SRT's)

(...) meu trabalho foi do mesmo jeito, assim, vim aqui, né? Que alguém me indicou, mas eu não era, eu não sabia que era pra trabalhar nessa área. Era pra trabalhar num (pausa) hospital. No começo eu me assustei, sabe? Mas eu falei com minha mãe e ela disse: “Seja o que Deus quiser.” Eu nunca tinha trabalhado com carteira assinada, apesar que é contrato, mas eu nunca tinha trabalhado pra ganhar salário mínimo. (Mônica, 33 anos, trabalha há 04 meses em SRT's)

Esses discursos evidenciam a fragilidade no tocante às exigências para contratação de cuidadores. Trabalhar em serviços de Saúde Mental, especificamente, num Serviço Residencial Terapêutico era algo inimaginável para Aparecida. O marido a informou que havia conseguido, para ela, uma colocação “na área da saúde”. É interessante observar como ela imediatamente pensa “num posto de saúde”, o que sinaliza para a pouca visibilidade dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico em relação aos demais serviços de saúde.

Além disso, podemos observar que, ao falar sobre o momento em que teve conhecimento sobre o local e contexto em que iria trabalhar, ela constrói o seu discurso de maneira vaga, utilizando pausas entre as frases proferidas, acarretando um inacabamento das sentenças: “eu vim aqui em Andresa [nome fictício] também...”, “ela foi e...”. Nessa parte de seu discurso, observamos que a cuidadora lembra a pergunta que lhe foi feita: “Você sabe o que é doente mental?”, a qual ela respondeu negativamente. Supomos, então, que a imprecisão desse discurso sugere que o momento não foi profícuo no sentido de proporcionar instrumentos que lhe possibilitassem responder à indagação. Na iminência de trabalhar em uma residência terapêutica sem capacitação prévia, Aparecida recorre ao divino: “Não, mas seja o que Deus quiser.”.

Mônica, em seu discurso, afirma que o seu processo de contratação “foi do mesmo jeito”. Pensou que trabalharia num hospital. Inicialmente, ela se assustou com as residências, mas diante da possibilidade de assinar um contrato, “ter carteira assinada” e “ganhar salário mínimo” começou a trabalhar buscando também em Deus o apoio necessário. Fica evidente, nessas falas, que elas começaram a trabalhar já receosas.

O desconhecimento acerca do local em que as cuidadoras trabalhariam, bem como dos serviços de saúde mental e a falta de uma capacitação prévia são seguidos por dificuldades relacionadas à dinâmica de trabalho num SRT. Nos discursos que seguem, os relatos apontam para dificuldades no tocante à administração de medicamentos utilizados pelos usuários:

Tem o medicamento, a gente não sabe o que... o que é, como é que chama? O efeito colateral de cada um. Porque tem o medicamento genérico, por exemplo, tem o ALDOL, mas já tem o ALOPERIDOL, aí já tem outro medicamento que pode ser ele. Aí tem cuidador que não conhece, tem que ver isso aí também, a questão da medicação. (Ana, 34 anos, trabalha há 04 anos em SRT's)

Eu achei muito difícil a questão do medicamento, mas como eu encontrei essa criatura [refere-se à cuidadora com quem trabalha] que foi mandada por Deus aí eu não me empатуquei, mas no começo

(pausa). Muito complicado, eu assim, eu fiquei preocupada de eu errar (ênfase) e é uma responsabilidade grande. Graças a Deus que eu não tô errando. Mas a gente ainda se atrapalha. (Josefa, 50 anos, trabalha há 03 meses em SRT's)

A administração de medicamentos é uma das atribuições do cuidador e, em conjunto com outras estratégias de cuidado, tem um papel significativo no processo de reabilitação psicossocial proposto pela Reforma Psiquiátrica. No entanto, segundo as cuidadoras, existem dificuldades no que se refere à sua realização. Ana afirma que, em alguns casos, não se tem conhecimento sobre “efeito colateral” ou mesmo de questões relacionadas à fórmula, o que tornaria mais remota a possibilidade de uma falha quando o medicamento fosse do tipo “genérico”.

Josefa afirma que teve muita dificuldade com “a questão do medicamento”, mas teve a ajuda de uma cuidadora com mais tempo de experiência. O medo de falhar aparece de forma mais contundente em seu discurso no trecho em que diz: “eu fiquei muito preocupada de eu errar”. Ela enfatiza o erro, que pode ter consequências negativas para o usuário. Nesse sentido, “é uma responsabilidade grande”.

No trecho a seguir, podemos observar que, segundo as cuidadoras, essa e outras dificuldades guardam estreita relação com a ausência de capacitação adequada.

Eu acho assim, que era pra gente ter sempre uma reciclagem. Esse pessoal que chega, muitos conhecem o remédio pelo... pela cor, num é não? (...) Não sabe nem pra que é o remédio. É... complicado! É complicado! Eu... eu... eu não sei não! (Lúcia, 52 anos, trabalha há 05 anos em SRT's)

Deveria ter mais capacitações pra gente, né?! É porque a gente tem que ter mais experiência, porque bota a gente na casa sem fazer isso. (Ana, 34 anos, trabalha há 04 anos em SRT's)

Conforme Glanzner (2008), as capacitações podem ser uma estratégia para diminuição do desgaste mental e conseqüente alívio do sofrimento vivenciado nesse trabalho. A atenção psicossocial guia-se por atividades complexas que demandam conhecimento, o qual deve ser construído, problematizado e planejado no cotidiano de trabalho. Nesse processo, os trabalhadores poderão construir, a partir da troca de experiências e de um diálogo teórico, um saber-instrumento que possibilite a invenção ou reinvenção de suas práticas e saberes sobre a loucura e, conseqüentemente, de seu trabalho.

A experiência acumulada em anos de trabalho na área de saúde mental não afasta a dificuldade enfrentada em determinadas situações:

(...) Porque tem fato que acontece que a gente, num é?! Não tá bem preparado (pausa). Pode ter, eu acho que pode ter cinco, seis anos de saúde mental, mas acontece coisa que a gente, tem dificuldade como todo mundo diz. (Janete, 43 anos, trabalha há 07 meses em SRT's)

Ao discorrerem sobre capacitação, as cuidadoras constroem um sentido sobre o trabalho que remete à necessidade de “preparação” para lidar com situações imprevistas. Trata-se, de um trabalho em que é preciso saber se defender, como podemos observar no trecho que segue:

A preparação, né? Como se defender, tem hora que você tá assim, de repente, como Neuza [nome fictício] mesmo, parte pra cima de você, que você tem hora que tem medo de qual vai ser a sua reação ali, naquele momento e chegar num ponto até de machucar, né? Sem querer. Porque você tá fazendo uma coisa e de repente, você receber uma pancada aí a pessoa... É a mesma coisa de quando a gente tá na rua e vem um ladrão em cima de você. A gente, o impulso da gente é tanto que reage. (Lúcia, 52 anos, trabalha há 05 anos em SRTs)
 Vocês sentem consequências, assim, dessa, dessa ausência, né? De preparação, de capacitação, formação? (Facilitadora/Pesquisadora)
 É só assim. Ação e reação. Devia ter, né? Como a gente reagir melhor. Até mesmo pra ser melhor pra eles e pra gente. (Janete, 43 anos, trabalha há 07 meses em SRTs)
 Tem que pensar rápido. (Aparecida, 32 anos, trabalha há um ano em SRTs)

Lúcia, em seu discurso, afirma ser necessária uma “preparação” para “se defender” nos momentos em que algum usuário “parte pra cima”. Ela se refere às situações em que é preciso uma reação imediata e, também, por isso, pode não ser a mais adequada. A cuidadora diz que chega a sentir “medo”, pois pode “chegar num ponto até de machucar... sem querer”. Na parte final de seu discurso, ela compara as situações ocorridas na residência com a abordagem de um ladrão, em que, muitas vezes, “o impulso” faz as pessoas reagirem. Supomos que, em sua perspectiva, reagir por impulso em momentos de tensão não é a atitude mais recomendada. Cabe salientar que a comparação feita pela cuidadora remete a situação extrema de perigo e violência, ao mesmo tempo nos faz pensar sobre o que o usuário estaria roubando.

No discurso de Janete, observamos que as formações, as capacitações deveriam suprir a necessidade de “reagir melhor”. O argumento utilizado para justificar é de que seria “melhor

para eles e pra gente”. Remetendo-nos, então, a ideia de que é preciso “cuidar” do louco, mas, também, das pessoas que estão próximas a ele.

Assim, percebemos que as cuidadoras, de um modo geral, não se sentem plenamente capacitadas para o exercício da função e consideram importante participarem de processos de formação para desempenharem o seu trabalho de maneira satisfatória. Esses discursos evidenciam o que, talvez, seja um dos maiores entraves ao processo de Reforma Psiquiátrica, a falta de investimento em qualificação profissional.

CAPÍTULO V: OS SENTIDOS CONSTRUÍDOS SOBRE A LOUCURA

O cuidador, como já explicitado, é um ator social que emerge a partir do processo de Reforma Psiquiátrica, sendo considerado um parceiro de fundamental importância para a efetivação dessa proposta. No entanto, a fecundidade dessa parceria depende, em grande medida, da forma como ele define e se relaciona com a loucura.

