

A reforma psiquiátrica em relatos de cuidadores de residências terapêuticas

Psychiatry reform in reports of therapeutic residence care providers

Thelma Maria Grisi Veloso^a

 <https://orcid.org/0000-0003-0447-7490>

E-mail: tgrisiveloso@gmail.com

Pedro de Oliveira Filho^b

 <https://orcid.org/0000-0003-2401-8953>

E-mail: deoliveirafilhopedro@gmail.com

Nuhara de Oliveira Araújo^c

 <https://orcid.org/0000-0003-0331-5887>

E-mail: nuharaoliveira@gmail.com

Ana Clara Noberto Camelo^c

 <https://orcid.org/0000-0003-4310-1568>

E-mail: anacnoberto@gmail.com

Camila Mayara Valdevino da Silva^c

 <https://orcid.org/0000-0002-5819-4173>

E-mail: camylamayara.v@gmail.com

Carolina Guimarães Porto^c

 <https://orcid.org/0000-0002-1087-0101>

E-mail: carolinagporto7@gmail.com

^aUniversidade Estadual da Paraíba. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Departamento de Psicologia. Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde. Campina Grande, PB, Brasil.

^bUniversidade Federal de Campina Grande. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Unidade Acadêmica de Psicologia. Campina Grande, PB, Brasil.

^cUniversidade Estadual da Paraíba. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Departamento de Psicologia. Campina Grande, PB, Brasil.

Correspondência

Thelma Maria Grisi Veloso

Rua Baraúnas, 351. Bairro Universitário, Campina Grande, PB, Brasil.

CEP 58429-500.

Resumo

A Reforma Psiquiátrica brasileira criou uma série de dispositivos para substituir o sistema asilar, entre eles o Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Com o objetivo de ampliar as reflexões sobre os desafios enfrentados pela proposta reformista, este estudo analisa os discursos construídos pelos cuidadores das residências terapêuticas de Campina Grande (PB), visando detectar estratégias argumentativas favoráveis ou contrárias à Reforma, identificar as identidades que constroem para si próprios, para os demais profissionais da rede de saúde mental e para os usuários do serviço, além de analisar como nomeiam e descrevem o sofrimento psíquico. A pesquisa, de cunho qualitativo, baseou-se na perspectiva teórico-metodológica da psicologia social discursiva. Obtiveram-se 18 depoimentos orais que foram submetidos à análise de discurso. Apesar dos cuidadores se posicionarem a favor da reforma psiquiátrica, apresentam relatos que reforçam a necessidade dos hospitais psiquiátricos, sobretudo, nos momentos de crise dos usuários. Ademais, os profissionais dos hospitais são posicionados, em alguns relatos, como mais capacitados do que os da rede substitutiva. Esses relatos ainda associam o sofrimento psíquico à doença, à periculosidade e à alienação, e caracterizam os usuários como agressivos, perigosos e instáveis. De modo geral, os entrevistados justificam algumas práticas hospitalocêntricas, valorizam o saber médico e reproduzem discursos asilares.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Residências Terapêuticas; Cuidadores.

Abstract

The Brazilian Psychiatry Reform has created a number of alternatives to substitute the asylum internment system, among them, the Therapeutic Residential Service (SRT). Aiming at deepening the reflections over the challenges the reformist proposal faces, this study analyzes the discourses constructed by care providers of therapeutic residences in Campina Grande (state of Paraíba), to identify argumentative strategies either in favor or against the Reform, identify the identities they build for themselves and for other mental health network professionals and for the service users, in addition to analyzing how they name and describe psychic suffering. The research has a qualitative character, based on the theoretical-methodological perspective of discursive social psychology. A total of 18 oral reports were obtained and submitted to discourse analysis. Although the care providers revealed their approval of the psychiatric reform, their reports stress the need for psychiatric hospitals, mainly for those users undergoing crises. Besides, hospital professionals are seen, in some of those reports, as more capable than those in the substitutive network. Moreover, these reports associate psychiatric suffering to disease, to dangerousness, and to alienation and characterize the users as aggressive, dangerous, and unstable. On the whole, those interviewed justify some practices typical of hospitals, value medical knowledge and reproduce asylum discourses.

Keywords: Psychiatric Reform; Therapeutic Residences; Care Providers.

Introdução

Este artigo objetiva compreender o significado da reforma psiquiátrica brasileira em descrições de cuidadores de Residências Terapêuticas (RT). Especificamente, visa identificar estratégias argumentativas favoráveis ou contrárias à reforma, investigar como esses profissionais se posicionam sobre si próprios, os demais profissionais da rede de saúde mental e os usuários, além de como nomeiam e definem o sofrimento psíquico.

A reforma psiquiátrica, materializada no Brasil por meio da Lei nº 10.216/2001 (Brasil, 2001), ao se posicionar criticamente contra as práticas manicomial e asilares foi, ao longo do tempo, afirmando a necessidade de superá-las e alcançou avanços importantes (Salles; Miranda, 2016). Dentre os dispositivos criados pelo projeto reformista, destaca-se o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), regulamentado no ano de 2000 pela Portaria nº 106/2000, que consiste em promover uma reabilitação psicossocial dos “moradores de hospital” que não têm vínculos familiares (ou cujos vínculos, quando existem, estão fragilizados) com programas de alfabetização, reinserção no trabalho, mobilização de recursos comunitários e autonomia para realizar atividades domésticas e pessoais (Brasil, 2000). A RT conta com profissionais de nível médio, denominados cuidadores, e se propõe a ser uma moradia e um instrumento de emancipação pessoal, a fim de fazer com que os usuários transitem na cidade como cidadãos e criem vínculos em outros espaços sociais, quebrando o ciclo de isolamento (Pereira et al., 2011).