Os cuidadores constroem suas relações de maneira distinta, sejam elas sociais, familiares, afetivas, etc. Os ecos dessa pluralidade reverberam no contexto de trabalho, nas relações que se estabelecem entre os profissionais e os usuários. Portanto, apreender os sentidos que os cuidadores constroem sobre a loucura, constitui-se um passo crucial na direção da construção de estratégias de atuação e capacitação que considerem as singularidades culturais desses trabalhadores. Assim, a partir dos discursos obtidos durante a oficina “Loucura, trabalho e capacitação”, esse capítulo tem por objetivo analisar os sentidos que os cuidadores constroem sobre a loucura.

Observamos, no discurso que segue, a construção de um sentido sobre a loucura que remete ao medo. O louco é aquele que provoca medo, como podemos verificar no trecho abaixo:

Porque no início mesmo a gente tinha medo. Como diz, louco é aquele que comia cocô, jogava pedra, que corria atrás de você pra bater. Aí quando a gente entrou na casa... aí com o tempo a gente foi se acostumando. (Ana, 34 anos, trabalha há 04 anos em SRT's)

Ana fala do medo como algo que fez parte do passado, localizando-o no período de ingresso no trabalho em residências terapêuticas. A cuidadora afirma que “no início” sentia medo, afinal achava que o louco “comia cocô, jogava pedra”, “corria atrás de você para bater”. Podemos observar, então, que Ana chega ao serviço trazendo consigo um discurso que reproduz crenças a respeito da loucura que se aproximam bastante do senso comum. Esse discurso reforça um estereótipo, cujos elementos predominantes seriam a agressividade e o desvio da norma vigente. No trecho final dessa fala parece-nos que o trabalho em SRTs não contribuiu suficientemente para a construção de um discurso contra-hegemônico sobre o louco, pois, segundo Ana, após entrada na casa e “com o tempo” as cuidadoras se habituaram. Nessa perspectiva, a visão estereotipada sobre o louco permanece, ele ainda é aquele que “come cocô”, joga pedra, bate, mas elas vão “se acostumando” com isso.

A questão da agressividade aparece, também, na construção de um sentido sobre a loucura que remete à instabilidade emocional, como podemos observar nos discursos abaixo:

Porque a loucura (pausa) uma hora lhe beija, uma hora lhe agride. (Janete, 43 anos, trabalha há 07 meses em SRT's)

“Mãe, me dê um abraço! Mãe, me dê um abraço!” Aí quando veio me dar o abraço já foi puxando meus cabelos. (Lúcia, 52 anos, trabalha há 05 anos em SRT's)

De acordo com essas cuidadoras, alterações bruscas no que diz respeito à expressão das emoções caracterizam os usuários. Janete, ao falar sobre a loucura, diz que ela “hora lhe beija, ora lhe agride”. Lúcia descreve um momento de demonstração de afeto: “Mãe, me dê um abraço!”, que é seguido por um puxão de cabelos. Nesses discursos o louco é definido pela dicotomia afeto/agressividade, evidenciando um reducionismo e o estabelecimento de uma relação que, por um lado, é marcada pela carência, pela falta e, por outro, pelo medo.

Outro sentido construído sobre loucura ressalta uma associação desta com o desespero, como se observa no trecho abaixo:

O desespero de Patrícia [nome fictício]. É só desespero. (Janete, 43 anos, trabalha há 07 meses em SRT's)

Meu Deus, eu não sei o que é aquilo. É só desespero, só pensa em se matar. Só pensa em suicídio. (Lúcia, 52 anos, trabalha há 05 anos em SRT's)

A cabeça hoje foi para o quadro de energia, não foi nem parede. É uma situação e disse que ia cortar a cabeça com a faca (trecho incompreensível). (Janete, 43 anos, trabalha há 07 meses em SRT's)

Janete, ao falar sobre a imagem representativa da loucura (uma pessoa enforcando-se), construída por ela, durante a facilitação da técnica de TO, denominada Teatro-imagem, evidencia o desespero de uma usuária. Seu discurso tem um tom reducionista, a cuidadora afirma que é “só desespero”. Desta maneira, loucura seria reduzida ao desespero, que, no discurso de Lúcia é associado a uma situação limítrofe quando ela diz: “É só desespero, só pensa em se matar. Só pensa em suicídio.” Na parte final, Janete corrobora essa associação trazendo situações em que a usuária se agride e diz que “vai cortar a cabeça com a faca”.

As cuidadoras enfatizam uma agressividade potencial dessa usuária e parecem temê-la, de acordo com o trecho de diálogo que segue:

Eu imagino assim que ela fica pensando fazer nela. Do mesmo jeito, eu acho que ela faz com uma pessoa. (Lúcia, 52 anos, trabalha há 05 em SRT's)

Faz. (Janete, 43 anos, trabalha há 07 meses em SRT's)

Faz, se ela pegar, ela faz. (Mônica, 33 anos, trabalha há 04 meses em SRT's)

Se ela pegar, ela faz do mesmo jeito. (Lúcia, 52 anos, trabalha há 05 anos em SRT's)

Lúcia, em seu discurso, diz achar que a agressividade da usuária, aqui nomeada de Patrícia, pode ser direcionada para outras pessoas, ou seja, a sua “intenção” suicida poderia, em determinado momento, transformar-se em homicida. Nesse trecho, observamos que as falas posteriores corroboram a ideia inicial, Lúcia, Janete e Mônica acreditam que a usuária pode agredir e até mesmo matar alguém.

A ênfase nessa agressividade potencial sustenta a construção de um sentido sobre a loucura em que o louco é representante de perigo, o que justifica a reclusão, como se pode observar no trecho a seguir:

Eu fui levar Patrícia [nome fictício] na médica e ela me disse: “Patrícia não é uma paciente que tem condições de estar em residência, nem aqui na unidade”. (Lúcia, 52 anos, trabalha há 05 anos em SRT's)

Ela tem que tá presa. Como era. (Mônica, 33 anos, trabalha há 04 meses em SRT's)

Ela tá no ponto final. Não tem mais medicação pra ela. Ela numa residência, ela tá correndo perigo pra vocês e para os próprios cuidadores, como é? (pausa) usuários. (Lúcia, 52 anos, trabalha há 05 anos em SRT's)

É verdade. Ela é capaz de tudo. (Mônica, 33 anos, trabalha há 04 meses em SRT's)

Ela vai terminar matar Luiza [nome fictício]. Falta de aviso não é. Hoje quando ela chegou, já foi logo derrubando e foi na goela de Luiza [nome fictício]. Eu vejo aquele menino acabar a força também. Aí pronto, ela mata a gente. (Lúcia, 52 anos, trabalha há 05 anos em SRT's)

Lúcia recorre ao discurso médico para legitimar a tendência ao isolamento - um dos pilares do tratamento moral - como medida “terapêutica” para a loucura. Ela afirma que, segunda a médica, a usuária não “tem condições de estar em residência”, nem “na unidade”. Trata-se de um caso extremo, o qual demanda esforços de todos os profissionais que atuam na residência. Na perspectiva dessa cuidadora, não há lugar para a usuária, além dos muros de um manicômio.

Tal ideia remonta ao final do século XVIII e início do século XIX, quando, a partir do conceito de alienação, proposto pelo médico Phillipe Pinel, se deu a inserção da loucura no universo da enfermidade, o surgimento da Psiquiatria e, também, dos manicômios. A ideia de

que a loucura representa o rompimento com a racionalidade é fundamental no pensamento de Pinel. Esta ruptura, denominada, alienação seria entendida como distúrbio das paixões humanas, incapacitando o sujeito de partilhar das convenções sociais, colocando-o fora da realidade (TORRE; AMARANTE, 2001). Nesse sentido, a alienação estaria inserida na própria razão, sendo uma desordem desta (MACHADO, 2006; YASUI, 2006).

Ao romper com a razão, o alienado estaria também, incapacitado de responder sobre seus atos e sobre si mesmo. Assim, desprovido de razão, o alienado representa um perigo para si e todos aqueles que o circundam. Partindo desses pressupostos, Pinel propôs o tratamento moral, cujo principal fundamento é o isolamento do mundo exterior, tendo em vista que, “se as causas da alienação mental estão presentes no meio social, é o isolamento que permite afastá-las, transportando o indivíduo enfermo para um meio onde as mesmas não podem mais prejudicá-lo” (AMARANTE, 1996 *apud* MACHADO, 1996, p. 9).

Essa tendência ao isolamento é reforçada na fala de Mônica, que se mostra favorável à prática quando diz que a usuária em questão “tem que tá presa”. Ela conclui o enunciado num tom de saudosismo. Ao dizer “como era”, faz referência a um passado em que a lógica manicomial era hegemônica. Num paradigma pautado pelo hospitalocentrismo, a reclusão era prática recorrente e aceita entre os profissionais e uma parcela significativa da sociedade.

A cuidadora expressa um desejo de poder utilizar, no presente, práticas que fazem ou, pelo menos, deveriam fazer parte do passado. Esse trecho nos remete aos chamados “desejos de manicômio”, que de acordo com Machado e Lavrador (2001, *apud* Dimenstein; Alverga, 2006, p. 300)

se expressam através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica. Apontam para um endurecimento que aprisiona a experiência da loucura ao construir estereótipos para a figura do louco e para se lidar com ele.

Esses desejos, assim expressos, levam a uma reprodução da institucionalização e, portanto, da afirmação do manicômio em serviços substitutivos. A partir daí compreende-se que as formas manicomiais de expressão ou de subjetividade permeiam nosso cotidiano, atravessam nossas ações. Isso quer dizer que elas envolvem todos nós, estão dentro e fora dos muros dos hospitais, como nos alerta Pelbart (1989, p. 106) no seguinte trecho:

Mas é preciso insistir desde já que não basta destruir os manicômios. Tampouco basta acolher os loucos, nem mesmo relativizar a noção de loucura compreendendo seus determinantes psicossociais, como se a loucura fosse só distúrbio e sintoma social, espécie de ruga que o tecido social, uma vez devidamente “esticado” através de uma revolucionária plástica sociopolítica, se encarregaria de abolir. Nada disso basta, e essa é a questão central, se ao livrarmos os loucos dos manicômios mantivermos intacto um outro manicômio, mental, em que confinamos a desrazão. (Grifo do autor)

Assim, a desinstitucionalização exige uma mudança em nosso modo de subjetivação, uma abertura para o “estranho em nós”, que é mais do que a simples aceitação da diferença. Trata-se da construção de novas relações, novos significados, novos encontros sociais com a loucura.

Outro elemento, apontado pelas cuidadoras, para justificar o isolamento está baseado na impossibilidade de evolução do quadro de Patrícia. Lúcia, reproduzindo o discurso da médica, utiliza a expressão “ponto final” para falar sobre o estado da usuária, para quem não haveria “mais medicação”.

Severo, *et al*, (2009), numa pesquisa sobre as dificuldades enfrentadas por familiares de portadores de sofrimento psíquico e as estratégias de cuidado desenvolvidas diante delas, constataram que esses cuidadores, apesar de relatarem aspectos negativos associados ao uso de remédios e, também, a ineficácia do tratamento medicamentoso, não apontam para outras terapêuticas e não identificam recursos comunitários locais que possam contribuir no tratamento.

A centralidade no tratamento medicamentoso evidencia uma associação entre a utilização do fármaco e a necessidade de controle do usuário. Depreende-se, então, que o confinamento em instituições psiquiátricas, principal estratégia de exercício do poder sobre a loucura a partir do século XVII, dá lugar a estratégias mais sutis. Na ausência dos muros manicomial, a medicalização aparece como uma alternativa para a contenção da loucura.

Costa (*apud* BRITO, *et al*, 2009, p. 60), ao discutir, a passagem da sociedade disciplinar para a de controle, alerta que

há um processo de instauração da lógica do confinamento, em toda a sociedade, sem que seja necessária a existência de muros que separem o lado das instituições do seu exterior. As instituições já estão dentro dos indivíduos, que a carregam consigo, modulando seu comportamento de acordo com as regras já internalizadas a respeito de como comportar-se nessa sociedade aparentemente menos disciplinadora.

Nesse sentido, os psicofármacos ganham um espaço hegemônico no tratamento do sofrimento psíquico e quando não se pode mais contar com eles, não é difícil encontrar referências saudosas à exclusão do louco como possibilidade de intervenção.

Ainda nesse trecho, a questão da periculosidade aparece de forma mais explícita. Lúcia, mais uma vez, reproduzindo o discurso da médica, afirma que o fato de a usuária estar numa residência, representa “perigo... para os próprios cuidadores”, como também, para “usuários”. No trecho final, Mônica é enfática, ao afirmar que a usuária “é capaz de tudo”, ou seja, não há limites para a loucura. Em sua perspectiva, o louco pode ultrapassar todas as regras do pacto social.

Lúcia finaliza esse trecho de diálogo trazendo uma situação que ilustra esse sentido de perigo sobre a loucura. Inicialmente, ela afirma que Patrícia “vai terminar matando Luiza” e, em seguida, descreve um momento de agressão protagonizado por essas usuárias. A cuidadora encerra sua fala com um tom de preocupação. Ela teme que, em algum momento, o porteiro não consiga conter situações como a descrita e, conseqüentemente, seus possíveis desdobramentos. Isso fica evidente quando Lúcia diz: “Eu vejo a hora aquele menino acabar a força também. Aí pronto, ela mata a gente.” Chama-nos a atenção o fato da cuidadora não vislumbrar outras possibilidades de intervenção, que não o emprego da força. Nessa perspectiva, sem o uso da contenção física, o louco pode romper todos os limites impostos. Ele é o perigo personificado.

A questão da reclusão da loucura aparece, também, nos trechos abaixo, nos quais as cuidadoras falam de uma loucura aprisionada física e/ou subjetivamente:

E, principalmente, assim também, final de semana, sábado e domingo, eles ficam muito presos. (Ana, 34 anos, trabalha há 04 anos em SRTs)
No final de semana? (Facilitadora/Pesquisadora)

Quando é na sexta-feira... (Aparecida, 32 anos, trabalha há um ano em SRT's)

Sábado e domingo devia ter algum lugar pra eles sair, uma igreja, ir pra um campo jogar uma bola, pra quem gosta. Ter quem fosse, né?! Porque eu não vou sair com sete homens de repente, né?! Se agita lá no meio do campo, eu vou fazer o quê? (Ana, 34 anos, trabalha há 04 anos em SRT's)

Deus me livre! (Mônica, 33 anos, trabalha há 04 meses em SRTs)

Porque, um exemplo, cada bairro tem uma coisa, tem bairro que tem pracinha... tem bairro que tem campo (Silêncio). (Ana, 34 anos, trabalha há 04 anos em SRT's)

E eles ficam em casa. (Mônica, 33 anos, trabalha há 04 meses em SRT's)

E ter coisa pra preencher o tempo deles. Pra eles não ficar preso ali. (ênfase) Enquanto eles tá preso ali, que eles pede cigarro, que diminui o cigarro. Eles fica mais agitado. Eles tem que ter coisa pra eles se interter, coisa pra eles... tomar tempo deles, pra gente interter eles. Porque enquanto eles ficar ali dentro é pior. (ênfase) (Josefa, 50 anos, trabalha há 03 meses em SRT's)

(...) eles que passam (pausa) não vou dizer todos, mas eu acho que eles passam a vida toda encarcerados. Porque se tornam prisioneiros. (...) E o pássaro, a liberdade. Que é algo que eles não tem, por mais que seja um direito da gente, ser humano, ser livre, mas é uma liberdade que o distúrbio deles faz com que eles sejam prisioneiros. (Rosa, 36 anos, trabalha há 04 anos em SRT's)

Observamos que as cuidadoras fazem um contraponto com o trecho discutido anteriormente, no qual, como já destacado, constroem um sentido sobre a loucura que ressalta o perigo como justificativa para o isolamento enquanto medida necessária. Aqui, o aprisionamento aparece de maneira negativa, ele seria mobilizador de sofrimento para os usuários. O sentido construído é de loucura aprisionada, encarcerada.

No primeiro trecho, Ana afirma que, “principalmente”, no “final de semana”, os usuários “ficam muito presos”. Grande parte da população trabalha ou estuda durante a semana, sendo o final de semana reservado ao lazer, ao descanso. É quando acontecem encontros, festas, viagens, passeios. Um espaço-tempo comumente reservado à vida social, mas que, no caso dos usuários, significa experimentar a reclusão de forma intensa.

A cuidadora retoma seu discurso trazendo atividades que poderiam ser realizadas pelos usuários nesse espaço-tempo e, apontando locais de convívio social no entorno da residência ao dizer: “algum lugar pra eles sair, uma igreja, ir pra um campo jogar bola”. Logo em seguida, coloca uma condição para essa incursão na comunidade. É preciso haver alguém para acompanhá-los, “ter quem fosse”. Ela constrói seu discurso de uma maneira que revela certa contradição, pois considera que os usuários precisam realizar atividades fora da residência, mas não é a cuidadora que vai fazer mediar esse processo, pois não vai “sair com sete homens” que “de repente”, “se agita, lá no meio do campo, eu vou fazer o quê?”. O questionamento no final dessa fala parece-nos evidenciar uma dificuldade em vislumbrar formas de intervenção numa situação como a descrita. É tão difícil que Mônica, em seguida, diz: “Deus me livre!”. Ana complementa e fala sobre as potencialidades do bairro no que se refere aos seus equipamentos de convivência ao dizer que cada um “tem uma coisa”, “pracinha”, “campo”.

Nesse sentido, o bairro, conforme Brito *et al* (2009), constituindo-se como elo entre o público e o privado, pode ser visto como espaço terapêutico na medida em que a circulação por esse lugar pode representar a emancipação dos egressos de hospitais psiquiátricos enquanto sujeitos de sua caminhada. Trata-se de um lugar de aprendizagem social, pois insere a aprendizagem da vida cotidiana.