Antonacci et al. (2017) enfatizam que a RT é um espaço de moradia que visa desinstitucionalizar os sujeitos. Para isso, o processo de trabalho deve possibilitar “a conquista dos espaços territoriais”, considerando a “descoberta ou redescoberta de novas trocas, de novas relações e de novos desejos a serem realizados na reconstrução da vida” (Antonacci et al., 2017, p. 11).

A criação desses dispositivos, entretanto, não implica necessariamente em uma superação da lógica manicomial, porque essa pode estar presente nas relações estabelecidas no interior desses

espaços, transformando a RT em um “mini-hospício” (Lima; Miranda, 2018). Essa compreensão também aparece em estudos sobre o processo de institucionalização em outras partes do mundo, como se pode constatar numa revisão conceitual realizada por Chow e Priebe (2013). Estudos revisados por esses autores ressaltam que o processo de institucionalização não ocorre somente dentro dos muros dos hospitais psiquiátricos, mas também em espaços aparentemente desinstitucionalizados, na medida em que instituições são constituídas fundamentalmente por pessoas, representações e relações de poder.

Assim, em dispositivos de desinstitucionalização como as RT, se os cuidadores podem facilitar o processo de “reabilitação” psicossocial dos moradores, também podem exercer uma função coercitiva, ditando normas sobre a casa, o que distancia o usuário do sentimento de pertencimento ao lugar onde mora e de seu direito à autonomia (Pinto; Oliveira Filho, 2016). A autonomia, nesse sentido, é entendida como norteadora do cuidado em relação à saúde e como capaz de criar regras com o outro, conforme as diversas situações que são enfrentadas ao longo da vida (Kinoshita, 1996).

Tendo em vista a importância desse dispositivo como legitimador da liberdade e da cidadania dos usuários de saúde mental, assim como o papel dos cuidadores nesse processo, em um contexto de claro desmonte das políticas públicas no país e do avanço da chamada contrarreforma psiquiátrica (Nunes et al., 2019; Chagas; Brutti, 2019), este estudo se interessou em analisar os relatos sobre a reforma psiquiátrica construídos por cuidadores que trabalham nas RT de Campina Grande (PB).

Com base na perspectiva teórico-metodológica da psicologia social discursiva, entende-se que o discurso constrói a realidade, é construído por ela e é mediador fundamental da interação humana (Potter, 2012). Os psicólogos sociais discursivos analisam as interações sociais produzidas em diferentes contextos e de diferentes formas (entrevistas, conversações, textos etc.) como práticas sociais e se interessam em investigar como uma ação é realizada por meio do discurso e quais são os recursos utilizados para construir relatos factuais e verdadeiros (Potter, 1998a).

Essa perspectiva atenta para a forma como o sujeito constrói retoricamente, utilizando certas estratégias discursivas, uma versão da realidade supostamente objetiva e factual e posiciona-se sobre si mesmo e os outros (Martínez-Guzmán; Stecher; Íñiguez-Rueda, 2016).

Método

A pesquisa, de cunho qualitativo, foi realizada na cidade de Campina Grande, no estado da Paraíba. Segundo informações obtidas em 2018 na Coordenação das Residências Terapêuticas de Campina Grande (Secretaria Municipal de Saúde), existem seis residências terapêuticas no município - três masculinas, duas femininas e uma mista - em que residem, aproximadamente, 39 moradores e trabalham 50 cuidadores - 29 do gênero feminino, e 21 do masculino -, que se alternam em turnos de 12 horas.

Para o desenvolvimento da pesquisa, empregou-se a metodologia da história oral, por meio do depoimento oral, que objetiva “[...] obter informações e o testemunho do entrevistado sobre sua vivência em determinadas situações ou a participação em determinadas instituições [...] o depoimento não tem o sentido de estabelecer a verdade, mas de conhecer uma versão” (Lang; Campos; Demartini, 2010, p. 45). Foram entrevistados 18 cuidadores - sete do gênero masculino, e 11 do gênero feminino - com idades entre 26 e 59 anos, níveis de escolarização entre ensino fundamental incompleto e ensino médio completo; e tempo de trabalho na área de saúde mental entre seis meses e 16 anos.

Dois dos cuidadores entrevistados afirmaram terem trabalhado no Hospital Municipal Dr. Edgley Maciel, um hospital geral de Campina Grande que oferece atendimento de emergência psiquiátrica. Um deles trabalhou também na Clínica Psiquiátrica Dr. Maia. Além disso, um entrevistado referiu que o pai havia trabalhado, durante 20 anos, no Hospital João Ribeiro - Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (Icanerf) interditado pelo Ministério da Saúde por ter sido acusado de maus-tratos e negligência médica aos usuários -, que morava em frente a esse hospital e “vivia lá”. Outros declararam que conheciam

o Hospital João Ribeiro, e um disse que seu pai fora internado na instituição. Houve, também, os que disseram que conheciam o Hospital Dr. Edgley e/ou a Clínica Dr. Maia. Alguns, no entanto, não citaram experiências anteriores em hospitais psiquiátricos, e apenas um disse que nunca havia ido em um hospital psiquiátrico.

As entrevistas foram gravadas com a autorização dos participantes, transcritas literalmente e submetidas à análise. No início, solicitou-se dos participantes um depoimento sobre a reforma psiquiátrica e, no decorrer da entrevista, foram feitas perguntas que contribuíssem para abarcar os objetivos da pesquisa. O número de entrevistas foi delimitado pelo critério do ponto de saturação, que indica “quando as informações começam a se repetir” (Lang; Campos; Demartini, 2010, p. 49).