O discurso de Ana aproxima-se, em alguma medida, do pressuposto de que os SRT's devem, principalmente, funcionar como espaço de moradia, possibilitando novas formas da loucura se relacionar com a cidade a partir do habitar (BRASIL, 2004). Objetivo fundamentado num tripé que envolve o morar assistido, a autonomia e a inserção social. A partir daí, compreende-se a proposição de que o trabalho em SRT's deve primar pelo estímulo à apropriação, pelos usuários, dos equipamentos de convivência oferecidos pela comunidade, como forma de estabelecer novas relações com a cidade. No entanto, observamos nesse mesmo discurso que ao sair das residências, os usuários devem carregar consigo o manicômio e seu aparato de contenção. Isso suscita uma reflexão sobre o que as cuidadoras entendem por circulação pela cidade, apropriação dos espaços, bem como sobre os objetivos dessas atividades tão solicitadas por elas.

No discurso de Josefa, as atividades aparecem, explicitamente, como forma de entretenimento para os usuários, algo para “preencher o tempo deles” e “não ficar preso”. Essa cuidadora acredita que a ociosidade e o fato de passarem muito tempo confinados à residência prejudicam os usuários, pois eles “pede cigarro”, “fica mais agitado.” A prisão seria uma fator de cronificação.

Rosa, em seu discurso, afirma que os usuários “passam a vida toda encarcerados”, tornam-se “prisoneiros”. Na imagem construída, a partir da facilitação da técnica de Teatro-Imagem, sobre a loucura, ela representa um pássaro e faz uma analogia com a liberdade, “algo que eles não têm”. A cuidadora diz que ser livre é um direito dos seres humanos, mas apesar disso, “o distúrbio deles faz com que sejam prisoneiros”. Nessa perspectiva, a privação da liberdade é algo inerente à loucura. Uma prisão além de física, subjetiva.

Outro sentido construído, pelas cuidadoras, remete-se a uma infantilização da loucura, como se observa nos trechos abaixo:

É igual um bebê, mulher. (Janete, 43 anos, trabalha há 07 meses em SRT's)

(...) Eu penso assim. Neto [nome fictício] quando ele tá naquele desespero, eu já fico (pausa) pensando de ficar assim, como se ele

fosse uma criança pra proteger. Pra mim ali é uma coisa, uma criatura tá querendo correr na rua, tá querendo bater em tudo aí isso aí não é normal, tem que ir com aquela coisa pra proteger. (Josefa, 50 anos, trabalha há 03 meses em SRT's)

As cuidadoras comparam os usuários a bebês e crianças, infantilizando-os. Janete é bastante explícita quando diz que um usuário “é igual a um bebê”. Josefa diz que nos momentos em que o usuário “tá naquele desespero” é “como se fosse uma criança”, sendo assim, precisa de proteção. Em sua perspectiva, numa situação de crise, que “não é normal”, é preciso proteger o usuário. De acordo com Josefa é nesses momentos que o usuário se assemelha a uma criança.

Sobre isso, Foucault (1975, *apud* YASUI, 2006, p. 135) afirma que:

(...) a loucura encontra-se inserida no sistema de valores e das repressões morais. Ela está encerrada num sistema punitivo onde o louco, minorizado, encontra-se incontestavelmente aparentado com a criança, e onde a loucura, culpabilizada, acha-se originariamente ligada ao erro.

Infantilizar é mais uma forma de subjugar a loucura que produz atuações pautadas pela correção, educação e proteção, produzindo subjetividades enquadradas, normatizadas.

Os conceitos de normalidade e anormalidade sustentam a construção de um sentido sobre a loucura que remete à anormalidade. Ser louco é não ser normal, como observamos logo abaixo:

Você sabe que não existe aquilo, você sabe que não é, você sabe que não existe aquilo, né? Você é uma pessoa perfeita, você é uma pessoa normal (pausa) então você tem que fazer com que ela se sinta normal, né? Tem que saber lidar, se não... (silêncio). (Janete, 43 anos, trabalha há 07 meses em SRT's)

Janete constrói seu discurso a partir da dicotomia normal/anormal. Nessa fala, de um lado, está a cuidadora que é “perfeita”, “normal”, capaz de perceber o que é real e o que não é. O que existe e o que não existe. De outro, está o usuário, alheio à realidade, desprovido de perfeição e normalidade. Ainda nesse discurso, observamos que Janete atribui ao cuidador a tarefa de trazer a pessoa louca à normalidade, que “tem que fazer com que ela se sinta normal”. Nesse sentido, aquilo que desvia do padrão/normalidade deve sofrer uma intervenção, cujo objetivo é reajustar, corrigir.

No trecho a seguir, observamos um discurso que posiciona os usuários como especiais. De acordo com Rosa, os loucos são pessoas especiais:

(...) a gente sabe que não são normais, tá entendendo? Até pela uma resposta. Eu tava trabalhando na mista e Zezé [nome fictício] tava lá e Zezé deu muito trabalho. É Luzinete [nome fictício]. (Rosa, 36 anos, trabalha há 04 anos em SRT's)

Aí o apelido dela é Zezé. (Facilitadora/Pesquisadora)

É. Por ser muito chorona a gente chama ela assim. Aí ela deu muito trabalho. Zezé! Zezé! Vou chamar a polícia. Ela disse: “Pronto mãe, não já lhe disseram que doido tem passagem livre não?” (Rosa, 36 anos, trabalha há 04 anos em SRT's)

Tá vendo? (Lúcia, 52 anos, trabalha há 05 anos em SRT's)

Tá vendo, é uma pessoa especial, mas que... no ver dela, ela já sabe que ela não deve a ninguém por ela ser especial e ela disse isso. Aí eu olhei pra Mariana [nome fictício], eu disse: “Olha que interessante, o que ela falou, olha a expressão dela.” (Rosa, 36 anos, trabalha há 04 anos em SRT's)

A dicotomia normal/anormal atua na construção desse discurso. Rosa diz saber que os usuários “não são normais” e sabe o porquê, como já enfatizado, os normais tem essa capacidade. Essa cuidadora também faz uma distinção entre cuidadores (normais) de um lado e, usuários (anormais), de outro. Tal distinção é feita a partir da resposta da usuária que apresenta elementos para essa construção. Numa situação em que a usuária “deu muito trabalho”, Rosa disse a ela que iria “chamar a polícia”. Nesse momento teve como resposta: “Pronto mãe, não já lhe disseram que doido tem passagem livre não?”. Em seguida, a cuidadora atribui essa resposta ao fato de a usuária saber que “não deve nada a ninguém, por ser especial”.

Podemos perceber no discurso de Rosa, uma tentativa de eufemizar a loucura. O termo especial é comumente utilizado como uma estratégia para sublimar sentimentos discriminatórios em favor de uma identificação marcada pela falta. Nesse sentido, ocorre um enquadramento do sujeito aos limites impostos concreta e simbolicamente por sua loucura. É interessante que enquanto a cuidadora constrói seu discurso procurando eufemizar a loucura, a usuária, ao contrário, afirma-a, buscando no que ela chama de “passagem livre”, um atributo positivo.

Na continuação desse diálogo, Lúcia constrói um sentido sobre loucura que remete a um processo de empoderamento, ocorrido após o processo de Reforma Psiquiátrica, como se observa a seguir:

Luzinete [nome fictício], eu estranhei essa atitude de Luzinete. Porque ela era tão humilde, tão simples lá em João Ribeiro. Tão coitadinha,

minha filha, que (pausa) Isso é a questão do poder, né? Ela não era assim não. (Lúcia, 52 anos, trabalha há 05 anos em SRT's)

A resposta da usuária provoca estranhamento. Cabe ressaltar que Lúcia conheceu Luzinete no período em que trabalhou no Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (ICANERF), conhecido como Hospital João Ribeiro. Assim como muitos trabalhadores dessa instituição, após seu fechamento, ela foi realocada em serviços substitutivos, como o SRT, criados a partir do processo de Reforma Psiquiátrica no município de Campina Grande.

O estranhamento acontece, pois Lúcia lembra Luzinete do João Ribeiro, “tão humilde, tão simples (...) tão coitadinha”. A cuidadora atribui a mudança de atitude da usuária à “questão do poder”. Nesse discurso, podemos observar que no hospital psiquiátrico a loucura é destituída de qualquer poder, enquanto que fora dele, em serviços substitutivos ocorre um processo de empoderamento. Fora do hospital psiquiátrico e no contexto da Reforma Psiquiátrica, a loucura estaria empoderada.

Segundo Foucault (2005), a loucura foi silenciada e retirada de circulação, dando lugar a um monólogo da razão. O discurso da cuidadora, como um lápis que reacende palavras que o tempo vai tentando apagar, coloca em evidência o cenário do manicômio. Um lugar em que “é permitido andar nu, comer bosta, mas é proibido o protesto qualquer que seja sua forma.” (COELHO *apud* BRUM, 2013, p. 16).

Como já explicitado, a Reforma Psiquiátrica configura-se como um processo constante de construção, reflexões e transformações que ocorrem em diferentes campos, dentre os quais, político-jurídico que propõe a revisão das legislações que envolvem os usuários e tenta instaurar a construção de novas possibilidades de ingresso social (AMARANTE, 2005; AMARANTE, *et al*, 1997). Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica assume um compromisso com a ampliação e a garantia de direitos da cidadania às pessoas em sofrimento psíquico.

Nesse novo contexto, cujo eixo principal é a desinstitucionalização, o que se pretende é a construção de possibilidades concretas no sentido da superação do paradigma racionalista psiquiátrico. Assim, o portador de sofrimento psíquico,

antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. (AMARANTE, 1955, p. 494)

Outro sentido construído sobre a loucura remete à falta de noção, como podemos observar nos discursos abaixo:

Tem que pedir força a Deus pra dar tudo certo e ter paciência com eles, que eles não tem noção, não tem (...) (Josefa, 50 anos, trabalha há 03 meses em SRT's)

(...) Olhe, uma pessoa louca é uma pessoa sem sentido total, é uma pessoa que não tem noção das coisas. (Janete, 43 anos, trabalha há 07 meses em SRT's)

Josefa e Janete afirmam que o louco “não tem noção”. Janete diz ainda que é “uma pessoa sem sentido total”. Nessa perspectiva, o louco não sabe o que faz, o que diz, não responde por si, não tem governo sobre seu corpo. É quase um não ser.

A loucura, de acordo com o discurso de Mônica, teria uma causa. Observamos, abaixo, a construção de um sentido sobre a loucura que ressalta uma causalidade.

Acho assim que a loucura, olhe só o fato de eles chegar no estado de loucura como esse povo que a gente vê o diagnóstico deles. Tudo tem um quê, né? Tem um quê? Tem a traição, tem o estupro que tem muitas que foram estupradas e tem esse trauma. Então pra você chegar num ponto desse, você tem que ter uma história na sua vida. (Mônica, 33 anos, trabalha há 04 meses em SRT's)

Para a cuidadora a loucura é relacionada a fatores psicológicos, apontados como desencadeantes. Chama a atenção o fato de ela fazer referência a um “estado de loucura”, um “diagnóstico” evidenciando que, em sua perspectiva, há um itinerário. Causa, efeito e estágios de loucura. Nesse sentido, os usuários do SRT, estariam num estágio avançado. Mônica cita a “traição” e o “estupro” como possíveis causas. Evidenciando, portanto, a associação entre a vivência desses episódios e a possibilidade de rompimento com uma suposta normalidade. A loucura seria, então, o resultado de situações traumáticas e de difícil enfrentamento.

No trecho abaixo, podemos verificar a construção de um sentido sobre a loucura que remete à doença.

(Trecho incompreensível) aí eu digo: “Olhe eu não posso ter perturbação porque eu trabalho com essas pessoas que são doentes e se eu chegar estressada eu não vou conseguir cuidar de ninguém.” Eu digo todo dia com meus filhos. (Josefa, 50 anos, trabalha há 03 meses em SRTs)

Um doente mental roendo a unha, né? [refere-se à imagem construída acerca da loucura] (Mônica, 33 anos, trabalha há 04 meses em SRT's)

Josefa afirma que não pode “ter perturbação”, pois trabalha com “pessoas que são doentes”. Em sua perspectiva, a ausência de fatores estressantes é requisito para a realização de seu trabalho. Essa cuidadora constrói seu discurso de maneira a reforçar a dicotomia saúde/doença, evidenciando que para cuidar de uma doença é preciso estar saudável. Já Mônica, utiliza o termo “doente mental” ao interpretar a imagem feita por Josefa no momento de expressão livre. Nesse sentido, o cuidador precisa ter saúde para cuidar dos usuários doentes. Saúde e doença seriam polos que se opõem. A sinonímia loucura/doença pode ser vista, também, como uma tentativa de burlar o estigma da loucura e justificar comportamentos através de diagnósticos e do uso ou não de medicamentos.

Outro sentido construído sobre a loucura, pelas cuidadoras, aponta novamente para o remédio como um elemento organizador do dia dos usuários, como se pode observar no trecho abaixo:

O cigarro já aqui esperando e a caixa de fósforo pra quando tomar o remédio já... tem que fumar o cigarro em seguida. Que elas já tem isso na cabeça: “Meu remédio! Meu remédio!” Mas não é o interesse de tomar o remédio não, é o interesse de fumar o cigarro. (Lúcia, 52 anos, trabalha há 05 anos em SRT's)

Mas os usuários, eles vivem em torno disso: de comer, fumar, tomar medicação, fumar, né? (Mônica, 33anos, trabalha há 04 meses em SRT's)

Lúcia, ao falar sobre as usuárias da residência em que trabalha, afirma que ao pedirem para tomar o remédio, elas estão interessadas em “fumar o cigarro”. Em seguida, Mônica afirma que os usuários vivem “em torno disso: de comer, fumar, tomar medicação, fumar”. Esses discursos evidenciam uma relação estabelecida entre cuidadores e usuários, em que a “adesão” ao tratamento medicamentoso pode ser considerada como “moeda de troca”. O usuário pode fumar, mas depois de tomar o remédio. Na fala de Mônica, a alimentação também aparece como “moeda de troca”.

Cabe ressaltar que no período em que essa pesquisa foi realizada, havia, por parte da coordenação do SRT, uma preocupação com o alto consumo de tabaco entre os usuários. Houve uma diminuição no número de cigarros entregue, semanalmente, às residências, como já explicitado. Conseqüentemente, a quantidade de cigarros que cada usuário consumia, foi reduzida. Dessa forma, o hábito de fumar ficou reservado a alguns momentos do dia.

Por outro lado, o cigarro parece funcionar como recompensa pelo uso da medicação. Uma forma de garantir a adesão ao tratamento psicofarmacológico. Conforme Pasche (2008, *apud* SALES; DIMENSTEIN, 2009) um dos principais impasses na consolidação de uma política de saúde mental está na superação da cultura sanitária biomédica, que associa saúde a ação médica e acesso ao remédio.

As cuidadoras constroem sentidos sobre a loucura que remetem ao medo e ao perigo, corroborando a construção histórica que atribui periculosidade à loucura. Nos discursos produzidos pelas cuidadoras, observamos um predomínio de elementos que compõem uma imagem estereotipada do louco, como: instabilidade emocional; desespero; agressividade potencial; infantilização; anormalidade; condição de “especial” e falta de noção. E, apesar de sinalizarem, em seus discursos, para um empoderamento do louco após o processo de Reforma Psiquiátrica, evidenciam a questão do aprisionamento e da loucura como doença, cujo tratamento é predominantemente medicamentoso. Outro ponto que merece destaque é a construção de um discurso que remete à relação de causalidade. A loucura tem uma causa que está relacionada a situações traumáticas, apontadas como fatores desencadeantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, propusemos-nos a analisar os sentidos que os cuidadores dos Serviços Residenciais Terapêuticos da cidade de Campina Grande/PB constroem sobre o seu trabalho nessas residências. Buscamos, também, analisar os sentidos que esses trabalhadores constroem sobre a loucura; identificar fontes de sofrimento e prazer advindas desse trabalho; e verificar, nesses discursos, se os cuidadores sentem-se capacitados para o desenvolvimento das atribuições de cuidador. Além disso, procuramos facilitar um espaço de escuta, diálogo e reflexão acerca do trabalho desenvolvido pelos cuidadores nos SRT's.

Cabe destacar que as residências terapêuticas já se constituem como um serviço consolidado, institucionalmente, no município de Campina Grande, que conta com uma rede de serviços substitutivos, vinculada à atenção básica, e com uma equipe de profissionais multidisciplinar, conforme orientações da proposta de Reforma Psiquiátrica. A atenção em Saúde Mental, na perspectiva desses serviços, pode conduzir os profissionais à construção de “novas” práticas em saúde, abrindo perspectivas enriquecedoras.

No que se refere à análise dos discursos das cuidadoras, participantes da pesquisa, percebemos a construção de sentidos sobre o trabalho que remetem ao risco e ao medo, reproduzindo a concepção de loucura associada à periculosidade. Observamos, também, que o Serviço Residencial Terapêutico, na perspectiva dessas cuidadoras, trata-se de um ambiente laboral em que predomina a insegurança e a desproteção. O trabalho provoca preocupação, impõe responsabilidades e exige renúncia, levando à necessidade de cuidados e bem-estar. Além disso, elas sinalizam que sofrem com a sobrecarga de trabalho, pois trabalham demasiadamente. Verificamos também a questão da incompatibilidade no que diz respeito ao cargo e às funções desempenhadas. As cuidadoras posicionam-se como “empregadas domésticas” e não como cuidadoras. Por fim, elas constroem discursos que descrevem o trabalho que realizam como restrito ao atendimento das necessidades básicas dos usuários, como alimentação, higiene, entretenimento e imposição de limites.