No processo de análise, dedicou-se uma atenção especial ao modo como os participantes construíam categorias e descreviam a realidade (Potter, 1998b). A análise não procurou homogeneidade e unidade nas falas dos cuidadores, e sim as contradições, as imprecisões e as inconsistências. O interesse é no que é dito, e não no que supostamente se pretendeu dizer. Formularam-se hipóteses sobre as funções dos discursos e foram procuradas evidências para tais suposições no material analisado (Potter; Wetherell, 1987).

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa. Para manter os entrevistados no anonimato, adotou-se, nos textos escritos, o uso de pseudônimos.

Resultados

Descrevendo a reforma psiquiátrica e os profissionais que nela atuam

A maioria dos cuidadores se posicionou como favorável à reforma, comparando o atendimento em saúde mental depois dela com o atendimento desumanizado que teria caracterizado os antigos manicômios, desativados pela reforma psiquiátrica. As duas falas a seguir exemplificam o teor desses argumentos favoráveis:

A reforma psiquiátrica foi assim... foi o primeiro avanço na área da saúde mental [...] houve

um grande avanço nessa área, da saúde mental. Depois que o Hospital João Ribeiro foi fechado [...].

Entrevistadora: Um grande avanço...

*É... Esse pessoal não sabia muitas coisas, eles não sabia, não tinha noção, o que é higiene pessoal, tipo assim, não sabia comer num prato direito, comia com as mãos, pegava e comia... Aí graças a Deus, depois dessa reforma, teve, foi um grande avanço, **muito mesmo** (enfático). [...] É como dizem, né? Hoje o tratamento é de uma forma humanizada mesmo, antigamente não era e hoje em dia, tem o quê? Tem o lar deles, é o lar deles mesmo. (Bruno)*

Entrevistadora: Melhorou em que sentido, tu diz?

Mm... todos os sentidos, porque no, em Dr. Edgley [hospital municipal] eles vivia, Dr. Edgley eles vivia preso, Dr. Edgley não, em... no João Ribeiro [hospital psiquiátrico que foi desativado] eles eram muito preso, hoje em dia são, são solto, são livre, vai pra onde quer, a gente leva pra passear.

Entrevistadora: Preso em que sentido, tu diz?

Preso assim, vivia sempre em jaula, era muito... Vivia sempre naqueles gradeado, como prisioneiro, hoje em dia não, hoje em dia é muito... sistema hoje é muito avançado, [inaudível] trata eles bem... (Henrique)

Apoiar a reforma não significa discordar do funcionamento dos hospitais psiquiátricos que ainda existem e que, como afirmam Duarte e Garcia (2013), foram autorizados a funcionar depois desse movimento. Alguns cuidadores afirmaram que, em algumas situações, seria necessário internar os usuários nesses hospitais. Nas falas acima, Bruno e Henrique comparam as RT com os antigos manicômios e se referem ao Hospital João Ribeiro. As representações que formulam sobre a vida dos usuários nos manicômios ilustram a afirmação de teóricos do discurso na psicologia social e fora dela (Potter, 1998b; Van Dijk, 1987; Wetherell; Potter, 1992) sobre a eficácia de descrições e narrativas quando se trata de categorizar pessoas

de maneira indireta. Os usuários são classificados como pessoas que foram animalizadas - mas que voltaram a ser humanas - com simples descrições, ricas de imagens, de seu cotidiano no manicômio e sem a utilização de nenhum rótulo específico para nomeá-los que indique animalidade. Segundo Henrique, por exemplo, eles viviam “em jaulas”.

Essas imagens sinistras do manicômio são acompanhadas de formulações que retratam a mudança para os serviços substitutivos como uma história de progresso em relação ao passado - *grande avanço, o sistema hoje é muito avançado* - e de libertação: *eles eram muito preso, hoje em dia, são, são solto, são livre, vai pra onde quer, a gente leva pra passear*.

Descrevendo a atuação dos cuidadores no interior das residências, os entrevistados posicionam-se acerca de si mesmos de diferentes maneiras. Uma dessas posições identitárias refere-se à situação de insegurança:

A gente não tem seguro nenhum, só são duas cuidadoras em cada residência, cada uma cobre 12 horas... E o risco que a gente corre é muito grande [...]. Eu mesmo já perdi o estímulo, já pedi pra sair, entendeu? Por conta que... a gente não tem seguro de nada! Além de sermos simples prestadores de serviço, né? Não temos segurança dentro de uma residência dessa... na hora do surto deles, né? (Cássia)

No relato acima, a cuidadora se sente insegura porque sua profissão é de risco e a expõe ao “surto” dos moradores - *E o risco que a gente corre é muito grande* - e, indiretamente, descreve esses indivíduos como perigosos. Essa atribuição indireta de periculosidade aos usuários ilustra o processo de definir o outro a partir de si mesmo, como é ressaltado por Jenkins (2004).

Outra posição identitária construída para os cuidadores é a inclinação para cuidar dos moradores das residências, servi-los e protegê-los:

Os cuidadores? São a segunda família deles. São a segunda família. Porque são a família, são as pessoas que eles... são as pessoas que eles convive, são as pessoas que tá ali com eles, o tempo

todinho, se eles querem ir no banheiro, se eles querem comer, se eles querem tomar banho, quem sempre faz é a gente, entendeu? Aí a gente que cuida deles é como se fosse a família deles mesmo, porque eles não tem referência de família, a família deles são a gente, entendeu? (Odete)

Quem são em si os cuidadores? São as pessoas que se preocupa no me...muito no bem estar deles, ou seja, cuidar, né? Cuidador é sempre cuidar, é dar o de melhor pra si aos próprios moradores de Residência Terapêutica. A gente tem que dá o melhor da gente pra eles.