No que se refere às fontes de sofrimento e de prazer, as cuidadoras construíram discursos nos quais apontaram, como fontes de sofrimento, a quebra de vínculos estabelecidos com os usuários; as situações em que sofrem agressão; a mobilização de sentimentos negativos a partir do comportamento dos usuários e o sentimento de impotência. Sobre as fontes de prazer, foram citados o vínculo estabelecido e os momentos de descontração e afeto

proporcionados pelo convívio com os usuários. Aqui destacamos a dificuldade das cuidadoras em identificar situações que proporcionam satisfação no trabalho.

Sobre a questão relacionada à capacitação, de um modo geral, as cuidadoras afirmaram não sentir-se capacitadas para desempenhar a função. Construíram vários discursos que reforçam a importância dada aos processos de formação profissional. No entanto, a capacitação teria o objetivo de prepará-las para “se defender” dos usuários, corroborando o estigma do perigo. Os discursos evidenciam o pouco investimento em capacitação e formação dos trabalhadores em Saúde Mental.

Em relação aos sentidos construídos sobre a loucura, observamos a produção de discursos em que o louco é posicionado como perigoso, provocando medo. Percebemos também um predomínio de elementos que compõem o estereótipo da loucura, como: instabilidade emocional; desespero; agressividade potencial; infantilização; anormalidade; condição de “especial”; e falta de noção.

Outro aspecto que merece destaque é o fato de as cuidadoras construírem um sentido sobre a loucura que remete ao empoderamento dos usuários, proporcionado pelo processo de Reforma Psiquiátrica através do trabalho realizado em serviços substitutivos. Esse sentido é construído a partir do par binário hospital/serviço substitutivo. Na perspectiva das cuidadoras, os usuários estariam mais empoderados a partir do desenvolvimento de uma consciência acerca de seus direitos. O louco sai de um lugar de passividade, que lhe foi historicamente atribuído e contesta, opina, rompendo o silêncio, o que causa estranheza às cuidadoras. Outros discursos evidenciam a questão do aprisionamento. Mesmo em serviços substitutivos, as cuidadoras consideram que os usuários vivem presos, evidenciando a ausência de relações comunitárias. A questão do aprisionamento aparece também como alternativa para o tratamento, uma forma de salvaguardar os loucos de si mesmos, preservando também, aqueles que lhes são próximos. A loucura aparece também como doença. Sendo assim, possui etiologia (causa) e profilaxia (tratamento), em geral, medicamentosa.

A análise desses discursos nos permitiu vislumbrar uma associação entre os diversos sentidos construídos e o paradigma racionalista psiquiátrico. Encontramos nos discursos das cuidadoras a reprodução de concepções e práticas asilares, sustentadas pelas associações entre loucura, periculosidade e/ou incapacidade construídas historicamente através dos discursos médico e jurídico. Os sentidos construídos pelas cuidadoras reproduzem, no contexto dos serviços substitutivos, maneiras tradicionais de lidar com a loucura. Isso nos leva a refletir sobre os “manicômios mentais”, nos quais os loucos são aprisionados, destituídos de direitos

e de subjetividade, anulando qualquer possibilidade de diálogo, circulação e negociação de um lado ou do outro dos “muros”.

No tocante às oficinas, ao voltar o olhar para trás e retrilhar todo caminho até chegar nesse momento, o primeiro impulso é um questionamento sobre o que poderia ter sido. Poderíamos ter realizado um número maior de oficinas, partilhar mais tempo com as cuidadoras... No instante seguinte à necessidade de evidenciar o que foi positivo, produtivo, mobilizador de encontros e afetos, se sobrepõe ao impulso inicial. Assim, consideramos que, apesar de seu número reduzido, as oficinas constituíram um processo enriquecedor no que se refere ao fomento de um espaço de escuta, reflexão e problematização. Isso nos leva a refletir sobre a necessidade de mais espaços potencializadores de encontros, de vivências, da construção coletiva de práticas inovadoras. O espaço de tempo foi curto, é verdade, mas acreditamos que o fato de possibilitar a troca de experiências, aproximar pessoas que trabalham “juntas” e não se conheciam e, principalmente, facilitar um espaço em que essas pessoas falassem sobre seu trabalho torna a experiência maior que o tempo.

Cabe ainda destacar que a produção de discursos associados às maneiras tradicionais de lidar com a loucura podem se constituir num entrave para a efetivação da proposta reformista de estímulo à autonomia e reinserção social. Assim, se faz imprescindível o fomento à capacitação e constante diálogo com os cuidadores e outros profissionais envolvidos com a proposta de Reforma Psiquiátrica. Faz-se necessário uma avaliação permanente desse dispositivo objetivando a consolidação e o fortalecimento da proposta de “cuidado em liberdade”, com garantia e ampliação de direitos para que a Reforma Psiquiátrica seja uma política vivida, experimentada e, não apenas, institucionalizada.

REFERÊNCIAS

- ALLESSANDRINI, C. D. **Análise microgenética da oficina criativa: projeto de modelagem em argila**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- ÁLVARO, J. L.; GARRIDO, A. **Psicologia social: perspectivas psicológicas e sociológicas**. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.
- ARAÚJO, R. C. A música como instrumento da psicologia comunitária. In: BRANDÃO, I.R; BOMFIN, Z. A. C. (Orgs.) **Os jardins da psicologia comunitária: escritos sobre a trajetória de um modelo teórico-vivencial**. Fortaleza, UFC: ABRAPSO, 1999. p.121-129.
- AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.11, p. 491-494, 1995.
- _____, P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. p.163-186.
- _____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica**. 2 ed., Rio de Janeiro, Panorama, 2005.
- _____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. São Paulo: Fiocruz, 2007.
- _____; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, 2001.
- ARRAES-AMORIM, A. K. M.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto dos serviços residenciais terapêuticos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p. 195-204, 2009.
- ARRUDA, A. A. A. **A reforma psiquiátrica e saúde mental em Campina Grande**. Campina Grande. 2007.
- BARBOSA, V.; SOUZA, P. K.; DIMENSTEIN, M. Trabalhadores de Saúde Mental frente ao fechamento de um hospital psiquiátrico. In: DIMENSTEIN, M. (org): **Produção do Conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em Psicologia**. Natal-RN: Editora da UFRN, 2009. p. 315-334.
- BEZERRA, E.; FERREIRA, A. R.; DIMENSTEIN, M. O trabalho na vida de usuários de um hospital-dia. In: DIMENSTEIN, M. (org): **Produção do Conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em Psicologia**. Natal-RN: Editora da UFRN, 2009. p. 283-297.
- BEZERRA JÚNIOR, B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil, **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p. 243-250, 2007.

BOAL, A. **O arco-íris do desejo: método Boal de teatro e terapia.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

_____. **Teatro do oprimido e outras poéticas políticas.** 8 ed. Civilização Brasileira. Rio de Janeiro, 2008a.

_____. **Jogos para atores e não atores.** 12 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008b.

BOND, K.; OLIVEIRA, M. L. L. **Mulher: saúde, sexualidade e direitos humanos.** Ed. Sal da Terra, João Pessoa, 2000.

BRANDÃO, C. R. Os caminhos cruzados. **Revista Educação e Sociedade**, São Paulo, n.19, p. 21-44, 1984.

_____. A educação popular na área da Saúde. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 127-131, 2001.

BRASIL. **Portaria Ministerial MS nº 106 de 11 de Fevereiro de 2000.** Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem.** Brasília, 2004.

BRITO, M. DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A. K.; CABRAL, C.; ALVERGA, A. R. Desafios à reforma psiquiátrica: produção de vida e circulação nos espaços públicos por egressos de hospitais psiquiátricos. In: DIMENSTEIN, M. (org) **Produção do Conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em psicologia.** Natal: Editora da UFRN, 2009. p. 51-67.

BRUM, E. **Os loucos, os normais e o estado.** 2013. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com//Sociedade/eliane-brum/noticia/2013/06/os-loucos-os-normais-e-o-estado.html>. Acesso em 18/06/2013.

CAMPOS, R. H. de F. Introdução: a psicologia social comunitária. In: _____. (Org.) **Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia.** Petrópolis: Vozes, 1996. p. 9-15.

CAMPOS, E. P.; **Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais de saúde.** Petrópolis: Vozes, 2005.

CENTRO DE TEATRO DO OPRIMIDO. **Teatro do Oprimido de ponto a ponto: Brasil, Moçambique, Guiné-Bissau.** Rio de Janeiro, (s.n.).

CIRILO, L. S.; OLIVEIRA FILHO, P. Da desativação de leitos psiquiátricos à construção de uma rede substitutiva: a Reforma Psiquiátrica em Campina Grande/PB. **Saúde em Debate.** v. 34, n. 84, p.148-158, 2010.

COSTA, L. A. **O novo lugar do trabalho entre a sociedade e a loucura. Estudo de caso de programas de geração de trabalho e renda para as pessoas portadoras de sofrimento mental desenvolvidos em Campinas e Belo Horizonte.** Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Católica do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.** São Paulo: Cortez - Oboré, 1992.