Entrevistadora: O melhor. Como seria esse melhor?

O melhor da gente é entender eles, como a gente vem entendendo, né? Na paciência, perseverança de sempre melhorar em alguma coisa, perseverança que eles passam a ficar mais calmos, que hoje em dia eles são muito mais calmos, né? Antes era mais agressivo, hoje em dia não é, é de... eles surtam menos, a gente entende eles bem melhor. (Clarice)

Nesses relatos, as entrevistadas se posicionam como pessoas que, mais do que cuidadoras, atuam como familiares dos moradores e têm até mesmo uma inclinação para o cuidado, porque se preocupam com eles, têm “paciência” e “perseverança”. Na fala de Clarice, esse cuidado produz efeitos terapêuticos, pois, por causa dele, *hoje em dia, eles são muito mais calmos*.

Para descrever os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), os entrevistados usaram termos que os posicionam como pessoas preocupadas com o cuidado e com a inclusão dos usuários, mas também com competência técnica:

Como eu vejo os profissionais, você quer dizer? Eu vejo esses profissionais [dos Caps] como verdadeiros guerreiros, né? Verdadeiros guerreiros. [...] Sim, porque eles tem, assim, autonomia, no meu ponto de vista, e como eu tô dizendo, a paciência, né? Eles sente-se bem em cuidar, interagir com eles, guerreiros dessa forma, porque sente-se bem no cuidado, né? (Clarice)

Bem, eu acho assim, são bons... eu, na minha opinião, é um, uma coisa que, que, é, vamos dizer assim, é a inclusão. É como quisesse, pelo menos Caps e as residências, é como quisesse incluir eles de novo na... eles querem incluir eles de novo na sociedade, entendeu? Eles querem mostrar, mesmo que eles tenha aqueles transtorno, certo que tem deles que tem uns transtorno mais leve, mas pra mostrar que não era aquilo, entendeu? Que é uma, uma, uma... vamos dizer assim, eles querem incluir de novo pra ver se eles entra mais na sociedade, é mais uma questão de... de inclusão. (Odete)

Ótimos. Muito bons. Muito, muito competentes, viu? Dá assistência total, sempre que a gente precisa... estão ali... justamente pra atender eles. Entendeu? Não só eles que são das residências, mas os outros também, né? que vivam em casa... mas sempre quando eu chego, pra o pessoal da residência eles [profissionais dos Caps] dão a maior assistência. (Ariane)

Clarice usa a metáfora do guerreiro para ressaltar a luta paciente e perseverante desses profissionais no cotidiano dos Caps. Trata-se de um cuidado não decorrente de exigências próprias de sua função, mas que tem relação com a vocação, afinal, o profissional dessa instituição *sente-se bem no cuidado*. O desejo de incluir as pessoas com “transtorno” é outro atributo desses profissionais. Segundo Odete, *eles querem incluir de novo pra ver se eles entra mais na sociedade*. Por fim, outro atributo dos profissionais mencionado pelas cuidadoras foi a exaltação da competência. No entanto, há relatos em que os profissionais dos serviços substitutivos são comparados aos dos hospitais psiquiátricos, os quais são avaliados de maneira mais positiva.

O hospital psiquiátrico é onde eles tem mais um tratamento assim que é mais com um médico, é um tratamento mais de gente capacitada pra tratar, né? [...] mas o hospital é onde tem o tratamento mais adequado, né? Quando eles surta, ai tem que ir lá pra o médico fazer uma avaliação, fazer uma avaliação e ver o que se pode fazer de melhor, né? Pra que eles

saia dessa situação. O hospital psiquiátrico é um tratamento mais adequado. (Elton)

Embora Elton não mencione os profissionais dos serviços substitutivos, é com eles que os dos hospitais psiquiátricos estão sendo comparados. A palavra tratamento é repetida nesse pequeno trecho quatro vezes, intensificando o sentido que ele quer construir. Além disso, repete duas vezes que é no hospital psiquiátrico onde há *o tratamento mais adequado*, e o médico é o profissional que encarna essa *gente capacitada pra tratar*.

Em geral, na maioria dos relatos, o termo “tratar” é utilizado quando os entrevistados se referem ao hospital. Sendo assim, os cuidadores das residências e os técnicos dos Caps *cuidam*, enquanto os profissionais dos hospitais psiquiátricos *tratam*.

Nomeando o sofrimento psíquico e posicionando os usuários

Os entrevistados utilizaram diferentes termos para nomear e caracterizar o sofrimento psíquico, entre eles: “distúrbio”, “problema na mente”, “esquizofrenia”, “desencontrado na mente”, “transtorno”:

Eu acho, pra mim, é um... é um distúrbio que eles, que eles têm, eles não consegue, vamos dizer assim, que cada um tem um problema, né? Cada um tem, é um problema que, que teve esquizofrenia, tem uns que teve outros problemas, mas pra mim, eu acho que eles, eles num sabe... vamo dizer assim, é alguma coisa que eles tem que eles não consegue desenvolver assim na mente deles, sabe? [...]às vezes, as pessoas não consegue, não sabe lidar com perda, não sabe lidar com, com alguma coisa na mente ou então já nasce com aquela possibilidade de você desenvolver aquilo, aquele problema na mente, entendeu? (Odete)

O sofrimento psíquico deles eu acho que é eles ter desencontrado na mente deles em algum momento e às vezes não ter voltado a uma realidade, né? Eles vivem uma realidade diferente da nossa, né? A gente enxerga que a gente tem que como cumprir nossas funções, chegar ali pagar uma conta,

alugar uma casa. Eles chegaram num ponto que eles não conseguiriam fazer isso sozinho, sem assistência de alguma outra pessoa. (Eduardo)

É, é porque é bem complicado, sabe? O transtorno mental, é assim...