_____. **A banalização da injustiça social.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999

_____. Da psicopatologia à psicopatologia do trabalho. In: DEJOURS, C. **Da Psicopatologia à Psicodinâmica do trabalho.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004 a. p. 49-51.

_____. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 27- 34, 2004 b.

_____. Prefácio. In: MENDES, A. M. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007 a. p. 19-22.

_____. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. (Orgs.) **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.** São Paulo: Atlas, 2007 b. p. 21-32.

_____; ABDOUCHELI, E. Itinerário Teórico em Psicopatologia do Trabalho. In: _____; ABDOUCHELI, E; JAYET, C. (Orgs.) **Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.** São Paulo: Atlas, 2007, p.119-145.

DELGADO, J. Reflexões na cidade sem manicômios. In: _____ (Org.). **A loucura na sala de jantar.** São Paulo: Resenha, 1991.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica.** 3 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DIMENSTEIN, M. O desafio da política de saúde mental: a (re) inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental**, ano IV, n. 6, Barbacena, p. 69-83, 2006.

FAGALI, E. Q. Encontros entre arteterapia e psicopedagogia: a relação dialógica terapeuta e cliente, educador e aprendiz. In: CIORNAI, S. (Org.) **Percursos em arteterapia: arteterapia e educação, arteterapia e saúde.** São Paulo: Summus, 2005. p.17-64.

FREITAS, M. F. K. Psicologia na comunidade, psicologia da comunidade e psicologia (social) comunitária – práticas da psicologia em comunidade nas décadas de 60 a 90, no Brasil. In: CAMPOS, R. H. F. (Org.) **Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia.** Petrópolis: Vozes, 1996. p.54-80.

FONSECA, A. M. S. **Serviços Residenciais Terapêuticos: o poder de contratualidade e o processo de reabilitação psicossocial.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2006.

FOUCAULT. M. **História da Loucura.** São Paulo: Perspectiva, 2005.

GLANZNER, C. H. **Avaliação dos fatores de sofrimento e prazer no trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

GÓIS, C. W. L. **Psicologia Comunitária: atividade e consciência**. Fortaleza: Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, 2005.

GONÇALVES, M. G. M. **Psicologia, subjetividade e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 2010.

GONZALES, R. M. B. **Sofrimento na práxis da enfermagem: real ou deslocado em seu sentido**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

GUIDO, L. A. **Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

GUIMARÃES, J. M. X.; JORGE, M. S. B.; ASSIS, M. M. A. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.16, n. 4, p. 2145-2154, 2011.

HELOANI, R.; LANCMAN, S. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 077-086, 2004.

IÑIGUEZ, L. Construcionismo social e Psicologia Social. In: MARTINS, J. B. (org.) **Temas em Análise Institucional e em Construcionismo Social**. São Carlos: RIMA, 2002. p.25-36.

LANCMAN, S. O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 25-36.

_____; SZNELWAR, L. **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do Trabalho**. Brasília: Fiocruz, 2004.

LANE, S. T. M. A Psicologia Social e uma nova concepção do homem para a Psicologia. In: _____; CODO, W. (Orgs.) **Psicologia Social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 1989. p.10-19.

_____. A mediação emocional na constituição do psiquismo humano. In: _____; SAWAIA, B. (orgs). **Novas veredas da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense. 1995. p. 55-63.

_____. Histórico e fundamentos da psicologia comunitária no Brasil. In: CAMPOS, R. H. F. (Org.). **Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia**. Petrópolis: Vozes, 1996. p. 17-34.

LEÃO, F.; SEVERO, K. DIMENSTEIN, M. O impacto de serviços substitutivos de saúde mental na vida cotidiana de usuários e familiares. In: DIMENSTEIN, M. **Produção do**

Conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em psicologia. Natal-RN: Editora da UFRN, 2009, p. 169-190.

LIMA, M. E. A. A Psicopatologia do trabalho. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.18, n.2, p. 10-15, 1998.

LOBOSQUE, A. M. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos.** São Paulo: Hucitec, 1997.

LOPES, D. M. Q. **Prazer, sofrimento e estratégias defensivas dos agentes comunitários de saúde no trabalho.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009.

MACHADO; D. M. **A desconstrução do manicômio interno como determinante para inclusão da pessoa em sofrimento mental.** Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

MACHADO, S. B. Foucault: a loucura como figura histórica e sua delimitação nas práticas psiquiátricas e psicanalíticas. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica.** v.12, n. 2, p. 217-228, 2009.

MARTINS, J. T. **Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro em unidades de terapia intensiva: estratégias defensivas.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

MÉLLO, R. P.; SILVA, A. A.; LIMA, M. L. C.; DI PAOLO, A. F. Construcionismo, Práticas Discursivas e possibilidades de pesquisa em Psicologia Pocial. **Psicologia e Sociedade**, v.19, n. 3, p.26-32, 2007.

MELLO, V. D. S.; DONATO, M. R. A. O pensamento iluminista e o desencantamento do mundo. **Revista Crítica Histórica**, ano 2, n. 4, p. 248-264, 2011.

MENDES, A. M. **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

OLIVEIRA, F. P. D.; XIMENES, V. M.; COELHO, J. P. L.; SILVA, K. S. D. Psicologia Comunitária e educação libertadora. **Psicologia: teoria e prática**, v.10, n.2, p.147-161, 2008.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do Método Cartográfico: Pesquisa, intervenção e produção de subjetividade.** Porto Alegre: Sulina, 2009.

PELBART, P. P. **Da clausura do fora ao fora da clausura: loucura e desrazão.** São Paulo: Brasiliense, 1989.

PINTO, I. A. **A Reforma Psiquiátrica em discursos de cuidadores de Serviços Residenciais Terapêuticos na cidade de Recife/PE.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

RAMMINGER, T. **Trabalhadores de Saúde Mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental.** Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006.

ROCHA, M. L. Psicologia e as práticas institucionais: a pesquisa-intervenção em movimento. **Psico**, v.37, n.2, p. 169-174, 2006.

SALES, A.L.; DIMENSTEIN, M. Olhares e ações de agentes comunitários de saúde frente à loucura. In: **Produção do Conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em psicologia**. Natal-RN: Editora da UFRN, 2009. p. 93-111.

SAMPAIO, J. J. C.; GUIMARÃES, J. M. X.; CARNEIRO, C.; GRACIA FILHO, C. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.16, n.12, p.4685-4694, Rio de Janeiro, 2011.

SELIGMAN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M.; CABRAL, C.; BRITO, M.; ALVERGA, A. R. Família e práticas de cuidado em saúde mental. IN.: DIMENSTEIN, M. (org.) **Produção do Conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em Psicologia**. Natal: Editora da UFRN, 2009. p. 69-80.

SILVA, E. A. **Dores dos cuidadores: estudo exploratório das relações de (des)cuidado dos profissionais de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

SILVEIRA, M. F. A.; SANTOS JÚNIOR, H. P. Que eles falem por si: relatos dos profissionais sobre a experiência nas residências terapêuticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.4, p. 2089-2098, 2011.

SIVIERI, L. H. Saúde no trabalho e mapeamento dos riscos. In: **Saúde, meio ambiente e condições de trabalho**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1992. p.75-111.

SPINK, M. J. P. Ao sabor dos riscos: reflexões sobre a dialogia e a co-construção de sentidos. In: _____. (Coord.) **Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003, p.295-323.

_____; FREZZA, R. M. Práticas discursivas e produção de sentido: a perspectiva da Psicologia Social. In: _____ (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2004, p. 17-43.

_____; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: _____ (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2004. p. 93-122.

_____; MEDRADO, B. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: _____ (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2004. p. 41-61.

_____; **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

SOUZA, P. C. Z.; ATHAYDE, M. A contribuição da abordagem clínica de Louis Le Guillant para o desenvolvimento da Psicologia do Trabalho. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, n.1, p. 6-19, 2006.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.6, n.1, Rio de Janeiro, p.73-85, 2001.

VASCONCELOS, Eymard. M. Educação Popular em tempos de democracia e pós-modernidade: uma visão a partir do setor de saúde. In: COSTA, M. V. (Org.) **Educação Popular hoje**. São Paulo: Edições Loyola, 1998. p.63-98.

_____, Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v. 5, n. 8, p.121-126, 2001.

VASQUEZ-MENEZES, I. Por onde passa a categoria trabalho na prática terapêutica. In: CODO, W. (Org.) **O trabalho enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 23-52.

VENTURINI, E. **“O caminho dos cantos”:** Morar e Intersetorialidade na Saúde Mental. Texto completo apresentado no II Encontro Nacional dos Residenciais Terapêuticos e do Programa de Volta para Casa, Porto Alegre, abril, 2010.

WEYLER, A.; FERNANDES, M. I. A. Os caminhos das propostas de moradias para ex-pacientes psiquiátricos. **Vínculo**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 80-88, 2005.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

ANEXOS


ANEXO A


UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
 PROREITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA


 Prof.ª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DO RELATOR: (3)

Número do parecer emitido pelo CEP-UEPB: 0410.0.133/2012.