Entrevistadora: Por quê?

Eu num sei te dizer muito sobre, é porque assim, eu nunca presenciei, né? Eu num sei nem como é, num sei nem como é. Tipo assim, “Fulano tá transtornado”, “Por quê? O que aconteceu?”, “Ah, teve uma raiva, teve um medo, teve num sei o quê, a família é desestruturada, aí ela ficou assim transtornada”, é mais o que eu, o que eu ouvi falar, entendeu? Mas esse tipo de coisa eu nunca presen... nunca presenciei. (Ana)

Odete inicia sua fala sobre o sofrimento psíquico usando termos que lhe dão um sentido clínico e biomédico, como “distúrbio”, “esquizofrenia” e “mente”. No desenrolar de seu relato, procura explicar o fenômeno atribuindo-lhe uma causa externa, contextual: *às vezes, as pessoas não consegue, não sabe lidar com perda.* Porém, logo em seguida, considera um fator genético, inato: *ou então já nasce com aquela possibilidade de você desenvolver aquilo, aquele problema na mente.*

A fala de Eduardo, por sua vez, faz referência à alienação, caracterizada pela perda da razão e pelo rompimento com a realidade. Para ele, os usuários *vivem uma realidade diferente da nossa*, o que os incapacita de fazer as atividades da vida cotidiana, como *pagar uma conta, alugar uma casa.* Posiciona, ainda, os usuários como pessoas sem autonomia ao afirmar que *eles não conseguiriam fazer isso sozinho, sem assistência de alguma outra pessoa.*

No depoimento de Ana, os usuários são retratados como pessoas que saem do controle em momentos de crise e são produto de uma “família desestruturada”. Porém, ela usa um artifício retórico para não se comprometer com essa descrição: o discurso direto - *“Fulano tá transtornado”, “Por quê? O que aconteceu?”, “Ah, teve uma raiva, teve um medo, teve num sei o quê, a família é desestruturada, aí ela ficou assim*

transtornada”. Ao usar o discurso direto para indicar que ouviu aquelas descrições de terceiros, ela constroi a si mesma como alguém que faz um relato desinteressado, apresenta seu conteúdo como hipóteses, e não, como relatos factuais com os quais estaria comprometida: *é mais o que eu, o que eu ouvi falar, entendeu? Mas esse tipo de coisa eu nunca presen... nunca presenciei.*

Outros relatos descreveram o sofrimento psíquico como algo a que todos estão sujeitos, como um fato da vida que pode acontecer com qualquer pessoa, e não com uma categoria especial de pessoas:

É um negócio que pode dar em qualquer um, né? Eu, Júlio, tu, Carol [cita nome da entrevistadora], qualquer um. É tipo assim, nós tamo aqui bem calminho. Todo mundo tem aquele... todo mundo tem aquele tiquezinho de loucura, às vezes você em casa mesmo tem que, é, brincar, tem que se divertir, tem que botar pra fora tudo o que existe dentro de você, e você, se você fica guardando uma mágoa, aquela mágoa fica só lhe rancorizando, prendendo, tipo um grito que tá preso na sua garganta, e isso pode, isso pode acontecer com todo mundo, só que, é... pra isso não acontecer, que nossos familiares, né?, acho que é muito importante a convivência, a... a amizade assim, que você chega pra pessoa, e se abrir, e falar tudo o que sente... (Júlio)

Na descrição de Júlio, o sofrimento psíquico é apresentado como um fenômeno decorrente de emoções reprimidas - *se você fica guardando uma mágoa, aquela mágoa fica só lhe rancorizando.* Para lidar com o sofrimento psíquico, segundo ele, são importantes a convivência e a amizade, por meio das quais podem-se expressar os sentimentos reprimidos. Nesse relato, a etiologia é de natureza psicológica, e o modo de lidar com o sofrimento psíquico é de natureza psicossocial (“convivência” e “amizade” que possibilitam liberar os sentimentos represados).

Alguns entrevistados, ao posicionar os usuários, empregam o termo “normal” para caracterizá-los:

O paciente pra mim é a... é alguém... é alguém que teve um transtorno, que teve um problema de saúde, mas com a medicação, com o tratamento, com o amor, com o cuidado se torna normal.

Entrevistadora: Normal em que sentido?

Normal. Ele é normal, ele é capaz de passear, ele é capaz de fazer as tarefas de casa, assim... num é? Ele é capaz de, de... fazer um... cuidar de uma horta, ele é capaz de... até de lhe dar um carinho quando você chega [...]. Ele é um ser humano igual a mim e a você, com a diferença que ele precisa de uma medicação pra tratar um problema de saúde, mas é um ser humano igual a mim e a você, né? (Ana)

Ana se refere aos usuários como pessoas que têm um transtorno, mas que, com a medicação, tornam-se “normais”. Essa normalidade, em seu relato, significa ser capaz de cumprir as tarefas do cotidiano, passear, dar carinho. Por fim, ela os caracteriza como “seres humanos”, com a diferença que ele precisa de uma medicação e, de certo modo, assim como Júlio, “desmistifica” a noção de doença mental construída pela psiquiatria asilar, apesar de ainda vincular o tratamento à medicação.

Outros cuidadores entrevistados posicionam os usuários como “filhos” e “bebês”, como parte da família:

O usuário, pra mim, são... pra... é... eu tenho eles como se fosse filhos, sabe? Eu cuido deles com tanto amor, que eu não chamo usuário, eu chamo meus bebês. [...]

Entrevistadora: Tô entendendo. Então pra eles você é como se fosse uma mãe...

Uma mãe, pra eles. (Rafaela)

Na fala de Rafaela, o cuidado associado à ideia de maternidade é muito presente. Ao ser perguntada sobre os usuários, ela afirma que não os chama dessa forma, mas de “meus bebês”. Desse modo, posiciona-os como pessoas infantilizadas.

Já na fala de Cássia, os usuários são identificados como trabalhadores e agressivos:

[...] Tem... uma residência muito complicada ali, lá perto da Masculina II, lá só tem cinco. Porque são trabalhadores, são trabalhadores...

Entrevistadora: São trabalhadores em que sentido?

*É... agressivos... surtam... no surto agredem o outro... numa semana, passa uma semana melhorzinho, na outra semana surta. Aí tem o atendimento com o psiquiatra, aí muda a medicação, e... é rápido pra acostumar com a medicação, entendeu? [...] Tem que tá sempre tendo atendimento pra não acostumar com a medicação, entendeu? Porque o organismo acostuma, né? [...] É a agressividade que o surto traz, né? E pra gente, cuidador, é um **risco!** (enfática). A gente não tem seguro nenhum, só são duas cuidadoras em cada residência, cada uma cobre doze horas... E o risco que a gente corre é muito grande... Eu já apanhei... umas três vezes já. [...] Não temos segurança dentro de uma residência dessa... Na hora do surto deles, né? [...] Mesmo assim... Isso faz parte do trabalho, né? Só que tem dia que a gente tá mais nervoso também, dá medo... (Cássia).*

Cássia, ao se referir a uma residência terapêutica que considera *muito complicada*, afirma que lá só residem cinco usuários *porque são trabalhadores*. Para ela, eles são trabalhadores porque são *agressivos... surtam... [...] agredem o outro*. Ela destaca o caráter de imprevisibilidade e agressividade do surto e reforça a visão da periculosidade da loucura, afirmando que, quando surtam, os usuários agredem os outros e que *a agressividade que o surto traz é um risco para os cuidadores*. Usando o direito categorial (Potter, 1998b), ao se posicionar como membro daquele grupo, a cuidadora mostra que tem propriedade para afirmar isso: *Pra gente, cuidador, é um **risco!*** (enfática). Em seguida, para dar ainda mais credibilidade a sua fala, relata uma experiência própria, recorrendo ao recurso retórico de formular casos extremos (Pomerantz, 1986 apud Potter, 1998b): *Eu já apanhei... umas três vezes já [...] dá medo*. A medicação é mencionada como um meio para torná-los “melhorzinhos”, mas, segundo ela, eles não podem se *acostumar com a medicação*. Desse modo, ela coloca como imprescindível o atendimento psiquiátrico para mudar a medicação regularmente e evitar quadros de agressividade.

Discussão

Este artigo analisou relatos que reforçam a ideia de que os avanços alcançados pela luta antimanicomial

tiveram um efeito ainda muito tímido na prática e no discurso de alguns profissionais, como também destaca o estudo de Moraes et al. (2018). Embora os entrevistados tenham se mostrado favoráveis à reforma psiquiátrica e ressaltado a importância dos serviços substitutivos, em suas falas o discurso asilar está ainda presente e em conflito tácito com os valores que orientam a proposta reformista. Esse discurso aparece nos relatos em diferentes momentos: quando posicionam-se como profissionais da rede de saúde mental, quando posicionam os demais profissionais (dos Caps e dos hospitais) e os usuários ou quando definem o sofrimento psíquico.

Ser favorável à reforma, em alguns relatos, significa ser contrário às práticas do Hospital João Ribeiro, desativado por denúncias de maus-tratos e, portanto, deslegitimado. A referência negativa a essa instituição não impede que considerem os hospitais psiquiátricos que ainda existem como indispensáveis para o tratamento dos casos mais graves.

Alguns cuidadores legitimam o saber psiquiátrico e desqualificam sutilmente o discurso reformista quando consideram aqueles que trabalham nos serviços substitutivos como profissionais que cuidam, enquanto os profissionais de hospitais psiquiátricos seriam os que tratam. A diferença entre cuidar e tratar é investigada em pesquisas como a de Borges e Silva (2010), que atestam que o ato de tratar está muito associado ao modelo biomédico o que qualificaria esse “saber/tratar” como científico e desqualificaria o “saber/cuidar”.

Miranda e Cabral (2016) asseveram que, quando a loucura passou a ser concebida como doença mental foi subjugada pelo saber médico e entendida como tratável. As referidas autoras acrescentam que nem mesmo depois do movimento reformista isso mudou, pois o discurso psiquiátrico clássico continua hegemônico. A hegemonia do saber biomédico também é reforçada quando os cuidadores entrevistados alegam que esse é o saber mais adequado para o enfrentamento da crise e reforçam a eficácia e a necessidade da contenção.

Não surpreende que a suposta periculosidade da loucura se apresente em alguns relatos. Segundo

Venturini (2016), a contenção, seja por meio de medicamentos ou de métodos como a camisa de força, presente nos modelos manicomiais, encontra justificativa no argumento antigo, sem valor científico, de que o louco é perigoso e, portanto, deve-se ter cuidado em relação a ele. O autor define as práticas de contenção como uma clara violação de direitos e acrescenta que ela “evidencia a contradição que cada intervenção terapêutico-assistencial corre o risco de cair, quando pensa de poder prescindir do respeito do estado de direito” (Venturini, 2016, p. 33).