Pesquisador: Thelma Maria Grisi veloso

Data da relatoria: 07/12/2012

Apresentação do Projeto: O Projeto é intitulado "OS SENTIDOS CONSTRUÍDOS SOBRE O TRABALHO EM SERVIÇOS RESIDÊNCIAIS TERAPÊUTICOS". O presente estudo será para elaboração do Trabalho de Conclusão do Curso de psicologia da Universidade estadual da Paraíba.

Objetivo da Pesquisa: O projeto tem como objetivo geral " Analisar os sentidos que os cuidadores dos Serviços residenciais terapêuticos da cidade de Campina Grande-PB constroem sobre o seu trabalho".

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Considerando a justificativa, objetivos, os aportes teóricos e metodologia apresentados no presente projeto, e ainda considerando a relevância do estudo as quais são explícitas suas possíveis contribuições, percebe-se que a mesma não trará riscos aos sujeitos a serem pesquisados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: A presente proposta de pesquisa é de suma importância quanto papel e atribuições das Instituições de Ensino Superior (IES), mormente pesquisa (bem como extensão), estando dentro do perfil das pesquisas de construção do ensino-aprendizagem significativa, perfilando a formação profissional baseada na tríade conhecimento-habilidade-competência, preconizada pelo MEC. Portanto, tem retorno social, caráter de pesquisa científica e, contribuição na formação de profissionais do ensino superior em Psicologia, bem como, dentre outras áreas do saber científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Encontram-se em anexo todos os termos obrigatório para desenvolvimento da pesquisa.

Recomendações: Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Sem pendências. O referido estudo atende as exigências protocolares do CEP-UEPB mediante Resolução 196/96 do CNS/MS. Diante do exposto, somos pela aprovação do referido projeto.

Aprovado (x)


Pendente ()

Retirado () – quando após um parecer de pendente decorre 60 dias e não houver procura por parte do pesquisador no CEP que o avaliou.

Não Aprovado ()

Cancelado () - Antes do recrutamento dos sujeitos de pesquisa.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
PRO-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA


Prof.ª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**Os sentidos construídos sobre o trabalho em Serviços Residenciais Terapêuticos**”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

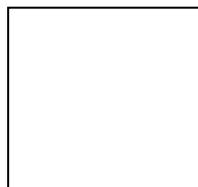
O trabalho “**Os sentidos construídos sobre o trabalho em Serviços Residenciais Terapêuticos**” terá como objetivo geral analisar os sentidos que os cuidadores dos Serviços Residenciais Terapêuticos na cidade de Campina Grande/PB constroem sobre o seu trabalho.

Ao voluntário só caberá a autorização para **participar de oficinas** e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número **(083) 88930589** com **Lucélia de Almeida Andrade**.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Participante



Assinatura Dactiloscópica

Campina Grande, ___/___/_____.

ANEXO C

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



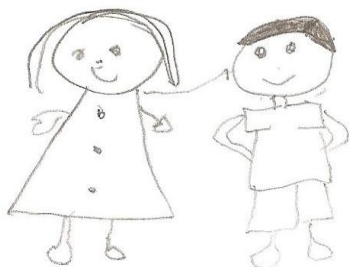
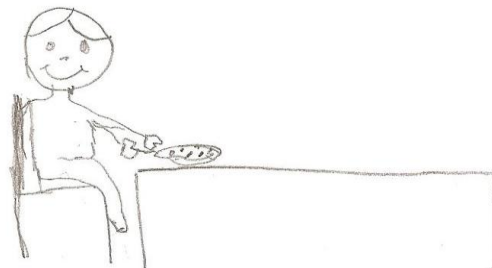
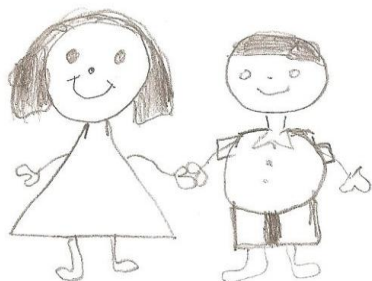
Prefeitura Municipal de Campina Grande
CNPJ/MF: 08.993.917/0001-46
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação do Serviço Residencial Terapêutico
Rua Desembargador Trindade, 239 - Centro
CEP: 58100-660 - Campina Grande – PB
Telefone: 33228219

Estamos cientes da intenção da realização do projeto de pesquisa “**Os sentidos construídos sobre o trabalho em Serviços Residenciais Terapêuticos**”, cujo objetivo geral é analisar os sentidos que os cuidadores dos Serviços Residenciais Terapêuticos na cidade de Campina Grande/PB constroem sobre o seu trabalho, desenvolvido pela aluna Lucélia de Almeida Andrade do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora Thelma Maria Grisi Velôso.

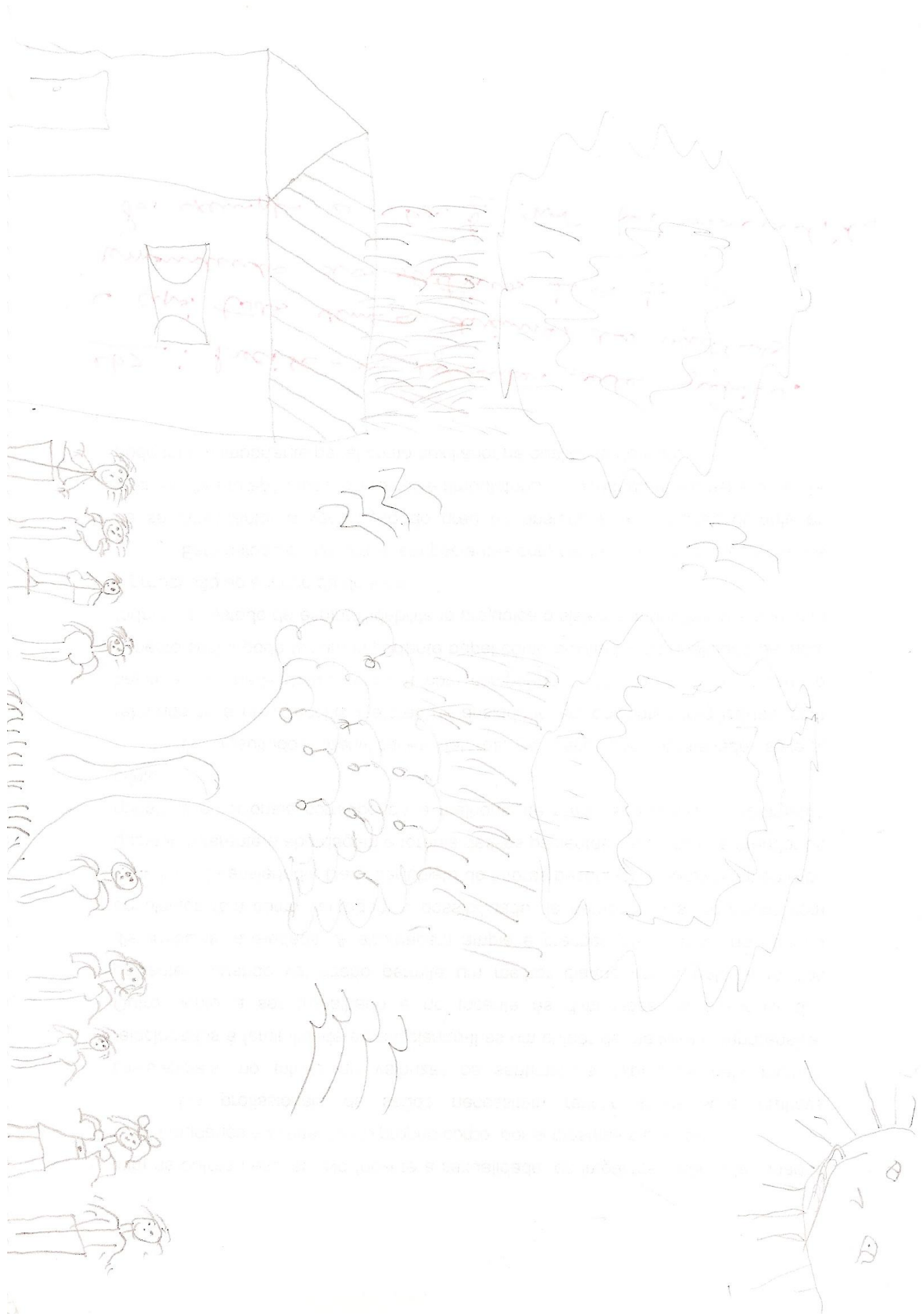
Campina Grande, _____ de _____ de _____.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

APÊNDICES

APÊNDICE A – Desenho produzido durante a oficina “O que é ser cuidador”

APÊNDICE B - Desenho produzido durante a oficina “O que é ser cuidador”



APÊNDICE C - Desenho produzido durante a oficina “O que é ser cuidador”



APÊNDICE D – Cartaz com imagens/situações, cuja representação é de sofrimento no trabalho (Oficina “Sofrimento e prazer no trabalho”)



APÊNDICE E – Cartaz com imagens/situações, cuja representação é de prazer no trabalho (Oficina “Sofrimento e prazer no trabalho”)