Vale destacar que a periculosidade nem sempre foi associada ao sofrimento psíquico. Na Antiguidade, a loucura era mencionada nos cânticos de Homero e não era considerada perigosa. Apenas com a psiquiatria desenvolvida por Philippe Pinel o tratamento passou a ser moral, e o usuário a ser visto como imprevisível, violento, desprovido de razão. Além disso, o Direito Penal passou a tratar a loucura de forma diferente, entendendo-a como perigosa e afirmando que era necessário separar os que são acometidos por ela do convívio comum, em nome da defesa social (Barros-Brisset, 2011).

Na contemporaneidade, qualquer sinal de sofrimento psíquico está sujeito a ser transformado em objeto de práticas médicas, limitadas a rotulações diagnósticas e acompanhadas da prescrição de psicofármacos a fim de promover sua cura. Essa prática reducionista é incompatível com o posicionamento da reforma psiquiátrica, em que o ser humano é percebido na complexidade de sua condição de sujeito biopsico-histórico-social. (Ferrazza; Rocha; Luzio, 2013).

O modo como alguns cuidadores infantilizam os moradores das residências e os posicionam como agressivos, instáveis e imprevisíveis revela a persistência de uma ideologia manicomial que, segundo Ribeiro Neto e Avellar (2009) em estudo realizado com cuidadores de uma RT de Espírito Santo, expressa-se através de discursos e de práticas. Essa ideologia em alguns momentos mistura-se de maneira contraditória e incoerente nas falas dos cuidadores entrevistados, com formulações que tanto apresentam a mudança para os serviços substitutivos

como uma história de progresso em relação aos manicômios do passado - sem mencionar as dificuldades e os problemas no caminho da reforma - quanto comparam negativamente os serviços substitutivos - que haviam sido referidos como um avanço civilizatório - com os modernos hospitais psiquiátricos. Essas inconsistências e contradições que algumas vezes são expressas na fala de um mesmo sujeito indicam que eles estão atravessados por valores em conflito na sociedade (Billig, 2008), e que suas formulações sobre a reforma psiquiátrica e sobre os usuários dos serviços substitutivos estão enredadas em diferentes dilemas (Billig et al., 1988): de um lado liberdade, de outro ordem; de um lado relações horizontalizadas, de outro hierarquias tradicionais do campo da saúde, nas quais o saber médico se encontra no topo.

Assim como afirmam Neves et al. (2014), é preocupante a falta de argumentos em que o cuidador seja posicionado como um profissional que estimula a autonomia dos moradores das residências. Pinto e Oliveira Filho (2016) ressaltam que, segundo os preceitos reformistas, o papel do cuidador é de contribuir para que os moradores sejam inseridos socialmente por meio de um processo de reabilitação psicossocial que privilegie as dimensões da moradia, das redes sociais e do trabalho. Posicionar os moradores como pessoas dependentes, carentes e infantis e usar a “metáfora da família para descrever as relações entre eles e os moradores”, apesar das relações “humanizadoras que podem produzir”, aproximam esses relatos da lógica manicomial e “impedem um processo efetivo de habilitação psicossocial” (Pinto; Oliveira Filho, 2016, p. 296).

O avanço do processo da reforma psiquiátrica se dá “no cotidiano da vida das instituições”, uma vez que se caracteriza “como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais” (Neves et al., 2014, p. 22). No contexto atual de contrarreforma psiquiátrica, resultado do desmonte das políticas públicas voltadas à saúde mental, o avanço do modelo hospitalocêntrico em detrimento do modelo psicossocial (Chagas; Brutti, 2019) coloca em risco esse processo, que já apresenta sérias fragilidades, conforme verificado nesta pesquisa.

Considerações finais

Os relatos dos profissionais convidam a se refletir sobre as tensões e os desafios presentes no processo de construção da proposta reformista. Embora, de modo geral, tenham se mostrado a favor da reforma psiquiátrica e ressaltado a importância das mudanças ocorridas e da melhoria da qualidade de vida dos usuários dos serviços substitutivos, entre outros aspectos, os entrevistados justificam algumas práticas hospitalocêntricas e valorizam o saber médico e o uso dos psicofármacos, contrariando muitos dos preceitos defendidos pela proposta reformista. No atual contexto político, reiterar as dificuldades e os desafios enfrentados pela reforma nunca é demais; ao contrário, é imprescindível.

Referências

- ANTONACCI, M. H. et al. Reconstrução da vida fora dos muros do manicômio: o olhar do trabalhador do Serviço Residencial Terapêutico. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 9, n. 23, p. 1-13, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69047/41529>>. Acesso em: 5 ago. 2022.
- BARROS-BRISSET, F. O. Genealogia do conceito de periculosidade. *Responsabilidades*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 37-52, 2011. Disponível em: <https://app.uff.br/observatorio/uploads/GENEALOGIA_DO_CONCEITO_DE_PERICULOSIDADE.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2022.
- BILLIG, M. *Argumentando e pensando: uma abordagem retórica à psicologia social*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.
- BILLIG, M. et al. *Ideological dilemmas: a social psychology of everyday thinking*. Thousand Oaks: Sage, 1988.
- BORGES, M. S.; SILVA, H. C. P. Cuidar ou tratar? Busca do campo de competência e identidade profissional da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 63, n. 5, p. 823-829, 2010. DOI: 10.1590/S0034-71672010000500021
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona

o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial Eletrônico*, Brasília, DF, p. 2, 9 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, p. 23, 24 fev. 2000. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/comum/4437.html>>. Acesso em: 22 jul. 2022.

CHAGAS, G. D.; BRUTTI, T. A. As recentes mudanças na Política Nacional de Saúde Mental frente à Constituição de 1988. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, Málaga, out. 2019. Disponível em: <<https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/10/recentes-mudancas-politica.html>>. Acesso em: 29 maio 2020.

CHOW, W. S.; PRIEBE, S. Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. *BMC Psychiatry*, London, v. 13, n. 169, p. 169-182, 2013. DOI: 10.1186/1471-244X-13-169

DUARTE, S. L.; GARCIA, M. L. T. Reforma psiquiátrica: trajetória de redução dos leitos psiquiátricos no Brasil. *Emancipação*, Ponta Grossa, v. 13, n. 1, p. 39-54, 2013. DOI: 10.5212/Emancipacao.v.13i1.0003

FERRAZZA, D. A.; ROCHA, L. C.; LUZIO, C. A. Medicalização em um serviço público de saúde mental: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, Belo Horizonte, v. 6, n. 2, p. 255-265, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202013000200008>. Acesso em: 10 jul. 2019.

JENKINS, R. *Social Identity*. 2. ed. Abingdon: Routledge, 2004.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-59.

LANG, A. B. S. G; CAMPOS, M. C. S. S.; DEMARTINI, Z. B. S. *História oral, Sociologia e pesquisa: a abordagem do CERU*. São Paulo: Humanitas, 2010.

LIMA, L. A. B.; MIRANDA, F. J. Análise do trabalho dos cuidadores em saúde nas residências terapêuticas. *Psicologia & Sociedade*, Recife, v. 30, p. 1-8, 2018. DOI: 10.1590/1807-0310/2018v30i174842

MARTÍNEZ-GUZMÁN, A.; STECHER, A.; ÍÑIGUEZ-RUEDA, L. Aportes de la Psicología Discursiva a la investigación cualitativa en Psicología Social: análisis de su herencia etnometodológica. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 510-520, 2016. DOI: 10.1590/0103-656420150046

MIRANDA, A. C. S.; CABRAL, B. E. B.. Vozes da loucura: reflexões críticas a partir de narrativas de pessoas que viveram uma internação psiquiátrica. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 8, n. 19, p. 42-66, 2016. Disponível em <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69056>>. Acesso em: 5 ago. 2022.

MORAES, L. et al. A loucura e sua verdade em questão: discursos de hospitais de enfermagem da atenção hospitalar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Porto, n. 19, p. 27-35, 2018. DOI: 10.19131/rpesm.0199

NEVES, E. S. et al. O processo de trabalho dos cuidadores de saúde que atuam em residências terapêuticas. *Revista Pró-Univer SUS*, Vassouras, v. 05, n. 1, p. 21-26, 2014. Disponível em: <<http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/537>>. Acesso em: 30 jan. 2022.

NUNES, M. O. et al. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4489-4498, 2019. DOI: 10.1590/1413-812320182412.25252019

PEREIRA, I. L. et al. Resgatando vidas e redefinindo sonhos: experiência da Residência Terapêutica de João Pessoa. In: SANTOS JÚNIOR, H. P. O.; SILVEIRA, M. D. F. A. (Org.). *Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização*. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 257-274.

PINTO, I. A.; OLIVEIRA FILHO, P. Entre o cuidar e o excluir: cuidadores falando sobre o trabalho nos serviços residenciais terapêuticos. In: VELÔSO, T. M. G.; EULÁLIO, M. C. (Org.). *Saúde mental: saberes e fazeres*. Campina Grande: EDUEPB, 2016. p. 275-299.

POTTER, J. Discourse analysis and discursive psychology. In: COOPER, H.; CAMIC, P. M.; LONG, D. L. et al. (Org.). *APA Handbook of research methods in psychology*. Research designs: quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological. Volume 2. Washington: APA, 2012. p. 119-138. DOI: 10.1037/13620-008

POTTER, J. Discursive social psychology: from attitudes to evaluative practices. *European review of Social Psychology*, Abingdon, v. 9, n. 1, p. 233-266, 1998a. DOI: 10.1080/14792779843000090

POTTER, J. *La representación de la realidad: discurso, retórica y construcción social*. Barcelona: Paidós, 1998b.

POTTER, J.; WETHERELL, M. *Discourse and social psychology: beyond attitudes and behavior*. Abingdon: Sage, 1987.

RIBEIRO NETO, P. M.; AVELLAR, L. Z. Conhecendo os cuidadores de um serviço residencial terapêutico. *Mental*, Barbacena, v. 7, n. 13, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v7n13/v7n13a08.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2020.

SALLES, A. C. R. R.; MIRANDA, L. Desvincular-se do manicômio, apropriar-se da vida: persistentes desafios da desinstitucionalização. *Psicologia & Sociedade*, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 369-379, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/psoc/v28n2/1807-0310-psoc-28-02-00369.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2020.

VAN DIJK, T. A. *Communicating racism: ethnic prejudice in thought and talk*. Abingdon: Sage, 1987.

VENTURINI, E. Saúde Mental e Direito: a contenção em Psiquiatria. In: VELÔSO, T. M. G.; EULÁLIO, M. C. (Org.). *Saúde mental: saberes e fazeres*. Campina Grande: EDUEPB, 2016. p. 23-65.

WETHERELL, M.; POTTER, J. *Mapping the language of racism: discourse and the legitimation of exploitation*. New York: Columbia University, 1992.

Contribuição dos autores

Veloso e Oliveira Filho participaram da concepção do projeto de pesquisa, da análise e discussão dos dados, além da revisão do artigo. Araújo, Camelo, Silva e Porto foram responsáveis pela coleta, análise e discussão dos dados. Todos os autores contribuíram para a elaboração e aprovação final do manuscrito.

Recebido: 31/01/2022

Aprovado: 15/03/2022